

L'anorexie mentale à l'adolescence

Vous avez les ressources pour agir!

Jean Wilkins, MD

Extrait d'une conférence présentée à l'occasion de la 8^e Journée nationale du DIU de médecine et santé de l'adolescent et de la société française pour la santé de l'adolescent, décembre 2006, Nantes, France

De nouveaux cas à accueillir, de nouveaux défis à traiter

Depuis 1974, à la section de médecine de l'adolescence du département de pédiatrie du CHU Sainte-Justine, à Montréal, nous accueillons des adolescentes présentant différents troubles de la conduite alimentaire, le plus fréquent étant l'anorexie mentale.

Depuis 1995, entre 100 et 140 nouveaux cas nous sont confiés annuellement. Ils nous sont principalement confiés par des parents qui, pour la plupart, cherchent désespérément un endroit pour faire soigner leur fille, par des médecins qui, eux, éprouvent une grande impuissance devant ces situations cliniques et croient, à tort le plus souvent, ne pas posséder les connaissances et/ou les ressources requises pour suivre ces adolescentes ou, encore, elles nous sont confiées par l'infirmière scolaire ou des amies inquiètes. Peu viennent d'elles-mêmes; rappelons que la négation fait partie du tableau clinique initial.

Ces patientes ont donc envahi en continu notre clinique et notre unité d'hospitalisation

Le **Dr Wilkins** est professeur titulaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et membre de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine.

depuis les 25 dernières années, et en raison de leur forte présence, nous ne pouvions les ignorer. Encore fallait-il être intéressés par cette clientèle, puisque le défi de les traiter paraissait énorme dès le premier contact.

Depuis 1995, au CHU Sainte-Justine, entre 100 et 140 nouveaux cas d'adolescentes anorexiques nous sont confiés annuellement.

L'anorexie mentale : son identification

Les critères diagnostiques reconnus par le DSM-IV sont ceux auxquels nous devons nous reporter de routine. Cependant, même s'il est important qu'ils soient tous réunis, il arrive souvent, en pratique, que le tableau clinique présenté par les adolescentes ne comprenne pas tous ces critères. Alors, que faire? Nier l'existence du problème et laisser aller la patiente ou suspecter tout de même la présence d'un trouble de la conduite alimentaire? Cette dernière option a, au moins, l'effet de provoquer une réflexion chez l'adolescente.

Les quatre A

Pour ma part, je crois justifié de suspecter une anorexie mentale dès que les quatre A sont réunis :

- **A pour anorexie** (conduite alimentaire restrictive)
- **A pour amaigrissement**
- **A pour aménorrhée**
- **A pour adolescence**

Sachant que l'adolescence est essentiellement une période de croissance aux plans physique, psychologique et social, toute conduite alimentaire restrictive qui s'accompagne d'un amaigrissement et d'une aménorrhée secondaire doit être considérée comme suspecte, inhabituelle et inappropriée. Cela, malgré l'argumentation de l'adolescente qui tentera de nous convaincre que sa nouvelle façon de s'alimenter n'est que la résultante d'un virage santé effectué en accord avec le discours sociétal actuel.

Découvrir la présence d'un TCA (trouble de la conduite alimentaire) dès le début des manifestations pourra peut-être permettre d'en réduire la durée et l'intensité. L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse durent souvent au-delà de l'adolescence avec, comme conséquence, une morbidité parfois lourde et compliquée.

Comment s'installe la conduite anorexique?

La conduite anorexique s'enclenche souvent à la suite de la rencontre entre un individu vulnérable et la sensation particulière que lui procure le contrôle restrictif de son alimentation, le tout survenant au moment décisif de l'adolescence. On peut y voir une similitude avec la toxicomanie à l'adolescence qui naît de la rencontre entre un individu vulnérable et un élément toxique. D'où la considération d'inclure les TCA dans la catégorie des troubles de la dépendance; la conduite anorexique produisant un effet intoxicant devient ainsi une drogue permise et légale!

Toute conduite alimentaire restrictive qui s'accompagne d'un amaigrissement et d'une aménorrhée secondaire, doit être considérée comme suspecte, inhabituelle et inappropriée.

Cette rencontre entre l'adolescente vulnérable et l'anorexie est insidieuse; la maladie vient, en quelque sorte, la reconforter. L'anorexie devient pour l'adolescente un refuge, un univers nouveau, un champ à explorer, comblant ainsi son vide intérieur. Une rencontre qui la piège et la conduit à l'impasse.

L'anorexie mentale : son sens

Jusqu'à-là, l'adolescente anorexique a toujours été ce que les autres ont voulu qu'elle soit. C'est comme si elle avait construit son identité à partir d'une prescription qui lui était externe, et l'anorexie s'inscrit enfin comme une réalisation pleinement personnelle. Mais cette réalisation est aussi l'expression d'une impasse dans son processus de développement, précisément en ce qui a trait au processus de séparation/individuation. L'anorexie est aussi une conduite d'auto-sabotage qui produit, entre autres, une dysharmonie de développement typique et bien particulière en raison de l'âge de la patiente. Les âges chronologique, statural, pondéral, biologique, gynécologique, pubertaire, scolaire, mental, etc., particuliers à la période de l'adolescence, n'évoluent plus au même rythme!

L'anorexie devient, à ce moment précis de la vie de l'adolescente, une identité qui la comblera de façon

transitoire. L'émaciation de l'anorexique prend une allure de triomphe, contrastant avec l'émaciation de souffrance affichée par l'adolescent porteur d'une maladie débilante.

*La conduite anorexique
Ls'enclenche souvent à la
suite de la rencontre entre un
individu vulnérable et la
sensation particulière que lui
procure le contrôle restrictif
de son alimentation, le tout
survenant au moment décisif
de l'adolescence.*

Un acte de bien-être et de violence

L'anorexie devient, pour un temps donné, un refuge pour l'adolescente, nous signifiant ainsi qu'elle a besoin d'un *time out*, comme si tout allait trop vite dans sa vie. L'anorexie prend donc une fonction protectrice. Les répercussions physiques et psychiques qui se manifestent plus tard, tels les atteintes des signes vitaux, les malaises digestifs, les automutilations superficielles, l'aménorrhée et l'hyposexualisation, la dysharmonie de développement, l'isolement, parfois l'errance qui suit, sont de toute évidence des gestes de violence que la patiente s'inflige, bien que non désirés a priori. Certaines complications surviennent souvent après qu'il y ait eu une rupture dans les plans de soins, ce qui contribue davantage à l'isolement de la patiente.

Le silence des membres de son entourage, le cybercontrôle exercé par certaines amies anorexiques rencontrées durant le suivi ou l'hospitalisation, l'escalade des interventions des membres de l'équipe

Des témoignages sous diverses formes

Plusieurs des jeunes filles qui ont connu l'anorexie ont, à un moment donné de leur existence, écrit sur leur expérience. Leurs contributions m'apparaissent d'une grande richesse pour mieux comprendre cette maladie. Certaines cinéastes ont également apporté, à travers leurs œuvres, un éclairage tout aussi précieux et révélateur sur le sens de cette maladie.

Voici quelques exemples récents :

- **Les affamées** d'Annie Loïselle (Les Éditions de l'Homme, 2003)
- **Plume, un jour je volerai** d'Anne-Marie Hénault (Éditions Francine Breton inc., 2003)
- **Duel en deux voix**, un documentaire de Catherine Veaux-Logeat (2005)
- **La peau et les os après...**, un film d'Hélène Bélanger-Martin (2006)

traitante devant le refus de la patiente à respecter les ententes de soins sont aussi d'autres formes de violences dont elles sont victimes.

Pour certaines, l'anorexie prend le sens d'une rébellion ou devient une façon maladroite d'essayer ultimement de rendre réversible un état ou une situation qui lui apparaît irréversible.

L'anorexie mentale : une maladie en quatre actes

En suivant et en traitant une grande cohorte de patientes sur une longue période de temps, j'en suis venu à distinguer et à mieux interpréter les différents moments de l'histoire naturelle de l'anorexie mentale à l'adolescence, de même qu'à mieux utiliser ces différents moments dans l'élaboration des plans de soins. Je me reporte fréquemment à ce schéma lors des consultations et j'ajuste ou personnalise mon approche clinique en conséquence (figure 1).

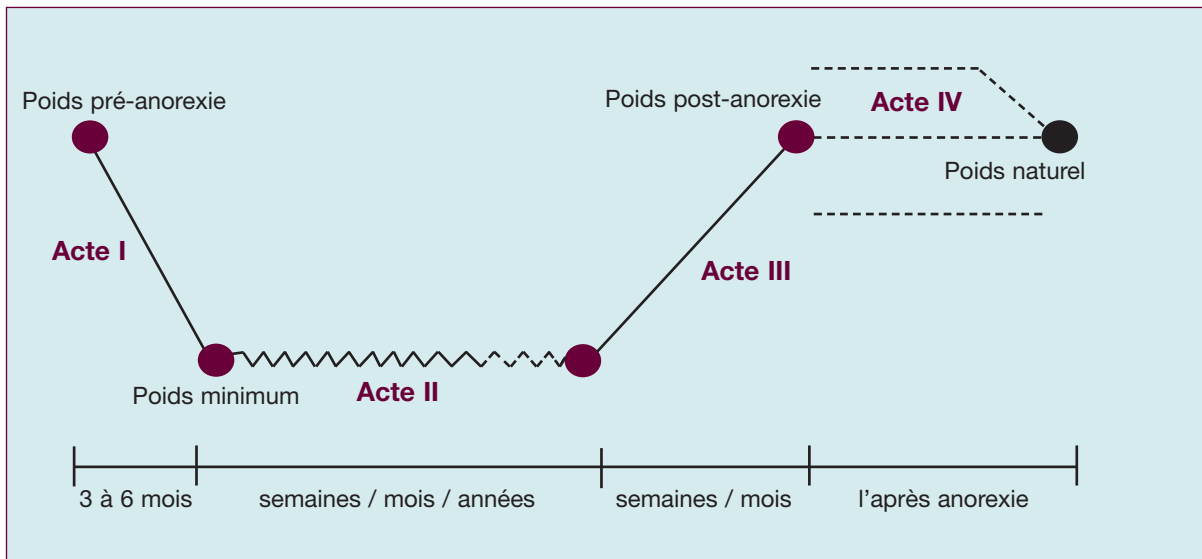


Figure 1. L'anorexie mentale : une maladie en quatre actes

Acte I La perte de poids

On trouve cette phase initiale de la maladie chez toutes les patientes, sans exception. Pour des raisons toujours personnelles (parfois connues et reconnues par l'adolescente, mais souvent inconnues ou connues, mais qu'elle garde secrètes), celle-ci s'engage dans une conduite alimentaire restrictive d'allure saine au départ, mais qui prendra rapidement de plus en plus d'espace dans sa vie jusqu'à envahir complètement son quotidien et l'amener à s'isoler des membres de son entourage. Ces derniers, préoccupés, ne cessent de la questionner et de l'inviter à changer de comportement. Cette conduite alimentaire restrictive « choisie » (l'est-elle réellement?) s'accompagne généralement d'une activité physique intense, parfois démesurée, et ces deux comportements l'occuperont « à temps plein » pendant quelques mois.

L'atteinte d'un poids minimum

Habituellement, il s'écoule entre trois et six mois avant que les parents réussissent à amener l'adolescente en consultation. C'est aussi le temps qu'il faut à l'adolescente pour atteindre son poids minimum. Les données concernant son poids maximum

pré-anorexie et son poids minimum atteint durant l'épisode d'anorexie sont importantes à connaître et à se rappeler, car elles serviront de point de référence tout au long du suivi de la patiente. D'ailleurs, le poids maximum pré-anorexie sera celui que retrouvera la majorité des patientes une fois guéries. Voilà un fait qu'elles n'aiment pas entendre au début d'une prise en charge, mais c'est la réalité avec laquelle je travaille tout au long du suivi. Le concept d'un poids santé ne m'est jamais apparu une référence juste. Je préfère utiliser le concept d'un poids génétique et naturel, tout comme il existe une taille génétique et naturelle à chacun.

La résistance à l'intervention

Durant cette phase de la maladie, l'adolescente est d'ordinaire réfractaire à toute intervention, autant des membres de sa famille que des professionnels qu'elle rencontrera. Il faut préciser qu'elle n'a pas souhaité consulter. Elle perd du poids et s'en réjouit, son objectif pondéral change et diminue au fur et à mesure de son succès, elle vise toujours un dépassement continu de ses objectifs et, par le fait même, provoque un très grand sentiment d'impuissance dans son entourage. Le défi le plus difficile pour ces gens est d'essayer de transformer ce sentiment d'impuissance en une

puissance agissante pour le bien de l'adolescente. Bien que l'adolescente consente peu d'espace au médecin pour agir, celui-ci doit occuper cette petite place et chercher à créer un lien avec elle, d'abord en posant un diagnostic précis, puis en évaluant chez elle les répercussions physiologiques de sa conduite anorexique, en posant les gestes cliniques nécessaires à cette fin et, finalement, en l'invitant à réfléchir au pourquoi de sa conduite anorexique tout en la soutenant dans cet exercice.

***D**urant cette phase de la maladie, l'adolescente est d'ordinaire réfractaire à toute intervention, autant des membres de sa famille que des professionnels qu'elle rencontrera.*

La marge de sécurité au plan clinique

Réussir, entre deux visites, à décélérer la vitesse avec laquelle l'adolescente perd du poids apparaît comme un objectif bien « mince », mais il est souvent le seul réalisable au début de la maladie. Pour accompagner l'adolescente dans sa « marche anorexique », le médecin doit bien lui expliquer pourquoi il faut poser des balises au plan clinique, et il doit insister sur la nécessité de disposer d'une marge de sécurité au plan clinique. Je situe cette marge de sécurité au plan des signes vitaux. À chaque visite, les signes vitaux de l'adolescente sont mesurés, et il lui est bien expliqué que je ne tolérerai pas une bradycardie inférieure à 50/min et/ou la présence d'épisodes d'hypotension orthostatique. Si la marge de sécurité est inexistante, cela devient une indication d'hospitalisation. En tout temps, l'hospitalisation d'une adolescente qui est en pleine phase restrictive doit être planifiée, expliquée et avisée, c'est-à-dire inscrite dans un plan de traitement comprenant la durée approximative du séjour,

déterminée dès l'admission, à éventuellement reconsidérer selon l'évolution clinique de la patiente. La fréquence des visites médicales en clinique sera, selon l'état observé, ajustée en conséquence. Bien que ces consultations s'accompagnent de longs moments de silence de la part de la patiente, leur pertinence demeure justifiée au plan médical. La fidélité de nos patientes aux rendez-vous en clinique étant exemplaire, il faut en profiter et utiliser ces moments pour créer et consolider le lien thérapeutique avec elles.

Le sentiment d'impuissance du médecin

Durant cette phase de la maladie, le médecin éprouve une grande impuissance qui le dérange et le déstabilise, mais jamais ce sentiment ne doit le conduire à abandonner la patiente à elle-même et à ses parents qui ont fait tout ce qui leur était possible avant d'arriver dans ce bureau. Repartir sans diagnostic et/ou sans proposition de suivi est dévastateur pour les parents et dangereux pour l'adolescente, puisqu'elle interprétera cette attitude du médecin comme une confirmation de sa normalité et que les gens de son entourage s'inquiètent inutilement. « Ce jour-là, je me suis évanouie trois fois et mes parents m'ont amenée à l'urgence. Ma mère a dit au docteur que je ne mangeais pas et que j'étais trop maigre. Il a touché mon bras et il a dit que je n'étais pas si mince, que tout était normal. »¹

Avec le temps, la perte pondérale stoppe, la patiente atteint un poids minimum (poids plancher) en bas duquel elle ne descendra plus. Ainsi débute le deuxième acte.

Acte II

La période de stagnation, tout de même dynamique

Cette période qui s'échelonne sur plusieurs semaines, voire des mois ou des années, sera complexe et difficile, particulièrement pour les gens

gravitant autour de la patiente. L'adolescente anorexique ressent la pression exercée par ses parents et les intervenants, mais sa volonté est de persister dans sa conduite anorexique. Plusieurs crises et conflits sont à prévoir. Plusieurs inquiétudes surgiront, et comme je le répéterai souvent aux gens concernés, c'est « par miettes » que l'adolescente s'améliorera durant cette période. Il faut être modeste dans nos demandes et il faut être patient.

*C'est « par miettes »
que l'adolescente
s'améliorera durant cette
période. Il faut être modeste
dans nos demandes et il faut
être patient.*

La prescription : accompagner plutôt qu'affronter

À cette étape de la maladie, nous devons faire preuve d'une grande précaution dans notre prescription. Il n'est pas rare que la réponse de la patiente à la prescription soit contraire à nos attentes et même à ce qu'elle avait promis de faire! L'impression réelle que l'adolescente stagne dans sa maladie entraîne parfois chez les intervenants le recours à des gestes « violents », telles une hospitalisation sauvage, l'utilisation de gavages, la reprise forcée de poids, la prescription de médicaments, etc. À mon avis, il faut éviter de recourir à ces gestes. Les effets iatrogéniques de nos interventions comportent leur lot de morbidités, d'où la nécessité de respecter le rythme de changement de l'adolescente, bien que celui-ci soit lent, en autant bien entendu qu'il existe une marge de sécurité satisfaisante au plan clinique. Accompagner plutôt qu'affronter, mais un accompagnement dynamique et serré.

Bien qu'elle ait l'allure d'un moment de stagnation ou de régression, cette période de la maladie comporte tout de même un caractère dynamique, très

souvent difficile à reconnaître et à apprécier. L'adolescente sait qu'elle change et elle seule peut nous aider à mesurer ce progrès. Convaincre les parents qu'il y a amélioration lorsque celle-ci se mesure « au milligramme » n'est pas une tâche facile!

Durant ce temps spécifique de la maladie, l'adolescente anorexique s'isole beaucoup des gens de son entourage, que ce soit à la maison, avec les amis ou avec les camarades d'école. Le médecin devient alors une personne potentiellement significative pour elle avec qui il lui sera possible de discuter, en autant qu'elle ressente dans cette rencontre professionnelle respect et compréhension.

Le temps passe, la conduite anorexique prend de moins en moins de place dans le quotidien de l'adolescente qui se met à augmenter ses apports alimentaires, allant même jusqu'à perdre le contrôle de son contrôle. C'est le début du troisième acte.

Acte III La reprise pondérale

Le moment tant attendu par les parents et si craint par la patiente est celui où celle-ci perd le contrôle de son contrôle qui signifiait tant pour elle. Elle se remet à manger, habituellement de façon désordonnée, ne se comprend plus et éprouve un vif sentiment d'échec, son échec à elle qui, pourtant, a toujours réussi à la perfection tout ce qu'elle entreprenait. La souffrance vient subitement de basculer de bord. Alors que les parents souffraient et qu'elle, l'adolescente, triomphait, c'est maintenant l'inverse. Elle souffre et les parents, eux, se réjouissent de l'évolution pondérale positive.

L'importance du suivi

Ce moment de grande souffrance vécu par l'adolescente doit nous inciter à un réaménagement du suivi. Les rendez-vous seront rapprochés pour sécuriser l'adolescente par rapport à sa remontée pondérale et pour l'aider à réinvestir son corps qu'elle ne reconnaît

plus. Il s'agit d'un moment privilégié pour introduire ou intensifier une approche au plan psychique. D'ailleurs, la patiente y consentira plus facilement qu'aux étapes antérieures de la maladie. L'urgence alors ressentie par l'adolescente nécessite des délais d'intervention courts.

Avec la perte de contrôle de son contrôle surgissent les épisodes boulimiques qui seront gérés différemment par les patientes (voir encadré ci-contre). Ce moment d'excès nécessite une surveillance personnalisée. Il s'accompagne aussi d'un coût monétaire et psychique. Si, en plus, s'ajoute le recours aux vomissements et/ou aux laxatifs, une surveillance électrolytique devra être proposée et adaptée.

Fréquemment, la patiente reprendra de la masse pondérale et retrouvera son poids pré-anorexie. À mesure qu'elle se rapproche de ce poids, les épisodes boulimiques diminueront, d'abord en intensité puis en fréquence. Il est difficile de convaincre la patiente de ce fait étant donné l'intensité de la souffrance qu'elle ressent à ce moment bien particulier de l'évolution de sa maladie. Certaines dépasseront leur poids pré-anorexie (une période extrêmement difficile au plan psychique) pour revenir, dans la majorité des cas, à leur poids pré-anorexie.

Acte IV L'après anorexie

Le temps a passé, l'adolescente est devenue une adulte, elle a à faire des choix aux plans scolaire, professionnel, amoureux, et cela la conduira à se questionner sur le pourquoi de son épisode d'anorexie. « Pourquoi ai-je été anorexique? » Plusieurs ressentent, à ce moment, une certaine vulnérabilité psychique; elles veulent mieux comprendre et mieux se comprendre, ce qui les conduira à entreprendre d'elles-mêmes une démarche psychothérapeutique individuelle.

Un mot sur la boulimie nerveuse

En ce qui concerne cette entité clinique, je me limite à mentionner sa complexité, son caractère clandestin et la difficulté de proposer aux patientes un plan de suivi des perturbations électrolytiques, une opération compliquée et stressante.

J'insiste pour sensibiliser mes patientes à ces réalités. Il faut les aider à sortir de leur clandestinité en les accompagnant et en respectant leur rythme de changement. Une surveillance efficace des désordres électrolytiques n'est réalisable que si les patientes en comprennent bien l'utilité, que le personnel de laboratoire est capable de vous joindre aussitôt le résultat du décompte des électrolytes connu s'il y a hypokaliémie, et que le pharmacien participe, au besoin, à la surveillance de la prescription de potassium. Par expérience, je sais que mes patientes adolescentes adhèrent à ce modèle de prise en charge et, parfois, nous appellent d'elles-mêmes pour nous aviser « qu'elles arrivent pour une vérification de leur kaliémie ». Il faut être disponible; ce fut utile à plusieurs d'entre elles.

D'autres, et elles sont nombreuses, voudront oublier ce temps de leur vie, tourner la page et vivre à leur convenance.

Celles qui continueront à être anorexiques après leur adolescence sont plus susceptibles d'être porteuses d'un trouble psychiatrique additionnel, que ce soit une personnalité limite, un trouble du caractère ou une dépression (comorbidité). *Clin*

Référence

1. Marie-Ève Matte. *Devant le Miroir*. Éd. Boréal, 2003; p. 41.

Lectures suggérées

1. Alvin P: *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Collection Conduites Doin Éd., Paris, 2001.
2. American Psychiatric Association: *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques*. Masson, Paris, 1994.
3. Jeammet P: *Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette Littératures, 2004.
4. Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, et coll: *Eating Disorders Review Part 1*. Radcliffe Publishing Ltd, United Kingdom, 2005:1-70.
5. Striegel-Moore RH, Bulik CM: *Special Issue on Anorexia Nervosa*. *Int J Eat Disord*, 2005; 37(S1):1-103.
6. *L'anorexie mentale: une maladie en quatre actes*, dans le Site Web du Réseau mère-enfant (CHU Sainte-Justine) www.rmeweb.org, 2005