

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE À L'ADOLESCENCE

Jean Wilkins, MD Professeur titulaire de pédiatrie Université de Montréal
Section de médecine de l'adolescence Hôpital Ste-Justine

1. INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

Au cours des trois dernières décennies, la pathologie rencontrée en médecine de l'adolescence a beaucoup varié. Il suffit de se rappeler toute la morbidité issue de l'usage abusif de drogues vers la fin des années '60 et le début des années '70 alors que les «bad trip» et les «flash back» présentés par un grand nombre d'adolescents posaient des problèmes de diagnostic et de traitement. Ont suivi, les manifestations d'une nouvelle morbidité liée cette fois-ci à l'expression d'une sexualité spécifique à ce groupe d'âge. Ce furent les difficultés contraceptives, les grossesses, les avortements, les MTS à l'adolescence. Le «no future» des années '80 et '90 avec l'impact de la mondialisation de la concurrence, la course à l'excellence, la violence dont les adolescents étaient victimes et non plus les auteurs ont causé à leur tour l'apparition d'une morbidité nouvelle plus récente. Des pathologies originales et complexes avec une haute prévalence et provoquant chez l'intervenant un sentiment d'impuissance subit et momentané, voilà ce à quoi nous ont habitués les adolescents. L'anorexie mentale et la boulimie de l'adolescence s'inscrivent dans cette continuité.

Les troubles des conduites alimentaires que représentent l'anorexie mentale et la boulimie nous touchent tout autant de par l'accroissement de leur fréquence que par leur sens tout à fait particulier à cet âge de la vie, moment crucial au plan biologique, psychologique et social. Par leur contrôle pathologique qui les caractérise et leurs répercussions physiologiques, corporelles, psychiques et sociales, ces troubles des conduites alimentaires évoquent les difficiles enjeux de l'adolescence, que ce soit au plan de l'acceptation de son corps avec ses nouvelles formes et sa sexualisation, de l'obligation de se distancier des autres pour mieux parfaire son processus d'identité de sa socialisation ou de la tâche de développer une compétence personnelle.

A travers l'anorexie mentale et la boulimie, des adolescents nous expriment leur désarroi, nous provoquent, nous interpellent et nous obligent à adapter nos conduites diagnostiques et thérapeutiques et même à innover en leur donnant un sens plus approprié. Ces adolescents s'attaquent plus qu'ils nous provoquent. Il faut comprendre le sens de leur désarroi si l'on veut être signifiant pour eux.

Ce texte traitera de divers aspects des troubles des conduites alimentaires: l'épidémiologie, l'étiologie, le diagnostic, la clinique, l'examen physique, le traitement, des commentaires et interrogations et une conclusion.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Crisp et Al (1976,1980) en Angleterre a observé une prévalence de l'anorexie mentale chez une adolescente sur 100 dans le groupe d'âge des 16-18 ans fréquentant des écoles privées. Il rapporte une incidence d'anorexie mentale chez une adolescente sur 300 dans le groupe d'âge

des 16-18 ans fréquentant les écoles publiques et d'une adolescente sur 250 chez celles inscrites dans des écoles privées.

Pope et Al (1981), Withaker et Al (1989) rapportent une prévalence d'anorexie mentale entre 0.5 et 2.0% chez les jeunes femmes. L'American Psychiatric Association (1994) dans son DSM-IV rapporte une prévalence de l'anorexie mentale entre 0.5 - 1.0% et de la boulimie nerveuse entre 1.0 - 3.0%, ces patientes devant répondre à des critères diagnostiques précis. Voilà un obstacle majeur puisqu'en clinique, et spécifiquement auprès de la population adolescente, nous rencontrons quotidiennement des patientes présentant de toute évidence un trouble de la conduite alimentaire mais chez qui il manque un ou deux critères diagnostiques. A cet effet, Connors et Johnson (1987) et Fairburn et Beglin (1990) rapportent dans leurs études une prévalence des désordres alimentaires sous-cliniques, i.e. ne présentant que certaines caractéristiques, beaucoup plus élevée soit entre 5 et 24%.

Au Québec, Ratté et Al (1989) dans une étude auprès de 1 144 étudiantes de niveau collégial de la région de Québec et utilisant le EAT-26, un questionnaire très utilisé qui examine la présence d'attitudes et de comportements alimentaires inadaptés, a montré que 16.2% des étudiantes obtiennent un score total au EAT-26 signalant la présence de caractéristiques associées à la boulimie et à l'anorexie mentale. Les auteurs de cette étude estiment qu'environ 8% des jeunes femmes ont vécu des problèmes alimentaires d'intensité clinique au cours des trois dernières années et que 1.5% ont présenté une anorexie mentale véritable. Ils ont aussi démontré que la valeur prédictive du EAT-26 augmente si l'on considère en plus le poids de la répondante et que celui-ci se situe à 80% du poids normal.

Bolduc et Al (1993), dans une étude réalisée auprès de 1 162 adolescentes de la région de Montréal et portant sur la prévalence des préoccupations et des troubles liés à l'alimentation, démontre que le tiers des filles sont insatisfaites de leur corps et que 14% d'entre elles adoptent des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation. À l'aide de différents critères, ils estiment la prévalence de l'anorexie mentale à environ 0.6% et celle de la boulimie nerveuse entre 0.5 et 2.5%.

En France, Ledoux et Choquet (1991) dans une étude portant sur la prévalence de la boulimie chez les adolescentes âgées entre 13 et 19 ans, ces auteurs rapportent une prévalence de boulimie inférieure à 1%. Leur étude révèle aussi que 4% des adolescentes à comportements alimentaires perturbés, est préoccupé par son poids, son corps et tente de contrôler son statut pondéral mais sans cumuler l'ensemble des critères diagnostiques de la boulimie.

À la clinique de médecine de l'adolescence de l'Hôpital Sainte-Justine, nous avons accueilli, entre le mois d'août '88 et janvier '95, 481 adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire soit environ 6 à 7 nouveaux cas par mois au cours de ces six années.

3. MODÈLE DE COMPRÉHENSION OU ÉTIOLOGIE

► 3.1 Anorexie mentale: Maladie multifactorielle (Garfinkel et Garner)

Pour tous les acteurs des milieux spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires, il est impensable d'ignorer la contribution de Garfinkel et Garner pour ce qui concerne leur modèle de compréhension de ces pathologies. En 1982 ils ont proposé un modèle explicatif faisant de l'anorexie mentale une maladie multifactorielle (Tableau 1). Pour ces auteurs, l'anorexie

mentale résulte de l'interaction, à taux géométrique variable, de trois sous-groupes de facteurs prédisposants, individuel, familial et culturel. Les facteurs précipitants sont moins bien connus mais ils proposent celui de la conduite anorexique comme un élément initial. Et des facteurs perpétuants viennent s'ajouter, reliés aux effets psychiques, émotifs et physiques du jeûne. Le tout produit une hétérogénéité dans le mode de présentation et dans le devenir de ces patientes.

Dans un article plus récent, Garner (1993) fait une revue de la littérature assez extensive concernant les prédispositions individuelles pouvant conduire à une anorexie mentale. Il met en garde les lecteurs cependant en mentionnant les limites méthodologiques des études impliquant les facteurs de personnalité dans l'anorexie mentale. Les traits de personnalité révélés par ces études peuvent à la fois être la cause de la maladie, ou responsable de son maintien ou simplement être le résultat du trouble alimentaire. La prudence s'impose donc. Il résume la littérature concernant l'association des troubles des conduites alimentaires avec la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les déficits cognitifs et affectifs, les troubles de l'image corporelle et des traumatismes physiques ou psychiques. Il mentionne la contribution de la génétique, de la vulnérabilité constitutionnelle et physique et des anomalies neuroendocriniennes et métaboliques dans la genèse des troubles des conduites alimentaires.

▶ **3.2 Les troubles des conduites alimentaires, des troubles de la dépendance (Jeammet)**

Jeammet (1989, 1990) propose une compréhension différente du phénomène des troubles des conduites alimentaires. Il émet l'hypothèse qu'il existe des «liens entre les différents troubles du comportement à l'adolescence: entre anorexie et boulimie bien sûr, mais aussi entre ceux-ci et la toxicomanie, les tentatives de suicide, les conduites d'opposition, de refus scolaire et de désinvestissement des activités». Ceci est d'autant plus intéressant qu'effectivement ces troubles de la conduite sont aussi à la hausse et remplissent nos consultations. Il pose la question à savoir «pourquoi l'adolescence est-elle la période électorale d'apparition de ces troubles et a-t-elle un impact sur leur déclenchement?» À la recherche d'une hypothèse «d'un élément commun à toutes les personnalités rencontrées et susceptibles, d'une façon ou d'une autre, d'être mis en jeu ou réactivé de façon spécifique par les changements de l'adolescence», il propose de faire de la dépendance cet élément commun et de considérer l'adolescence comme un révélateur spécifique de la problématique de dépendance. Un rapprochement entre les troubles des conduites alimentaires et la toxicomanie s'ensuit. L'anorexie mentale et la boulimie de l'adolescence vue comme des toxicomanies nouvelles plaît à l'esprit des intervenants de la première heure en médecine de l'adolescence. Ces patientes se comportent de façon identique aux adolescents toxicomanes rencontrés au cours des années '60 et '70. Par leurs conduites elles obligent les intervenants à innover constamment au plan de l'approche thérapeutique. Voir l'anorexie mentale et la boulimie comme des conduites d'autosabotage permet d'en comprendre à la fois toute la complexité et les difficiles enjeux de l'intervention.

Jeammet écrit que «c'est avec la toxicomanie que cette notion de dépendance s'est imposée comme étant la plus pertinente pour rendre compte de la nature du lien établi entre le toxicomane et l'objet de sa toxicomanie. Ce lien se définit par son caractère de nécessité: c'est un besoin avec ce que ce terme comporte d'analogie avec les besoins physiologiques indispensables à la conservation du corps, c'est qu'en effet l'énigme des conduites de dépendance serait bien simplifiée si on pouvait les réduire purement et simplement à la dépendance physique à l'égard d'un produit devenu nécessaire à l'équilibre somatique. Mais la toxicomanie ne se laisse pas assimiler à la seule dépendance physique et le problème se complexifie avec le recours à la dépendance psychologique. Dès lors, en effet, on est obligé

de faire appel au fonctionnement psychique pour comprendre ce qui pousse le sujet vers des conduites de dépendance, ce qui permet qu'elles se maintiennent, en quoi elles sont nécessaires pour assurer son équilibre, et de quel équilibre il s'agit».

Ayant eu à créer au début des années '70 des services spécifiques et adaptés pour les adolescents présentant un problème d'usage abusif de drogues et ayant suivi les «plus difficiles», il nous devient vite apparent en suivant les anorexiques et boulimiques d'aujourd'hui qu'il existe des similitudes entre ces deux groupes de patients. Les défis sont aussi complexes et nombreux. Le temps et la déception deviennent des éléments de la quotidienneté pour les intervenants. Pour sortir de son trouble alimentaire, l'adolescente prendra du temps et elle aura nécessairement déçu les autres.

▶ 3.3 Anorexie mentale et boulimie nerveuse dans un contexte développemental

Ayant une consultation exclusivement réservée aux adolescents, l'idée de comprendre l'anorexie mentale et la boulimie avec une perspective développementale est invitante, ces patientes éprouvent des difficultés à réaliser les tâches développementales propres à cet âge. Que l'on pense à l'intégration des transformations pubertaires et leurs conséquences soit la construction d'une nouvelle image corporelle sexuée et l'acceptation de la sexualité, et le travail de séparation des parents et d'individuation dans le but d'acquiescer sa propre identité.

C'est à partir de ces trois considérations théoriques principales que nous avons orienté tout notre travail clinique auprès des adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires.

4. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

L'évolution de nos connaissances et l'observation clinique répétée permettent maintenant de poser le diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie d'une manière objective en se référant à des critères diagnostiques reconnus et validés.

Sous cette rubrique, nous énumérons les différents critères diagnostiques suggérés par Feighner (1972), adaptés par Garfinkel et Garner (1982) et ceux du DSM-IV (1994). À chacun de choisir ceux qui lui conviennent le mieux dans l'exercice de son travail. Qui utilisera ces critères se rendra vite compte qu'un certain pourcentage de ses patientes ne répondent quand même pas à tous les critères diagnostiques. Une controverse existe quant à la classification de ces patientes chez qui il manque un ou deux critères.

Pour notre part, œuvrant en milieu adolescence, la suspicion d'un trouble de la conduite alimentaire doit apparaître dès que le clinicien rencontre une adolescente ayant une conduite anorexique accompagnée d'un amaigrissement et d'une aménorrhée. C'est ce qu'on identifie comme les quatre "A" pour: Adolescence, Anorexie, Amaigrissement et Aménorrhée.

Par la suite, le clinicien choisit la grille des critères diagnostiques avec laquelle il est le plus à l'aise. Les tableaux 2 et 3 illustrent les critères de Feighner et les adaptations proposées par Garfinkel et Garner. Les tableaux 4 et 5 représentent les critères du DSM-IV pour l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse.

5. VIGNETTES CLINIQUES

5.1 Anorexie mentale type restrictif

La présentation d'une vignette clinique pose plusieurs défis dont celui de sa pertinence, son objectivité, sa réalité et il faut éviter le piège de trop l'alourdir. Celle choisie pour ce texte est simple, quotidienne et complète. Les commentaires annexés doivent être considérés comme des interprétations reflétant une expérience de vingt ans auprès de ces patientes.

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation. Depuis quatre mois, celle-ci a réduit de façon drastique ses apports caloriques quotidiens à moins de 500 calories et est devenue beaucoup plus active, ce qui a entraîné une perte pondérale de 20%. Elle présente une aménorrhée secondaire depuis trois mois, affirme se sentir bien ainsi et ne pas avoir besoin d'aide.

«Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation»

L'adolescente n'a pas décidé de cette consultation, elle s'y soumet avec rage le plus souvent et avec le ferme désir de n'offrir aucune collaboration. L'intervenant doit pouvoir anticiper cette réalité et éviter par son approche un affrontement qui ne fera que nuire davantage à l'adolescente. Ainsi, après s'être introduit auprès de l'adolescente, il est important de lui faire part de notre perception de la situation et de notre compréhension de son refus à consulter. Elle n'a pas demandé à venir et elle ne veut probablement pas revenir. Ce contexte très particulier est source de grandes tensions. Les intervenants travaillent en terrain miné. Il faut profiter de cette première rencontre pour faire ressortir l'évidence d'une souffrance parentale probablement clairement exprimée par les parents et notre rôle peut en être un de médiateur pour essayer de soulager la patiente des tensions existantes entre elle et sa famille. Aucune erreur n'est permise lors de cette première consultation d'où l'importance d'un accueil ouvert, d'être à l'écoute, rassurant, simple mais engagé et respectueux. Il peut être rassurant pour les parents de savoir qu'il est habituel qu'ils aient à prendre un rendez-vous puisqu'il est dans la norme que leur fille adolescente n'ait pas voulu consulter d'elle-même.

«Depuis quatre mois celle-ci a réduit de façon drastique ses apports caloriques quotidiens à moins de 500 calories et est devenue beaucoup plus active»

Il existe toujours un délai entre le début de la symptomatologie et le moment de la consultation. Ce délai peut être long mais nous notons un raccourcissement depuis les dernières années. Pourquoi ce délai? Ce peut être le mode insidieux de présentation de l'anorexie, le temps nécessaire pour que les parents remarquent le comportement alimentaire particulier de leur fille et s'en inquiètent, le temps qu'il leur faut pour négocier ce rendez-vous, la non reconnaissance de ce problème lors d'une consultation antérieure auprès d'un autre intervenant et le plus souvent c'est le cumul de toutes ces causes. La conduite anorexique est franche. L'adolescente, sous le prétexte de vouloir bien s'alimenter, fait des choix alimentaires d'apparence judicieuse mais les quantités ingérées sont tellement limitées que cette insuffisance d'apports rend caduc son discours alimentaire. Elle décompte ses calories et le plus difficile pour son entourage c'est d'être soumis à son besoin constant de contrôler les autres. De nombreux conflits avec les membres de sa famille originent de ce besoin de contrôler les autres.

Comme l'adolescente anorexique est habituellement une jeune fille n'ayant jamais présenté de problème et qu'elle performe bien à l'école, son entourage ne croit pas qu'elle va persister dans cette conduite pathologique et on se dit que ça va arrêter. Mais non, ça se poursuit et l'adolescente triomphe par sa conduite anorexique, elle réussit, et l'impasse devient totale. Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire et de lutte contre la faim.

Comme il y a tout lieu de croire que leurs notions sur l'alimentation sont faussées en raison de leur trouble psychologique, il est préférable de s'abstenir de discuter ce sujet avec elle puisque ceci ne peut que conduire à des conflits en raison de différences d'interprétation. Malgré leur grande rigueur, l'anorexique commet des «erreurs de calcul» et de contrôle. Une référence à l'alimentation doit avoir pour objectif simple de lui rappeler ce qu'est une alimentation normale à son âge ou lui démontrer que «dans son contrôle», elle commet des erreurs.

L'hyperactivité est toujours présente, il suffit de l'observer ou de la découvrir. Elle peut être manifeste ou parfois tout-à-fait clandestine.

«Ce qui a entraîné chez elle une perte pondérale de 20%. Elle présente une aménorrhée depuis trois mois.»

La conduite anorexique s'accompagne d'un amaigrissement, lequel peut être léger ou très évident et saisissant. Il devient important de lui parler de sa maigreur, de lui démontrer les répercussions sur son corps, de lui interpréter la valeur de ses signes vitaux et de sa courbe pondérale par rapport à sa taille. Se servir des signes physiques ou des symptômes qu'elle présente, tels la peau sèche, le lanugo, le ralentissement du temps de remplissage capillaire, les modifications survenues à ses seins, son aménorrhée, sa bradycardie, son hypotension, son hypothermie, sa constipation, son obligation de tout contrôler, pour lui faire prendre conscience de son état actuel s'avère toujours une démarche intéressante et fructueuse. L'aménorrhée secondaire est quasi toujours présente; si l'adolescente est encore menstruée, c'est souvent parce qu'elle prend des anovulants.

«Affirme se sentir bien ainsi et ne pas avoir besoin d'aide»

L'anorexique triomphe par sa maigreur, elle en est fière et ne tient pas à l'exhiber aux autres, elle jouit pleinement de se l'exhiber à elle-même. A cause de ce triomphe, il devient normal qu'elle n'éprouve aucun besoin d'aide. Il est important de reconnaître cet état de faits et de le respecter. Leur expliquer pourquoi elle éprouve ces sentiments de satisfaction alors que les autres souhaiteraient qu'elle éprouve le contraire demeure une initiative valable. Mais voilà, c'est ainsi et ça ne changera pas rapidement. Il faut lui expliquer que sa conduite et sa maigreur représentent pour les autres des signes de détresse et que c'est la réalité tout en lui laissant la liberté de diverger d'opinion.

Voilà le mode de présentation classique retrouvé chez la plupart des adolescentes présentant une anorexie mentale de type restrictif. Il peut exister des variantes et la négation affichée par l'adolescente est souvent proportionnelle à son état cachexique. L'impasse est totale puisque pour espérer qu'elle se mobilise efficacement, il faut qu'elle reconnaisse sa maigreur et elle s'y refuse. Elle affiche sa maigreur et nous n'y donne pas accès. C'est quelque chose de réussi et de privé. Dans certaines situations, particulièrement chez les plus jeunes, âgées de moins de 15 ans, il peut exister une plainte somatique telle une algie pharyngée, une nausée persistante, une phobie de vomir, une gastralgie, un tableau de mérycisme, en fait une cause pour

dissimuler sa conduite anorexique. Ici se pose le problème de diagnostic et l'obligation parfois de procéder à une investigation biologique et radiologique.

Presque tout le temps l'adolescente anorexique est amenée en consultation contre son gré ou si elle était d'accord, il n'est pas surprenant d'apprendre très tôt durant l'entretien que son consentement accordé aux parents était de fait faux. La pensée magique joue quelque peu: «j'accepte (l'adolescente) de consulter mais ils (les parents) ne prendront pas de rendez-vous ou le médecin ne se rendra pas compte de mon état, je ne lui dirai rien». Voilà ce qui trotte parfois dans leur tête.

► 5.2 Anorexie mentale type boulimique ou boulimie nerveuse

Pour l'adolescente boulimique la situation diffère sur plusieurs points. Encore faut-il distinguer la boulimie s'inscrivant dans l'évolution d'une anorexie mentale de la boulimie nerveuse non inscrite dans la continuité d'une conduite restrictive. Dans les deux cas le désarroi est grand, le problème aggravé par la durée d'évolution et toute la clandestinité qui l'entoure. Dans le premier cas, la boulimie signifie la perte de son contrôle, la perte de son identité acquise avec tellement d'efforts et de perfection. C'est l'échec, le vide, l'insignifiance. C'est le gain pondéral, le retour des formes, le retour de la féminité, le constat d'un retard au plan de son développement psychologique, les maladroites d'une rébellion adolescente exprimée tardivement mais nécessaire. C'est une tragédie pour l'adolescente mais un soulagement pour ses parents. Un deuxième paradoxe.

Au premier moment de la maladie i.e. lors de la phase restrictive, l'adolescente triomphe et les parents sont atterrés. Lors de la survenue des boulimies et de la reprise pondérale c'est le contraire, les parents affichent leur soulagement pour ne point dire leur bonheur et l'adolescente est atterrée. Un moment capital pour ajuster toute forme de prise en charge déjà en place. Les idées suicidaires et les gestes suicidaires peuvent apparaître à ce moment précis. À aborder absolument avec l'adolescente et là l'entourage de l'adolescente affiche une stupéfaction puisque comment croire qu'elle pense au suicide alors qu'elle va mieux? Mais c'est ça la réalité.

La boulimie non inscrite dans la continuité d'une conduite restrictive diffère beaucoup. L'adolescente est habituellement plus âgée, 17 ans et plus pour la majorité, elle s'adonne à cette pratique depuis longtemps i.e. plusieurs mois, ça s'accompagne de vomissements auto-induits ou d'abus de laxatifs. La demande de consultation peut originer de la patiente elle-même ou avoir été initiée par quelqu'un de son entourage, un parent, une amie, un ami, une connaissance. Elle est hésitante à consulter mais le plus souvent elle a pris son rendez-vous elle-même tout en étant plus ou moins convaincue de cette nécessité. Elle avouera son problème, recherchera une solution plutôt magique venue de quelqu'un d'autre et elle repart réfléchir, ou elle oubliera qu'elle est venue. Ou bien elle éclatera, incapable de poursuivre ainsi sa vie, détruite par elle-même et sans espoir de s'en sortir. Cette situation peut sembler idéale, il y a une souffrance exprimée et une demande d'aide, mais le défi reste énorme, l'agrippement non forcément réussi lors de ce premier contact.

Le scénario de l'accès boulimique a été bien décrit par Jeammet (1993). Il mentionne son déclenchement brutal, son aspect frénétique, l'état de torpeur à la limite d'un vécu de dépersonnalisation qui suit l'accès boulimique, la fréquence variable de ces accès et ce qui se passe entre les accès. La peur de grossir avec différentes stratégies de contrôle du poids, l'hyperactivité et l'usage du corps devenant obsédante s'associant au scénario, toujours selon

Jeammet. Nos observations sont similaires. Le caractère secret ou clandestin et la longue durée de cet état avant la première consultation surprennent.

Connaissant mieux le sens de leur maladie et le caractère particulier de la première consultation, il devient important de bien accueillir cette adolescente et ses parents ou tout autre accompagnant. L'accueil devient le premier geste clé qui sera déterminant pour le suivi de la patiente et de sa famille.

6.1 EXAMEN CLINIQUE

Accueillir, questionner, écouter, comprendre sont les premières actions à poser. Ça ne peut convenablement se faire que dans une relation d'un à un. Les parents seront rencontrés au temps deux de la première consultation. Après le questionnaire de la patiente, il faut l'examiner. Un examen physique complet est obligatoire. Il n'est pas nécessaire de déshabiller la patiente au complet, ceci peut et doit être fait par étapes. Sa maigreur est évidente dans sa face, au niveau de ses membres et de sa poitrine maintenant inexistante. Des rides apparaissent autour des commissures labiales, les joues se creusent, le débit verbal est hésitant. Sa peau est sèche, bleutée aux extrémités et parfois caroténémique. Elle est froide et présente un temps de remplissage capillaire allongé. Ce geste d'appuyer sur le bout de son majeur gauche ou droit pour évaluer son temps de remplissage capillaire la surprend, l'intéresse et la captive. Ce geste sera répété à chaque visite ultérieurement pour lui démontrer un impact de sa maladie sur sa physiologie.

La prise de ses signes vitaux est indispensable et doit être expliquée. Par les signes vitaux, nous évaluons les répercussions au niveau cardiaque de sa conduite alimentaire pathologique. Le plus souvent la patiente présente une bradycardie entre 50 et 60/min et une hypotension à 90/60 avec des bruits difficilement entendus. L'utilisation d'un dynamap peut s'avérer utile.

L'examen physique se complète progressivement suivant son consentement. Les trouvailles sont évidentes «à vue d'œil» habituellement. La prise de signes vitaux, la pesée et la mesure de sa taille sont obligatoires lors de cette première visite.

Un bilan de cet examen est établi et expliqué à la patiente dans un premier temps et à ses parents dans un deuxième temps.

Pour la patiente boulimique une attention plus grande sera portée à l'examen de sa cavité buccale, de ses dents, de son oropharynx, à la présence de lésions cutanées au niveau des jointures ou du revers de la main conséquences des autovomissements provoqués à l'aide de ses mains. Des signes d'automutilation peuvent être présents ailleurs sur son corps. Chez chacune de ces patientes il faut tenter de connaître les moyens qu'elle utilise pour induire ses vomissements, s'il lui est facile de les induire, si le moyen utilisé est dangereux ou si elle fait abus de laxatifs. Ses réponses peuvent varier d'une visite à l'autre, il faut les reposer jusqu'à notre satisfaction. L'évaluation de la fréquence et de l'intensité des autovomissements quoique difficile a son utilité dans la mesure où ça permet à l'examineur d'avoir un aperçu de l'état et de la progression de la maladie. L'arrêt de l'utilisation des vomissements ne survient pas brusquement, le plus souvent l'intensité d'abord puis la fréquence diminuent et ça devient plus difficile. La perte de «cette compétence» est rassurante d'une certaine manière.

Chez les anorexiques la perte de leurs cheveux les inquiète affreusement. On a l'impression que leurs cheveux se raréfient et s'amincissent, leur chute est évidente mais il est très rare de retrouver des placards d'alopecie. Il faut les rassurer et leur expliquer que tout se corrigera avec la reprise de l'alimentation et du poids... un jour.

Il faut aussi les questionner sur leur usage de l'eau. Elles ont tendance à abuser de l'eau, d'en boire de grandes quantités et certaines sont à risques de s'intoxiquer. Une prévention s'impose.

L'examen physique permet à l'examineur de montrer à la patiente les répercussions de sa conduite alimentaire sur son corps. Lui décoder ces signes et symptômes permet à la longue «qu'elle rétablisse le contact entre son esprit et son corps». Voilà peut-être le rôle le plus important du clinicien et une étape indispensable pour le rétablissement de la patiente.

Un examen médical complet, minutieux, par étapes et commenté. L'examen médical devient un art lorsqu'on sait l'adapter à ce type de patientes et qu'on obtient leur collaboration.

7. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU AMBULATOIRE OU HOSPITALIER

Le premier contact avec l'adolescente anorexique ou boulimique a lieu en clinique externe de préférence ou à l'urgence si inévitable. Ce premier contact peut et c'est souvent le cas, avoir été précédé d'un appel téléphonique de détresse de la part des parents, d'un médecin, d'un autre membre de la famille ou d'un(e) ami(e). Notre expérience clinique démontre qu'il est préférable de proposer un rendez-vous en clinique dans un délai maximal de trois semaines depuis l'appel téléphonique de détresse. Un délai plus long est associé à une plus grande fréquence de non présentation à ce rendez-vous fixé ou à un «magasinage» auprès d'autres organismes pour aboutir souvent à une référence en urgence ou à une hospitalisation pas toujours indiquée. Les ressources humaines et spécialisées étant limitées, il est compréhensible que l'on ne puisse observer ce désir d'un délai maximal de trois semaines et souhaitable d'au plus de deux semaines. Là, le médecin de famille ou le pédiatre ou le psychologue scolaire peuvent jouer un rôle d'intermédiaire, d'accompagnateur vers le centre spécialisé.

▶ 7.1 En milieu ambulatoire

Première visite, son déroulement, son importance

Une fois en clinique, la porte d'entrée dans notre programme se fait par le médecin et l'infirmière. Une évaluation a d'abord lieu incluant un examen médical et ceci conduit à la pose d'un diagnostic si la patiente répond aux critères diagnostiques reconnus (Tableaux 2, 3, 4 et 5). Cette première rencontre se déroule en deux temps: d'abord la patiente est rencontrée seule et par après avec ses parents en sa présence ou les parents sont rencontrés seuls selon la volonté de l'adolescente.

La première visite aura permis, en plus de l'accueil de la patiente, de poser un diagnostic, ce qui a un effet rassurant pour les parents et ce qui ne surprend guère l'adolescente mais peut la déranger. C'est comme si on dévoilait contre son gré un secret qui lui est précieux. Un bilan médical aura permis également d'évaluer la gravité de son atteinte au plan physiologique et

elle en aura été informée la première des résultats avant ses parents. Ce bilan déterminera le contenu de la prescription qui suivra et la fréquence des prochains rendez-vous de même que la nécessité ou non d'une hospitalisation.

Habituellement, se faire confirmer qu'on est anorexique ou boulimique et se faire raconter en langage scientifique et clinique dans quel état on se trouve suffisent pour la patiente adolescente. C'est la rencontre de deux forces et de deux faiblesses: la force de son symptôme et sa faiblesse i.e. sa vulnérabilité et la force de notre nombre, de notre logique et de nos connaissances et notre faiblesse, résultant de notre impuissance à agir sans son consentement ou sa volonté. Le médecin réalise qu'il a un double rôle: assurer la patiente que l'on respectera son rythme de changement que l'on prévoit lent et rassurer ses parents. Paradoxal en apparence et difficile dans son application mais inévitable comme rôle.

Marge de sécurité obligatoire

Pour poursuivre la prise en charge en ambulatoire, le médecin se doit d'exiger de la patiente une marge de sécurité au plan clinique. Cette marge de sécurité nous la définissons ainsi: présence d'un rythme cardiaque supérieur à 50/min, une tension artérielle à \geq 90/60 sans manifestations orthostatiques répétées et inquiétantes, une fidélité à se présenter aux rendez-vous fixés soit avec le médecin, l'infirmière, le psychologue ou le psychiatre et l'absence d'anomalies électrolytiques.

La première prescription

Une fois rassurée concernant cette marge de sécurité clinique obtenue, il est possible de proposer un suivi en externe et la première prescription comprend les recommandations suivantes: 1- Inciter l'adolescente à se questionner sur le sens de sa conduite; 2- Lui demander à tout le moins de décélérer la vitesse de sa chute pondérale et de façon souhaitable qu'elle reprenne du poids, mais il faut être réaliste; 3- Lui retirer le contrôle de la cuisine et y limiter sa présence drastiquement et 4- Demander aux parents de reprendre le contrôle de l'alimentation de la patiente. Cet ensemble de mesures suffit à la fin d'une première visite.

La deuxième visite et les autres

La deuxième rencontre sera fixée à un intervalle d'une à trois semaines plus tard et servira à faire le bilan de l'impact de la première visite. La patiente sera pesée, réexaminée, questionnée à propos des fruits de sa réflexion sur le sens que prend pour elle sa maladie et les facteurs l'y ayant conduite et finalement les parents rencontrés pour connaître leur point de vue et les réactions de l'adolescente à son exclusion de la cuisine et de la tâche de préparer les repas ainsi que sa réaction aux repas préparés et offerts par eux.

Un deuxième bilan est donc établi et une opinion médicale émise avec des recommandations découlant des observations recueillies. Et ainsi de suite le même modèle d'intervention est appliqué à chaque visite dont la fréquence variera en fonction de l'état clinique de la patiente. Les changements sont lents à se produire, il faut être patient. À la deuxième ou troisième visite en ambulatoire une requête de consultation est adressée à la psychologue et discutée une fois par semaine en équipe.

Sur demande de la patiente ou de sa famille elle est référée à la diététiste. Parfois il s'agit d'une prescription médicale.

▶ 7.2 En milieu hospitalier

Une hospitalisation n'est pas essentielle et recommandée dans tous les cas. Il arrive qu'elle soit nécessaire et il faut alors lui attribuer un sens. Les indications se sont précisées et elle devient une étape dans un plan de traitement plus élargi. L'adolescente doit être ainsi prévenue de la signification de l'hospitalisation. Nous avons toujours essayé de donner un sens à l'hospitalisation et d'éviter ainsi d'y donner un caractère sauvage.

Avec l'expérience acquise auprès de ces adolescentes, nous avons identifié diverses situations où une hospitalisation est nécessaire et elles sont illustrées dans le tableau 6.

Le fonctionnement en milieu hospitalier

En milieu hospitalier les intervenants sont multipliés. Les infirmières jouent un rôle de premier plan de même que les stagiaires en médecine, les résidents en pédiatrie, la diététiste, l'animateur et les autres patients. Les patientes bénéficient d'une évaluation et prise en charge par le psychiatre ou seront traitées par le psychologue de la clinique si elle est déjà suivie en externe.

Chaque patiente bénéficie d'un plan de traitement individualisé, comprenant des aspects behavioristes, cognitifs, éducatifs avec parfois un éclairage psychanalytique. La durée du séjour est variable dépendant du motif d'entrée mais habituellement de quatre à huit semaines sont nécessaires pour amorcer un traitement qui se poursuivra en externe. Une réunion synthèse est prévue une fois par semaine à laquelle assistent tous les intervenants. Des ajustements thérapeutiques sont apportés selon les observations recueillies au cours de la semaine. Le pédiatre et/ou le psychiatre se charge, après entente, de rencontrer chaque patiente et de l'informer des décisions prises. Cette tâche peut aussi être déléguée à d'autres membres de l'équipe de soins.

▶ 7.3 Synthèse des rôles et tâches des intervenants

Le médecin, son rôle, ses tâches

L'anorexie mentale est une maladie complexe dans sa présentation, son étiologie et son traitement ne sont pas simples. Établir une relation médecin-patient efficace constitue la base d'une approche thérapeutique signifiante. Pour y arriver, il faut être à l'aise avec les adolescents et cette pathologie et éviter les interventions susceptibles de créer des impasses, ce que recherche souvent l'anorexique.

Le premier entretien, simple et conventionnel, nous l'avons vu, revêt un caractère d'importance car il permet de poser un diagnostic et le médecin devient, dans la plupart des situations, la première personne extérieure à la famille à confirmer qu'il existe bel et bien un problème et que ce problème a un nom. De fait, il identifie l'adolescente comme porteuse d'une anorexie mentale.

Immédiatement après, le médecin explique l'histoire naturelle de cette maladie, son étiologie pluridimensionnelle et les raisons qui peuvent conduire une jeune adolescente à développer ce problème. Le médecin s'adresse en termes généraux et laisse l'adolescente détecter au hasard de cette explication les raisons qui pourront lui être propres à elle.

Les premières rencontres permettent l'accueil de la patiente et de sa famille, la complétude du questionnaire et de l'examen physique, la pose du diagnostic par l'identification des critères diagnostiques, l'explication de notre démarche diagnostique et de l'histoire naturelle de la maladie, la rencontre avec les parents, la prescription à la patiente de la tâche de se questionner sur la signification que revêt pour elle cette maladie, une évaluation de son bilan électrolytique, s'il y a présence d'autovomissements ou usage abusif de laxatifs ou de diurétiques.

L'adolescente quitte toujours la clinique avec un rendez-vous en mains dans un délai ajusté à son état clinique, à sa fragilité et à la capacité de la famille de tolérer cette situation. S'il est à l'aise avec ce type de patientes, le médecin doit être l'intervenant principal et prendre charge du suivi. La fréquence et le contenu des entrevues varieront d'une adolescente anorexique à l'autre et s'il sait éviter les impasses, le médecin sera toujours considéré comme la personne ressource souhaitée par la patiente puisqu'il peut à la fois l'informer et comprendre son cheminement personnel tout en surveillant son état physique. Cette complémentarité de tâches est exigeante mais c'est la richesse particulière du rôle du médecin et il faut l'utiliser.

Du médecin au psychologue

La plupart du temps c'est le médecin qui aura le rôle d'accompagner l'adolescente anorexique vers le psychologue. Voilà un rôle déterminant et essentiel à articuler avec l'action du psychologue.

Si le premier acte a été sous la responsabilité du médecin et de l'infirmière de même que de la préposée à l'accueil des patients, le deuxième acte est sous la responsabilité du psychologue. La psychothérapie avec les adolescentes anorexiques s'inscrit dans un contexte développemental qu'il ne faut jamais perdre de vue. Les difficultés expérimentées par l'anorexique sont reliées aux différentes tâches de développement de cette période. Les anorexiques ont de la difficulté à se séparer et à s'individuer de leurs parents, tâche nécessaire et essentielle à l'adolescence pour arriver à se construire une identité propre.

Les difficultés d'identifications à des images féminines positives et l'incapacité à intégrer les transformations/pubertaires et les remaniements psychiques qu'elles impliquent ont été soulevées par différents auteurs. Par sa conduite anorexique soutenue, l'adolescente régresse à un stade pré-pubère ce qui a très bien été démontré au plan endocrinien. Cette régression ne peut être que temporaire et tôt ou tard l'anorexique sera prise dans son propre piège. C'est comme vouloir traverser son adolescence sans être adolescent.

Les enjeux de la psychothérapie pour l'adolescente et le thérapeute, un modèle (Wilkins et Meilleur (1991))

La tâche du psychologue est parfois complexe avec l'anorexique car dans la majorité des cas l'adolescente ne veut pas consulter, elle vient à la demande de ses parents ou plus souvent à la demande du médecin. L'adolescente est alors réticente et peu collaboratrice, elle ne comprend pas pourquoi elle vient à cette rencontre car elle ne reconnaît pas son problème d'anorexie et encore moins les difficultés personnelles sous-jacentes impliquées. Une période de négation de la maladie est fréquemment observée chez ces patientes en début de thérapie. Par contre, il arrive que certaines anorexiques se présentent de façon positive et collaboratrice. Ce sont,

pour la plupart, des adolescentes qui ont tenté de s'en sortir par elle-même et qui se sont butées à des impasses.

Ces dernières présentent un tableau clinique différent, c'est-à-dire qu'elles reconnaissent leur problème alimentaire et réalisent que des difficultés importantes sous-tendent ce dernier, leur attitude face à la thérapie est plus positive et l'alliance de travail se crée plus rapidement à cause de la collaboration présente.

L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique est essentielle. Le psychologue doit respecter le rythme de l'anorexique tout en ne se laissant pas entraîner dans un discours sans fin axé uniquement sur la nourriture. Par contre, le psychologue doit accepter le "discours alimentaire" de l'anorexique qui est particulièrement présent au début de la thérapie. L'alimentation est en général pour l'anorexique son principal intérêt (et parfois même le centre de sa vie et de son univers) et un des seuls aspects de sa vie qu'elle a l'impression de contrôler. Placée devant l'obligation et la nécessité de s'alimenter l'anorexique craint de faire disparaître cet univers qui est le sien et qu'elle croit contrôler. La disparition de l'anorexie signifie pour plusieurs d'entre elles le vide; elles ont l'impression d'être vide, de perdre leur identité, leurs points de repères. Le rôle du psychologue est d'aider l'anorexique à trouver un sens à ses comportements, à ce contrôle alimentaire, et surtout de l'aider à exprimer ses émotions et ses sentiments de façon verbale plutôt que par le truchement de ses symptômes.

Le psychologue doit éviter d'enfermer l'anorexique dans un suivi thérapeutique rigide et déjà tout programmé avec des objectifs pré-établis pour elle. Chaque psychothérapie doit revêtir un caractère individuel adapté à chacune des patientes. Cette individualité est particulièrement importante avec les anorexiques, elle leur permet de réaliser qu'elles ont une identité propre malgré leurs symptômes communs et les oblige à mettre l'accent sur leur personne plutôt que sur leur maladie. Certaines modalités du traitement seront et même devront être décidés par l'anorexique conjointement avec son médecin et/ou son psychologue (par exemple les objectifs du poids, les projets personnels à réaliser, les aspects à travailler). Placée devant les diverses alternatives possibles, l'adolescente anorexique éprouve de grandes difficultés à arrêter son choix et à l'affirmer. Elle sera tentée dans la majorité des cas de laisser au psychologue le soin de faire les choix à sa place ou encore d'essayer de déceler ce que ce dernier croit qu'il est mieux de faire. Il nous apparaît important que le psychologue s'abstienne de tous commentaires susceptibles d'influencer l'adolescente dans une décision qui ne serait pas sienne. L'anorexique ressentira de l'angoisse devant ce vide d'elle-même, cette incapacité à choisir, à se décider et à s'affirmer. Le rôle du psychologue est de l'amener progressivement à se questionner, à identifier ses désirs et à les exprimer.

Progressivement au cours de la thérapie l'adolescente anorexique délaisse ses préoccupations alimentaires et commence à parler de ses difficultés personnelles dont elle prend conscience. Les difficultés liées à la recherche d'une identité propre sont centrales chez l'anorexique qui est en quête d'elle-même. Dans plusieurs cas l'adolescente anorexique a tenté de répondre de façon quasi-parfaite aux demandes et aux attentes parentales réelles et perçues. Elle s'est habituée à se conformer et se mouler aux désirs des autres, à lire ces désirs et à les remplir. Elle est pleine du désir des autres mais vide du sien. L'anorexie est souvent la seule ombre à ce tableau parfait, mais c'est aussi pourquoi elle prend une signification particulièrement importante. La seconde partie de la thérapie est plus orientée vers cette émergence de la personnalité propre de l'adolescente. Le travail de distanciation des parents doit s'amorcer et la déidéologisation des images parentales aussi.

L'adolescente apprend à reconnaître et différencier ses propres désirs de ceux de son entourage et à les accepter. C'est au travers cette différence que l'adolescente pourra s'exprimer et se trouver une identité propre autre que celle d'anorexique. Tout au long du traitement nous nous efforçons de considérer les autres facettes de la vie de l'adolescente soit sa vie scolaire, sa socialisation, la vie familiale afin de toujours les intégrer dans le cheminement normal et progressif de la patiente.

Il est capital de se rappeler que l'abandon graduel et souvent involontaire du contrôle alimentaire se traduit chez plusieurs anorexiques par l'apparition d'épisodes boulimiques avec gain pondéral et possibilités d'usage abusif de laxatifs et/ou d'autovomissements. L'adolescente présente alors une vulnérabilité importante au plan psychique et elle sera à risques de présenter des idées et des gestes suicidaires. Elle peut être avisée de ceci au préalable et soutenue durant cette phase pénible ou souffrante pour elle mais annonciateur le plus souvent d'une évolution positive, ce qui peut lui paraître paradoxal et être souvent mal accepté par elle. Les intervenants doivent alors être très vigilants et offrir la possibilité de rapprocher la fréquence des rendez-vous. La durée de cette période de même que son intensité pathologique sont variables pour chacune des patientes.

Tout ce travail en ambulatoire se déroule à un rythme individualisé pour chacune des patientes et des «pauses de thérapie» sont permises lorsqu'elles sont jugées indiquées par les intervenants et que l'état de la patiente le permet.

La double prise en charge, un atout (Wilkins et Meilleur (1991))

La prise en charge est essentiellement sous la responsabilité de deux intervenants; le pédiatre et le psychologue ou le pédiatre et le psychiatre.

La double prise en charge offre des avantages majeurs. Cette modalité permet à chacun des intervenants de concentrer ses principales interventions sur un des deux aspects liés au désordre, soit l'aspect médical ou l'aspect psychique, tout en ayant l'assurance que l'autre volet est aussi travaillé par l'anorexique. Ainsi la double prise en charge permet de s'assurer que les deux aspects du désordre sont travaillés simultanément: le suivi physique de l'adolescente anorexique est assuré par le médecin qui veille à ce que sa santé ne soit pas menacée ce qui permet un travail plus dégagé du côté psychique. Il apparaît important d'expliquer d'emblée à l'adolescente l'importance pour elle de travailler les deux aspects du désordre. Cette double prise en charge nécessite une collaboration étroite de la part des intervenants et une orientation commune en ce qui concerne les objectifs généraux du traitement.

Du côté de l'anorexique, cette double prise en charge lui offre aussi des avantages précieux. Elle lui permet de maintenir une alliance thérapeutique continue avec au moins un des deux intervenants malgré les nombreux clivages qu'elle peut présenter en cours de traitement. Comme il a été maintes fois soulevé, l'anorexique va souvent manipuler les intervenants pour tenter de saboter son traitement et l'amener dans une impasse. La présence de deux liens thérapeutiques différents mais congruents permet à l'anorexique d'exprimer de l'agressivité ou de la colère face à un intervenant tout en préservant intacte sa relation avec l'autre intervenant. Evidemment les intervenants doivent s'abstenir de prendre part ou de répondre à ces clivages. Ils doivent les entendre, les écouter et en discuter avec la patiente. L'expression ou la manifestation verbale et ouverte d'agressivité de la part d'une anorexique n'est jamais facile pour elle. Toutefois dans bien des cas elle témoigne chez cette dernière d'un certain mieux-

être dans le sens d'une plus grande affirmation de soi et de ses sentiments propres autrement que par son anorexie.

Une question souvent posée par l'adolescente concerne la durée totale du traitement. La réponse donnée est toujours la même: «nous vous accompagnerons jusqu'au retour de vos menstruations»... ce qui prend quelques années. Évidemment l'intensité de l'intervention variera en fonction de l'évolution.

8. COMMENTAIRES ET INTERROGATIONS

L'expérience clinique acquise auprès de cette clientèle depuis les quinze dernières années amène nécessairement le médecin à relever des faits et à se questionner sans cesse par rapport à ces adolescentes, leur maladie et le type d'approche préconisé. Voici énumérer quelques constats qui suscitent un questionnement et pourraient prendre la forme de projets de recherche clinique éventuellement.

▶ 8.1 L'importance de décoder le sens de cette maladie

Chez chacune des adolescentes atteintes, leur anorexie a un sens lequel peut varier entre autres en fonction de l'âge de l'adolescente. Au début de la puberté, l'intégration des transformations pubertaires semble chez certaines représenter un facteur déterminant dans le déclenchement de la maladie alors que chez celles dont la maladie apparaît après 15 ans cette réaction à la puberté est moins évidente. Chez les gymnastes, les ballerines et autres sportives chez qui la minceur et le statut prépubertaire représentent un atout certain, il faut comprendre que chez elles la survenue de la puberté les confronte à une réalité imprévue i.e. un corps remodelé lequel peut être responsable d'une baisse de leur performance. Elles pourraient ainsi être tentées d'éviter ceci en pratiquant une conduite alimentaire restrictive qui aura pour effet de bloquer leur puberté. Leur activité étant leur identité, l'anorexie mentale devient un moyen de tricherie parfois non seulement accepté mais favorisé par les organisations auxquelles elles appartiennent. L'anorexie mentale restrictive s'accompagne d'une régression hormonale aux divers stades prépubères selon le moment du début de la maladie. Bloquer sa puberté peut représenter un objectif souhaité par certaines.

L'émaciation triomphante comme moyen d'avoir une identité à soi et non plus «celle des autres» devient un bonheur qu'il est difficile d'abandonner.

L'anorexie mentale a un sens pour chacune des adolescentes qui en est atteinte. Le découvrir, le décoder, ce n'est pas chose simple. Il faut du temps, il faut questionner et requestionner. Une étape essentielle dans la prise en charge.

▶ 8.2 Les rythmes de changement à respecter

Accueillir les patientes anorexiques, les questionner, les examiner et poser le diagnostic, même si ce n'est pas toujours facile, ça demeure une démarche médicale connue et intégrée. Là où ça se complique c'est lorsque nous voulons prescrire un traitement efficace et rapide. Quitter l'anorexie prend du temps. Chacune à son propre rythme qu'il faut respecter en autant que nous ayons une marge de sécurité au plan clinique et physiologique. Brusquer leur rythme de changement peut conduire à des impasses et à des effets iatrogéniques aggravants. D'où l'importance d'une approche en équipe de sorte que si la patiente décide de rompre son

lien avec un membre de l'équipe traitante, un autre peut intervenir et cheminer avec la patiente. Nous sommes tous responsables en fait de faire cheminer l'anorexique d'un point A à un point B, moment où il devient nécessaire qu'un autre intervenant agisse ou que l'approche thérapeutique soit modifiée. L'accompagnement thérapeutique de ces patientes oblige une adaptation dynamique constante des intervenants qui doivent considérer nécessairement l'état physique de la patiente.

Le rôle du médecin est donc capital au début, après quoi il doit faciliter l'entrée en scène des autres intervenants au moment le plus justifié. Exercice difficile mais réalisable et en ayant toujours comme objectif d'éviter des manœuvres qui pourraient nuire plutôt qu'aider l'anorexique. Est-il préférable qu'un intervenant désigné (le médecin) soit l'acteur principal pendant quelques semaines avant que les autres intervenants agissent ou est-il préférable que dès le départ l'adolescente soit soumise à toute une batterie d'évaluations par tous les intervenants intéressés? Deux modèles d'action sans doute valables, lequel est préférable?

▶ **8.3 L'hospitalisation, nécessaire ou pas**

Les unités de médecine de l'adolescence, partout en Occident, sont débordées par la présence des anorexiques en trop grand nombre par rapport aux ressources humaines et physiques disponibles sur ces unités. Nous avons apprivoisé leur hospitalisation mais elle demeure de longue durée et leur coût s'élève dramatiquement au moment où le discours économique devient prédominant dans le réseau de la santé. Aurons-nous pour longtemps encore les moyens de les traiter? Comment rationaliser? Comment être plus performant?

Nous avons raffermi et précisé au cours des années nos critères d'hospitalisation (tableau 6) et il faut continuer. Maintenant il faut questionner le lieu d'hospitalisation. Une unité générale de médecine de l'adolescence nous a toujours semblé présenter des avantages certains. L'action des pairs, non mesurée cependant, nous a quand même toujours apparu très importante. Créer un lieu thérapeutique exclusif, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, composé d'une équipe inter et multidisciplinaire serait peut-être une alternative intéressante. Des projets existent déjà mais peu pour les adolescents. Des maisons pour anorexiques... à considérer?

▶ **8.4 Les malaises gastro-intestinaux lors de la reprise de l'alimentation**

La reprise de l'alimentation s'accompagne presque toujours de plaintes digestives diverses. Une sensation de plénitude après quelques bouchées, une satiété précoce, un inconfort post-prandial, une sensation de gonflement de l'abdomen, une constipation sont les plaintes habituellement formulées par l'adolescente. Ces plaintes ont une cause physiologique découlant des répercussions de l'anorexie restrictive sur la motilité du tube digestif. Ces plaintes disparaîtront avec la reprise alimentaire et le gain de poids. Un fractionnement des apports caloriques quotidiens en plusieurs petits repas peut parfois être nécessaire.

Les adolescentes aux prises avec ces malaises doivent être rassurées et comprendre que c'est en mangeant qu'elles guériront.

▶ **8.5 La surveillance de l'utilisation de l'eau et des troubles électrolytiques**

Il existe chez les anorexiques une fascination pour l'eau et l'usage qu'elles en font oblige une surveillance. Au plan physiologique Gold et Al (1983) ont démontré que la plupart des

patientes anorexiques présentent des taux anormaux d'arginine vasopressine dans leur plasma qui se corrigent lentement avec la reprise de poids. Leur régulation de l'eau est compromise et ce qu'il faut prévenir c'est l'intoxication à l'eau pouvant provoquer des crises convulsives et même des décès.

L'eau joue pour elles plusieurs rôles. Elle sert à diluer les calories, à les noyer. Elle sert comme inducteur ou facilitateur de vomissements, ou comme trompe la faim, pour tromper la pesée ou encore pour récurer l'intérieur de son corps, le rincer.

La surveillance des troubles électrolytiques reste un défi malgré les connaissances acquises. Quand et à quelle fréquence doit-on faire un bilan ionique chez la patiente qui fait usage abusif d'eau, de laxatifs ou qui se fait vomir demeure un geste encore arbitraire. Cependant on ne peut nier les risques découlant de ces troubles et la difficulté de bien les identifier étant donné leur caractère clandestin.

▶ **8.6 Les enjeux liés à l'hypoestrogénémie prolongée, l'aménorrhée et l'ostéoporose**

La littérature médicale s'est faite abondante sur ces sujets depuis les derniers dix ans. Un problème est posé celui de l'ostéopénie comme complication majeure de l'anorexie mentale avec son risque notable de fractures pathologiques. Alvin et Al (1994) dans un éditorial paru dans les Archives de Pédiatrie résume très bien ce problème. Ils diront avec justesse que bien que les arguments en faveur d'une prévention précoce de cette nouvelle morbidité soient convaincants, ses indications et ses modalités restent à préciser. Les indications d'un traitement hormonal demeurent imprécises. En pratique il faut éviter qu'un traitement hormonal «permette» à la patiente d'exclure toute autre thérapeutique et la prise en charge psychologique. Et souvent ce traitement est refusé par la patiente explicitement ou implicitement (Maugars 1994).

Dans notre pratique, le traitement hormonal comprenant les anovulants est plus facilement accepté à la suite d'une reprise de poids et dans le contexte où il y a à la fois une persistance de l'aménorrhée et la nécessité d'une pratique contraceptive souhaitée par la patiente qui ne désire pas une grossesse et chez qui on ne peut prévoir le retour de son ovulation.

▶ **8.7 Difficultés au plan de leur vie affective et de leur choix de carrière**

L'accompagnement des adolescentes anorexiques tout au long de leur maladie nous fait découvrir deux situations de vie où elles semblent éprouver plus de difficultés que la moyenne des autres adolescentes. Établir une relation amoureuse et s'investir dans une relation affective pose problème. Trop souvent avons-nous rencontré des jeunes filles dont la vie amoureuse et sexuelle n'étaient qu'imitation et fausseté.

En ce qui concerne leur choix de carrière, elles sont hésitantes entre un choix provenant d'elle et un autre dicté par leur entourage soit familial ou scolaire. L'influence des autres lui est en quelque sorte trop souvent hélas obligatoire. Aussi l'abandon du symptôme et le retour à un poids normal s'accompagne d'une socialisation plus grande et parfois d'une baisse du rendement académique. Le retour à la normale fait que parfois elle n'est plus le même «espoir» pour elle et son entourage. Un deuil ou une adaptation à faire.

CONCLUSION

Maintenant que nous connaissons davantage le sens de cette maladie et sa lourde morbidité, il faut tout mettre en œuvre pour réduire cette morbidité. L'approche thérapeutique suggérée est une approche bio-psycho-éducative individualisée, c'est-à-dire, ajustée au rythme de changement de l'adolescente mais en ayant soin de la protéger et de se protéger en exigeant d'elle une marge de sécurité au plan clinique, laquelle est indispensable tout au long de leur suivi.

Il est de la responsabilité de tous ceux impliqués auprès de ces adolescentes en difficultés de poser un diagnostic puis de favoriser une prise en charge qui tienne compte dans ces cas bien précis d'accepter de cheminer avec elles et d'ajuster constamment son approche à leur évolution. Ce défi est exigeant et aucun intervenant ne peut s'y soustraire.

BIBLIOGRAPHIE

Alvin, P., Condamine, L. Cormier, C., 1994. *Pour une prévention précoce de l'ostéopénie dans l'anorexie mentale*. Archives Pédiatriques, 1 : 537-540.

American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed. American Psychiatric Association, Washington (D.C.)

Bolduc, D., Steiger, H., Leung, F., 1993. *Prévalence des Attitudes et Comportements Inadaptés face à l'Alimentation chez des Adolescentes de la Région de Montréal*, Santé Mentale du Québec, XVIII, 2, 183-196.

Connors, M.E., Johnson, C.L., 1987. *Epidemiology of Bulimia and Bulimic Behaviors*. Addictive Behaviors, 12, 165-179.

Crisp, A.H., 1980. *Anorexia Nervosa: Let Me Be*, London, Academic Press.

Crisp, A.H., Palmer, R.L., Kalucy, R.S., 1976. *How common is Anorexia? A Prevalence study*, British Journal of Psychiatry, 128, 549-554.

Fairburn, C.G., Beglin, S.J., 1990. *Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa*. The American Journal of Psychiatry, 147, 401-408.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.V., Woodruff, R.S., Winokur, G., Munoz, R., 1972. *Diagnostic Criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiat., 26, 57-63.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M., 1982. *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York Brunner/Mazel.

Garner, D.M., 1993. *Pathogenesis of Anorexia Nervosa*, The Lancet, 341: 1631-1635.

Gold, P., Kaye, W. Robertson, G.L., Ebert, M., 1983. *Abnormalities in Plasma and Cerebrospinal - Fluid Arginine Vasopressin in Patients with Anorexia Nervosa*. New England Journal of Medicine, 308: 1177-1123.

Jeammet, P., 1993. *Anorexie Mentale et Boulimie de l'Adolescence. Diagnostic, Traitement*, Revue Praticien 43, 17, 2289-2293.

Jeammet, P., 1990. *Les destins de la dépendance à l'adolescence*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 38, 190-199.

Jeammet, P., 1989. *Psychopathologie des Troubles des Conduites Alimentaires à l'Adolescence. Valeur Heuristique du Concept de Dépendance*. Confrontations Psychiatriques, 31, 177-202.

Ledoux, S., Choquet, M., 1991. *Les Troubles des Conduites Alimentaires, Résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le Sud-Haute-Marne*, Collection Analyse et Prospective, Les 11-20 ans et leur Santé, INSERM, Paris, 1-73.

Maugars, Y., Prost, A., 1994. *Ostéoporose de l'anorexie mentale*. La Presse Médicale, 5 février 1994, 24: 156-157.

Pope, H.G., Hudson, J.L., Yurgelun-Todd, D, Hudson, M.S., 1984. *Prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia in Three Student Population*, International Journal of Eating Disorders, 3, 45-51.

Ratté, C., Pomerleau, G., Lapointe, C., 1989. *Dépistage des troubles de la conduite alimentaire chez une population d'étudiantes de niveau collégial: corrélation avec deux caractéristiques psycho-sociales*, Revue Canadienne de Psychiatrie, 34, 892-897.

Wilkins, J., Meilleur, D., 1991. *L'anorexie mentale à l'adolescence (2e partie): Traitement de l'anorexie. Un rôle pour nous tous*. L'actualité Médicale, 12: (22). Le 15 juin 1991, p. 37-38.

Withaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, B.T., Kalikow, K., 1989. *The struggle to be Thin: A Survey of Anorexia and Bulimic Symptoms in a non-referred Adolescent Population*, Psychological Medicine, 19, 143-163.

TABLEAU 2

ANOREXIE MENTALE (Critères diagnostiques de Feighner, 1972)	
A.	Âge d'apparition: Avant 25 ans
B.	Perte de poids de 25% à partir du poids de départ
C.	Distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation se manifestant par: <ul style="list-style-type: none">▶ <i>Négation de l'état de maigre</i>▶ <i>Engouement apparent pour la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture</i>▶ <i>Désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir</i>▶ <i>Manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution radicale des quantités ingérées, etc.)</i>
D.	Absence de maladie somatique ou psychiatrique pouvant expliquer la perte de poids
E.	Au moins deux des manifestations suivantes: Aménorrhée, lanugo, bradycardie, périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.

TABLEAU 3

CRITERES DIAGNOSTIQUES Garfinkel P.E. et Garner D.M. (1982) Ces auteurs suggèrent l'utilisation des critères de Feighner (1972) avec les adaptations suivantes:	
A.	Aucune restriction pour l'âge
B.	Aucune restriction pour la perte d'appétit ou l'anorexie; le pourcentage de perte de poids peut ne correspondre qu'à 15% du poids original

TABLEAU 4

ANOREXIE MENTALE

Critères diagnostiques DSM-IV

A. Refus de maintenir un poids corporel à ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille. Par exemple, perte de poids visant à maintenir un poids corporel à moins de 85% de la normale; ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85% de la normale.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement.

D. Chez les femmes post-pubères, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Une femme est considérée comme aménorrhéique si ses règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple des oestrogènes.

SPÉCIFIER LE TYPE

Type restrictif : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, la personne ne présente pas d'épisodes récurrents de frénésie alimentaire (boulimie) ou de conduites purgatives.

Type boulimique purgatif : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, la personne présente des épisodes récurrents de frénésie alimentaire (boulimie) ou des conduites purgatives (vomissements auto-induits, abus de laxatifs, de diurétiques ou de lavements).

TABLEAU 5

BOULIMIE NERVEUSE

Critères diagnostiques DSM-IV

- A.** Épisodes récurrents de frénésie alimentaire. Un épisode de frénésie alimentaire répond aux deux caractères suivants:
- (1) Consommation, en une période de temps limitée (par exemple en moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes consommeraient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - (2) Un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation pendant l'épisode (sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger, ni contrôler ce que l'on mange ou combien l'on mange).
- B.** Présence d'un comportement compensatoire récurrent et inapproprié afin de prévenir le gain pondéral, tels l'auto-induction de vomissements, l'usage abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou d'autres médications, le jeûne ou l'excès d'exercices (hyperactivité).
- C.** Au moins deux épisodes boulimiques avec comportement compensatoire inapproprié par semaine en moyenne pendant au moins trois mois.
- D.** L'estime de soi est indûment influencée par l'aspect corporel et le poids.
- E.** Le trouble ne survient pas exclusivement durant les épisodes d'anorexie mentale.

SPÉCIFIER LE TYPE

Type purgatif : Durant l'épisode actuel de boulimie, la personne se fait vomir, abuse de laxatifs ou de diurétiques ou de lavements.

Type non purgatif : Durant l'épisode actuel de boulimie, la personne a utilisé d'autres comportements compensatoires inappropriés tels le jeûne ou l'excès d'exercices mais n'utilise pas les conduites précédentes.

TABLEAU 6

LES INDICATIONS D'UNE HOSPITALISATION

ABSOLUES:

1. En présence d'une bradycardie < 50 /min et/ou d'une hypotension artérielle sévère avec phénomènes orthostatiques répétés.
2. En présence d'une détérioration clinique rapide avec épuisement général et incapacité à fonctionner au plan scolaire et social.

RELATIVES:

3. En présence d'une perte pondérale supérieure à 25% du poids initial.
4. En présence de troubles électrolytiques chez une patiente faisant abus de laxatifs et d'autovomissements.
5. En présence d'une détérioration socio-psychologique et incapacité familiale à assumer la surveillance de la patiente.

* Les caractères *absolus* et *relatifs* de ces indications sont évidemment en fonction de la capacité des intervenants à prendre convenablement en charge ces patientes sur une base ambulatoire.