



*Université Lille 2  
Droit et Santé*

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Soins sans consentement et autres contraintes dans la prise  
en charge des patients anorexiques, ou « Comment retrouver  
la liberté sous la contrainte ? »**

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2014 à 18  
heures  
au Pôle Recherche  
**Par Camille Caudal**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Delion**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Monsieur le Professeur Vincent Dodin**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Hendrickx**

---

**Avertissement :**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

« La contrainte te délivre et t'apporte la seule liberté qui compte »

Antoine de Saint Exupéry

*Citadelles*

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>8</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>10</b>
<b>Cas clinique .....</b>	<b>14</b>
<b>Partie 1 : la contrainte face au refus de soins : les arguments d'une controverse. ....</b>	<b>18</b>
<b>A. Les arguments juridiques.....</b>	<b>18</b>
Le code de déontologie médicale.....	18
Le cas des maladies mentales .....	18
Adapter la loi et l'organisation des soins aux cas particuliers.....	20
La question de la renutrition.....	21
Une pathologie « inclassable ».....	22
Des exemples à l'étranger.....	25
<b>B. Les arguments éthiques.....</b>	<b>28</b>
L'autonomie en question.....	28
L'exemple de la grève de la faim.....	31
Du paternalisme bienveillant à l'autorité aliénante : comment et jusqu'où exercer la contrainte thérapeutique ?.....	36
Concept de reconnaissance, principe de proportionnalité .....	37
<b>C. La littérature scientifique .....</b>	<b>40</b>
La capacité de jugement (ou de discernement) en question.....	41
La dysmorphophobie, un trouble délirant ? .....	44
Epidémiologie .....	48
Quelle efficacité, quels risques, et quelles alternatives pour les soins sous contrainte ? .....	49
Risque vital, risque de chronicisation : des arguments pour un traitement précoce et si possible hospitalier.....	52
Du soin curatif à l'obstination déraisonnable : la question des soins dans le cadre de l'anorexie mentale chronique .....	53
Le regard des patients.....	56
<b>Partie 2 : La contrainte, pilier de la prise en charge thérapeutique dans les soins aux patients anorexiques ? .....</b>	<b>62</b>
<b>A. Adolescence, dépendance et paradoxes .....</b>	<b>62</b>
La contrainte adolescente et le « pot au noir ».....	62
L'énigme de la « solution anorexique ».....	64
Adolescence et dépendance : la notion de contrainte émotionnelle.....	67
Une contrainte en « contrepois » .....	68
<b>B. L'apport des théories psychanalytiques .....</b>	<b>71</b>
L'hospitalisation : une limite face à la toute puissance et à l'action aliénante du comportement. ....	71
L'isolement et la fonction de tiers-séparateur.....	72
La notion de castration symboligène.....	75
Le contrat de soins : une contrainte aux effets structurants ?.....	80

De la contenance au cadre thérapeutique .....	83
<b>C. Les risques de contre-attitudes .....</b>	<b>87</b>
Les particularités de la relation transféro-contre-transférentielle .....	87
L'importance du travail institutionnel .....	92
La tentation de la « ségrégation » .....	95
<b>D. Vers une contrainte « suffisamment contraignante » : éviter les dérives, libérer les soignants, utiliser les résistances .....</b>	<b>98</b>
« Prendre soin du soin » : l'importance des supervisions d'équipe .....	99
S'évader de la contrainte dans des espaces transitionnels : la place des groupes thérapeutiques et du psychodrame psychanalytique .....	100
Libérer le thérapeute et utiliser les résistances : les apports de la théorie systémique .....	103
<b>E. Relancer l'horloge du temps, le réveil de la « belle au bois dormant » .....</b>	<b>109</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>111</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>115</b>

## Résumé

Le déni et l'absence de demande de soins font partie des caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale. Pourtant, la gravité de cette pathologie et les risques vitaux qu'elle engendre rendent parfois l'hospitalisation urgente et indispensable. Devant un refus de soins, le médecin se trouve face à un conflit de valeurs opposant principe de bienfaisance et principe d'autonomie. Si la loi du 5 juillet 2011 ne prévoit pas de statut spécifique pour les troubles alimentaires, elle retient une indication de soins sans consentement en cas de trouble du jugement. Cette capacité de jugement est difficilement évaluable. Néanmoins, les troubles cognitifs décrits dans la littérature et la fréquence d'un consentement rétrospectif aux soins penchent en faveur de l'utilisation des SPDT dans des situations de dernier recours.

Une étude psychopathologique approfondie de l'anorexie permet de mettre en exergue un double constat : premièrement, l'anorexique serait en fait prisonnier de ses propres projections, dont il tente de se défendre par le retranchement et le contrôle exercé sur l'alimentation ; deuxièmement, il se situe au cœur d'un paradoxe : c'est son appétit et son besoin de l'autre qui sont menaçants. Paradoxalement, imposer des soins serait donc prescrire ce que le patient souhaite sans pouvoir se l'avouer. Les concepts de castration symboligène, de séparation-individuation, de tiers-séparateur offrent des axes de compréhension du potentiel thérapeutique de la contrainte. Le risque de dérives vers l'autoritarisme et la maltraitance nécessite un travail institutionnel rigoureux, une bonne communication entre les différents acteurs de soin, et un positionnement soignant respectueux, dégagé des enjeux pondéraux et

non-normatif. On peut alors passer de la contenance au cadre, de l'agir aux mots, et de la dépendance à l'autonomisation progressive.

Mots clés : anorexie mentale – contrainte – refus de soins – soins sans consentement

## Introduction

Henri Ey définissait la maladie mentale comme une pathologie de la liberté. Il justifiait cette définition par l'ampleur de l'emprise exercée par le trouble mental sur l'activité et la vitalité psychiques. Le médecin psychiatre a donc une tâche aussi noble que paradoxale : pour pouvoir « libérer » ses patients, il doit souvent commencer par leur retirer une part de liberté en leur imposant un traitement que leur trouble ne leur permet pas d'envisager d'eux-mêmes. Le psychiatre se situe ainsi au croisement de représentations individuelles, subjectives, à même de condamner son action liberticide, et de représentations sociétales, susceptibles de condamner son laxisme face à des comportements jugés inquiétants ou dangereux.

Le psychiatre a de commun avec l'anorexique de se trouver dans une situation paradoxale ; le psychiatre doit parfois « contrôler » ses patients pour pouvoir les libérer ; le patient souffrant d'anorexie mentale, nous le verrons, contrôle son alimentation pour tenter de se libérer d'une dépendance affective perçue comme menaçante.

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique grave et fréquent, dont la prévalence sur la vie entière serait de 2,2 %(1). Survenant la plupart du temps à l'adolescence, elle se caractérise par une symptomatologie centrée sur le corps et l'alimentation. Le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimal pour l'âge et la taille, la peur intense de grossir, l'altération de la perception du poids et/ou la forme de son propre corps font partie des critères diagnostiques qui caractérisent cette pathologie(2).

Par ailleurs, cette pathologie se caractérise par la présence d'un déni des troubles, alors même que les capacités intellectuelles semblent préservées voire amplifiées par la symptomatologie. Ainsi, le recours aux soins est le plus souvent sollicité par l'entourage, et les propositions thérapeutiques font souvent l'objet d'un refus. Or, les risques évolutifs préoccupent le médecin quel que soit le stade de la maladie. Le taux de mortalité, proche de 5,6% par décade de maladie(3), est parmi les plus élevés au sein des pathologies psychiatriques. Il existe par ailleurs un risque de chronicisation d'environ 20%(4), avec pour conséquence une forte altération de la qualité de vie, une limitation des relations sociales et des perspectives de guérison presque inexistantes. L'altération de la qualité de vie serait alors proche de celle engendrée par des pathologies psychiatriques lourdes telles que la schizophrénie(5). L'idée d'une prise en charge précoce, d'une « fenêtre de réponse au traitement », afin d'éviter que les troubles ne s'inscrivent durablement et de manière irréversible dans le mode de fonctionnement du patient, plane donc en permanence dans l'esprit du médecin.

De surcroît, la dénutrition secondaire au trouble alimentaire peut être à l'origine de complications sévères, menaçant le pronostic vital. Face à de telles situations, nécessitant une hospitalisation en urgence, et devant un refus de soins, le médecin est-il en mesure d'hospitaliser le patient contre son gré ? Cette indication fait-elle partie du cadre législatif prévu par la loi du 5 juillet 2011 ?

Comment organiser alors des soins nécessitant des compétences tant en médecine interne qu'en nutrition et en psychiatrie ? Comment les mettre en œuvre concrètement quand le secteur n'est pas en mesure d'assurer une

prise en charge somatique complexe, et que les services de soins dits « somatiques » ne disposent pas d'un cadre matériel et humain suffisamment contenant et sécurisant ? Quelle est l'efficacité de ces soins ?

Nous étudierons dans une première partie, et à partir d'un cas clinique, la question des soins sans consentement dans le cadre de l'anorexie mentale. Les aspects juridiques, éthiques et scientifiques seront successivement étudiés, afin de dégager des arguments susceptibles de guider le médecin dans sa prise en charge.

Par ailleurs, même en dehors de ces situations extrêmes, force est de constater que la question de la contrainte est omniprésente, dans la clinique de l'anorexie comme dans les soins proposés en réponse.

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, suite aux premières descriptions cliniques, Charcot a développé une méthode thérapeutique préconisant un isolement total de l'entourage tant que le patient n'avait pas atteint un poids déterminé. Il qualifiait cet isolement de « condition *sine qua non* » du rétablissement des patients(6).

Encore aujourd'hui, même si l'isolement total n'est heureusement plus la règle, les hospitalisations en service spécialisé s'organisent souvent autour d'un temps de séparation du milieu familial, et d'un contrat de poids qui prévoit la levée de mesures restrictives au fur et à mesure de la reprise pondérale. Comment se justifie le maintien de mesures aussi contraignantes ? En quoi sont-elles censées favoriser la guérison ? Ne présentent-elles pas un risque de dérives et de contre-attitudes vers

l'escalade symétrique, entraînant une exacerbation des résistances et un glissement vers la maltraitance ?

La deuxième partie de cette thèse sera donc dédiée à l'étude des fondements de cette contrainte. Après avoir analysé les mécanismes psycho-dynamiques qui sous-tendent la contrainte anorexique, nous tenterons de comprendre comment d'une contrainte auto-imposée, forme d'« aliénation » par le trouble, on passe bien souvent à une contrainte thérapeutique. Nous tâcherons de mettre en lumière, au regard des thérapies psychanalytiques, le rationnel théorique en faveur d'un potentiel thérapeutique de la contrainte. Puis nous étudierons les risques de dérives et de contre-attitudes que représente du même coup cette approche des soins. Enfin, nous tenterons de réfléchir aux moyens de se prémunir des contre-attitudes, et de libérer patients et soignants de la part potentiellement autoritaire de la contrainte, pour n'en garder finalement que le cadre contenant et le potentiel structurant.

## **Cas clinique**

Une patiente âgée de 23 ans est hospitalisée dans un service de psychiatrie spécialisé dans l'anorexie pour prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire mixte évoluant depuis l'adolescence. Il existe par ailleurs des antécédents de gestes auto-agressifs depuis l'âge de 11 ans, ayant nécessité plusieurs hospitalisations en Centre d'Accueil et de Crise et sur son secteur psychiatrique.

Les soins ont débuté en 2010, période à laquelle la patiente est arrivée sur la région pour débiter ses études. Ils s'articulent alors entre le suivi par le médecin généraliste, des consultations infirmières sur le secteur et des hospitalisations séquentielles en service spécialisé dans la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire pour sevrage de crises boulimiques, renutrition et rééducation alimentaire. La patiente bénéficie par ailleurs d'une prise en charge psychologique et corporelle (psychomotricité, enveloppements multi-sensoriels). Enfin, une thérapie familiale est débutée mais s'interrompt rapidement en partie du fait de l'éloignement géographique des parents.

Je la rencontre à plusieurs reprises dans le cadre de ses hospitalisations séquentielles qui, si elles semblent avoir permis une évolution favorable au niveau thymique et un amendement de l'auto-agressivité, n'ont pas permis d'amélioration du trouble alimentaire.

Au cours des entretiens, la patiente se tient assise sur son lit, droite comme un I. Le maquillage couvre mal les signes de vomissements chroniques

(perlèche, hypertrophie parotidienne), qui déforment des traits pourtant harmonieux. Elle s'exprime d'une voix sourde mais déterminée. Le discours est systématiquement centré sur le cadre des soins (ration alimentaire, objectifs pondéraux, possibilités de permission) ce qui verrouille l'accès à toute autre problématique.

Depuis son dernier séjour, son état clinique s'est dégradé : l'Indice de Masse Corporelle (IMC) a encore diminué (à 13 Kg/m<sup>2</sup>), les crises de boulimie se sont intensifiées et les vomissements provoqués sont à l'origine d'hypokaliémies inquiétantes. Par ailleurs l'humeur semble altérée et la patiente présente à nouveau des velléités auto-agressives. Rapidement au cours de cette hospitalisation, le ton est au défi et à l'affrontement, ce qui met en péril une alliance thérapeutique déjà fragile. Très angoissée à l'idée de reprendre du poids, elle refuse toute prise alimentaire, l'introduction d'une sonde naso-gastrique, et fugue régulièrement du service pour faire des crises de boulimie.

Après discussion en équipe, la décision est prise par le médecin référent d'organiser une hospitalisation à la demande d'un tiers sur son secteur. Le but est alors triple : protéger la patiente des risques de complications somatiques ou d'un passage à l'acte auto agressif, en lui offrant un cadre de soins plus adapté et plus contenant ; signifier la limite des soins en cours, qui n'ont pas permis l'amélioration espérée sur le plan du trouble alimentaire ; permettre enfin un positionnement des parents et leur donner une nouvelle opportunité de prendre part à la prise en charge, en relocalisant dès que possible les soins près de leur domicile et en organisant une prise en charge en thérapie familiale.

Contacté par téléphone, le secteur refuse l'admission de la patiente, alléguant une absence de moyens techniques, humains et psychothérapeutiques pour prendre en charge ce type de patients.

### *Discussion*

La situation est donc complexe. Deux visions s'opposent : l'une, s'appuie sur le principe d'autonomie de la personne pour récuser l'indication d'hospitalisation ; l'autre, sur le risque d'atteinte à l'intégrité du patient et les troubles du jugement, pour justifier des soins sans consentement.

Le clivage entre corps et pensée est donc effectif jusque dans le système éthique et juridique, et laisse le médecin dans une situation de double contrainte dont il est bien difficile de s'extraire...

Ainsi, mettre en place des Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) serait effectivement hospitaliser la patiente dans un service de psychiatrie générale, qui n'est pas habitué à ce type de prise en charge, et souvent éloigné d'un service d'urgences ou de réanimation. C'est prendre le risque d'une escalade symétrique, d'une exacerbation des résistances de la patiente, jusqu'aux mesures de contention et de renutrition forcée qui seraient éthiquement injustifiables.

D'un autre côté, laisser cette patiente quitter le service, ou ne pas réagir aux multiples fugues malgré un cadre clair, alors même qu'elle est isolée, triste et suicidaire, et présente un risque de mort subite du fait de l'hypokaliémie relèverait d'un manquement à notre responsabilité médicale, serait contraire

au principe de bienfaisance et renverrait à la patiente un constat d'échec et d'abandon très délétère.

Il existe donc un conflit de valeurs entre principe d'autonomie et principe de bienfaisance, deux concepts éthiques fondamentaux régissant la pratique médicale actuelle.

Comment parvenir à un compromis entre ces deux positions éthiques, ici mises en contradiction ?

Peut-on trouver dans la loi et l'éthique un éclairage permettant de guider une décision médicale adaptée à chaque situation ?

## **Partie 1 : la contrainte face au refus de soins : les arguments d'une controverse.**

### **A. Les arguments juridiques**

#### **Le code de déontologie médicale**

La loi du 4 mars 2002 a marqué le passage d'une relation médecin-malade de type paternaliste à une relation basée sur le principe d'autonomie. Cette vision de la relation soignante postule qu'un patient doit pouvoir agir de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure et en fonction des projets qui lui sont propres. Afin d'éclairer sa décision, le médecin se doit de délivrer à son patient une « information claire, loyale et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »(7)

Le principe d'autonomie implique d'une part la capacité d'être libre, d'autre part une capacité de réflexion, de décision et d'action, ce qui au sens du droit est regroupé sous le terme de discernement. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce concept dans la partie éthique.

#### **Le cas des maladies mentales**

Les exceptions à ce principe d'autonomie sont rares, mais la maladie mentale peut en être une. Ainsi la loi du 5 juillet 2011 prévoit une possibilité de passer

outre le refus du patient si le consentement aux soins est rendu impossible par les troubles mentaux présentés par le patient en raison d'une altération du jugement, et s'il existe un risque d'atteinte à l'intégrité du patient et/ou de son entourage. La loi prévoit deux grandes catégories de procédures : les Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), ou sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE).

Dans la situation qui nous intéresse, ce sont le plus souvent des soins à la demande d'un tiers qui sont décidés. Plusieurs modalités d'hospitalisation sont alors envisageables en fonction des circonstances.

L'article L3212-1 II 1° encadre la procédure de soins à la demande d'un tiers, nécessitant deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours, accompagnés d'une demande manuscrite d'un membre de l'entourage du patient(8).

L'article L3212-3 permet, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, une admission en urgence au vu d'un seul certificat médical ; le médecin rédacteur peut le cas échéant être un médecin du service(9).

Enfin, l'article L3212-1 II 2° ou procédure « sans tiers » permet, en cas d'impossibilité de contacter un tiers et en cas de péril imminent pour la santé du patient, une admission au vu d'un seul certificat médical, ne pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Toute hospitalisation complète ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait été saisi et n'ait statué sur la décision d'hospitalisation. A l'audience, qui doit se tenir désormais au sein de

l'établissement d'accueil, le patient est entendu et peut se faire assister d'un avocat de son choix. Le juge des libertés et de la détention peut par ailleurs être saisi à la demande à tout moment par le patient, un membre de l'entourage ou le directeur de l'hôpital(8).

### **Adapter la loi et l'organisation des soins aux cas particuliers**

L'anorexie mentale présente la particularité de se trouver à un carrefour entre trouble mental, addiction, et trouble somatique, de par les complications que ne manque pas d'entraîner la dénutrition. Les secteurs psychiatriques, pensés pour la prise en charge des pathologies mentales les plus fréquentes, se trouvent souvent éloignés d'un service de réanimation, et ne bénéficient pas toujours du passage d'un médecin généraliste, encore moins d'un médecin nutritionniste. Les équipes infirmières sont souvent inquiétées par la nécessité de réaliser des soins qui leurs sont inhabituels, comme la pose d'une sonde naso-gastrique par exemple. Alors qu'il s'agit de mener une renutrition prudente, progressive et contrôlée, et de surveiller attentivement la survenue des complications somatiques, c'est parfois même le matériel médical qui manque, les services psychiatriques ne bénéficiant pas tous d'un scope ou même d'un électrocardiographe.

A l'inverse, une renutrition en service de médecine interne, qui pourrait s'imaginer sous la forme d'une délégation de soins sous contrainte, pose le problème de la disponibilité des équipes et de leur possibilité de gérer une symptomatologie, nous le verrons, volontiers clivante et attaquante.

Dans tous les cas, il est primordial que puisse s'instaurer un dialogue entre les équipes médicales impliquées (médecins urgentistes, nutritionnistes, internistes, psychiatres) afin d'organiser un soin cohérent, d'éviter les clivages, et de s'assurer que les dimensions somatique et psychiatrique sont bien prises en compte.

### **La question de la renutrition**

En premier lieu, il convient de rappeler que le principe de respect de l'intégrité du corps humain est inscrit à la fois dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, dans la Commission Européenne des Droits de l'Homme, dans la Charte des droits fondamentaux, ainsi que dans les articles 16.1 et 16.3 du code civil(10).

Il n'existe pas de recommandation ni de loi spécifique encadrant la mise en place de mesures de renutrition. La pose d'une sonde naso-gastrique, comme tout soin médical, nécessite d'avoir au préalable recueilli le consentement du patient(11).

Il est par ailleurs spécifié dans le code de santé publique que la mise en place des soins et les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées » à l'état mental du patient, et ne peuvent être mis en œuvre que « dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur »(12).

L'Association Médicale Mondiale, dans la « déclaration de Malte », actualisée en 2006, précise (concernant les grévistes de la faim) : « l'alimentation forcée

venant à l'encontre d'un refus alimentaire et éclairé n'est pas justifiable. (...) L'alimentation forcée n'est jamais acceptable. Même dans un but charitable, l'alimentation accompagnée de menaces, de coercition et avec recours à la force ou à l'immobilisation physique est une forme de traitement inhumain et dégradant. »(13).

Et néanmoins, la non-assistance à personne en danger est condamnée par le code pénal(14). Comment pour le médecin ne pas enfreindre la loi dans une telle situation ? Nous verrons dans la partie éthique un certain nombre de principes pouvant éclairer cette question.

### **Une pathologie « inclassable »**

Trouble psychosomatique ? Maladie mentale ? Trouble endocrinien ? Forme de conversion hystérique ? Phénomène de société ? Addiction ? Forme pathologique d'adolescence ? L'anorexie, au cœur du modèle « bio-psycho-social », est une pathologie multidimensionnelle offrant plusieurs axes de compréhension, et donc difficile à catégoriser.

#### *Rappels historiques*

Historiquement, l'anorexie mentale a été décrite pour la première fois en 1694 par Richard Morton, sous le terme de « consommation nerveuse ». C'est à la fin du XIXème siècle qu'une réelle individualisation de cette affection s'effectue, avec les descriptions de Lasègue en France en 1873 (« anorexie hystérique ») et Gull en Angleterre en 1874 (« aepsie hystérique »). On doit

à Huchard en 1883 le terme d'anorexie mentale. Ces premières descriptions sont neuro-psychiatriques.

Au début du XXème siècle, les représentations oscillent entre cause endocrinologique et cause neuropsychiatrique. Ainsi Simmonds (1914), Reye et Bickel (1934), Sheehan (1938), Lhermitte (1939) élaborent des thèses endocriniennes qui seront remises en cause en 1942 par Lhermitte et Siwald.(15)

Rétrospectivement, des études menées aux Etats-Unis ont fait suspecter l'existence de cas évocateurs au Moyen Age ; Bell notamment a décrit des cas d' « anorexie Sainte » chez des religieuses, parmi lesquelles Catherine de Sienne(16).

Si tout le monde s'accorde à dire aujourd'hui qu'il s'agit d'un trouble mental, répertorié comme tel dans le DSM-V(17), cette pathologie présente un certain nombre de particularités qui la situent à l'intersection du « psychiatrique » et du « somatique » (expression par le corps de difficultés psychologiques), de la pédiatrie et de la médecine adulte (pathologie de l'adolescence), du familial et du sociétal (difficultés à se séparer de sa famille autant qu'à accepter de s'intégrer dans une société perçue comme astreignante), de la dépendance et de l'autonomie (revendication d'autonomie alors même que celle-ci est rendue impossible par la maladie).

Les services prenant en charge ces patients peuvent donc être aussi bien des services de renutrition ou d'endocrinologie, que des services psychiatriques le plus souvent spécialisés, ou des services d'addictologie.

### *L'addiction face au principe d'autonomie*

La tendance actuelle est en effet de classer l'anorexie dans le champ des addictions. On peut alors se demander quelle réponse est préconisée chez des patients souffrant d'éthylisme ou de toxicomanie, à un stade où leur dépendance est susceptible de représenter un danger pour eux-mêmes (conduites à risques, équivalents suicidaires) ou pour autrui (conduite automobile sous l'emprise de produits, par exemple).

Si l'on s'en tient à la définition étymologique du terme, « autonomie » (du grec *autos* : « soi » et *nomos* « la loi, le gouvernement ») est en opposition directe avec « addiction » (du latin *addictus*, esclave). De ce point de vue là, la dépendance étant considérée comme une servitude, la conscience ne pourrait être libre et éclairée. Un soin réalisé sans consentement, apparemment en contradiction avec le principe d'autonomie, pourrait donc s'avérer au contraire aller dans le sens de plus de liberté et d'autonomie.

Néanmoins, les soins en addictologie se basent habituellement sur la motivation du patient, les soins sous contrainte étant largement controversés ; ils ne seraient pour certains « ni éthiques, ni efficaces »(18) ; sont notamment pointés du doigt les risques non-négligeables de dérives vers des attitudes punitives voire maltraitantes, au nom du « bien du patient et de la société »(19).

Ainsi, les soins sous contrainte restent rarement préconisés dans la prise en charge des addictions, restant une indication de derniers recours, en cas de risque vital.

### *Imposer des soins somatiques du fait d'un trouble mental*

Dans l'anorexie comme dans les addictions, l'idée d'un traitement sous contrainte part du présupposé que l'addiction est un trouble mental. Or si la composante psychique est indéniable, les soins motivant la prise en charge urgente de ces pathologies sont le plus souvent somatiques : syndrome de sevrage, surdosage, dénutrition sévère sont ainsi les premières préoccupations des soignants, bien avant celles de la psychothérapie et de l'éventuelle prescription de psychotropes. Il s'agit là d'un paradoxe : le caractère psychosomatique des addictions nous amène, sous couvert de soins psychiques, à prendre d'abord soin du corps des patients.

La perte d'autonomie, au sens de la « capacité à s'occuper de soi », entraînée par la dépendance au produit, place finalement dans ces cas le patient en position de dépendance au soignant.

### **Des exemples à l'étranger**

Il existe d'importantes variabilités internationales dans l'acceptation de l'anorexie mentale comme une maladie mentale, et dans le cadre juridique.

En Europe, le *European Council of Eating Disorders* s'est penché sur cette question dès 1989. A l'époque, il arrivait à la conclusion que le traitement sous contrainte des patients souffrant d'anorexie mentale était « plus bénéfique pour le soignant que pour le patient ». En 1995, il concluait à nouveau que le traitement sous contrainte n'était « pas indispensable », bien

que le vote des participants ait été en faveur des soins sans consentement(20).

Au Royaume Uni, le statut légal de l'anorexie mentale s'est éclairci en 1997, année à laquelle le Mental Health Act a reconnu cette pathologie comme un trouble mental, et l'a rendue éligible pour une indication de soins sans consentement, y compris avec des mesures de renutrition forcée. C'est la mise en évidence d'éléments en faveur d'un trouble du jugement qui aurait conduit le groupe de travail à légitimer l'hospitalisation sous contrainte dans les cas d'anorexie sévère. Il est à noter que ce groupe de travail a été instauré suite au décès d'un patient peu après qu'un médecin ait respecté son refus de soins.

Il en a été autrement en Australie, dans l'état de New South Wales, où il a été spécifié par le *Mental Health Act* en 1990 que la maladie mentale se définissait par la présence de symptômes psychotiques. Il en est de même en Israël. Dans ces pays, les médecins ont recours à des mises sous tutelle : c'est alors un membre de l'entourage, le plus souvent les parents, qui prend la décision d'hospitalisation. Cette mesure de tutelle est parfois décrite comme problématique, en sens où c'est le tuteur qui se trouve face au dilemme d'aider l'un de ses proches, tout en se positionnant à l'encontre de sa volonté, alors que c'est habituellement le médecin qui endosse ce rôle. Dans leur article, Melamed *et al* mettent en parallèle les troubles alimentaires et les troubles psychotiques, et plaident en faveur d'une sous-catégorie de troubles alimentaires « avec symptômes psychotiques », qui permettrait d'utiliser le *Mental Health Act* dans les cas les plus graves. Ils posent la question suivante : « pourquoi laisserait-on mourir de faim des patients

anorexiques alors que des patients souffrant de schizophrénie sont protégés par la loi de leur auto-agressivité potentielle ? »(21).

En conclusion de cette première partie, on peut constater qu'il n'existe pas de cadre législatif encadrant de manière spécifique la prise en charge de l'anorexie mentale. S'agissant d'une pathologie « frontière », située à l'intersection du somatique, du psychiatrique et des conduites addictives, il est d'autant plus difficile de trouver dans les textes de loi une réponse claire à la problématique du refus de soins. Le médecin se voit alors contraint de s'appuyer sur d'autres repères, avec en premier lieu ceux de l'éthique médicale.

## **B. Les arguments éthiques**

D'un point de vue éthique, cette situation clinique place le médecin face à un conflit de valeurs : d'un côté, solidarité, respect de la vie humaine, assistance à personne en danger sont à la base du principe de bienfaisance qui fonde la vocation médicale ; d'un autre côté, le droit du malade à reconnaître son bien (subjectif) dans le bien que des tiers veulent accomplir en sa faveur, est un principe fondateur de la relation médecin-malade.

Les droits du malade se trouvent ici en contradiction directe avec les devoirs du médecin.

### **L'autonomie en question**

La question de l'autonomie se trouve au cœur de la réflexion éthique que nous tentons de mener.

#### *De l'autonomie à l'autarcie*

Les définitions du mot « autonomie » offrent un éclairage intéressant par les différentes significations qui lui sont attribuées. Ainsi, l'autonomie, selon le dictionnaire Larousse, c'est à la fois « la capacité de quelqu'un à ne pas être dépendant d'autrui », et « l'intervalle d'espace ou de temps pendant lequel un véhicule, un appareil peut fonctionner sans nouvel apport d'énergie, de carburant, sans intervention extérieure ». Il est intéressant de voir à quel point ces deux définitions font écho à la problématique anorexique.

Finalement dans l'anorexie, tout se passe comme si la revendication d'une autonomie de pensée, dans l'impossibilité de s'exprimer par des mots, et peut-être trop difficile à acquérir, se voyait revendiquée à travers un corps, « qui n'aurait besoin ni d'énergie ni d'intervention extérieure pour fonctionner ».

L'autarcie se substituerait finalement à l'autonomie, avec une économie psychique fermée, « qui se suffit à elle même » (littéralement *autos arkein* en grec).

Le terme « autarcie » laisse néanmoins de côté la possibilité « d'être avec » et de s'inscrire dans une dimension sociétale que permet le concept d'autonomie. En effet, être autonome, capable de « s'autogouverner », n'empêche pas de partager et d'interagir avec les autres. La définition sociologique de l'autonomie inclue d'ailleurs l'aptitude d'une personne à s'intégrer de manière individuelle dans la société, à s'autogérer. L'autonomie demeure donc intrinsèquement relative, puisque l'être humain a toujours besoin des autres pour interagir, s'identifier, se comparer, quelle que soit sa capacité d'autogestion, du fait de son caractère foncièrement social.

#### *Plusieurs conceptions du principe d'autonomie*

On peut distinguer plusieurs niveaux au sein du concept d'autonomie. Tout d'abord l'autonomie d'action, renvoyant à la possibilité de mobilité corporelle indépendante ; l'autonomie de pensée, qui renvoie à la capacité de conduire une argumentation cohérente et réfléchie ; enfin, une autonomie de volonté, « capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive de son action pour se décider en fonction d'une résolution consciente et

personnalisée »(22). Il en existe deux conceptions principales : ainsi, pour E. Kant, l'autonomie de volonté s'entend essentiellement comme une autolimitation, c'est à dire une capacité de maîtrise rationnelle de sa sensibilité. Cette conception implique un refus des conflits de valeur, la Raison étant censée mettre un terme à tout conflit. Selon cette vision, le médecin aurait donc dans certaines situations une légitimité à passer outre l'autonomie de la personne, au nom de la Raison.

La deuxième conception, développée par le philosophe John Stuart Mill au XIXème siècle, est celle de la souveraineté individuelle. Ainsi, dans son ouvrage « De la liberté »(23), paru en 1859, il postulait que « La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres (...) Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain ». Selon cette conception de l'autonomie, le médecin devrait donc respecter en toutes circonstances la liberté du patient, ses choix, ses refus, ses croyances, même s'il les juge contraires à la raison, pourvu qu'ils ne "nuisent pas à autrui". Ceci pose alors la question de ce que l'on entend par "nuire à autrui". Est-ce uniquement porter atteinte à l'intégrité physique ? L'agressivité véhiculée par le refus alimentaire peut-elle être considérée comme nuisible au système familial dans lequel il survient ?

Peut-on considérer le comportement anorexique comme "nuisible à autrui", notamment à l'entourage familial, du fait des modifications dynamiques, des inquiétudes, des préoccupations permanentes qu'il engendre ? On voit bien ici à quel point le concept d'individu est ambigu.

Reste qu'il existe toujours une part de déterminisme des comportements qui rend improbable l'idée d'une totale autonomie. Chacun peut être par ailleurs sujet un certain assujettissement à des contraintes économiques et sociales, ou subir des pressions de l'entourage.

Pour le médecin, passer outre le principe d'autonomie pour « ramener le patient à la raison » le met dans une position paternaliste et pourrait compromettre l'alliance thérapeutique.

D'un autre côté, le respect d'un choix manifestement déraisonnable du malade met en jeu sa responsabilité morale et professionnelle. Le risque serait d'aboutir finalement à une déresponsabilisation de l'acte médical. Le médecin ne peut pas faire « comme si » le patient était libre alors qu'il pressent que des facteurs psychologiques jugés irrationnels sont présents et peuvent être à la source de sa décision de refus.

### **L'exemple de la grève de la faim**

#### *Les situations de refus alimentaires*

L'anorexie mentale n'est pas la seule situation de refus alimentaire. Au cours de l'exercice médical, cette problématique peut se rencontrer également chez des patients en fin de vie, ou dans le cadre de jeûnes de protestation ou « grève de la faim ». Les différentes réflexions éthiques menées sur ces thèmes ont permis de dégager certains principes afin de guider au mieux les médecins impliqués dans ce type de prises en charge, qu'il m'a paru intéressant d'étudier.

On retrouve notamment au cœur de ces travaux la question du discernement. Dans le cas des patients en fin de vie, chez un patient capable de discernement, ayant compris tous les enjeux de cette décision, il est désormais admis que le refus alimentaire devrait être respecté, comme tout soin médical. La question est alors de savoir si l'on considère l'alimentation comme un soin médical...

Dans le cas d'une altération du discernement, le droit à l'autodétermination persisterait, et il s'agirait de déterminer la volonté présumée du patient (les directives anticipées et la personne de confiance devraient alors être consultées). Dans tous les cas, il conviendrait d'évaluer la « balance bénéfices-risques », c'est à dire que le degré de contrainte nécessaire à l'alimentation devrait être mis en balance avec les bénéfices et les dommages attendus pour le patient.(24)

### *Le jeûne de protestation*

La question du jeûne de protestation, moyen mis en œuvre par certains pour faire pression sur un tiers en utilisant comme moyen l'atteinte à sa propre santé, est plus complexe ; en effet, la relation médecin-malade laisse place à une triangulation avec la cible du jeûneur. Le médecin se trouve alors dans une position délicate, de « médiateur ». L'Association Médicale Mondiale s'est penchée sur cette question, et propose un certain nombre de recommandations consignées dans la « déclaration de Malte », dont la dernière version remonte à 2006. Il y est spécifié que l'autonomie du patient doit être respectée, à certaines conditions. La première de ces conditions est l'absence de pathologie mentale sous-jacente ; il faut deuxièmement que le

médecin puisse s'assurer que le refus de soins ou de nourriture soit bien un choix du patient, et qu'il n'ait pas subi de pressions extérieures ; la question de la capacité de jugement est ensuite évoquée comme cruciale, il incombe ainsi au médecin de l'évaluer et de s'assurer que les grévistes ont bien compris les risques qu'ils encourent. Il est préconisé de réaliser des directives anticipées concernant la conduite à tenir en cas d'aggravation clinique.

Si toutes ces conditions sont remplies, le respect de la décision du gréviste implique de respecter son éventuel décès(13). A ce sujet, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a jugé que le décès d'un détenu suite à une grève de la faim ne constituait pas une transgression des droits humains dans la mesure où il avait eu accès en prison aux mêmes soins qu'à l'extérieur »(24)

Les principes éthiques tels que l'indépendance clinique, la loyauté envers le patient, et le refus de toute coercition sont par ailleurs rappelés. Il est précisé que la réalimentation du patient contre son gré est éthiquement injustifiable : en cas de coma, le médecin intervient « selon sa conscience et son devoir professionnel ». Dans le cas où un patient a laissé des directives anticipées écrites, elles doivent être respectées. La Cour Européenne des Droits de l'Homme aurait estimé dans plusieurs circonstances que la renutrition sous contrainte était assimilable à de la torture(24).

En France, l'article D364 du Code de procédure pénale(25) laisse le choix de la renutrition à l'appréciation du médecin : « si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf

lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales. »

Ce qui ressort de ces réflexions, c'est que dès lors que sa capacité de discernement et sa volonté sont l'une et l'autre claires, un patient ne peut être nourri sans son consentement, quel que soit le stade de son jeûne de protestation(24).

### *L'anorexie, une grève de la faim non-déclarée ?*

Mara Selvini Palazzoli évoque l'anorexie en ces termes : « l'anorexie, c'est une grève de la faim qui n'est pas déclarée »(26). Elle ajoute : « pour faire une grève de la faim, il faut être pleine de fureur et accuser ses parents de façon très déguisée ; (...) l'anorexique dit : ce n'est pas moi qui ne mange pas, c'est une maladie qui m'empêche de manger ! Parce qu'elle est peureuse. Elle n'a pas le courage de dire à sa famille : je veux que vous, les parents, vous changiez votre relation avec moi, car je veux être une adolescente et pas une enfant toujours protégée par vous »(26). Pas le courage, ou pas la possibilité...

En effet, si l'on peut considérer qu'il existe une part consciente de revendication et de protestation à l'égard des parents, le mécanisme fondamental du refus alimentaire semble être un mécanisme adaptatif (autrement dit un moyen de défense) en grande partie inconscient. L'anorexie peut difficilement se concevoir comme un choix de vie. L'idée d'une formation réactionnelle - c'est à dire d'un contre-investissement dans une attitude autorisée de l'énergie pulsionnelle retirée aux représentations interdites – illustre à mon sens de manière éclairante une partie des mécanismes à

l'origine de l'anorexie : ainsi, on voit bien comment le dégoût, semble s'être substitué à l'appétit et au désir, et ce dans des proportions équivalentes.(15)

Il est d'ailleurs à noter que le DSM V(17) ne retient plus le critère principal de « refus alimentaire », précisant ainsi le caractère involontaire de ces troubles. Bien souvent, en entretien, les patients nous font part de « ces deux voix » en eux, l'une « la maladie » leur dicterait un comportement restrictif, l'autre « leur personnalité » serait consciente de l'absurdité de ces comportements et comprendrait l'intérêt des soins proposés.

Dans les circonstances de refus de soins, on peut aisément deviner que les patients se situent à un stade où la maladie a « pris le dessus », et envahi suffisamment leur monde interne, pour que leur propre voix reste sans voix. Prendre en considération uniquement ce refus de soins serait donc indirectement une façon de légitimer la maladie ; entendre la dysmorphophobie et la peur de grossir sans voir, ou en déniait la souffrance criante d'une personnalité réduite au silence, et qui ne s'exprime plus que par le corps.

## **Du paternalisme bienveillant à l'autorité aliénante : comment et jusqu'où exercer la contrainte thérapeutique ?**

Ou autrement dit : « La fin justifie-t-elle les moyens » ?

L'un des arguments des partisans du traitement sous contrainte consiste à dire que la vie de quelqu'un pour qui il existe des chances de guérison aurait plus de poids qu'une autonomie déjà altérée par la maladie(27).

Néanmoins, la situation se complique du fait qu'au refus de soins s'ajoute le plus souvent un refus alimentaire ; ceci pose alors la question de la méthode de renutrition. Jusqu'où peut-on aller face à un refus alimentaire ? Certaines études font état de l'utilisation de sondes naso-gastriques et d'une alimentation par gastrostomie percutanée(27) chez des patientes hospitalisées sans leur consentement, ce qui pose des questions éthiques évidentes : qui a consenti aux soins dans le cas de cette renutrition ? Doit-on impliquer la personne de confiance (le plus souvent les parents) dans l'acceptation de la renutrition et dans une prise de décision telle que la mise en place d'une sonde naso-gastrique ou d'une gastrostomie percutanée ?

A ce sujet, on ne peut que rappeler que le principe de respect de l'intégrité du corps humain est inscrit à la fois dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, dans la Commission Européenne des Droits de l'Homme, dans la Charte des droits fondamentaux, ainsi que dans les articles 16.1 et 16.3 du code civil(10). L'instauration d'un lien de confiance apparaît ici primordiale, tout comme la participation du patient à la décision du mode de renutrition, qui doit demeurer le moins traumatique possible. En cas de difficultés dans ce type de décisions au sein de l'équipe, il est important de garder à l'esprit la

possibilité de solliciter à tout moment un comité d'éthique.(22) Ces situations extrêmes mettent en lumière l'importance de pouvoir initier la prise en charge le plus précocement possible, afin d'éviter ces complications.

### **Concept de reconnaissance, principe de proportionnalité**

#### *Concept de reconnaissance*

La réflexion éthique doit tenir compte à la fois du respect de la dignité du patient et de celle du médecin (et de l'ensemble de l'équipe soignante) dans leur finalité professionnelle. La charge symbolique liée à l'alimentation est forte, et peut être considérée comme l'expression la plus élémentaire de l'inter-dépendance humaine(24). Les valeurs de solidarité, de partage, de sociabilité liées au repas se rapprochent de celles qui sont souvent à l'origine de la vocation soignante. Symboliquement interrompre l'alimentation pour le soignant c'est rompre un lien social fondamental, un signe du soin de l'autre, qui peut donner l'impression d'abandonner le patient.

La personne malade a besoin d'être reconnue dans sa complexité et dans son identité par le médecin ; le médecin lui aussi a besoin de reconnaissance de sa compétence, de sa responsabilité, de la légitimité et de la spécificité des valeurs auxquelles se réfère la profession médicale.

### *Principe de proportionnalité*

Le principe de proportionnalité peut s'énoncer de la manière suivante : plus le risque encouru par un patient dont on respecterait le choix est grand, plus il est justifiable de transgresser son éventuelle autonomie pour le protéger.

Le refus par un médecin de respecter la volonté d'un patient peut ainsi se justifier par un danger immédiat pour la vie ; à l'inverse, il pourrait se rendre coupable de négligence et engager sa responsabilité médicale s'il manifestait une indifférence en face du refus de soins qui lui est opposé.

Il existe ainsi une reconnaissance par la loi de situations d'urgence autorisant les soins forcés, notamment s'agissant de détenus grévistes de la faim(25) comme nous l'avons vu.

En conclusion de cette deuxième partie, on peut constater que quels que soient le cadre judiciaire et les principes éthiques susceptibles d'orienter le médecin, il lui incombe de prendre une décision qui l'obligera dans tous les cas à privilégier certains principes éthiques par rapport à d'autres.

Nous l'avons vu, la question du discernement est centrale dans la réflexion sur les soins psychiatriques sans consentement. Que sait-on exactement de la capacité de jugement des patients souffrant d'anorexie mentale ? Par ailleurs c'est souvent la présence d'une symptomatologie appartenant au registre psychotique qui étaye la demande de soins sans consentement. Peut-on alors considérer la dysmorphophobie comme une forme de trouble délirant ?

Que nous apprend la littérature scientifique concernant la mise en œuvre et l'efficacité des soins dans consentement dans cette indication ? Nous verrons dans la partie suivante un certain nombre d'arguments scientifiques susceptibles d'étayer un peu plus la décision médicale.

### **C. La littérature scientifique**

Même au sein de la population médicale, les avis divergent concernant la nature des troubles alimentaires et la légitimité des soins sans consentement dans cette indication. Une étude menée auprès de médecins psychiatres suggère des différences d'opinions entre eux : les psychiatres impliqués dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaires tendraient à envisager la possibilité d'un traitement sous contrainte, indépendamment des considérations d'altérations du jugement. Ils seraient en effet moins à-même que les autres psychiatres de penser que les patients ont choisi ce comportement ou sont capables de le contrôler, même en début de maladie. Les pédopsychiatres au contraire seraient en faveur de la mise en place de la contrainte uniquement si le jugement est altéré(28).

Nous étudierons successivement dans cette partie les arguments scientifiques pouvant justifier la mise en place de ces soins au vu de la loi du 5 juillet 2011(8) (présence d'un trouble du jugement, d'un trouble délirant) ; puis les données de la littérature en terme d'efficacité et de populations concernées ; nous nous poserons ensuite la question de savoir à quel moment de tels soins pourraient se justifier ; puis nous verrons les limites de ces soins, au travers de l'exemple de l'anorexie mentale chronique ; et enfin, nous étudierons la vision qu'ont les patients de ces hospitalisations sous contrainte.

### **La capacité de jugement (ou de discernement) en question**

La capacité à consentir est au centre de la loi encadrant les soins sans consentement. La Haute Autorité de Santé propose cinq critères permettant d'évaluer cette capacité : la capacité à recevoir une information adaptée ; la capacité à comprendre et à écouter ; la capacité à raisonner ; la capacité à exprimer librement sa décision ; et enfin la capacité à maintenir cette décision dans le temps.(29)

Il incombe au médecin d'apprécier la valeur de ce consentement(22), avec toute la subjectivité que cela implique, la réalisation d'échelles d'évaluation étant peu compatible avec la situation clinique et la conflictualité qui peut s'en dégager.

Que nous apprend la littérature scientifique sur les conséquences de l'anorexie mentale et de la dénutrition sur le fonctionnement cérébral et les capacités cognitives ? Cette question a été traitée de manière exhaustive et approfondie dans le récent travail de thèse d'Inès Bauwens(30). Les paragraphes suivants en reprennent les données principales, de manière résumée, complétées d'un article s'étant penché plus spécifiquement sur la question de la capacité de jugement.

#### *Altérations cognitives*

La littérature met en évidence un certain nombre de troubles neurocognitifs qui peuvent questionner la capacité à consentir des patients souffrant d'anorexie mentale. Parmi eux, on trouve en premier lieu le défaut de

flexibilité cognitive(31) ; il s'agit d'une fonction exécutive permettant la modulation des schémas de pensée et des comportements, favorisant ainsi l'adaptation aux conditions changeantes de l'environnement. Celle-ci serait altérée quel que soit l'état nutritionnel(32) ; On note par ailleurs un défaut de cohérence centrale (33) c'est à dire une focalisation sur les règles et les détails, et une difficulté à traiter l'information dans sa globalité. Enfin, on retrouve un défaut de prise de décision(34), qui pourrait constituer un endophénotype indépendant du poids.

Ces trois résultats peuvent déjà laisser supposer que la capacité à comprendre les enjeux vitaux et à raisonner en conséquence, qui font partie des critères de consentement de l'HAS, pourraient être altérées et remettraient donc en cause la validité de celui-ci.

#### *Apports des techniques d'imagerie*

Les études en imagerie retrouvent des altérations morphologiques, à type d'atrophie parenchymateuse réversible(35). Ces altérations seraient corrélées à la diminution du BMI, et en partie réversibles après renutrition(36).

Par ailleurs, des altérations fonctionnelles sont rapportées, avec une diminution de l'activité cérébrale notamment dans les cortex pariétaux(37), impliqués dans l'intégration des informations proprioceptives et visuelles du corps, la reconnaissance de la maladie et le système de récompense lié à la nourriture et à la satiété(30).

### *Neurotoxicité de la dénutrition*

L'expérience de Minnesota, menée sur des volontaires saints en 1944, a permis d'étudier les effets du jeûne sur le fonctionnement physiologique et psychologique. Cette étude a mis en évidence la survenue d'un certain nombre de symptômes : irritabilité, syndromes dépressifs, détresse émotionnelle, apathie, retrait social, isolement, préoccupation pour la nourriture, nombreux rituels alimentaires, et en particulier diminution des capacités de concentration, de compréhension, et de jugement, non mis en évidence par les tests habituels(38).

Par ailleurs, la dénutrition serait à l'origine d'une altération de la production de nombreux neuropeptides impliqués notamment dans la régulation de l'humeur et de l'appétit, non-corrigés par la normalisation du poids à court terme(39).

### *Comment évaluer la capacité de jugement ?*

La littérature scientifique semble donc accréditer l'hypothèse d'une altération de la capacité de jugement des patients. Reste que l'évaluation au cas par cas demeure complexe et éminemment subjective. Comment différencier un trouble de compréhension ou du raisonnement d'une attitude d'opposition ?

La réalisation d'échelles, qui pourrait être suggérée, apparaît difficilement réalisable en pratique, et pourrait s'avérer peu contributive. Certaines études suggèrent en effet que les troubles du jugement dans l'anorexie mentale ne seraient pas détectés par les échelles classiques. Tan *et al* ont ainsi montré que les difficultés rencontrées en terme de processus de pensée et de changements de valeurs, mises en évidences par des entretiens semi-

structurés, n'étaient pas mis en exergue par le Mac CAT-T test, échelle structurée largement validée pour évaluer la capacité de jugement(40).

### **La dysmorphophobie, un trouble délirant ?**

L'anorexie mentale se caractérise par des croyances irrationnelles à propos du poids et de la forme du corps, qui constituent l'un des critères diagnostiques (« altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps » dans le DSM IV(2)). Cette dimension du trouble s'exprime le plus souvent chez les patients par l'impression que leur corps est « trop gros », malgré la perte pondérale engendrée par les comportements restrictifs.

Ces croyances seraient les premiers symptômes à apparaître (environ 6 mois avant le diagnostic clinique), mais aussi les plus persistants(41).

Leur nature est discutée. Elles ont d'abord été considérées comme des « idées surévaluées », c'est à dire une croyance irrationnelle et durable, qui n'est pas de nature obsessionnelle et qui est soutenue avec moins d'intensité qu'une idée délirante ; la personne peut reconnaître que cette croyance puisse ne pas être vraie, malgré un insight potentiellement faible par ailleurs. Cette description place les croyances dans l'anorexie mentale sur un continuum entre les obsessions, où l'insight est préservé, et les idées délirantes où l'insight est déficitaire.

*Comparaison avec le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) et les idées délirantes dans les troubles psychotiques*

De nombreuses études comparant les croyances dans l'anorexie mentale à ces deux autres types de croyances ont permis de montrer l'existence de similarités plus que de nettes différences. Des proportions variables de groupes de patients souffrant d'anorexie mentale présenteraient au moins une idée délirante, ou une croyance sans insight. Néanmoins, les tentatives de classement des croyances concernant l'image du corps dans l'anorexie mentale n'ont pas permis de parvenir à un consensus : on ne sait toujours pas s'il faut les considérer comme des idées surévaluées, des obsessions, des idées délirantes, ou une combinaison des trois.

#### *Comparaison au trouble dysmorphophobique*

Le trouble dysmorphophobique, ou *Body Dysmorphic Disorder (BDD)*, se définit comme une peur de présenter une dysmorphie, c'est à dire un malformation corporelle. Dans le DSM V(17), le trouble dysmorphophobique a des sous-types pour ce qui est de l'absence d'insight et des idées délirantes.

La présence d'éléments délirants concernant l'apparence, serait retrouvée dans l'anorexie mentale, mais de manière moins prononcée que dans le BDD. L'aspect délirant serait alors associé aux formes corporelles et à la recherche de minceur. Un haut niveau délirant pourrait être un facteur de mauvais pronostic(42). Une autre étude retrouve dans le groupe de patients anorexiques, une proportion de 28,8 % de sujets présentant des croyances délirantes. Les auteurs suggèrent l'existence d'un sous-type délirant d'anorexie mentale, située à l'extrémité d'un continuum en terme d'insight(43).

Les croyances présentes dans l'anorexie mentale et celles retrouvées dans le trouble dysmorphophobique seraient en fait de même nature, avec une intensité de croyance différente, et se situeraient ainsi sur un continuum reposant sur le niveau d'insight.

### *Approche dimensionnelle*

Mountjoy *et al*(44) suggèrent de remplacer la conception unidimensionnelle qu'est l'insight par une approche multidimensionnelle, prenant en compte le degré de conviction, le niveau de préoccupation, le niveau de souffrance, et la présence de comportements associés.

Par exemple, pour distinguer les idées surévaluées des idées délirantes, l'accent est mis sur le degré de conviction, caractéristique des idées délirantes. Peters soutient que les conséquences d'une croyance sont plus informatives que leur contenu pour évaluer leur caractère délirant, ce qui fait particulièrement écho aux troubles alimentaires(45).

Jones et Watson ont utilisé cette approche multidimensionnelle pour comparer les croyances dans l'anorexie mentale et les idées délirantes paranoïdes dans la schizophrénie. Les deux groupes différaient seulement sur le degré de conviction, mais pas sur le degré de préoccupation, de souffrance, ou l'influence sur le comportement. Les niveaux plus bas de conviction suggèrent finalement que leurs croyances n'étaient pas d'intensité délirante, et correspondraient plutôt à des idées surévaluées(46).

L'étude de Mountjoy *et al*, comparant les aspects phénoménologiques des croyances dans l'anorexie mentale par rapport à un groupe de patients

schizophrènes et un groupe contrôle, a mis en évidence la présence d'un stress plus fréquent et plus intense en lien avec leurs croyances. Les auteurs expliquent ces résultats par la présence d'un niveau d'insight plus important ; le fait de pouvoir mettre en lien ces croyances avec la maladie, et la conscience qu'il s'agit de pensées jugées comme « anormales » pourraient ainsi expliquer les niveaux de stress retrouvés ; ils suggèrent que ce phénomène pourrait limiter la capacité des patients à s'engager dans un processus psychothérapeutique(44).

### *Déni ou dénégation ?*

Plus que d'un déni des troubles, il s'agirait en fait d'une dénégation, c'est à dire d'un refus d'accepter la réalité telle qu'elle est. Ceci pourrait être en lien avec le niveau de stress élevé et la dimension narcissique du trouble, que nous aborderons dans la deuxième partie.

Au total, la nature des croyances irrationnelles dans l'anorexie mentale demeure discutée. L'approche multidimensionnelle a permis de montrer que ces croyances ne diffèrent des idées délirantes paranoïdes que par le degré de conviction, ce qui permettrait de les situer dans la catégorie des idées surévaluées. La loi du 5 juillet 2011 se base en grande partie sur la conscience des troubles, dimension qui semble donc souvent préservée dans l'anorexie mentale, et moins sur les autres dimensions (degré de préoccupation, niveau de souffrance, retentissement sur les comportements) qui semblent, elles, altérées.

## **Epidémiologie**

On ne dispose que de peu de données concernant l'épidémiologie des soins sans consentement. Et ces données se révèlent très variables en fonction des études, et des pays concernés. Les chiffres peuvent ainsi varier de 1,5% à 11,5% des admissions au Royaume Uni, et jusqu'à 28% en Australie(47). Au Royaume Uni, une récente enquête du Royal College of Psychiatrists' rapportait environ 8% d'hospitalisations sans consentement(48). On retrouve peu de données concernant les Etats-Unis, mais l'importance des hospitalisations sans consentement pourrait être moindre du fait de contraintes légales plus marquées(47).

A titre d'exemple dans la région Nord Pas de Calais, en 2011, 10 personnes présentant un diagnostic d'anorexie mentale ont été hospitalisées sous contrainte(49). Les données statistiques, issues de la F2RSM, ne permettent malheureusement pas de calculer la proportion exacte d'hospitalisations sans consentement, leur effectif total d'hospitalisations (qui s'élève à 195 patients hospitalisés pour anorexie mentale, tous âges confondus) ne prenant pas en compte les effectifs du service d'addictologie du CHRU de Lille, qui est l'un des principaux services d'hospitalisation spécialisée dans les troubles alimentaires. L'effectif total des hospitalisations pour TCA dans ce service étant de 162 patients en 2011, on peut néanmoins penser que ce type d'hospitalisations représentait moins de 5% des hospitalisations pour TCA en 2011.

## **Quelle efficacité, quels risques, et quelles alternatives pour les soins sous contrainte ?**

Une revue récente de la littérature ne retrouve que 5 études ayant comparé l'efficacité du traitement volontaire par rapport au traitement involontaire. Celles de Ramsay *et al*(50) notamment est une étude de grande qualité, avec une bonne validité interne, une validité externe acceptable et une puissance suffisante. Elle apporte par ailleurs des données sur l'efficacité à long terme, grâce à un suivi des patients au delà de l'hospitalisation. L'étude de Watson *et al*(51) est de bonne qualité, mais étudie une population hétérogène, incluant des patients boulimiques, ce qui rend l'analyse des résultats plus complexe.

### *Caractéristiques cliniques des patients hospitalisés sous contrainte*

Ces études ont permis de mettre en évidence une symptomatologie plus sévère et plus de comorbidités dans le groupe de patients hospitalisés sans leur consentement, (durée d'évolution de la maladie plus longue, nombre supérieur d'hospitalisations antérieures) ce qui suggère une résistance au traitement importante. On retrouvait par ailleurs un poids d'entrée inférieur et des durées d'hospitalisations supérieures.

Par ailleurs, les tests psychologiques réalisés en début d'hospitalisation mettaient en évidence un QI significativement plus bas dans le groupe hospitalisé sous contrainte(51).

### *Facteurs de risque*

Des études ont pu ainsi mettre en évidence que des hospitalisations préalables, la présence de comorbidités et la faiblesse du BMI étaient les principaux facteurs de risque d'hospitalisations sans consentement(47).

### *Efficacité*

En revanche on ne retrouvait pas de différence significative en terme de prise pondérale entre les deux groupes, et l'augmentation de la durée d'hospitalisation coïncidait avec le poids plus bas à l'entrée.

On ne dispose que de très peu de données en ce qui concerne l'efficacité à long terme. L'étude de Ramsay *et al*(50) met en évidence un taux de mortalité à 5 ans de 12,7% contre 2,6% dans le groupe hospitalisé avec son consentement. La symptomatologie plus sévère dans le groupe hospitalisé sous contrainte pourrait expliquer en partie ce mauvais pronostic. En revanche, l'étude d'Ayton *et al* retrouve une évolution similaire dans les deux groupes à un an, avec même un nombre de réadmissions plus faible, une reprise du cycle menstruel plus fréquente et un meilleur fonctionnement global dans le groupe hospitalisé sous contrainte(47).

### *Risques*

Les risques du traitement sans consentement sont importants en terme de recrudescence des symptômes, qui peuvent être liés à un sentiment de perte de contrôle. Nous aurons l'occasion d'étudier cette question en profondeur dans la deuxième partie de cette thèse.

Certaines études suggèrent qu'une approche trop autoritaire pourrait renforcer l'impression des patients d'être inefficaces, isolés et sans valeurs(52). Certains patients rapportent même un vécu d'emprisonnement délétère engendré par les protocoles de soins(53). Par ailleurs, le risque de syndrome de renutrition inapproprié (SRI) pourrait être augmenté chez les patients hospitalisés sans leur consentement(27). Cette constatation est-elle le simple reflet d'un biais de confusion lié aux caractéristiques des patients hospitalisés sans leur consentement (un IMC plus faible signant une dénutrition plus profonde, ce qui est un facteur de risque de SRI) ou est-ce l'effet d'une prise en charge dans un service non-spécialisé (secteur psychiatrique par exemple), moins habitué à la prévention de ce type de complications ?

#### *Des alternatives ?*

Une étude ayant étudié les effets d'une renutrition à domicile par Sonde Naso-Gastrique suggère que cette prise en charge pourrait être efficace en terme de prise pondérale, d'arrêt des conduites de purge, sans recrudescence anxio-dépressive ni aggravation du bilan biologique(54). Si ce type de soins n'est pas adapté à des patients souffrant de dénutrition sévère, qui nécessitent une renutrition sous haute surveillance médico-biologique et la proximité d'un service de réanimation, il pourrait être proposé à certains patients souffrant de dénutrition modérée, permettant de limiter le vécu difficile de l'hospitalisation, de préserver l'alliance thérapeutique, et le maintien des soins psychologiques ambulatoires.

Une prise en charge ambulatoire rapprochée, ou en hôpital de jour, pourrait aussi être proposée. Nous étudierons la situation du refus de soins dans l'anorexie mentale chronique, et la question des soins de support dans un prochain paragraphe.

### **Risque vital, risque de chronicisation : des arguments pour un traitement précoce et si possible hospitalier**

A quel moment des soins peut-on envisager une hospitalisation sans consentement ? Existe-t-il des critères objectifs justifiant une telle indication ?

Nous l'avons vu, le taux de mortalité important et les risques évolutifs sévères de cette pathologie sont des arguments pour une prise en charge la plus précoce possible. Du fait de l'augmentation du taux de mortalité en dessous de 13 Kg/m<sup>2</sup> d'IMC, certains suggèrent qu'il pourrait s'agir du seuil d'hospitalisation sans consentement. La présence d'un risque suicidaire, de troubles hydro-électrolytiques, de troubles du rythme cardiaque, ou d'un autre trouble mental ou somatique aigu pourraient aussi justifier de telles mesures(27).

Mais doit-on attendre une situation de risque vital pour imposer une hospitalisation qui serait probablement plus efficace en début de maladie ?(27)

Une récente étude, sur une très grande population, a montré que les facteurs de bon pronostic étaient l'âge jeune et la longueur du séjour lors de la première hospitalisation(55). Une autre montre qu'un IMC faible à l'admission

est un facteur de risque de ré hospitalisation dans l'année qui suit, et suggère que le traitement pourrait être d'autant plus bénéfique qu'il est précoce(56).

Si les données scientifiques actuelles et l'organisation du système de soins ne permettent pas pour l'instant d'imaginer imposer précocement des soins sous contrainte, cette option présenterait un certain nombre d'avantages, comme celui de pouvoir se dégager de la problématique pondérale, cette dernière n'étant pas aussi menaçante qu'après des années d'évolution du trouble. La prise en charge pourrait ainsi se centrer sur la psychothérapie individuelle, la thérapie familiale, les soins corporels... Ceci éviterait par ailleurs l'auto-renforcement du trouble, par la mise en place de phénomènes de dépendance et la rigidification des comportements. La survenue d'un trouble du comportement alimentaire me semble nécessiter des soins immédiats, ou tout du moins le plus rapidement possible, au même titre qu'un premier épisode psychotique. La notion de « durée de psychose non-traitée », est un facteur pronostic désormais admis par tous les médecins psychiatres concernant la schizophrénie, et la « durée d'anorexie non-traitée » semble de la même manière conditionner en partie l'évolution du trouble.

### **Du soin curatif à l'obstination déraisonnable : la question des soins dans le cadre de l'anorexie mentale chronique**

Si les chances de guérison et le jeune âge des patients au moment de la déclaration de la maladie ont tendance à pousser les soignants vers des soins à visée curative, quitte à employer des méthodes plus ou moins contraignantes, qu'en est-il de l'anorexie mentale chronique ?

Nous l'avons vu, l'un des risques évolutifs principaux est celui de la chronicisation, chez près de 20% des patients(57), avec pour conséquence une altération des compétences sociales et de la qualité de vie qui peut être comparable à des pathologies psychiatriques graves comme la schizophrénie(5). Il n'existe pas de définition consensuelle de la chronicité dans l'anorexie mentale, ni de recommandations spécifiques en terme de prise en charge thérapeutique (ni la Haute Autorité de Santé(58), ni le National Institute for Health and Clinical Excellence(59) n'ont inclus des directives dans ces situations de chronicité). Certaines études suggèrent qu'au delà de 6 ans d'évolution, le taux de rémission pourrait être nul(60) ; d'autres retrouvent des seuils plus tardifs, après 10 à 20 ans d'évolution(57). Il n'existe que peu de littérature sur le sujet, ce qui laisse peu de repères scientifiques aux soignants pour guider leur prise en charge. Bien souvent, dans ces contextes aussi complexes que variés, une modification de la prise en charge est nécessaire ; ainsi, une modification des objectifs thérapeutiques avec un ciblage sur la prévention des complications, le confort, et la qualité de vie, est souvent nécessaire pour s'adapter à la situation(60). Mais que proposer dans les situations de dégradation physique qui ne manquent pas de survenir, en cas de refus de soins ?

Inès Bauwens, dans son travail de thèse, s'est penchée sur la question des soins sous contrainte dans l'anorexie mentale chronique. Son travail suggère que les troubles cognitifs secondaires aux effets chroniques de la dénutrition pourraient justifier la mise en place de soins sans consentement. Néanmoins, elle rapporte des difficultés importantes dans la mise en place de tels soins, notamment au vu de relations avec l'entourage parfois mises à mal par des

années de maladie, qui rendent la procédure de soins à la demande d'un tiers difficilement réalisable. Le recours à une procédure d'hospitalisation en péril imminent est alors parfois nécessaire.

D'autre part, elle insiste sur le risque important d'échecs thérapeutiques dans le cas de telles hospitalisations. En effet, après des années de maladie, les comportements sont ancrés dans le fonctionnement des patients, structurent leur quotidien ; leur position s'est rigidifiée autour du trouble et toute tentative d'intervention peut alors être vécue de manière très traumatique, renforçant encore les résistances. Elle met en garde contre la tentation de la nutrition entérale forcée, éthiquement injustifiable, qui signe alors le passage d'un paternalisme bienveillant à une obstination déraisonnable. L'enjeu est alors de ne pas interrompre l'accompagnement : elle propose donc de privilégier les soins de confort visant à l'amélioration de la qualité de vie, au dépens d'une renutrition plus active(61). Ces soins de support, qui pourront être temporaires, consisteraient en un accompagnement global, centré sur la qualité de vie, la prise en charge du retentissement de la maladie (douleurs, troubles digestifs, retentissement socio-professionnel etc...) la lutte contre l'isolement et la prise en charge sociale(30,61).

S'il apparaît tout à fait légitime d'adapter les objectifs thérapeutiques aux conditions particulières que représente la chronicité, et de ne pas persister dans des soins curatifs potentiellement traumatisants et contraires à l'éthique, il me semble néanmoins primordial que l'indication de soins palliatifs reste temporaire. En effet, la rémission peut survenir parfois après de longues et difficiles années de traitement, déclenchée de manière très aléatoire par une rencontre thérapeutique, ou un événement de vie ayant valeur de « déclic ».

L'enjeu est bien le maintien des soins, coûte que coûte, et le maintien tout au long des soins d'un regard soignant bienveillant et optimiste. On peut citer Philippe Jeammet qui précise que « tant qu'(elle) lutte contre sa maladie, garde confiance dans sa relation thérapeutique, accepte d'être hospitalisée et de reprendre du poids - et ce même si elle reperd -, elle ne peut être considérée comme dans une évolution chronique »(62).

### **Le regard des patients**

L'anorexie étant une pathologie curable, il apparaît légitime de demander aux patients leur point de vue quant au traitement sous contrainte, durant leur prise en charge mais aussi après rémission. Comment perçoivent-ils la part contraignante des soins qu'ils reçoivent, et que peuvent-ils en dire a posteriori ? Au cours des entretiens avec une patiente, hospitalisée pour la première fois à l'âge de 23 ans, celle-ci m'avait confié avoir refusé à trois reprises les soins hospitaliers proposés, qu'elle souhaitait au plus profond d'elle même : « je n'attendais qu'une seule chose, que mes parents prennent la décision de m'interner » m'avait-elle dit, ce qui n'avait pas manqué de me questionner.

Les études menées dans la littérature retrouvent des résultats contradictoires. Certaines études portant sur les hospitalisations sous contrainte dans le cadre des maladies mentales en général suggèrent une vision plus négative de l'hospitalisation et l'impression d'en avoir tiré peu de bénéfices.(63,64) D'autres au contraire suggèrent que la plupart des patients hospitalisés contre leur gré tendent à avoir une vision positive de l'hospitalisation après leur

opposition de départ, certains reconnaissant même l'importance d'une nouvelle hospitalisation s'ils venaient à rechuter.

En ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire à proprement parler, on ne retrouve que quelques articles dans la littérature. Une étude de Guarda et al a montré que 43 % des patients qui déniaient la nécessité d'hospitalisation à l'admission l'approuvaient finalement au bout de deux semaines de soins. Les auteurs notent que la plupart des patients ayant changé d'avis étaient des adultes. Par ailleurs dans cette étude, les patients mineurs rapportaient un niveau de perception de la coercition plus élevé que les adultes(65).

Par ailleurs on retrouve une étude qualitative, menée par Tan *et al*(66), auprès de patients souffrant et ayant souffert d'anorexie mentale, dont certains avaient expérimenté des soins sous contrainte ou une liberté de choix restreinte au moment de l'instauration des soins (« menace » de soins sans consentement en cas de refus, prise de décision par les parents, choix dans la forme ambulatoire ou hospitalière mais sans place pour le refus de soins). L'analyse des résultats de cette étude montre que tous les patients interrogés approuvaient l'idée de soins sous contrainte en psychiatrie, dans la mesure où ils étaient justifiés par une nécessité de protection du patient ou de la société, et que la capacité de compréhension était altérée par la maladie. Concernant l'anorexie mentale, tous les participants approuvaient le fait de passer outre le refus de soins par des mesures contraignantes, y compris formalisées par un certificat médical, dans le but de sauver la vie. L'idée qui ressortait des entretiens était que « personne ne devrait mourir d'un trouble qui se soigne et se guérit ».

Par ailleurs, beaucoup de patients disaient avoir refusé les soins par le passé et se sentaient aujourd'hui reconnaissants envers les soignants qui les avaient contraints aux soins. En ce qui concerne la capacité de discernement, beaucoup de participants exprimaient l'idée que la capacité à prendre des décisions pouvait être altérée chez les patients anorexiques. Ils rapportaient plusieurs raisons : l'impression que l'anorexie mentale est une partie de leur identité, le besoin de contrôle, la crainte de la perte de contrôle, les modifications de perception dues au trouble, et les difficultés à se représenter les risques encourus. Enfin, les patients pouvaient expliquer que, plus que leur liberté de choisir, c'était la relation qu'ils pouvaient avoir avec les soignants qui s'occupaient d'eux qui leur importait. Ainsi, dans le contexte d'une relation de confiance, les soins même contraignants restaient perçus comme une aide(66).

D'un point de vue plus général, des études visant à interroger les patients rétrospectivement sur l'efficacité des soins hospitaliers dont ils avaient bénéficié par le passé dans le cadre de l'anorexie mentale retrouvent certaines données intéressantes. La prise en charge psychologique était perçue comme la plus importante et la plus efficace, et les patients mettaient l'accent sur l'importance de ressentir soutien, compréhension et empathie(67). Ainsi la présence d'une relation thérapeutique au sein de laquelle le patient peut s'identifier, exprimer ses sentiments, expérimenter l'empathie et l'absence de jugement en dehors du giron familial ressortait comme un point clé de la guérison chez les patients interviewés.(68) Par contre, des interprétations psychodynamiques faisaient vivre à certains patients un sentiment de relation asymétrique jugée négative.(52) A contrario,

les programmes de soins standardisés étaient perçus comme rigides, punitifs et stigmatisants, et il apparaissait primordial pour les patients d'être considérés comme des « individus uniques en détresse ».(52) Au moment de l'admission, certains patients pouvaient expliquer que le fait de se voir retirer le contrôle sur l'alimentation pouvait être aidant et soulageant, en permettant notamment de diminuer le sentiment de culpabilité à manger. Ainsi, ils exprimaient le sentiment que des tentatives de collaboration en début de traitement n'étaient pas aidantes. Il ressortait même de certains entretiens qu'un sentiment fort d'insécurité pouvait survenir face aux infirmiers peu expérimentés qui pouvaient se laisser facilement manipuler. Par contre dans un second temps ce sentiment de perte de contrôle était vécu comme difficile et s'accompagnait d'un vécu d'impuissance, ce d'autant plus que la contrainte concernait d'autres domaines que le strict domaine alimentaire. Les patients pouvaient alors exprimer un effet négatif en terme d'estime de soi, l'impression de mériter une punition, et que leur parole et leur vécu avaient perdu toute valeur. Certains décrivent alors un sentiment de perte de confiance dans l'équipe qui pousse à devenir « malhonnête » pour tenter de reprendre une part de contrôle sur soi. Un sentiment de lutte contre une équipe vécue comme rigide était aussi évoqué. Ceci met en avant l'importance pour les patients de se sentir impliqués dans les soins (participer aux décisions médicales, se sentir écouté, pouvoir planifier sa propre évolution pondérale, recevoir des informations factuelles claires, décider de ses propres objectifs)(52), mais uniquement dans un second temps. Il convient donc de repérer le moment où le patient peut reprendre une part

d'autonomie, afin de ne pas persister dans les mesures de contrainte initiales...

Au terme de cette première partie, on en vient au constat que le cadre juridique français est suffisamment souple pour autoriser l'instauration de soins sans consentement dans les cas d'anorexie mentale engageant le pronostic vital. Il est difficile pour le médecin d'évaluer la capacité de jugement de chacun de ses patients, tant il s'agit d'un phénomène subjectif et difficilement mis en lumière par les échelles habituelles. Néanmoins, les études tendent à prouver la présence de troubles cognitifs et d'idées surévaluées, proches de phénomènes délirants. Les témoignages de patients ayant guéri d'une anorexie mentale tendent à appuyer la légitimité de ces soins. Certains auteurs, s'autorisant le parallèle avec l'entrée dans la schizophrénie, plaident en faveur d'une contrainte précoce qui éviterait les phénomènes de dénutrition et d'addiction au comportement.

Comment expliquer alors la faible part que représentent ces soins sous contrainte, et la réticence des soignants à les mettre en œuvre ? La nécessité de mesures de renutrition et de surveillance rapprochée suffit-elle à expliquer la réserve des secteurs à prendre en charge ces patients ?

Par ailleurs, il semblerait que même dans le cas d'hospitalisations libres, la question de la contrainte demeure présente. L'adhésion aux soins étant finalement rare et souvent fragile, des mesures de persuasion comme la menace d'hospitalisation sans consentement sont parfois utilisées comme « levier » dans l'acceptation des soins.

La contrainte semble globalement au centre des soins : temps de séparation du milieu familial, limitation des visites, repos en chambre, limitation des sorties du service, fermeture de la salle de bains après les repas, prescription et surveillance des rations alimentaires ingérées, restriction de l'activité physique, contrat de poids (avec conditionnement d'autorisations de visites ou de sortie à une certaine prise pondérale), sont autant de mesures contraignantes retrouvées dans la plupart des services spécialisés. Comment expliquer cette surenchère de contraintes ? S'agit-il de mesures réfléchies, protectrices et thérapeutiques, ou de contre-attitudes en miroir, échappant aux soignants ?

## **Partie 2 : La contrainte, pilier de la prise en charge thérapeutique dans les soins aux patients anorexiques ?**

### **A. Adolescence, dépendance et paradoxes**

La problématique anorexique se situant à l'intersection de la question de l'adolescence et de celle de la dépendance, il m'est apparu important de faire un bref détour avant de rentrer dans le vif du sujet.

#### **La contrainte adolescente et le « pot au noir »**

L'adolescence (*adolescere* : grandir) est conditionnée par une contrainte physique : la survenue de la puberté. On a souvent tendance à la définir par la négative : un adolescent, c'est quelqu'un qui n'est « plus un enfant, et qui n'est pas encore un adulte »(69). Dans cet entre-deux, qualifié par Winnicott de « pot au noir » (« *Doldrums* »)(70), l'adolescent, ce « pré-quelqu'un », doit parvenir au triple défi d'intégrer ce nouveau corps génitalisé, de se construire une identité d'adulte, et de quitter sa famille pour trouver sa place dans la société. Le « pot au noir », en navigation, est une zone de convergence intertropicale, redoutée par les marins pour sa météo variable, imprévisible et volontiers violente. Si l'adolescence est le « carrefour de tous les possibles », elle est aussi révélatrice des caractéristiques et de la solidité du « gréement » qui la traverse, de par les déséquilibres qu'elle ne manque pas d'engendrer.

La réponse sociale à cette problématique universelle est variable selon les périodes et les cultures. L'adolescence c'est aussi la réponse de la société au phénomène physiologique de la puberté(71). Cette réponse varie du rite de passage à une période plus ou moins longue et définie ; « plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle »(72) ; la tolérance de la société envers ce phénomène lui offrirait en contrepartie des potentialités évolutives que ne permettent pas les rituels de passage des sociétés traditionnelles.(71) Une certaine instabilité serait donc le prix à payer pour bénéficier de capacités d'adaptation, d'évolution et d'enrichissement.

Cette instabilité caractérise aussi, au niveau individuel, la période adolescente. Sous l'effet de la métamorphose pubertaire, l'adolescent se retrouve en effet face à un profond sentiment d'inadéquation, la sexualité apparaissant bien avant la capacité à l'assumer. L'explosion libidinale concomitante vient menacer son « homéostasie psychique »(73)

Le modèle de compréhension psychanalytique permet de mettre en exergue les remaniements de la personnalité inhérents au processus de subjectivation et à cette remise en question de l'équilibre libidinal.

Ainsi on assiste, sous l'effet de l' « explosion libidinale » adolescente, à la résurgence du conflit œdipien, d'autant plus menaçant que la capacité sexuelle est désormais acquise et que l'adolescent doit nécessairement rejeter les imagos parentales.

Face à ces déséquilibres, certains moyens de défense sont classiquement décrits : intellectualisation, ascétisme, clivage et mise en actes pour ne citer que les plus fréquents. L'utilisation de ces mécanismes de défense (en

particulier le clivage et la mise en actes) laisse suggérer, pour certains auteurs, qu'il s'agirait d'un état limite transitoire(74).

L'adolescence peut aussi se comprendre comme un processus de deuil, devant la perte à la fois de l'objet primitif (deuxième phase de séparation individuation de l'objet maternel) et de l'objet œdipien, sous la pression des pulsions génitales. L'adolescent doit donc parvenir à « se défaire tout en se faisant »(75). Ce deuil est partagé avec le reste de la famille, et en premier lieu les parents, qui assistent « impuissant » à la métamorphose de l'enfant qu'ils ont connu.

La question de la contrainte est donc aussi au cœur de l'adolescence, qui pourrait se définir comme l'ensemble des processus, à l'échelle individuelle, familiale et sociétale, mis en œuvre en réponse à la contrainte biologique qu'impose la puberté.

### **L'énigme de la « solution anorexique »**

Comme toutes les pathologies, qu'elles soient dites « somatiques » ou « psychiatriques », l'anorexie mentale dépend de facteurs génétiques et environnementaux. Le modèle « bio-psycho-social » offre trois dimensions intriquées, comme autant d'approches de cette pathologie complexe. Loin d'entrer en compétition les unes avec les autres, ces trois approches se complètent. L'existence de facteurs génétiques ne fait désormais plus de doutes(76) ; On ne peut nier une participation du modèle sociétal devant l'hétérogénéité de répartition de cette maladie, qui semble favorisée par le

mode de vie occidental et certaines représentations sociales de la féminité(16) ;

Enfin, la réflexion psychopathologique offre des hypothèses étiologiques aussi diverses que difficiles à modéliser, tant chaque patient est unique dans son histoire, son environnement, sa personnalité.

On peut néanmoins, par l'observation phénoménologique, dégager les grandes lignes directrices de ce trouble : « retrait des investissements objectaux », « maîtrise sur soi et emprise sur les autres », « régression narcissique au stade oral de la sexualité », « refoulement massif de la sexualité », « manifestation d'un agir dissocié du sujet parlant, de l'affectivité et de la conscience »(15,77)

En terme d'étiologie, certains évoquent l'échec du processus d'individuation-séparation, l'enfant restant dépendant des objets réels de son entourage ; D'autres suggèrent un écrasement du désir par le comblement des besoins, privant l'enfant du manque sans lequel il ne peut se structurer (ainsi selon la formule de Lacan, l'anorexique mange « rien », car elle « manque du manque ») ; D'autres encore mentionnent une identification mélancolique à un objet perdu des parents ; D'autres s'étendent sur l'étiologie psychotraumatique ; la lecture de Winnicott(78) et Mélanie Klein, enfin, par leurs travaux sur la position dépressive, peut suggérer des difficultés d'intégration de la personnalité en terme d'assimilation de l'amour et de la haine, illustrés notamment par la tendance au clivage ou l'importance de l'identification projective...

Une des hypothèses serait finalement de considérer la symptomatologie anorexique comme un moyen de défense, une « solution économique ». Défense contre l'irruption du sexuel ? Contre des angoisses de séparation ? Contre des angoisses de castration ? Contre des imagos parentales vécues comme menaçantes ?

On peut mentionner l'idée d'un mécanisme de défense contre des phénomènes de régression massive, qui ramènerait le sujet jusqu'au niveau où s'opère une différenciation entre le sujet, son désir, et l'autre(77). Au moment du processus foncièrement dynamique et maturatif qu'est l'adolescence, certains patients verraient ainsi s'effondrer un « édifice psychique » aux assises narcissiques fragiles, et seraient amenés à rejouer certaines étapes développementales fondamentales avant de pouvoir prétendre affronter le « pot au noir » adolescent.

Nous verrons néanmoins à quel point il convient de rester prudents et humbles quant aux hypothèses que nous pouvons formuler, tant il s'agit de phénomènes complexes, intriqués et individuels ; toute interprétation, nous le verrons, peut par ailleurs être vécue comme intrusive et risquerait de générer des résistances bien compréhensibles. On peut néanmoins se rassurer, puisque l'important n'est pas tant notre compréhension du trouble que notre capacité à accompagner les patients et leur famille vers un dénouement favorable, qui passe, éventuellement, mais pas toujours, par une compréhension de cette énigme individuelle et familiale qu'est l'anorexie.

Toujours est-il que la « solution anorexique » permet de réaliser l'équilibre – presque parfait – de bloquer physiologiquement le processus pubertaire,

protégeant ainsi le sujet de fantasmes incestueux, de rendre toute séparation impossible en créant un état de dépendance physique à l'entourage, et de protéger un narcissisme fragile par le retrait des investissements objectaux(79)... Au prix de symptômes contraignants, pour le patient comme pour sa famille. Contage des calories, tri alimentaire, pesées pluriquotidiennes, vomissement provoqués vont ainsi régenter la vie de l'adolescent, et s'inviter au cœur des préoccupations de son entourage. Au moment où ils rencontrent le médecin, le patient et sa famille sont donc déjà sous contrainte, en quelque sorte.

### **Adolescence et dépendance : la notion de contrainte émotionnelle**

La notion de contrainte émotionnelle, développée par Philippe Jeammet(80), permet un éclairage important sur la question des dépendances. Ces dernières, spécifiquement humaines, seraient en lien avec notre capacité de réflexivité - c'est à dire la conscience que l'on a de soi, notre possibilité d'apprécier notre valeur, et de percevoir une image de nous-même. La question du narcissisme y est donc centrale, puisqu'avoir conscience de ce que l'on est nous renvoie à nos failles et à notre finitude ; et cette vulnérabilité narcissique rend nécessaire le recours à l'autre, et à un système de valeurs, pour se rassurer.

Pour être soi, il faut donc se nourrir des autres (s'identifier à eux, se nourrir de l'intérêt qu'ils nous portent), et accepter alors d'en être en partie dépendant.

A l'adolescence, les figures parentales dont on dépendait jusqu'alors doivent être rejetées du fait de la menace incestueuse qu'elles représentent. D'où le

paradoxe propre à cette période : « ce dont j'ai besoin, c'est ce qui me menace »(80).

Un des moyens pour tenter de diminuer les affects, les émotions liés à nos relations aux autres serait donc de s'en remettre à un objet ou un comportement addictif, que l'on a l'impression de pouvoir maîtriser, contrôler. Ainsi, l'addiction serait un moyen de tenir l'autre à distance en introduisant un objet tiers et en atténuant les affects générés par la relation(81). Il pourrait ainsi s'agir d'une tentative de créer un espace transitionnel - bien qu'il soit « transitoire » plus que « transitionnel ».

L'espace transitionnel, ou « troisième aire », est décrit par D.W.Winnicott comme un espace paradoxal, puisqu'il se situe entre la réalité extérieure et la réalité intérieure, quelque part donc entre le « dedans » et le « dehors ». Il serait à la base des processus de représentation et de symbolisation, permettant un premier « décollement » de l'objet maternel, donc un tout premier mouvement vers l'indépendance.(82)

### **Une contrainte en « contrepoids »**

Avant de se pencher sur les hypothèses psychodynamiques pouvant justifier une certaine forme de contrainte dans les soins apportés, il nous faut évoquer le contexte de la « non-demande » de soins.

L'adolescent souffrant d'anorexie se trouve dans une situation paradoxale. Ce dont il a le plus besoin (les soins), le menace narcissiquement. Il revendique

son autonomie, alors qu'il se trouve dans une situation de dépendance extrême, tant sur le plan physique que psychique.

Le thérapeute se retrouve, lui, dans un paradoxe en miroir : celui d'imposer des soins, donc une position de dépendance, à un patient qui récuse tout principe d'aide, au profit d'une position d'autosuffisance(62). Il est pourtant possible, pour qui veut bien s'en apercevoir, de repérer sous la violence du refus, la massivité de l'attente... Attente si inavouable qu'il faut la masquer, la dénier par orgueil, pour préserver un équilibre narcissique déjà fragile. Ceci vient finalement légitimer la prescription de ce que ces patients désirent sans pouvoir nous l'avouer, ni même se l'avouer. L'hospitalisation pourrait même s'avérer d'autant plus bénéfique et d'autant mieux acceptée secondairement que le refus était vif(79).

Par ailleurs, nous l'avons vu plus haut, on ne peut aborder la question de la contrainte des soins sans avoir pris auparavant en considération l'intensité des contraintes internes auxquelles les patients se soumettent : contage des calories, pesées multiples, exercice physique intense, éviction des repas, manipulations de l'entourage, régissent la vie des patients et de leur entourage parfois depuis des mois.

Ce qui entrave la liberté du patient, c'est d'abord la contrainte symptomatique, bien avant celle qu'institue le soignant. Cette dernière aurait alors une fonction de contrepoids(79) libérateur, permettant au contraire un certain soulagement ainsi qu'un ancrage dans un processus de changement. En opposant aux actes « symptômes » un acte « thérapeutique », on se place sur le même registre que le patient, qui se sent « investi, tenu et

soulagé »(79). Il s'agirait finalement d'une « contrainte libératrice », et c'est bien là le paradoxe.

## **B. L'apport des théories psychanalytiques**

### **L'hospitalisation : une limite face à la toute puissance et à l'action aliénante du comportement.**

*Mettre un terme à une situation d'impasse psychique et de blocage de la dynamique familiale*

La première fonction exercée par la contrainte me semble être une fonction limitante : limite face à un comportement qui inquiète, menace la santé et perturbe le fonctionnement familial. Limite face à une tendance à la toute-puissance. Limite à la dégringolade vers un abyme régressif.

*Opposer le relatif à la toute puissance*

La contrainte imposée par l'indication médicale de soins est toute relative, comme nous l'avons évoqué dans la première partie. Elle se trouve en effet limitée dans son ambition et dans sa réalisation. Il s'agit de la mise en place d'un certain nombre de dispositions, qui s'étendent du suivi ambulatoire par le médecin traitant à l'hospitalisation sans consentement, en passant par l'hôpital de jour, le psychodrame, la surveillance biologique... La décision de soins sans consentement, heureusement, demeure exceptionnelle, et doit si possible faire l'objet d'une anticipation afin de pouvoir organiser des discussions d'équipe, avec au besoin le recours à un comité d'éthique. Ces dispositions, souvent centrées sur la symptomatologie la plus apparente, s'exprimant sur le corps, seront mises en place tout en signifiant que le problème est ailleurs, renvoyant ainsi à un espace de symbolisation. Le caractère bi voire tri-focal (renutrition – psychothérapie individuelle –

entretiens familiaux) de la prise en charge permet de se démarquer de la position d'omnipotence dans laquelle les patients tendent à placer en miroir ceux qui tentent de les soigner(77).

Par ailleurs cette contrainte est essentiellement une contrainte de temps et de lieu (hospitalisation, rythme de vie du service), qui s'exerce donc sur le corps. Le patient garde une entière liberté de pensée. Enfin il s'agit d'une contrainte très partielle, laissant toujours la possibilité de transgressions.

### **L'isolement et la fonction de tiers-séparateur**

#### *Fonction de régulation de la distance – d'espace transitionnel*

Nous l'avons vu au début de ce chapitre, l'addiction peut-être considérée comme un moyen de régulation des distances avec l'autre. En l'occurrence, la problématique anorexique témoigne souvent d'une incapacité à s'éloigner de la famille pour s'autonomiser. En confrontant le patient et sa famille aux effets réels de cette séparation, l'hospitalisation permet de dépasser les angoisses de chacun. Elle vient en quelque sorte remplacer le comportement addictif dans sa fonction régulatrice.

L'isolement, bien qu'il ne soit heureusement plus pratiqué de manière aussi contraignante que du temps de Charcot, reste utilisé dans un grand nombre de services impliqués dans la prise en charge des troubles alimentaires. Il s'agit désormais plus d'un temps de séparation du milieu familial, l'ouverture aux autres étant au contraire favorisée par la participation à la vie institutionnelle et aux activités de groupe, et les visites des pairs.

Ce temps de séparation ne devrait à mon sens pas être présenté comme une mesure systématique et automatique. Elle devrait en tous les cas pouvoir être travaillée, préparée en amont, afin de ne pas renvoyer à la famille un message implicite culpabilisant du type « vous avez échoué dans l'éducation de votre enfant, nous allons faire mieux que vous ». Nous verrons à quel point le positionnement du soignant doit être soigneusement réfléchi, et combien une position de concurrence ou d'« expert » peut être nuisible au bon déroulement des soins. Un tel positionnement risque en effet de placer à nouveau le patient dans une double contrainte : aller mieux serait contenter les soignants, mais confirmerait aux parents leur vécu d'« incapacité ».

L'un des moyens d'aborder la question de l'hospitalisation et celle de la séparation, pourrait être de présenter à l'adolescent et à sa famille la métaphore du rituel adolescent. En effet, ces rites de passage correspondent à l'aménagement d'une menace qui pèse sur le sujet ou sur le groupe(71). Il s'agit bien ici de proposer un aménagement face à la menace anorexique. Le rite permet d'accepter la contrainte, parce qu'elle valorise le sujet qui le traverse. Il doit permettre d'aider l'adolescent à supporter le risque paradoxal que représente la liberté.

Le rite s'organise en 3 phases : séparation, mise à l'épreuve, intégration dans la société, autant d'étapes qui seront travaillées durant l'hospitalisation...

### *Séparation-individuation*

Certains auteurs proposent comme hypothèse que les symptômes anorexiques pourraient traduire la reviviscence à l'adolescence de la période de « séparation-individuation ». Margaret Mahler a proposé une description de cette phase de constitution du premier « Moi » individualisé du sujet ; elle utilise la métaphore de l'œuf d'oiseau, proposée par Freud, pour illustrer un système psychologique fermé. Ainsi, il existerait au départ une phase symbiotique où la mère se comporte en « Moi-auxiliaire » pour son enfant (c'est à dire qu'elle lui permet d'atteindre son équilibre homéostatique). Entre 6 mois et 1 an, l'évolution du bébé, notamment de son système sensoriel, permettrait une éclosion progressive, dont témoignent les phases du développement classiquement décrites en pédiatrie (notamment l'attention conjointe, marquant un premier déplacement de la libido vers l'extérieur, puis les débuts de la locomotion active). Cette période d'individuation serait marquée par un danger de perte de l'objet maternel, ce qui pourrait expliquer le besoin de réassurance que suscite fréquemment l'enfant.

A l'adolescence, il s'agit cette fois de quitter le giron familial pour s'affirmer au sein de la société en tant qu'individu autonome. On pourrait alors assister dans certains cas à une reviviscence des angoisses de perte d'objet expérimentées durant la première phase de séparation-individuation, potentiellement vécue comme traumatique.

Ainsi, si l'on voulait filer la métaphore, pourrait-on postuler qu'à cette période où l'on quitte habituellement « le nid familial », certaines personnes se trouveraient prises de « vertige » et tenteraient désespérément de « rentrer dans l'œuf » pour éviter à tout prix ce « saut dans le vide » que représenterait pour eux l'entrée dans la vie adulte.

L'hospitalisation permettrait alors de dépasser l'angoisse de séparation, en confrontant les patients à ses effets réels (et non fantasmés). Les patients pourraient de la sorte prendre conscience du décalage entre la réalité qu'ils vivent et ce qu'ils s'étaient imaginé. La présence des soignants et du cadre thérapeutique leur offrirait un « filet de sécurité » pour expérimenter sans danger ces premiers temps séparés de leur famille.

### *Fonction de tiers*

Le tiers, c'est celui qui sépare, qui évite la relation duelle. Ici, il s'agit de faire tiers dans une situation d'affrontement entre l'adolescent et sa famille qui mène à une impasse ; d'imposer une séparation vécue comme menaçante par le système familial.

En imposant des soins, il ne s'agit pas pour le médecin d'incarner un tiers. Il lui faut bien au contraire agir au nom d'une loi qui le dépasse, et à laquelle lui aussi, se trouve soumis. Dans le cas de l'anorexie mentale, du fait d'un certain flou juridique, le médecin ne peut s'appuyer solidement sur la loi en place, et se voit obligé de prendre position, ce qui l'empêche de préserver la « neutralité bienveillante » qu'il est censé incarner. C'est le contrat thérapeutique qui vient alors faire tiers entre le patient et le médecin, comme nous le verrons plus loin.

### **La notion de castration symboligène**

Freud est à l'origine du concept de castration, qu'il définit par un ensemble de fantasmes, chargés d'angoisses, qui surviennent chez l'enfant au moment où

il découvre la différence des sexes (83). Cette description appartient de fait au registre imaginaire, puisqu'il s'agit du vécu fantasmatique de l'enfant en terme d'atteintes mutilatoires péniennes.

Françoise Dolto enrichit ce concept freudien de celui de castration symboligène. Voici sa définition de la castration : « Le mot de castration, en psychanalyse, rend compte du processus qui s'accomplit chez un être humain lorsqu'un autre être humain lui signifie que l'accomplissement de son désir, sous la forme qu'il voudrait lui donner, est interdit par la loi. Cette signification passe par le langage, que celui-ci soit gestuel, mimique ou verbal »(84)

La castration, exercée par les parents, devient ainsi « l'opérateur de symbolisation », une médiation permettant à l'enfant de franchir les différentes étapes de sa vie pulsionnelle. Cette notion est aussi à rapprocher de son concept d'image inconsciente du corps, dont elle définirait l'évolution en y inscrivant des remaniements successifs(84).

Ainsi, elle décrit successivement :

- la castration ombilicale au moment de la naissance, qui marque la fin de la vie foetale, la séparation physique mère-bébé, et contraint le nourrisson à utiliser ses compétences propres (respiration, succion, sollicitations de sa mère) pour constituer, avec l'aide des soins maternels, son équilibre homéostatique ;
- la castration orale, au moment du sevrage, qui marque la fin du corps à corps mère-bébé, et contraint ce dernier au développement du langage pour rester en lien avec elle ;

- la castration anale au moment de l'acquisition de la motricité et de la propreté, qui marque les limites en terme d'interdiction de nuire à son propre corps, et à celui d'autrui ;
- la castration œdipienne, qui pose l'interdit de l'inceste.

A chaque fois, il s'agit donc d'une contrainte imposée à l'enfant, de l'introduction de nouvelles « règles du jeu », qui tendent à l'éloigner un peu plus de sa mère tout en sollicitant de nouvelles capacités qui lui sont propres.

Françoise Dolto utilise la métaphore du jardinier qui « coupe la première fleur » de la plante, sachant qu'alors la force des racines lui permettra de pousser davantage. « En laissant cette branche déjà fleurie, il appauvrirait la vitalité de la plante ».

Pour que cette castration puisse se faire dans de bonnes conditions, opérer sa fonction symboligène, il faut que le schéma corporel de l'enfant soit en mesure de les supporter, qu'il existe une relation de confiance entre l'enfant et l'adulte, et que l'enfant perçoive bien que l'adulte est lui aussi marqué par cet interdit.(84)

A la fonction interdictrice, limitante, et initialement douloureuse pour l'enfant, s'ajoute une fonction de maturation et d'orientation du désir (la fonction de « tuteur » s'ajoute donc à celle de « sécateur »), qui loin de l'annuler va au contraire le renforcer par son effet promotionnant. L'enfant se soumet en effet petit à petit à la même loi que les adultes, et trouve dans leur exemple la promesse d'un plaisir encore plus grand.

Après ce premier temps de perte, période de deuil et de frustration, tant pour l'enfant que pour ses parents, vient le temps de la « redécouverte », selon un mode de communication et de satisfaction différents. En effet, une fois refoulées, les pulsions vont subir un remaniement dynamique, et nécessiteront de la part de l'enfant un recours à la sublimation pour accomplir son désir.

Cependant, la castration peut aussi conduire à la « perversion », c'est à dire au « détournement des pulsions vers une satisfaction qui n'introduit pas le sujet vers l'assomption de la loi »(84). Par exemple une castration qui serait comprise comme l'interdit de tout désir ayant pour but le plaisir, qui induirait le désir de se satisfaire dans la souffrance au lieu de se satisfaire dans le plaisir. Le sujet peut aussi être piégé par le plaisir qu'il a découvert dans un objet de fixation lui offrant un plaisir intense et répétitif ; le narcissisme se retrouve coincé, le désir s'arrêtant à son corps propre(84). Ces situations entrent bien sûr en résonance avec les conduites addictives en général, et l'anorexie en particulier.

Il s'agit par ailleurs d'une fonction éducative difficile à accomplir, tant les parents peuvent eux-mêmes regretter leur propre enfance, ou regretter que leur enfant grandisse et puisse éprouver des désirs d'autonomie.

A l'adolescence, c'est la contrainte pubertaire qui vient imposer le changement à l'adolescent et ses parents, les obligeant chacun à une modification relationnelle et à une nouvelle forme de maturation. Ce n'est plus les parents qui dictent leur loi, c'est le biologique. Il s'agit d'une frustration importante pour eux, d'une forme de « castration maturative » qui passe par

la métamorphose pubertaire. Grandir, devenir adulte, c'est qu'on le veuille ou non pousser ses parents un petit peu plus près de leur mort, ce qui n'est pas sans générer angoisse et culpabilité chez l'adolescent. Grandir est de fait un acte agressif : mais encore faut-il se sentir suffisamment en sécurité et en confiance pour supporter cette agressivité, les conflits qui ne manqueront pas de survenir et la séparation d'avec les parents et le monde de l'enfance.

« Si seulement tout pouvait rester comme avant », voilà ce que semblent inconsciemment espérer ces patients, et l'on verra plus loin comme le syndrome anorexique permet effectivement une forme d'arrêt du temps qui paraît figer chacun à la place qu'il occupe. C'est tout le processus adolescent qui se retrouve ainsi « congelé », évitant ainsi la confrontation à la sexualité et à la séparation, si angoissantes.

L'hospitalisation, le temps de séparation entre parents et enfants, peuvent donc représenter une forme de castration symboligène, dont le message pourrait être : « Il te faut mettre fin à ce comportement qui te met en danger et t'empêche d'exister, il te faut désormais te séparer de tes parents, mais je te propose de recevoir des soins, des entretiens médicaux, de participer à des groupes thérapeutiques, de rencontrer d'autres adolescents dans le service, de recevoir la visite de tes amis, parce que je crois que tu es capable de devenir un adulte autonome ». Vont se rejouer au cours des soins une ou des étapes du développement, conditionnées par ces castrations, qui ont fait défaut ou ont été vécues comme traumatiques, afin d'aider l'adolescent à les dépasser.

### **Le contrat de soins : une contrainte aux effets structurants ?**

La prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, s'organise le plus souvent autour d'un contrat de soins. A l'hôpital, ce contrat s'articule alors autour de deux poids : un premier poids mettant fin à la période de séparation de la famille, un deuxième poids à partir duquel une sortie pourra être envisagée.

Il structure donc l'hospitalisation en un premier temps de séparation, puis un temps d'autonomisation progressive (travail sur le temps et l'espace, l'avant l'après, le dedans le dehors(79)). Cet « outil de travail », véritable pilier structurant la prise en charge, est le plus souvent établi, négocié et discuté au moment de l'indication d'hospitalisation, entre le médecin, le patient et ses parents. Pour P. Jeammet, il s'agit de « représenter une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres et constituer une barrière à l'interpénétration de leurs désirs réciproques ; témoigner par sa permanence de la fiabilité des soignants ; créer un espace propre à la patiente, condition de son autonomie, du respect de son individualité ; permettre l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence »

Ce contrat endosse donc plusieurs fonctions, que nous étudierons successivement.

*La fonction de tiers* : en s'interposant entre le patient et le médecin, il évite l'emprise de la relation duelle. Il s'agit d'introduire une règle, une loi, à laquelle le patient comme le médecin devront se soumettre. Une fois le contrat négocié entre le patient, sa famille, et le médecin, personne ne devrait

en effet pouvoir prétendre le modifier sans l'accord des autres. Ni trop souple, ni trop rigide, il doit pouvoir témoigner de la fiabilité des soignants tout au long de l'hospitalisation. Enfin, en tant que parole mise en acte, il s'agit par ailleurs d'une forme d'introduction du symbolique(79).

#### *La fonction d'espace transitionnel*

Le contrat de soins crée les conditions d'un espace thérapeutique, foncièrement interactif. Formulé en termes alimentaires, il parle le langage du patient, permettant ainsi un premier travail du lien. Les règles et les limites qui le bornent forment un espace transitionnel sécurisant, au sein duquel peut s'initier un « jeu de rôle ». Cette « troisième aire », située entre la réalité externe et la réalité interne(85), permet au patient d'initier un premier mouvement vers l'indépendance. Le contrat sera alors remanié et adapté, favorisant une prise d'autonomie progressive(79).

#### *La fonction protectrice, pour le patient comme pour les soignants*

Le contrat constitue un cadre thérapeutique, à la fois temporel (il prévoit les différents temps du soin) et spatial (il permet par le biais des autorisations de sortie et des permissions un travail sur le dedans et le dehors). Il doit être suffisamment solide pour contenir les attaques, l'agressivité, les mises à l'épreuve. Son existence protège d'une part le narcissisme du patient, en lui évitant de formuler des demandes verbales, qui témoigneraient de sa dépendance ; elle préserve d'autre part le thérapeute, qui ne sera pas l'objet d'attaques directes.

### *Les limites du contrat*

Un contrat implique normalement un accord entre deux parties qui, après négociations, sont libres d'en accepter ou d'en refuser les termes. Or, dans la plupart des situations qui nous intéressent, personne ne dispose vraiment de cette liberté. Le patient, de son côté, est submergé par des contraintes internes, auxquelles il ne peut réagir que par le déni pour ne pas risquer un effondrement narcissique(77) ; le médecin, lui non-plus, n'a pas le choix : il est de sa responsabilité médicale de permettre au patient d'accéder aux soins, et ne peut pas renforcer son déni en lui attribuant une liberté qu'il n'a pas... « On en reviendrait alors à traiter le patient anorexique comme s'il était sujet conscient de son inconscient »(77). Ne pouvant signer un contrat ni avec « l'inconscient qui balaie tout sur son passage », ni avec « le Moi qui s'est retranché dans la mégalomanie », De la Gorce préconise l'utilisation de la contrainte, forme de premier cadre de soins dont la matérialité représente l'existence de l'autre.

L'instauration d'un contrat thérapeutique nécessite donc un minimum d'alliance thérapeutique et d'accès au symbolique, et ne pourrait être envisagé que dans un second temps. Ceci rejoint au passage le discours des patients anorexiques évoquant leur maladie, que nous avons évoqué en première partie.

Un recours au contrat de soins trop précoce serait un risque de voir ce contrat « pervers ». Ce détournement du contrat pourrait se manifester soit sous la forme d'une confrontation permanente, liée au besoin de maîtrise des patients, menant à une relation d'emprise réciproque et à l'échec

thérapeutique ; soit à une prise pondérale « sous la contrainte », menant à une rémission « superficielle », non-acceptée par le patient. L'amélioration thérapeutique serait en effet vécue comme une victoire des thérapeutes sur le corps du patient (77), véritable trahison, alliance entre les soignants et la famille pour « les contrôler ». On retrouve ce type de vécu dans le témoignage de Valérie Valère, qui évoque ainsi sa sortie de l'hôpital : « Vous ferez semblant de gagner mais ça sera faux » ; son sentiment de trahison : « les gens sont tous des traîtres » ; « d'abord, apprendre à être hypocrite, ne pas cesser de mentir, et de simuler » ; et son sentiment de voir son corps possédé par les soignants : «vous ne vous appartenez pas, votre corps est à nous »

Centrer les soins sur l'évolution pondérale est donc à double tranchant : s'il est nécessaire de parler dans un premier temps le langage du patient, il ne faut pas oublier de lui signifier que cet amaigrissement n'est qu'un symptôme et que le travail thérapeutique doit se poursuivre ailleurs.

### **De la contenance au cadre thérapeutique**

#### *Accepter de mettre en actes avant de pouvoir mettre en mots*

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il n'est souvent possible de créer une alliance thérapeutique autorisant une contractualisation des soins que dans un second temps. Il faut donc pouvoir tolérer au départ une forme de régression, un travail de création du lien dans l'immédiateté, en offrant de la contenance. Ce n'est qu'une fois cette première fonction contenante intériorisée que le patient serait en mesure d' « apporter sa

contribution » en acceptant un cadre de soins. Winnicott précise : « Lorsque nous offrons à quelqu'un l'occasion d'apporter sa contribution, il peut en résulter 3 choses :

- C'était exactement ce qu'il fallait
- L'occasion est mal utilisée, et en définitive les activités constructives sont abandonnées parce que ressenties comme fausses
- L'occasion donnée à quelqu'un qui n'est pas capable d'éprouver sa propre destructivité est ressentie comme un reproche ; le résultat clinique est alors désastreux »

Cette citation fait ainsi écho aux considérations du paragraphe précédent, et met en garde contre la tentation d'instaurer trop vite un cadre thérapeutique.

#### *Le double cadre thérapeutique*

Claude Balier, dans son travail en milieu pénitentiaire, a développé l'idée que le développement harmonieux de la personnalité nécessite un double cadre : un premier cadre interne, constitué par l'expérience de relations affectives solides avec les parents (expérience de l'amour maternel borné par l'existence du père) ; et un deuxième cadre, relatif à l'intégration sociale, (collectivité, école, armée, société) qui passe par la reconnaissance et le respect d'une loi organisatrice. Ce deuxième cadre permettrait l'accès à une identité intégrée dans la société(86).

Balier décrit comment il a reproduit ce double cadre, à la fois souple et limitant, dans sa prise en charge des personnes auteurs de meurtres, le cadre

externe étant représenté par l'autorité judiciaire, et le cadre interne par l'espace thérapeutique et le lien bienveillant avec les différents soignants.

Dans les soins aux patients anorexiques, on peut identifier aussi ce double cadre, le cadre externe pouvant être représenté par le contrat de poids, le règlement du service, les mesures restrictives.

Chez ces patients, la seconde phase de séparation-individuation, nous l'avons vu, serait mise à mal, empêchant l'accès au « deuxième cadre » symbolique et sociétal.

Un premier cadre fragile ne permettrait pas une intégration de la personnalité suffisante pour s'insérer dans la société : il faut alors d'abord pouvoir « solidifier ce cadre » avant d'imposer le cadre externe sous la forme du contrat de soins. Il s'agit dans ce cas d'un cadre défaillant « par carence ».

Chez d'autres patients, un cadre « trop bon », « trop contenant », « étouffant de bienfaits »(87), ne laisserait pas de place pour le manque, donc pas d'espace pour se désirer autrement et différemment que dans le giron familial. Il faut « laisser des trous dans ce premier cadre ». C'est ce que laisse entendre le concept de mère « suffisamment bonne » de Winnicott, qui contient l'idée qu'il suffit de donner « juste ce qu'il faut » à l'enfant pour lui permettre de se développer, mais pas plus. Il est important qu'il existe une part de manque, afin de lui une place au développement de son désir propre, et la possibilité d'aspirer à aller voir à l'extérieur de sa famille, pour s'en démarquer et s'en différencier. Ces derniers patients, ayant reçu un cadre « étouffant de bienfaits », souffriraient alors d'un cadre défaillant « par excès ».

Il s'agit donc d'être attentifs à ce « premier cadre », issu de la contenance, avant de se lancer dans la construction du deuxième cadre limitant. Il nous faut ainsi bâtir un double cadre « sur mesure » pour chaque patient, « adaptable sans être trop déformable », (Jean Oury) qu'il faut pouvoir maintenir jusqu'à son intégration psychique par le patient.

## **C. Les risques de contre-attitudes**

### **Les particularités de la relation transféro-contre-transférentielle**

Le transfert, en psychanalyse, désigne le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets, dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans la situation analytique.(88)

Le contre-transfert désigne, en miroir, l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé, et plus particulièrement au transfert de celui-ci(88).

Dans son article « la haine dans le contre-transfert », Winnicott décrit les éléments ambivalents du contre-transfert. Il y différencie les éléments objectifs du contre-transfert (l'amour et la haine en réaction à la personnalité et au comportement actuels du patient) des éléments subjectifs, inhérents au thérapeute lui-même, qu'il convient de bien identifier pour parvenir à s'en dégager.

La cure psychanalytique « type » étant très peu utilisée chez l'adolescent, et la possibilité d'un transfert ne survenant souvent que secondairement dans la prise en charge, le chapitre qui va suivre s'intéressera au type de relation qui s'instaure entre le patient et les soignants, plus qu'à la relation transféro-contre-transférentielle au sens strict du terme.

### *Particularités inhérentes à la problématique adolescente*

La prise en charge psychologique à l'adolescence présente certaines particularités, susceptibles de mettre en difficulté les thérapeutes non-avertis. Cette complexité lui a notamment valu le qualificatif de « cendrillon de la psychanalyse » ; Anna Freud signifiait ainsi la difficulté des psychanalystes à instaurer avec les adolescents les conditions d'une cure classique.(89)

Du point de vue de l'adolescent, la première de ces particularités est l'absence de demande spontanée. La consultation est en effet motivée la plupart du temps par les parents, ou les responsables scolaires. Ce premier entretien est alors volontiers vécu comme une véritable blessure narcissique, en sens où il leur signifie l'échec des comportements qu'ils avaient tenté de mettre en place pour conserver leur estime d'eux-mêmes.(69) En réaction, ils pourront avoir tendance à adopter des attitudes de prestance, ou reproduire des attitudes d'opposition qu'ils réservent habituellement à leurs parents. Ils peuvent alors être tentés de chercher à démontrer au thérapeute, considéré comme l'allié des parents, qu'ils sont plus puissants que lui.(69) Le témoignage de Valérie Valère(90) illustre parfaitement cette situation et l'on retrouve dans son livre abondance de réflexions allant dans ce sens : « Je ne pouvais pas leur dire ces choses qu'ils voulaient tellement savoir. Par elles, j'aurais avoué que j'avais besoin de me confier, autrement dit de revenir dans leur infect cabinet » ; « Ca me plairait quand même de savoir, mais c'est moi qui trouverai ; vous ne l'inscrirez pas dans votre dossier, non, il n'y a que moi que ça regarde ! »

Face à ces réactions parfois déconcertantes pour un soignant non habitué, il existe un risque important de contre-attitudes. Et ce d'autant plus que la période adolescente serait refoulée chez l'adulte, avec pour conséquence un sentiment d'être comme « étranger à l'adolescent qu'il a été »(69).

Il lui est donc difficile de s'identifier à l'adolescent, et risque d'adopter malgré lui ces contre-attitudes. Parmi celles-ci, on peut citer le risque d'interventions trop brutales, tentant d'apaiser les souffrances inhérentes à la crise, qui peuvent compromettre définitivement la prise en charge ; à l'inverse, une intervention trop bienveillante ou trop précautionneuse pourrait renvoyer une image de malade et réveiller des angoisses archaïques.(69) On retrouve ici le problème de la « bonne distance », le « trop près » étant synonyme d'intrusion, et le « trop loin » risquant de raviver des angoisses d'abandon. Enfin, l'un des risques majeurs qui nous intéresse dans le cas des troubles alimentaires est celui de vouloir chercher à affirmer sa puissance, en opposant des interprétations et une démonstration de ses connaissances aux attitudes défensives de l'adolescent. Ces attitudes, impliquant une réaction de type « qui es-tu pour refuser ou dénigrer les bons soins que je te propose ? » sont à l'origine d'une dénégation de la personne propre de l'adolescent, très délétère dans la prise en charge, et qui risque d'exacerber la résistance au traitement.

La réussite de la prise en charge, bien plus que dans les connaissances et la qualité de l'analyse du soignant, reposerait en fait sur sa capacité à s'identifier à l'adolescent et à lui fournir une figure identificatoire différente et moins menaçante que les figures parentales.

Enfin, Winnicott nous rappelle les possibles rivalités susceptibles de perturber les soins. D'une part, « les adultes, qui sont en train de découvrir leurs propres limites, envient aux jeunes ces potentialités »(91) ; d'autre part, toutes les générations ne bénéficient pas de cette chance de vivre une période adolescente, si tributaire des conditions familiales et sociétales. Ainsi, « le réel défi que représente l'adolescent s'adresse à cette partie de nous qui n'a pas eu réellement son adolescence, et qui fait que nous en voulons à ceux qui peuvent avoir ce passage. Cela nous fait souhaiter de trouver une solution pour eux. Il y a des centaines de fausses solutions ; nous avons tort dans tout ce que nous disons ou faisons »(91).

#### *Particularités inhérentes à la problématique anorexique*

Les processus identificatoires sont à la base de la construction de l'identité du sujet : « la personne se constitue à partir de l'objet et simultanément avec lui »(69). Parmi eux, l'identification projective est particulièrement à l'œuvre chez les adolescents, et en particulier chez ceux souffrant d'anorexie mentale. L'identification projective peut se définir comme un mode d'identification où celui qui s'identifie et celui auquel on s'identifie sont mal différenciés ; sujet et objet sont alors vécus dans une relation de projection et d'introjection. Ceci explique les fantasmes archaïques présidant aux relations objectales primitives (« mère dévorante », « morcellement du corps propre »)(69). Les patients souffrant d'anorexie sont donc bien souvent aux prises avec des objets internes projetés sur l'entourage. Ainsi ils tendent à transformer le soignant en quelqu'un de tout-puissant dont il se sentira persécuté, ou à qui il se soumettra passivement(79).

On comprend alors l'angoisse du pouvoir des autres sur eux, que Valérie Valère exprime par des expressions comme « je prostitue mes pensées, mes pas, mes volontés » ; « ils ne pourront jamais savoir ce que je pense » ; « ainsi ceux sont eux qui ont le droit de posséder les gens corps et âme ? ». On voit bien l'angoisse d'être possédé par l'autre, et notamment par la mère, qualifiée de « geôlière aux yeux d'épervier », ou dont elle décrit « un air révoltant de propriétaire »

L'anorexique est en fait prisonnier de ses propres projections, dont il tente de se défendre par le retranchement et le contrôle exercé sur les autres.

Il doit par ailleurs dénier son avidité affective et sa dépendance pour sauver son narcissisme fragile. Alors qu'il voudrait « tout » (l'affection de ses parents, la réussite, la reconnaissance, l'autonomie...) il prétend qu'il (ne) veut « rien », attaquant par là même la légitimité des soignants à les aider et leur besoin de reconnaissance.

On peut donc craindre, comme le suggère justement André Green, que « les défenses des patients ne deviennent celles des analystes eux-mêmes ».

Pour les analystes, comme pour tous les soignants amenés à accompagner ces patients, il existe effectivement un risque de réaction en miroir : déni ou maîtrise, vécu d'impuissance, ou au contraire de toute-puissance.

Les contraintes du patient peuvent facilement devenir celles des soignants, et tout l'enjeu des soins repose sur leur capacité à s'en dégager. L'agressivité se nourrissant du raidissement narcissique de l'autre, le risque d'escalade symétrique vers une conflictualisation du lien est important. On passe alors

dans des jeux d'emprise, de rapports de force, de menaces, d'alliances séductrices, qui empêchent tout jeu relationnel et verrouillent toute possibilité de changement(79) ; soignants et soignés sont alors transformés en deux équipes adverses campées sur leurs positions : on est loin de l'alliance thérapeutique censée fonder la relation soignante, et du processus de changement que prétend permettre la prise en charge. D'une contrainte protectrice, limitée et bienveillante, on dérive vers une contrainte autoritaire, arbitraire et punitive... Et de l'une à l'autre, il n'y a qu'un pas.

La difficulté principale est donc de pouvoir se décaler de ces positions dictées par l'identification projective. « Ne pas être le porte manteau des projections du patient »(92), « faire un pas de côté » pour permettre au patient de prendre conscience du décalage entre ses représentations fantasmatiques et la réalité. Le surprendre, en ne reproduisant pas le comportement attendu, lui permettant ainsi d'amorcer un processus de changement. Dans le cas contraire, le soignant tend à s'inscrire dans une compulsion de répétition(77) qui participe à la pérennisation du trouble.

### **L'importance du travail institutionnel**

En cas d'hospitalisation, vont se rejouer avec les équipes soignantes des scènes de la vie familiale. La fonction de l'institution, en position de médiateur entre l'individu et la société (Michaud) sera de rétablir des échanges inter-humains, là où il y a rupture de l'échange. Il s'agit donc du « chaînon manquant » entre le sujet et les autres(93). Le but final est de permettre l'intégration du sujet dans la société.

Il s'agit pour ainsi dire d'une forme d'espace transitionnel, au sein duquel la multiplicité des relations et des identifications possibles offre l'opportunité d'une constellation transférentielle, qui permettra de rassembler les éléments clivés de la personnalité du patient(93). Vont se jouer au sein de l'institution des scènes d'un « psychodrame » dont le médecin référent serait le « chef de jeu », et les membres de l'équipe les co-thérapeutes.

### *Les difficultés inhérentes à la prise en charge des adolescents*

Durant l'hospitalisation, l'adolescent va déplacer son fonctionnement psychique sur l'institution. Celle-ci devient alors le lieu de projection de ses vécus insécures ou traumatiques. L'équipe soignante se retrouve ainsi confrontée à une forte destructivité. L'adolescent s'exprime en effet préférentiellement sur le registre de l'agir(94), sans possibilité de médiation par la parole. Les soignants se trouvent alors, comme la famille du patient, aux prises directes avec la violence de l'inconscient(77).

Il leur incombe de pouvoir accueillir ces comportements comme autant d'énigmes adressées en quête de destinataire ; les décrypter, les symboliser, leur donner sens.

Il s'agit en fait d'une fonction de « digestion », de « détoxification », qui s'apparente à la « fonction alpha » de Bion.(95)

L'équipe soignante se transforme alors en un « appareil psychique groupal »(94), liant et transformant les éléments de la réalité psychique du patient déplacés sur le groupe, qui forment la « constellation transférentielle »(93). Il s'agit ici de permettre une intégration de l'amour et de

la haine par le biais de l'équipe soignante, qui résiste et reste unie malgré les projections clivées du patient. Les soignants doivent donc accepter d'être tantôt « bons », tantôt « mauvais », et permettre au patient d'intégrer l'ambivalence, à la base du sentiment de culpabilité et de la capacité de sollicitude concomitante(96).

A cette fonction d'accueil inconditionnel « maternelle », doit s'ajouter une fonction « paternelle » limitante et sécurisante. L'introjection de ces fonctions - soignante et protectrice - doit permettre ensuite au patient de s'autonomiser.

Dans le cas des troubles alimentaires, le clivage entre les comportements et le discours exerce sur l'entourage les effets destructeurs d'une conduite « perverse »(77) face à laquelle il faut pouvoir résister. « L'anorexie rend fou ».

Bien qu'il n'existe pas encore de « cotation à l'acte » pour ce type de soins, (il s'agit effectivement d'un travail non-quantifiable, immatériel et colossal) il s'agit d'un effort de chaque instant, impliquant la personnalité, les compétences et la disponibilité de chacun.

Le manque d'attention ou d'importance donnée à ce travail institutionnel risque de laisser l'équipe dans une position délicate : aliénation engendrée par la violence des comportements, influences délétères subies inconsciemment sous l'effet de l'identification projective, clivages au sein de l'équipe, alternance entre des mouvements d'inflation narcissique (« faire mieux que les autres institutions ») et mouvements abandonniques (« être incapables de faire face »)(94). On voit bien comment le soin peut vite se transformer en contrainte punitive, l'alliance en affrontement, le plaisir partagé

en un retranchement de chacun derrière des protocoles et des considérations matérielles dénuées de sens.

L'institution doit donc pouvoir tenir, contenir, se dégager de ces positions aliénantes, accepter de ne pas tout maîtriser, « rêver l'adolescent », lutter contre le risque de partiellisation du regard porté sur lui... Ce qui nécessite souvent le recours à un regard extérieur, au travers de supervisions par exemple.

### **La tentation de la « ségrégation »**

La tendance actuelle est une organisation de la psychiatrie calquée sur la médecine somatique(93) : trier les patients et les soigner par « groupes homogènes ». Jean Oury évoque cette tentation de produire une « hiérarchie de plus en plus sédimentée » avec un cloisonnement en « quartiers » « pour éviter le désordre. Quartiers de gâteux, quartiers d'agités, quartiers d'alcooliques »(97). On voit bien comment à l'heure actuelle, la tentation est de réserver le secteur aux pathologies « graves et chroniques », c'est à dire les patients psychotiques, les autres patients étant dès que possible réorientés vers des cliniques psychiatriques spécialisées dans tel ou tel domaine.

La problématique addictologique n'échappe pas à cette règle. Ainsi un patient souffrant d'éthylisme, de toxicomanie ou d'anorexie sera « étiqueté » comme tel, avant que l'on prenne en considération les éléments de personnalité sous-jacents ayant pu le mener aux conduites addictives. Un diagnostic prend ainsi le pas sur la problématique individuelle, venant par ailleurs conforter le patient

dans son « identité » d'alcoolique, de toxicomane, d'anorexique. Le but n'était-il pas au contraire de lui reconnaître une personnalité unique, certes en souffrance, mais qui mérite des soins adaptés « sur mesure » lui permettant de s'affirmer dans son individualité ?

La prise en charge des patients souffrant d'anorexie illustre de manière caricaturale cette problématique, avec des unités le plus souvent spécialisées, et une réticence voire une peur panique des secteurs à les prendre en charge. Ce « désinvestissement » du secteur dans ces pathologies, certes complexes, peut se comprendre de différentes manières. On peut y voir d'une part la crainte de la survenue de complications somatiques, dans des services souvent éloignés des unités de réanimation et n'ayant pas l'habitude de gérer la renutrition et ses potentielles complications. D'autre part, nous l'avons vu, il s'agit d'une pathologie « corrosive » pour l'institution, de par l'agressivité véhiculée par le refus alimentaire, et le refus du lien à l'autre. Il s'agit donc d'attaques narcissiques très fortes qui viennent remettre sans cesse en cause la légitimité de l'équipe, sa capacité à soigner. On peut ainsi comprendre qu'une institution qui douterait de sa solidité, de ses capacités de contenance, puisse se sentir inquiétée par l'arrivée de ces patients, mais il s'agit d'un vécu partagé par toutes les équipes, qu'elles soient ou non spécialisées...

Et d'ailleurs, la vocation du secteur n'était-elle pas de pouvoir accueillir les patients en fonction d'une zone géographique, et non d'un diagnostic ? La fonction de remplacement du « chaînon manquant » que nous évoquions tout à l'heure n'est elle pas aussi indispensable à la problématique anorexique qu'à celles habituellement prises en charge par ces services ?

Que peuvent penser ces patients, qui viennent défier les adultes et la société dans leur capacité à contenir leurs angoisses, d'un secteur qui craint de les prendre en charge et leur refuse l'admission ?

## **D. Vers une contrainte « suffisamment contraignante » : éviter les dérives, libérer les soignants, utiliser les résistances**

Nous l'avons vu dans la partie précédente, une grande partie de l'enjeu de la prise en charge thérapeutique réside dans la capacité des soignants à se dégager des contraintes que le patient tend à transférer sur eux - et qu'ils tendent à endosser plus ou moins consciemment. Cette capacité permettrait en premier lieu d'éviter les dérives vers des contre-attitudes délétères que nous avons vues. Il s'agit du même coup de « montrer la voie au patient » vers un abandon de la symptomatologie contraignante.

Comment organiser les soins de telle sorte que la part de contrainte inhérente à ces prises en charge ne se transforme pas en contre-attitudes punitives ? L'approche psychanalytique, que nous n'avons fait qu'aborder, suggère que le thérapeute et l'institution doivent tolérer, du moins dans un premier temps, de « prêter leur appareil psychique » au patient pour accéder à une forme de maturation. Ceci lui permettrait progressivement de mettre en mots et non en actes, et de parvenir à une compréhension de son trouble. Nous verrons à quel point il est alors nécessaire de soutenir les institutions dans leur travail.

Dans un deuxième temps, nous verrons comment les groupes et activités thérapeutiques, et le psychodrame psychanalytique, permettent d'introduire des espaces de liberté, espaces « transitionnels » où le jeu et la créativité sont à la base du processus thérapeutique.

Enfin, nous mentionnerons l'approche systémique, qui propose une approche différente, parfois surprenante mais complémentaire, particulièrement

pertinente sur certains aspects. Nous verrons notamment comment la position du soignant et les stratégies thérapeutiques sont utilisées pour transformer la force de résistance en potentiel changement.

### **« Prendre soin du soin » : l'importance des supervisions d'équipe**

Jean Oury, l'un des pères fondateurs de la psychothérapie institutionnelle, disait : « soigner les malades sans soigner l'hôpital, c'est de la folie ».

Si la stabilisation des patients passe en grande partie par la celle de l'équipe, il est indispensable de « prendre soin du soin ». D'offrir des temps de synthèse, de réunions, de supervisions, même s'il n'est pas toujours facile de les organiser. En effet, l'instabilité des patients a tendance à provoquer une instabilité en miroir chez les soignants. On retrouve alors un climat d'urgence, de fébrilité, face aux demandes pressantes, insatiables, qui mettent sous tension la relation à l'autre, mis en position d'objet « supposé réparateur »(92).

Il s'agit d'offrir un espace de détoxication des éprouvés professionnels(94), d'aider l'équipe à réfléchir et à prendre du recul ; de situer la place des intervenants par rapport aux projections du patient ; de lever les clivages en prenant appui sur la mobilisation, le développement et le partage d'affects au sein du groupe. Il faut pouvoir prendre soin des liens au sein de l'équipe, l'aider à accueillir et transformer la violence à laquelle elle est confrontée, soutenir et élaborer ses fonctions d'accueil et de limitation, et restaurer son potentiel narcissique sans cesse remis en question par le caractère attaquant des projections renvoyées par les patients(94).

Un soin tout particulier sera porté à la cohérence et à la circulation de l'information au sein de l'équipe. On sera par ailleurs vigilant quant au risque de clivage avec la famille.

La solidité de l'équipe va aussi de pair avec sa capacité à faire alliance autour d'un projet commun, à prendre plaisir aux réflexions partagées, à mettre à l'écart les éventuelles revendications narcissiques individuelles. Il lui faut sans cesse réinventer des aménagements institutionnels l'aidant à survivre à la violence, à la perte, à la désespérance(94). Dans les services prenant en charge les troubles alimentaires, on ne sera donc pas surpris devant l'abondance des repas de service, goûters et autres dégustations de friandises... Les équipes ne manquent l'ailleurs pas d'ironiser sur le fait qu'elles prennent ainsi « les kilos que les patients se refusent à prendre » !

**S'évader de la contrainte dans des espaces transitionnels : la  
place des groupes thérapeutiques et du psychodrame  
psychanalytique**

« Jouer est une thérapie en soi » nous dit Winnicott(85). Pour que la contrainte puisse prétendre être libératrice, il faut pouvoir aménager, au sein du cadre, des espaces de jeu, des « espaces potentiels », que Winnicott a décrits à partir de sa théorie de l'objet transitionnel.

L'objet transitionnel peut se définir comme la première possession « non-moi » de l'enfant, lui permettant à un moment de son développement où réalités interne et externe ne sont pas encore clairement distinctes d'expérimenter un premier « intermédiaire » ; cet objet lui permet ainsi de

tolérer l'absence de sa mère en l'aidant à maintenir un sentiment d'exister malgré ses absences(98). L'abondance de ces objets transitionnels dans les services d'hospitalisation témoigne d'ores et déjà de l'importance de la transitionnalité dans le contexte des troubles alimentaires...

Winnicott élargit cette notion en développant la question des phénomènes transitionnels, aires intermédiaires où prennent place le jeu et la créativité ; ces espaces d'expérimentation du sujet lui permettraient d'assujettir les contraintes de la réalité externe à ses besoins internes, favorisant ainsi son sentiment d'exister « en tant que soi » et par là même l'intégration de sa personnalité : « dans ces conditions très particulières, l'individu peut « se rassembler » et exister comme unité, non comme une défense contre l'angoisse, mais comme l'expression du « je suis », je suis en vie, je suis moi-même »(85)

*Les groupes thérapeutiques* permettent de créer cet « espace potentiel », en offrant la possibilité de participer à des activités créatives au sein d'un cadre rassurant, mettant en confiance. Ainsi, modelage, art-thérapie, olfactothérapie, écriture, théâtre, etc... sont autant de médiations qui permettant ce type de travail, au cœur du processus de subjectivation.

Le cadre du soin, le « setting » décrit par Winnicott, est ici primordial. Il s'agit de « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif » qui restent constants, là où le processus thérapeutique est variable. Pour qu'il y ait jeu, il faut des règles du jeu. Le respect des horaires, l'organisation du temps au sein de l'activité, l'agencement de la pièce, l'encadrement par les mêmes soignants d'une séance à l'autre, sont autant d'éléments qui

participent à la stabilité du cadre, et favorisent son intégration par le patient. Son caractère ludique permet son acceptation plus rapide par le patient, qui peut être en situation de contrainte par ailleurs.

Le but est ici de permettre le jeu dans une « situation particulière » : « la personne que nous essayons d'aider a besoin d'une nouvelle expérience dans une situation particulière. L'expérience est celle d'un état qui ne se donne pas de but, on pourrait parler d'une sorte de crédit ouvert à la personnalité non-intégrée »(85).

*Le psychodrame psychanalytique* est un dispositif thérapeutique élaboré en réponse aux difficultés rencontrées par les analystes dans la prise en charge de certains patients, notamment du fait de liens transféro-contre-transférentiels inopérants, que l'on rencontre régulièrement chez l'adolescent et notamment dans l'anorexie.

Les séances s'organisent autour du patient par la participation d'un groupe de thérapeutes. La répartition des fonctions entre le directeur de scène (« témoin du Moi ») et les co-thérapeutes (« représentants des pulsions », qui se verront attribuer leur rôle par le patient) permet de maintenir une distance entre ses désirs conscients et ses pulsions inconscientes.

Cette multiplicité des intervenants facilite la prise en charge, en favorisant la maîtrise des positions contre-transférentielles et des contre-attitudes(69).

On y retrouve la dimension de jeu, qui permet une distanciation par rapport aux affects, et constitue une forme de mécanisme de défense qui vient assouplir ceux de l'adolescent. Le plaisir du jeu permet d'autre part une

réinsertion progressive et non-menaçante de l'adolescent dans le courant libidinal.(69)

La possibilité de répétition de problématiques d'une séance à l'autre permet à l'adolescent une prise de conscience progressive et de lui même, presque « malgré lui », ce qui lui permet de s'approprier des interprétations qui auraient pu être vécues comme traumatiques venant d'un thérapeute.(69)

### **Libérer le thérapeute et utiliser les résistances : les apports de la théorie systémique**

Née à Palo Alto durant la seconde guerre mondiale, l'approche systémique se propose de resituer les troubles psychiques dans leur contexte, en s'intéressant aux systèmes humains dans lesquels ils surviennent. Il s'agit d'une vision pragmatique, et non-normative des troubles psychiques, dont certains principes me semblent particulièrement pertinents dans le cadre de la problématique qui nous intéresse.

#### *S'adapter aux motivations du patient*

Méconnaître la demande (et donc l'absence de demande) conduit bien souvent le thérapeute à se heurter à un mur de résistances, qu'il aura finalement lui-même participé à construire.(99) Il ne sert à rien de s'évertuer à changer un patient qui ne le demande pas : forcé de suivre une thérapie qu'il n'a pas choisie, il sera contraint de résister au changement qui lui est imposé, en mettant en échec toute l'aide que l'on pourrait lui offrir(99)

Il faut donc être en mesure d'évaluer les motivations du patient avant de s'aventurer dans le processus thérapeutique. On ne soigne pas quelqu'un de la même manière selon qu'il est un « touriste » (il n'a pas de problème), un « plaignant » (les autres ont un problème) ou un « client » (il vient se soigner parce qu'il pense avoir un problème)(100).

### *La position du thérapeute*

La résistance, en physique, se définit comme la capacité de s'opposer à une force préalable(99). Ainsi, comme le rappelle Jay Haley, la technique du thérapeute peut-être à l'origine des résistances au changement. Face à un patient non-demandeur de soins, toute tentative de persuasion est donc à proscrire.

Dans une situation de double contrainte (il est en effet désigné autant comme aidant que comme un moyen de coercition : aider le patient revient à le contraindre, ce qui ne peut pas l'aider...), le seul moyen d'obtenir une alliance thérapeutique sera de « renégocier le contrat » de manière à fixer des objectifs compatibles avec les motivations du patient(99). S'il n'adhère pas à l'objectif thérapeutique initial, il sera toujours possible de repérer une plainte sous-jacente pour laquelle il serait réellement motivé pour changer (sortir de l'hôpital, retourner en cours, par exemple).

Pour cela, il lui faut adopter une position basse, de manière à ne pas exacerber les sentiments d'échec et d'infériorité du patient. Dans le cas de l'anorexie mentale, la fragilité narcissique est un argument supplémentaire en faveur de ce type de positionnement.

Pour pouvoir soigner le patient, il faut par ailleurs pouvoir travailler avec les demandeurs de soin, à savoir la famille. L'idée est alors de se situer en métaposition, c'est à dire dans une position extérieure au système, la plus neutre possible, lui permettant d'agir en médiateur, de négocier avec le patient et sa famille au nom de leurs valeurs, pour trouver un objectif commun aux deux parties(101). Pour Mara Selvini Palazzoli, le thérapeute doit ainsi rester à distance du système, ne pas s'utiliser directement dans le système familial. C'est le principe de « neutralité » : grâce à la somme des alliances à chaque membre de la famille, « le thérapeute est allié à personne et à chacun au même moment »(26)

Par ailleurs, il ne s'agit pas pour lui de récolter des informations sur le système, mais de faire circuler l'information entre ses différents protagonistes. C'est le concept d'information pertinente : « l'information, c'est une différence qui fait la différence », nous dit Bateson. Dans le contexte de l'anorexie, où l'angoisse du pouvoir des autres sur soi est l'un des moteurs du trouble, il est sage pour le thérapeute d'essayer de ne pas savoir : la solution ne doit pas reposer sur le brio du thérapeute, mais sur la compétence des familles.(101)

Par ailleurs, pour être un bon négociateur, le thérapeute ne doit pas être demandeur : il lui faut s'efforcer d'être indifférent à l'issue des négociations, sans quoi il perdrait sa méta position, prenant partie pour l'un ou l'autre des membres de la famille(101). « Ne pas les prendre en charge », « ne suivre aucune piste », « ne pas vouloir à leur place » : voilà une position qui évite toute escalade symétrique.

Le thérapeute, ainsi dégagé d'une bonne partie de ses contraintes, laisse à la famille la responsabilité du changement, respecte le temps dont ils ont besoin, se contente d'être un « activateur de compétences »(102).

Il veillera enfin à ne pas se fixer sur le symptôme, ce qui pourrait contribuer à le fixer encore plus. L'idée est de permettre au patient « cible » de démissionner de son rôle, poussant du même coup la famille vers la recherche d'un nouvel équilibre.

### *Les stratégies d'utilisation des résistances*

L'une des caractéristiques des thérapies systémiques est l'utilisation de stratégies, notamment les prescriptions de tâches, et le maniement des injonctions paradoxales. Il s'agit de catalyseurs aléatoires, permettant un premier pas vers le changement : le but est de provoquer un changement minime, un premier déplacement du point d'équilibre, dont on peut espérer qu'il sera le point de départ d'une modification plus importante(101).

Je ne m'étendrai de manière approfondie sur ces méthodes, mais voici quelques exemples qui m'ont semblé pertinents dans la situation qui nous intéresse :

- La *prescription invariable* ou comment rétablir la différence inter-générationnelle (Mara Selvini Palazzoli) : il s'agit de prescrire aux parents, en l'absence des enfants, de programmer entre eux des sorties « surprises », sans prévenir les autres membres de la maisonnée.

- La *prescription du symptôme* ou comment libérer le patient de ses propres paradoxes(101) : les tentatives de persuader la personne de se comporter autrement ayant bien souvent déjà été tentées et inefficaces – avec même une tendance à renforcer les résistances –, reste la possibilité de l'inciter à poursuivre ses comportements. « le bon sens qui ne fonctionne pas n'est plus du bon sens »(100). On utilise par ailleurs le climat de défiance caractéristique de l'adolescence, et l'on permet au patient de transformer une force de résistance en force de changement.
- La *double contrainte thérapeutique* ou comment libérer les patients des double-contraintes pathogènes dans lesquelles ils se trouvent enfermés (101): il s'agit de reproduire en miroir la double-contrainte pathogène. On formule une injonction dont la structure est telle qu'elle renforce le comportement que le patient s'attend à voir changer. Il s'agit donc d'un paradoxe, puisqu'on lui demande de changer sans changer ! C'est ce renforcement qui va être moteur du changement. Certaines de ces techniques sont bien utiles pour désamorcer les résistances (Par exemple, « surtout ne me dites pas ce que vous ne voulez pas que je sache, attendez d'être prêt pour m'en parler » ; ou « n'allez pas trop vite, il faut prendre son temps avant d'effectuer un changement aussi important » ; ou encore la prescription de la rechute, présentée comme inévitable, tout en se montrant sceptique quant au maintien de cette amélioration.) On pourra se référer aux travaux de Paul Watzlawick si l'on souhaite approfondir ces questions.

Néanmoins le maniement de ces techniques est subtil. Loin de se résumer à l'application d'une « recette de cuisine », il suppose une bonne alliance avec le patient, et nécessite que le thérapeute se sente « à l'aise » avec des méthodes surprenantes. Le choix et la présentation du paradoxe nécessitent beaucoup de finesse et de créativité de sa part, et requièrent sa bienveillance à chaque étape du traitement.

## **E. Relancer l'horloge du temps, le réveil de la « belle au bois dormant »**

Pour P. Jeammet, « la psychopathologie est la manifestation d'un besoin de maîtrise qui fige le temps ».(103) Accepter l'écoulement du temps implique en effet de pouvoir se séparer de ses figures d'attachement, et d'admettre que notre passage sur Terre soit éphémère... Le temps, c'est aussi ce qui nous conduit vers la mort.

Dans l'anorexie, on retrouve particulièrement ce sentiment de temps suspendu, ce qui a amené certains auteurs à la comparaison avec la « Belle au bois dormant »(104).

Il a été décrit par ailleurs certains fonctionnements familiaux, que l'on retrouve fréquemment dans l'anorexie, comme des systèmes à transactions rigides où le temps est comme arrêté : on assiste à un arrêt du processus, l'homéostasie se réduisant au non-changement(102).

Dans le conte de Charles Perrault, la malédiction proférée par « la vieille fée » oubliée par les parents, devient une figure du temps chronologique, la vengeance d'un passé oublié trop vite. On peut aussi la voir comme le symbole de la pulsion de mort qui accompagne toute pulsion de vie, ou comme l'incarnation de la part d'ambivalence inhérente à l'amour, et en particulier à l'amour maternel. On ne peut dénier la part de haine qui le compose, ou celle-ci vient inmanquablement se rappeler à notre mémoire. La malédiction porte sur l'accès à la vie sexuelle, symbolisée par la perte de la virginité, comme un rappel des changements physiologiques qui ne manqueront pas de s'imposer dans un temps futur.

On peut voir le sommeil de cent ans comme le symbole de la passivité adolescente, ou celui d'un repli narcissique ; comme une fuite devant les incertitudes inquiétantes de la vie qui figent l'adolescente, empêchant sa découverte du monde. Ainsi, c'est le lien à l'autre, symbolisé par le prince, qui réveille à la vie et remet en marche l'écoulement du temps.(105)

Les soins dans l'anorexie doivent permettre ce retour à une temporalité, au rythme des consultations, de la vie institutionnelle, des perspectives formalisées par le contrat thérapeutique.

Pour Frédéric Worms, le temps et le soin sont liés pour le meilleur et pour le pire : l'épreuve de soins est toujours une épreuve foncièrement temporelle. Le temps est ébranlé par le soin, souvent imposé dans l'urgence, mais doit pouvoir finalement renverser le rapport négatif au temps créé par la maladie. Ce temps doit être rétabli par le soin de manière implicite, par une présence subjective, une reprise du contact avec soi-même par le biais du contact avec l'autre. « On ne répond pas à une angoisse par une promesse », nous dit-il.(106)

N'oublions pas que la Belle au Bois Dormant se réveille bien malgré elle par le baiser du prince charmant : la contrainte d'une rencontre fortuite permet son réveil psychique et son retour à la vie...

## Conclusion

Bien avant leur rencontre avec les soignants, les patients souffrant d'anorexie mentale expérimentent un haut niveau de contrainte, voire d'asservissement au symptôme. Tentative d'adaptation face à la contrainte pubertaire, les troubles du comportement alimentaire enferment l'adolescent dans une forteresse qui fige le temps et les isole du monde. Sa réticence aux soins place le soignant dans le paradoxe de devoir le libérer sous contrainte.

### *Les soins sans consentement, un dernier recours ?*

Nous l'avons vu, il est difficile d'établir de manière totalement formelle l'existence des critères cliniques autorisant l'hospitalisation sans consentement chez les patients anorexiques. Il s'agit en effet d'une problématique complexe, avec des variabilités interindividuelles importantes. Néanmoins, l'existence de troubles cognitifs ne fait désormais plus de doute. Par ailleurs, le trouble dysmorphophobique ne semble différer des pensées délirantes que par la présence d'une conscience des troubles ; cet *insight*, qui pourrait être à l'origine d'une demande d'aide et d'une volonté de changement, apparaît au contraire comme un facteur de stress supplémentaire. La peur du jugement, la fragilité narcissique caractéristique de la période adolescente, et la composante addictive des comportements rendent compliquée la verbalisation d'une demande d'aide. De surcroît, malgré une certaine conscience des troubles, leurs conséquences n'en sont pas moins lourdes en terme de souffrance, de risque de décès, de chronicisation, et de perte de la qualité de vie. Il serait donc bien

dommageable de dénier l'existence d'une demande masquée, passant par le corps, pleine de détresse.

Les critères d'hospitalisation sans consentement sont définis par un cadre juridique, éthique et déontologique suffisamment souple pour pouvoir en faire bénéficier les patients anorexiques, même à des phases précoces de la maladie. La mise en place de soins sans consentement ne représente finalement qu'une partie infime des prises en charge, à l'extrémité d'un continuum en terme de contrainte thérapeutique. D'ailleurs, rares sont les situations où les soins ont été débutés à l'initiative des patients, tant l'utilisation de pressions de la famille, ou de menaces des médecins, sont fréquemment retrouvées. La vraie question est donc : comment soigner sous contrainte, et qu'est-ce qui fait que les soignants redoutent tant ces patients ? Pourquoi les secteurs se montrent aussi réticents à assurer ce type de prises en charge ?

#### *Une arme à double tranchant*

Nous l'avons vu, les risques de dérives, engendrées par les contre-attitudes, sont sérieux en terme de maltraitance, d'exacerbation des résistances et d'échec thérapeutique. Des mécanismes tels que l'identification projective, à l'œuvre chez les patients anorexiques, tendent à transformer le soignant en quelqu'un de tout-puissant dont ils se sentiront persécutés. Tout l'enjeu des soins est alors de réussir à se décaler de cette position dans laquelle peuvent nous mettre, malgré nous, les patients.

La contrainte est une arme thérapeutique à double tranchant, qu'il faut pouvoir manier avec rigueur, responsabilité et modération. Pour qu'elle puisse

prétendre à des vertus libératrices, il lui faut demeurer « suffisamment contraignante », adaptée à chaque patient, et rester un simple moyen d'accéder à des soins libérateurs, multidimensionnels.

La crainte des secteurs pourrait être liée à cette crainte des dérives vers la toute-puissance en miroir, autant que celle engendrée par la gestion des troubles somatiques auxquels ils ne sont pas habitués. On assiste de fait à une « ségrégation » des patients dans des services spécialisés, pour lesquels il existe bien souvent des délais d'attente important, durant lesquels le trouble s'auto-entretient et la dénutrition s'aggrave.

Pourtant, la vocation du secteur, en tant que « chaînon manquant », est de pouvoir recevoir les patients sur des critères géographiques, et ne devrait pas avoir à sélectionner les pathologies qu'il est en mesure de soigner. La possibilité de faire appel à des équipes mobiles de renutrition, et le travail en étroite collaboration avec les médecins internistes et les nutritionnistes devraient pouvoir nous permettre d'éviter que les patients soient perdus de vue dans les lignes de clivage entre les différents acteurs de soins.

On ne peut que rappeler l'importance de la formation des médecins et des équipes à la prise en charge de ces pathologies.

Enfin, ou plutôt en premier lieu, il nous faut porter une attention toute particulière aux mouvements institutionnels, veiller à travailler la position de chacun afin d'éviter les contre-attitudes, et s'adapter au rythme de chaque patient. Contenance, cadre, séparation-individuation, autonomisation, sont autant d'étapes qu'il nous faut pouvoir travailler successivement.

Les patients souffrant d'anorexie mentale, avant de se lancer dans la société, viennent en tester la solidité et la bienveillance : à nous de parvenir à les rassurer.

## Bibliographie

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. août 2007;164(8):1259-1265.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev). 2000.
3. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. juill 1995;152(7):1073-1074.
4. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 26 févr 2000;355(9205):721-722.
5. Arkell J, Robinson P. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *Int J Eat Disord*. nov 2008;41(7):650-656.
6. Raimbault G, Eliacheff C. Mythologies de l'anorexie. Les indomptables - Figures de l'anorexie.
7. Code de déontologie médicale-article 35 (article R.4127-35 du CSP). Information du patient. 2012.
8. Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
9. Code de la santé publique - Article L3212-3. Code de la santé publique.
10. Code civil - Article 16-1. Code civil.
11. Code de la santé publique - Article R4127-36. Code de la santé publique.
12. Code de la santé publique - Article L3211-3. Code de la santé publique.
13. AMM. Déclaration de Malte sur le grévistes de la faim [Internet]. 2006.
14. Code pénal - Article 223-6. Code pénal.
15. Kestemberg E. La faim et le corps. PUF.
16. Micheli-Rechtman V. La douleur d'avoir faim : l'anorexie. *Le journal des psychologues*. (246):2007/3.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-V. American Psychiatric Publishing; 2013.
18. Hall W, Babor T, Edwards G, Laranjeira R, Marsden J, Miller P, et al. Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*. 1 nov 2012;107(11):1891-1893.
19. Jürgens R, Csete J. In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers. *Addiction*. 1 avr 2012;107(4):689-691.
20. Russell GF. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am*. juin 2001;24(2):337-349.
21. Melamed Y, Mester R, Margolin J, Kalian M. Involuntary treatment of anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry*. déc 2003;26(6):617-626.
22. Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. Refus de traitement et autonomie de la personne. Avis n°87. 2005.
23. Mill JS. De la liberté. 1859.
24. Chevrolet J-C, Zulian G, Nicolazzi M, Dokic M. Avis du CEC (Conseil d’Ethique Clinique) sur le refus de nourriture. 2012.
25. Code de procédure pénale - Article D364. Code de procédure pénale.
26. Selvini Palazzoli. Entretien avec Mara Selvini-Palazzoli [Internet]. 1990. Disponible sur: <http://www.therapie-familiale.org/resonances/pdf/entretien.pdf>
27. Thiels C. Forced treatment of patients with anorexia. *Curr Opin Psychiatry*. sept 2008;21(5):495-498.
28. Tan JOA, Doll HA, Fitzpatrick R, Stewart A, Hope T. Psychiatrists’ attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):40.
29. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l’indication en urgence d’une hospitalisation sans consentement d’une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
30. Bauwens I. Anorexie mentale chronique réfractaire : Quelle place pour les soins palliatifs ? Lille 2; 2013.
31. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, Schmidt U, et al. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PloS One*. 2012;7(1):e28331.

32. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.* oct 2010;44(14):964-970.
33. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med.* oct 2008;38(10):1393-1404.
34. Galimberti E, Fadda E, Cavallini MC, Martoni RM, Erzegovesi S, Bellodi L. Executive functioning in anorexia nervosa patients and their unaffected relatives. *Psychiatry Res.* 15 août 2013;208(3):238-244.
35. Katzman DK, Zipursky RB, Lambe EK, Mikulis DJ. A longitudinal magnetic resonance imaging study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med.* août 1997;151(8):793-797.
36. Roberto CA, Mayer LES, Brickman AM, Barnes A, Muraskin J, Yeung L-K, et al. Brain tissue volume changes following weight gain in adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* juill 2011;44(5):406-411.
37. Pietrini F, Castellini G, Ricca V, Polito C, Pupi A, Faravelli C. Functional neuroimaging in anorexia nervosa: a clinical approach. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* avr 2011;26(3):176-182.
38. Tobey JA. The Biology of Human Starvation. *Am J Public Health Nations Health.* févr 1951;41(2):236-237.
39. Sarrar L, Ehrlich S, Merle JV, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Schneider N. Cognitive flexibility and Agouti-related protein in adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology.* oct 2011;36(9):1396-1406.
40. Tan DJOA, Hope PT, Stewart DA, Fitzpatrick PR. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatry Psychol PPP.* déc 2006;13(4):267-282.
41. Lena SM, Fiocco AJ, Leyenaar JK. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychol Rev.* juin 2004;14(2):99-113.
42. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 30 déc 2013;210(3):1129-1135.
43. Konstantakopoulos G. Delusionality of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res.* 2012;(200):482-488.
44. Mountjoy RL. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Research.* juill 2014;

45. Peters E. Are Delusions on a Continuum? The Case of Religious and Delusional Beliefs. In: Clarke I, éditeur. *Psychosis and Spirituality* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 31 août 2014]. p. 127-138.
46. Jones E, Watson JP. Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* avr 1997;170:381-386.
47. Elzakkers IFFM, Danner UN, Hoek HW, Schmidt U, van Elburg AA. Compulsory treatment in anorexia nervosa: A review. *Int J Eat Disord.* 3 juill 2014;
48. Royal College of Psychiatrists', Section of Eating Disorders. *Eating disorders in the UK: service distribution, service development and training* [Internet]. 2012.
49. Amariei A. Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale Nord Pas de Calais - chiffres retrouvées à partir des données Rim-P (ATIH).
50. Ramsay R, Ward A, Treasure J, Russell GF. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 1999;175:147-153.
51. Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. Involuntary Treatment of Eating Disorders. *Am J Psychiatry.* 1 nov 2000;157(11):1806-1810.
52. Offord A, Turner H, Cooper M. Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa : a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *Eur Eat Disorders Rev.* 2006;14:377-387.
53. Ramjan LM, Gill BI. Original research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *Am J Nurs.* août 2012;112(8):24-33; quiz 44, 34.
54. Rigaud D, Pennacchio H, Roblot A, Jacquet M, Tallonneau I, Verges B. [Tube feeding at home in anorexia nervosa patients]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. déc 2009;38(12):1739-1745.
55. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 2009;194(1):10-17.
56. Sly R, Bamford B. Why are we waiting? The relationship between low admission weight and end of treatment weight outcomes. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* oct 2011;19(5):407-410.
57. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* août 2002;159(8):1284-1293.

58. Haute Autorité de Santé, Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire. Conférence de consensus : anorexie mentale - prise en charge. Juin 2010.
59. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guidelines issued : eating disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. January 2004. <http://guidance.nice.org/uk/CG9>.
60. Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *Int J Eat Disord*. mai 2012;45(4):467-475.
61. Bauwens I, Cottencin O, Rolland B, Bonord A, Guardia D. Place des soins de support dans la prise en charge de l'anorexie mentale chronique réfractaire. *Presse Médicale*. mars 2014;43(3):263-269.
62. Jeammet P. Anorexie-Boulimie : les paradoxes de l'adolescence.
63. Shannon PJ. Coercion and compulsory hospitalization: some patients' attitudes. *Med J Aust*. 20 nov 1976;2(21):798-800.
64. Weinstein RM. Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research. *J Health Soc Behav*. sept 1979;20(3):237-258.
65. Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry*. janv 2007;164(1):108-114.
66. Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry*. févr 2010;33(1):13-19.
67. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord EWD*. sept 2003;8(3):181-187.
68. Beresin EV, Gordon C, Herzog DB. The process of recovering from anorexia nervosa. *J Am Acad Psychoanal*. 1989;17(1):103-130.
69. Kestemberg E. Identité et identification à l'adolescence. *L'adolescence à vif*. PUF.
70. Winnicott DW. L'adolescence. De la pédiatrie à la psychanalyse.
71. Jeammet P. Les rites à l'adolescence. *Adolescence*. mars 2010;(73):645-653.
72. Daniel Marcelli, Braconnier A. Les modèles de compréhension de l'adolescence. *Adolescence et psychopathologie*. Masson;
73. Jeammet P. Le développement de l'individu : une co-construction permanente à la merci des rencontres. *Revue française des affaires sociales*. été 2013;(1-2).

74. Bergeret J. La dépression et les états limites. Payot.
75. Gonzalès J-P. L'adolescence : une manière de se défaire tout en se faisant. Le divan familial. janv 2001;(6).
76. Pászthy B, Törzsök-Sonnevend M. [Pathogenesis of anorexia nervosa. Neurobiological risk factors and possible endophenotypes]. Orv Hetil. 26 janv 2014;155(4):124-131.
77. De la Gorce B. L'idéologie du contrat de soins à l'aune de la contrainte anorexique. Perspectives Psy. févr 2005;44:117-126.
78. Winnicott DW. La position dépressive dans le développement affectif normal. De la pédiatrie à la psychanalyse. p. 231-249.
79. Corcos M. Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation. Adolescence. févr 2006;(56):385-404.
80. Jeammet P. Adolescence et dépendance. Psychotropes. hiver 2005;11.
81. Mac Dougall J. L'économie psychique de l'addiction. PUF. févr 2004;68:511-527.
82. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Jeu et réalité. 1971.
83. Nasio J-D. Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse.
84. Dolto F. L'image inconsciente du corps. 375 p.
85. Winnicott DW. Jeu et réalité. 1971.
86. Claude Balier, Prodoliet B. Du sacrifice à la toute-puissance. Les préalables de la relation à l'objet. Revue Française de Psychanalyse. 73:2009/1.
87. Le Cozannet. L'isolement de l'anorexique : une limite à la toute puissance.
88. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF;
89. Freud A. Sur l'adolescent. 1958.
90. Valère V. Le pavillon des enfants fous. Stock. 1978.
91. Winnicott DW. La jeunesse refuse de dormir. Agressivité, culpabilité et réparation.
92. Ouldamar K. Séminaire « le concept d'état limite ». Université Lille 2 - Hôpital Fontan.

93. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles [Internet]. Disponible sur: <http://www.revue-institutions.com/articles/therapeutiquesinstitution.pdf>
94. Roman P. L'équipe, l'adolescent et la violence : figures et aménagements. Nouvelle revue de psychosociologie. févr 2012;(14):159-172.
95. Bion W. Aux sources de l'expérience. PUF. 1962.
96. Winnicott DW. Elaboration de la capacité de sollicitude. Agressivité, culpabilité et réparation.
97. Oury J, Depussé M. On a perdu. A quelle heure passe le train. Conversations sur la folie. Calmann-Lévy. 2003.
98. Bailly R. Le jeu dans l'oeuvre de D.W. Winnicott. Enfance & Psy. mars 2001;(15).
99. Olivier Cottencin, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. 2008;214-219.
100. Doutrelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : principes et outils pratiques.
101. Seron C, wittezaele J-J. Aide ou contrôle - l'intervention thérapeutique sous contrainte. de boeck.
102. Ausloos G. La compétence des familles - temps, chaos, processus. 1995.
103. Jeammet P. Temps, espace et soins à l'adolescence. Psychothérapies. avr 2013;33:203 à 208.
104. Blondiaux I. Anorexie Mentale : le temps de la Belle au Bois Dormant. Journée thématique de l'espace éthique de Lille. Temps et soins - Un temps pour tous, un temps pour chacun ?; 2013 nov 19; Institut Gernez Rieux - CHRU de Lille.
105. Bettelheim B. Psychanalyse des contes de fée. Poche. 1976.
106. Worms F. Leçon sur le temps du soin : entre la vie et la mort. Journée thématique de l'espace éthique de Lille. Temps et soins - Un temps pour tous, un temps pour chacun ?; 2013 nov 19; Institut Gernez Rieux - CHRU de Lille.



**AUTEUR : Nom :** CAUDAL

**Prénom :** Camille

**Date de Soutenance :** 24 septembre 2014

**Titre de la Thèse :** Soins sans consentement et autres contraintes dans la prise en charge des patients anorexiques, ou « Comment retrouver la liberté sous la contrainte ? »

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + spécialité :** Psychiatrie

**Mots-clés :** anorexie mentale – contrainte – refus de soins – soins sans consentement

**Résumé :** Le déni et l'absence de demande de soins font partie des caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale. Pourtant, la gravité de cette pathologie et les risques vitaux qu'elle engendre rendent parfois l'hospitalisation urgente et indispensable. Devant un refus de soins, le médecin se trouve face à un conflit de valeurs opposant principe de bienfaisance et principe d'autonomie. Si la loi du 5 juillet 2011 ne prévoit pas de statut spécifique pour les troubles alimentaires, elle retient une indication de soins sans consentement en cas de trouble du jugement. Cette capacité de jugement est difficilement évaluable. Néanmoins, les troubles cognitifs décrits dans la littérature et la fréquence d'un consentement rétrospectif aux soins penchent en faveur de l'utilisation des SPDT dans des situations de dernier recours.

Une étude psychopathologique approfondie de l'anorexie permet de mettre en exergue un double constat : premièrement, l'anorexique serait en fait prisonnier de ses propres projections, dont il tente de se défendre par le retranchement et le contrôle exercé sur l'alimentation ; deuxièmement, il se situe au cœur d'un paradoxe : c'est son appétit et son besoin de l'autre qui sont menaçants. Paradoxalement, imposer des soins serait donc prescrire ce que le patient souhaite sans pouvoir se l'avouer. Les concepts de castration symboligène, de séparation-individuation, de tiers-séparateur offrent des axes de compréhension du potentiel thérapeutique de la contrainte. Le risque de dérives vers l'autoritarisme et la maltraitance nécessite un travail institutionnel rigoureux, une bonne communication entre les différents acteurs de soin, et un positionnement soignant respectueux, dégagé des enjeux pondéraux et non-normatif. On peut alors passer de la contenance au cadre, de l'agir aux mots, et de la dépendance à l'autonomisation progressive.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre DELION

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN / Monsieur le Professeur Vincent DODIN / Madame le Docteur Marion HENDRICKX