

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021

N° : 315

THÈSE  
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Psychiatrie

PAR

DAVIDSON Maxime

Né le 21 août 1990 à Strasbourg

-----

Les soins et la place de la contenance dans la prise en charge des formes graves d'anorexie  
mentale en milieu hospitalier

-----

Président de thèse : Carmen SCHRÖDER, Professeur

Directeur de thèse : Myriam RIEGERT, Docteur

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021

N° : 315

THÈSE  
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Psychiatrie

PAR

DAVIDSON Maxime

Né le 21 août 1990 à Strasbourg

-----

Les soins et la place de la contenance dans la prise en charge des formes graves d'anorexie  
mentale en milieu hospitalier

-----

Président de thèse : Carmen SCHRÖDER, Professeur

Directeur de thèse : Myriam RIEGERT, Docteur

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET  
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)  
(1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBLIA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. DORNER Marc  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. GALY Michaël

**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Sézarnak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0196	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Sesarnak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0006	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéocarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0046	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afahin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoit P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Amaud P0193	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Laurence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie  
\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)  
CU : Chef d'unité fonctionnelle  
P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)  
Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur  
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018  
(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017  
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017  
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépato-digestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

MO142

**B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Malades vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUJX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0048		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Enwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0098		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : <b>Bactériologie-Virologie</b>
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option <b>Hématologie Biologique</b>
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option <b>Bactériologie-Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0078		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0118		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

### C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

#### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

#### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

#### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

### D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

#### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schilligheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
  - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.09.18
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDÖRFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrice (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BUCKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.88	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANT INESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TRISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff erstadt Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) -

45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

Au Docteur Myriam Riegert, pour avoir accepté de diriger la rédaction de cette thèse. Merci d'avoir partagé votre expérience et votre savoir avec disponibilité et bienveillance. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Professeur Carmen Schröder, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à ce travail mais aussi de votre accueil au sein du pôle de pédopsychiatrie.

Au Professeur Gilles Bertschy, pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse mais aussi pour votre enseignement et votre supervision au cours de mes stages d'internat.

Au Docteur Philippe Chabert, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour tout ce que tu m'as apporté durant l'année que j'ai passé avec toi et qui va au-delà de ton savoir et de ton expérience.

A mes parents et à mon frère pour m'avoir toujours soutenu au cours de mes études.

A mes co-internes préférés sans qui l'internat n'aurait pas été ce qu'il a été : Arthur, Aurore, Raphaël, Julie et Katherine.

A Anna, Jean-Marie et Vincent, pour votre amitié depuis l'externat, pour toutes ces vacances passées ensemble mais aussi pour votre aide précieuse au cours de la rédaction de cette thèse.

A tout ceux que j'oublie et qui m'ont apporté au cours de mes études.

## TABLE DES MATIERES

Introduction .....	18
Partie 1 : Epidémiologie et tableau clinique de l'anorexie mentale .....	22
1 Epidémiologie.....	22
1.1 Prévalence et incidence.....	22
1.2 Répartition selon le sexe et l'âge.....	23
1.3 Facteurs génétiques.....	24
1.4 Origine sociale et milieux à risque.....	24
1.5 Pronostic et mortalité.....	25
2 Présentation clinique de l'anorexie mentale.....	25
2.1 Terrain .....	26
2.2 L'anorexie .....	29
2.3 L'amaigrissement.....	31
2.4 L'aménorrhée.....	32
2.5 Le désinvestissement de la sexualité génitale.....	33
2.6 L'hyperactivité .....	34
2.7 L'image corporelle.....	35
2.8 L'alexithymie .....	36
2.10 Les mécanismes de défense.....	38
3 Formes cliniques particulières .....	42
3.1 L'anorexie mentale prépubère.....	42
3.2 L'anorexie mentale masculine.....	43
3.3 L'anorexie mentale purgative.....	44
4 Les complications somatiques.....	45
4.1 Les perturbations endocriniennes.....	45

4.2 Les troubles hydroélectrolytiques .....	46
4.3 Les complications cardiaques .....	46
4.4 Les complications digestives .....	47
4.5 Les complications hématologiques.....	47
4.6 Les complications dermatologiques .....	48
4.7 Les complications neurologiques .....	49
4.8 Les complications osseuses.....	49
Partie 2 : Perspectives historiques.....	50
1 L'Antiquité et le Moyen Âge.....	50
2 Les XVIIe et XVIIIe siècles .....	54
3 Le XIXe siècle .....	54
4 La première moitié du XXe siècle.....	59
5 La deuxième moitié du XXe siècle.....	60
Partie 3 : Cas cliniques .....	65
1 Anaïs.....	65
1.1 Le début des troubles .....	65
1.2 L'hospitalisation en pédiatrie .....	67
1.3 L'hospitalisation à l'unité pour enfants et adolescents du CHU de Strasbourg .....	70
2 Lucile .....	73
2.1 Le début des troubles et la première hospitalisation .....	74
2.2 La deuxième hospitalisation en psychiatrie d'adultes .....	75
3. Conclusion .....	78
Partie 4 : Les soins en milieu hospitalier .....	79
1 L'hospitalisation .....	79
2 La prise en charge institutionnelle .....	81
3 Le traitement médicamenteux .....	84
3.1 Les psychotropes .....	84
3.2 Les traitements non psychotropes .....	87
4 La psychothérapie individuelle .....	88
5 La prise en charge diététique.....	93
6 Les entretiens parentaux.....	96
7 La thérapie familiale.....	99

8 Autres soins .....	101
9 Conclusion .....	103
Partie 5 : Le cadre de soins et la place de la contenance .....	104
1 Le cadre de soin .....	104
2 La prise en charge bifocale .....	107
3 Le contrat de soins .....	110
4 La place de la coercition .....	112
4.1 L'hospitalisation sous contrainte .....	112
4.2 La séparation .....	113
4.3 La nutrition entérale artificielle par sonde naso-gastrique.....	115
4.4 Les contentions .....	118
4.5 Discussion concernant la coercition .....	121
Conclusion .....	125

## **ABREVIATIONS**

APA : American Psychiatric Association

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre medico-psychologique

CNO : Complément nutritionnel oral

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GH : Growth Hormone

HAS : Haute Autorité de santé

IGF-1 : Insuline like growth factor

IMC : Indice de masse corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

OPP : Ordonnance de placement provisoire

QT c : QT corrigé

TCA : Troubles du comportement alimentaires

# **Les soins et la place de la contenance dans la prise en charge des formes graves d'anorexie mentale en milieu hospitalier**

## **Introduction**

L'anorexie mentale est un trouble mental qui toucherait entre 0,9 et 1,5 % des femmes (1). Il est connu comme étant le plus mortel des troubles mentaux.

Décrite pour la première fois en 1694 cette maladie n'a réellement attiré l'attention du monde médical qu'à la fin du XIXe siècle et depuis ne semble jamais avoir fait consensus tant sur le plan psychopathologique que sur le plan thérapeutique. Ainsi peut-on la voir qualifiée de forme d'hystérie, de pathologie familiale, de dysrégulation hormonale ou d'addiction. De modèles psychopathologiques différents émergent nécessairement des modèles thérapeutiques différents allant de « l'isolement carcéral » à la prise en charge majoritairement ambulatoire. La quantité d'écrits et de travaux concernant l'anorexie mentale est donc considérable, mais est pourtant loin de pouvoir répondre à tous les questionnements que l'on pourrait avoir face à cette pathologie. Concernant sa prise en charge, Jeammet va jusqu'à dire que « *l'efficacité*

*des thérapeutiques est inversement proportionnelle au volume des écrits qui lui sont consacrés* » (2). A ce jour c'est un modèle intégratif *bio-psycho-social* qui domine, prenant finalement en compte tous les facteurs qui ont été explorés jusqu'à présent et la référence en termes de prise en charge est donc tout aussi intégrative en étant pluridisciplinaire.

Lors de nos stages d'internat au centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg, dans des services d'hospitalisation pour adolescents et pour adultes, accueillant des patientes souffrant de formes sévères d'anorexie mentale, il nous a été donné de constater que la question du cadre de soins anime, plus que dans toute autre pathologie, une grande partie des réunions et discussions autour des patientes. La place occupée par cette problématique apparaissait parfois tellement prépondérante qu'elle semblait « obscurcir » la question du soin. Elle ne reflétait que la tendance de ces patientes à attaquer le cadre et à essayer de mettre en échec l'institution et donc les soins. Si l'attitude de ces patientes vis à vis du cadre peut constituer un danger pour le bon déroulement des soins, il en va de même pour leur état physique qui peut parfois restreindre leurs capacités de fonctionnement psychique, et donc d'amélioration psychique, voire menacer leur pronostic vital.

Au cours du siècle dernier, la relation médecin-malade a grandement évolué : d'un modèle de *paternalisme médical* où le patient était tenu à l'écart des décisions concernant son parcours de soins, nous tendons aujourd'hui vers un modèle plus *collaboratif* qui veut rendre les patients acteurs de leurs soins et leur conférer un maximum d'autonomie. Dans cette optique, le consentement et l'adhésion aux soins occupent désormais une place prépondérante et qui plus est en psychiatrie, où ils sont régulièrement mis en lumière comme étant des facteurs majeurs de l'amélioration clinique et de la guérison.

La prise en charge de patientes atteintes de forme grave d'anorexie mentale impose parfois au praticien, pour protéger la vie et la santé, d'imposer certaines conditions aux soins voire, lorsque l'état psychique de ces patientes rend impossible le consentement, de prendre des décisions de soins pour elles. Pourtant, il apparaît que même si un comportement d'opposition répété au cadre de la part de la patiente, ou l'imposition d'une mesure thérapeutique dans le but de protéger la vie de la part du thérapeute ont parfois des effets délétères, ils ne sont pas nécessairement synonymes dans le futur d'une dégradation clinique ou d'une dégradation de la relation thérapeutique. Il apparaît même parfois qu'une trop grande docilité de la patiente face aux soins présage d'une rechute à venir.

Il semble donc impossible pour le clinicien qui prend en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale, qu'il soit psychiatre ou somaticien, de faire l'économie d'une réflexion sur l'aspect institutionnel des soins qu'il propose et sa conformité avec l'éthique médicale actuelle.

Cette thèse se propose donc d'explorer la question de l'articulation entre ces trois impératifs de la prise en charge en milieu hospitalier de la patiente souffrant d'anorexie mentale : les soins psychiques, les soins physiques et le cadre de soins; omettre ou négliger l'un de ces aspects pouvant conduire à un échec thérapeutique. Quelles sont les modalités de ces trois impératifs et quels sont les éléments potentiellement déterminants qui font que ces prises en charge sont parfois des échecs ou parfois mènent vers de nettes améliorations cliniques voire à une guérison ?

Dans une première partie, après être revenu sur des généralités épidémiologiques et de classifications, nous proposons de revoir la clinique de l'anorexie mentale sous un angle plus large que les classifications actuelles afin d'éclairer certains mécanismes pathologiques courants de l'anorexie mentale ayant de potentielles implications thérapeutiques.

Dans une deuxième partie, nous mettrons en perspective ce travail dans l'histoire de l'anorexie mentale, tant sur le plan de l'évolution du concept psychopathologique que sur celui de l'évolution des pratiques thérapeutiques.

Nous aborderons ensuite les grandes modalités de soins dans leur pluridisciplinarité qui peuvent être prodigués aux patientes souffrant d'anorexie mentale en milieu hospitalier psychiatrique.

Et enfin dans une dernière partie nous évoquerons le cadre, outil nécessaire au bon déroulement des soins. Nous verrons quelles peuvent en être les différentes modalités et finalement en quoi il peut constituer en soit un outil thérapeutique et fait donc intégralement partie du soin.

Cette thèse portera exclusivement sur le cas de l'anorexie restrictive, l'anorexie purgative et la boulimie présentant trop de différences et de particularités pour être abordées en même temps. Les femmes représentant la très grande majorité des patientes concernées par l'anorexie mentale, nous parlerons des patientes au féminin.

## **Partie 1 :**

# **Epidémiologie et tableau clinique de l'anorexie mentale**

## **1 Epidémiologie**

### **1.1 Prévalence et incidence**

Selon la Haute Autorité de santé (HAS) et d'après les données internationales la prévalence de l'anorexie mentale (répondant aux critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) 4) en population générale serait de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,25 à 0,3 % chez les hommes (1).

Les formes subsyndromiques et atténuées auraient une fréquence estimée en population générale à 5 % (1).

L'incidence serait quant à elle de l'ordre de 8 pour 100 000 personnes par an et monte à 270 cas pour 100 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans par an contre 15,7 cas pour 100 000 jeunes garçons de 10 à 25 ans (1).

Même si les chiffres tendraient à montrer une augmentation de l'incidence d'anorexie mentale au cours du siècle, cette question reste débattue, cette augmentation semblant davantage témoigner de meilleures capacités de dépistage, d'une meilleure

connaissance et d'une prise de conscience de cette problématique à la fois par les médecins et le grand public ainsi qu'à la reconnaissance de formes partielles et subsyndromiques (3).

Notons que la pandémie de la COVID-19 de 2020 et les mesures de confinement ont eu un impact négatif sur la prévalence de l'anorexie mentale (4) (5) comme sur la sévérité des tableaux cliniques (6) (7) (8) (9). Cette augmentation et aggravation de l'anorexie mentale au sein de la population seraient dues à plusieurs facteurs : une plus grande difficulté d'accès à des psychothérapies et aux services de soins de manière générale lors du confinement, le stress causé par la pandémie elle-même et surtout l'isolement social pouvant potentiellement renforcer les facteurs familiaux ou les remanier de manière négative.

## **1.2 Répartition selon le sexe et l'âge**

La prédominance féminine est nette dans toutes les études avec un *sex ratio* de 1/10 à 1/6 (1).

Il existerait des pics de fréquence à 14 ans et 18 ans (1) correspondant pour chacun d'eux à un moment de transition et de séparation du milieu familial avec un âge moyen de début des troubles de 17 ans (1).

Dix pour cent des cas d'anorexie mentale se déclareraient avant 10 ans (1). Ces cas seraient d'une plus grande sévérité et de pronostic plus sombre (1).

### **1.3 Facteurs génétiques**

Les études de jumeaux permettent d'estimer que l'héritabilité est comprise entre 28 % et 74 % (10). Le risque pour une fille de développer une anorexie mentale est 10 fois supérieur si un apparenté dans la famille présente également le trouble (10) (3 % contre 0,3 %).

Cette vulnérabilité comme pour la plupart des autres troubles psychiatriques est très largement polygénique et résulte avant tout de l'accumulation de nombreux variants à petits effets. Les gènes impliqués dans le métabolisme sérotoninergique, dopaminergique, opioïdérique, dans les systèmes de régulation de l'appétit (leptine, agouti-related peptide etc.), neuroendocriniens (ACTH, CRH) et inflammatoires semblent être les plus incriminés (11). Dans une large étude pangénomique menée sur l'anorexie mentale, Boraska et al. (12) n'ont pas réussi à retrouver de polymorphismes présents de manière statistiquement significative, mais 72 d'entre eux approchaient le seuil de significativité. Une mutation du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5HT<sub>2A</sub> est souvent citée pour sa possible implication (13). Deux études récentes pointent respectivement une mutation sur le gène ERBB3 (14) impliqué entre autres dans le diabète de type 1 et la polyarthrite rhumatoïde ainsi que sur le gène EBF1 (15) impliqué dans le métabolisme de la leptine.

### **1.4 Origine sociale et milieux à risque**

L'anorexie mentale se rencontre plus fréquemment dans les milieux sociaux aisés et moyens (16) (17). La HAS pointe également certaines populations à risque, notamment les danseuses, les mannequins et les sportives pratiquant des sports où le contrôle du poids est valorisé (1).

## **1.5 Pronostic et mortalité**

L'anorexie mentale est l'une des pathologies psychiatriques au taux de mortalité le plus élevé, celui-ci est estimé à entre 5 et 10 % (1). A titre comparatif le taux de mortalité de l'anorexie mentale est trois fois plus élevé que celui des troubles bipolaires (18) et deux fois plus élevé que ceux retrouvés dans la schizophrénie (19).

L'évolution vers la guérison se produirait dans 50 % des cas, vers des rémissions partielles dans 25 à 30 % des cas et vers une chronicisation dans 10 à 25 % des cas (1).

Les causes de décès sont pour moitié le suicide et pour moitié les complications somatiques de la maladie (1).

## **2 Présentation clinique de l'anorexie mentale**

Les aliénistes du XIXe siècle ont fourni pour la première fois des descriptions cliniques de l'anorexie mentale qui sont quasi transposables à ce que l'on pourrait observer aujourd'hui.

Le diagnostic reposait classiquement sur la triade des « 3 A » : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. Même si cette triade, longtemps considérée comme pertinente, s'est vue récemment remise en cause du fait de la non-applicabilité du critère d'aménorrhée chez les patientes prépubères ainsi que chez les hommes (ce dernier critère n'apparaît par exemple pas dans le DSM-5) elle reste le socle du diagnostic de l'anorexie mentale.

Néanmoins le tableau clinique de l'anorexie mentale est loin de se limiter à une symptomatologie alimentaire et corporelle, et les seuls critères diagnostiques du DSM-5 ou de la Classification internationale des maladies – 10 (CIM-10) sont peu éclairants sur les mécanismes psychopathologiques potentiellement à l'œuvre. C'est pourquoi dans cette thèse nous proposons une description clinique de ce qui constituerait un « cas typique » d'anorexie mentale, éclairée des mécanismes psychopathologiques sous-jacents potentiellement à l'œuvre.

## **2.1 Terrain** (20) (21) (22) (23)

Le profil caractéristique de la patiente souffrant d'anorexie mentale restrictive et qui est, bien entendu, loin d'être exclusif est celui d'une jeune adolescente entre 15 et 19 ans avec des traits de personnalité marqués par un perfectionnisme (24) (13) que l'on retrouve volontiers dans sa famille (25), une rigidité mentale mais aussi des traits anxieux. Ainsi les personnalités obsessionnelles compulsives, évitantes et dépendantes sont surreprésentées chez les patientes souffrant d'anorexie mentale (26).

Le début de l'anorexie semble réactionnel à un événement ou un changement de son mode de vie : passage du collège au lycée, éloignement du domicile familial, conflit ou séparation parentaux, deuil, rupture sentimentale etc.

Facilement décrite par son entourage comme une enfant « sans problèmes » que ce soit sur le plan alimentaire ou sur les conflits, les manifestations extérieures d'agressivité sont quasiment inexistantes. Elle se distingue par ses résultats scolaires, souvent première de la classe et ses capacités de travail, bien au-delà de ce qu'on

attendrait d'elle. Malgré ses excellents résultats, elle se montre continuellement insatisfaite de son travail et de ses performances.

Pour Brusset (22) cette réussite scolaire n'est en réalité pas soutenue par des intérêts personnels mais plutôt « *à un soin de répondre à ce qu'elle pense être attendu d'elle* ». Elle s'en tient en général au programme, « *sans fantaisie et sans originalité* » avec la même application quelle que soit la matière. Elle est moins performante dans des matières nécessitant des participations plus personnelles, originales et créatives. « *Tout se passe comme si son estime d'elle-même était directement indexée sur la réussite scolaire* » et donc sur l'estime que lui porteraient les adultes témoignant de la dépendance à sa famille, qui se retrouve également dans sa grande sensibilité aux séparations et à la solitude. Elle apparaît donc mal différenciée affectivement de ses objets d'attachement. Le caractère aconflictuel et la tendance à la répression des motions agressives et leurs extériorisations sembleraient avoir pour vocation la protection du lien et de la relation à sa famille, ces motions agressives étant perçues comme menaçant potentiellement la relation et l'équilibre familial dans sa globalité.

Cette soumission aux exigences supposées des adultes, quitte à renoncer à ses propres expressions pulsionnelles, est évocatrice d'un fonctionnement dominé par le *faux-self*, concept développé par Winnicott dans son texte *L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif* (27). Dans ce cas de figure, l'enfant ne se construirait pas à partir et autour de ses propres impulsions internes, mais en réaction perpétuelle à l'environnement : « *L'environnement empiète sur le fœtus (ou le nourrisson) et au lieu d'une série d'expériences individuelles, nous avons une série de réactions à cet empiètement. [...] cette situation est exagérée à un degré tel qu'il ne reste pas de lieu de repos pour une expérience individuelle et qu'en conséquence l'état narcissique primaire possible n'évolue pas vers une individualité. L'individu se développe alors*

*comme une extension de l'écorce plutôt que du noyau, comme une extension de l'environnement envahissant. Ce qui reste du noyau est dissimulé et ne se retrouve qu'avec difficulté [...] Le faux self peut être bien adapté à la société, mais l'absence du vrai self est la source d'une instabilité qui devient d'autant plus évidente que la société est amenée à penser que le faux self est le vrai » (27). Dans ce type de développement, il n'y aurait pas « d'union des éléments agressifs et libidinaux, étant donné que le moi n'est pas établi lorsque surviennent les expériences libidinales » comme cela devrait normalement se faire en grande partie. Cela conduit donc à ce que « à côté de la vie libidinale qui n'est jamais ressentie comme réelle, il existe une vie réactionnelle purement agressive, qui dépend de l'existence de l'opposition », ce qui se traduirait cliniquement selon Winnicott par une vie relationnelle « tour à tour teintée d'agressivité et d'amour ». Autrement dit, ce type de fonctionnement ne favoriserait pas l'existence de sentiments et de motions ambivalentes et une relation teintée avant tout d'amour comme une relation parent-enfant ne constituerait donc pas une voie d'expulsion possible de l'agressivité. Ce « potentiel d'agressivité massif » serait réactivable par la « persécution ». Il pointe également du doigt une autre voie d'expulsion possible dans ce cas de figure : « L'individu peut réaliser une fausse union de l'agressivité et de l'érotisme en convertissant cette agressivité pure dés-unifiée en masochisme ».*

Cette fragilité antérieure à la phase d'anorexie chez une jeune qui avait une apparence d'équilibre et de normalité se trouve alors bouleversée par les conflits sur la sexualité et l'identité que viennent mettre en jeu la puberté et les modalités défensives utilisées alors jusque-là s'en trouvent submergées rendant impossibles « les remaniements qui en permettraient le dépassement ». Brusset conçoit donc que « c'est beaucoup plus en fonction de cette personnalité antérieure que la crise

*d'adolescence prend cette tournure dramatique qu'en fonction des expériences, des relations et des événements qui sont dans l'actualité de l'adolescence* ». De même Jeammet (2) conçoit l'anorexie comme une réponse pathologique aux deux nécessités paradoxales propres à l'adolescence et au développement de la personnalité : « *celle du lien aux objets d'attachements dont il faut se nourrir pour se développer ; et celle de se différencier de ces mêmes objets pour être soi* ». La condition pour dépasser ce paradoxe étant que le sujet soit suffisamment différencié de ses objets d'attachement mais aussi qu'il possède des ressources internes suffisantes.

## **2.2 L'anorexie (21) (22) (28)**

L'anorexie est le symptôme qui a donné son nom à ce trouble psychique, il désigne en médecine la perte ou la diminution de l'appétit. On le retrouve dans d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression mais aussi dans des pathologies organiques telles que certains cancers ou certaines affections endocriniennes.

Ce terme est en réalité mal choisi, car *l'anorexie* de la patiente souffrant d'anorexie mentale n'est pas la même que celle que l'on rencontre dans les autres pathologies. En effet celle-ci ne présente pendant longtemps pas de perte ou de diminution d'appétit, mais participe au contraire activement à une lutte contre la faim en tirant même une forme de jouissance.

Il s'agit ici en réalité d'une restriction alimentaire qui s'installe progressivement et passe le plus souvent dans un premier temps inaperçue. Cette restriction est à la fois quantitative avec un comptage minutieux des calories mais aussi qualitative avec une éviction arbitraire ou sous-tendue par des distorsions cognitives d'une partie des aliments jugé « malsains » ou « gras ». Les repas deviennent ritualisés se déroulant à

heure fixe, dans des conditions précises et d'une manière bien particulière. Les repas peuvent s'en trouver très nettement allongés jusqu'à plusieurs heures avec des aliments coupés en petits morceaux et triés minutieusement ou au contraire être expédiés en quelques minutes. D'autres moyens pour favoriser l'amaigrissement peuvent être employés dans les formes purgatives : vomissements, laxatifs, lavements etc. Le dénominateur commun à la diversité d'expressions cliniques que peut prendre la conduite anorectique restrictive reste un important déficit calorique conduisant à la perte de poids.

Afin de s'assurer de l'efficacité de son nouveau régime, la patiente va se peser de plus en plus régulièrement allant parfois jusqu'à une pesée après chaque repas. Le corps va être inspecté régulièrement visuellement, mais aussi palpé pour constater le travail accompli et restant à accomplir, ou, au contraire, évité car jugé bien trop imparfait pour que sa vue en soit supportable.

Paradoxalement les intérêts culinaires de la patiente s'en trouvent souvent renforcés : cuisiner et composer les menus avec parfois une réelle prise de contrôle de la cuisine par la patiente, faire manger les autres quitte à les gaver, etc.

Ce nouveau mode de vie va peu à peu isoler socialement la patiente et soulignons d'emblée que ce symptôme va bouleverser l'équilibre familial, les repas vont devenir des lieux de tensions et de conflits et toute l'organisation familiale va se trouver cristallisée autour du comportement anorectique. « *Pour la première fois de sa vie la jeune fille oppose une résistance inexpugnable aux pressions et contraintes directes ou indirectes de ses parents* » (22) et le vécu d'échec sera grand face à l'image du corps décharné de leur fille « *d'emblée évocateur d'un suicide progressif par inanition* » (22).

Ce qui est marquant est le contraste entre l'apparente sérénité dont la patiente fait preuve et le climat chaotique, induit par sa pathologie, qui l'entoure. Malgré les réactions parfois violentes de son entourage, « *elle poursuit son comportement comme si de rien n'était, de telle sorte qu'il y a un grand contraste entre son aspect corporel et le jeu complexe des attitudes qu'il induit autour d'elle, et l'impassibilité qu'elle manifeste* » (23). Elle ne présente, en général, aucune protestation ou revendication directe. Elle tend à se montrer très passive sur tout ce qui ne concerne pas l'alimentation. Contraste également entre le corps squelettique que la patiente affiche et son discours revendiquant un bien-être physique et mental comme jamais auparavant, n'hésitant d'ailleurs pas, non sans une certaine condescendance, à s'opposer au savoir médical lors d'une première consultation à laquelle son entourage l'aurait poussé.

### **2.3 L'amaigrissement** (21) (22) (28)

Dans l'anorexie mentale restrictive l'amaigrissement est secondaire au déficit calorique induit par la conduite anorectique. Il est très important, allant de 25 % à 50 % du poids initial dans les formes les plus graves (21). Il est évalué à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) défini par l'organisation mondiale de la santé comme le rapport du poids (en kg) sur la taille (en m) au carré.

Les critères diagnostiques précisent le seuil de poids anorexique : 85 % du poids normal pour la taille, l'âge et le sexe selon la CIM-10. Chez l'adulte cela correspond à un IMC inférieur à 17,5kg/m<sup>2</sup>. Le DSM-5, quant à lui ne donne pas de chiffre précis pour le diagnostic mais évoque un « *poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique* »

(29). Il classe par ailleurs, chez l'adulte, selon le degré de sévérité, l'anorexie comme légère lorsque l'IMC est  $> 17 \text{ kg/m}^2$ , modéré entre 16 et  $16,99 \text{ kg/m}^2$ , sévère entre 15 et  $15,99$  et extrême pour les  $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$ .

Chez l'enfant, les seuils varient selon l'âge. Il sera en tout cas rapidement observé une cassure dans la courbe de poids, puis si l'état morbide se prolonge une cassure dans la courbe de taille 2 à 3 mois après la cassure pondérale.

Cet amaigrissement qui concerne à la fois la masse grasse et la masse maigre donne un aspect caractéristique à la patiente différent de ce que l'on peut observer dans d'autres formes de dénutrition en raison d'un fort niveau d'activité physique et d'un relatif maintien d'une consommation de protéine. Ainsi peut-t-on observer une patiente à la posture très droite, les joues creusées, une réduction importante du volume des formes féminines donnant un aspect androgyne, des cheveux secs et ternes, des extrémités cyanosées avec des phanères cassants et parfois l'apparition d'un véritable lanugo.

## **2.4 L'aménorrhée** (21) (22) (30)

L'aménorrhée est dite primaire quand les règles ne sont encore jamais survenues et secondaire si l'interruption est de 3 mois ou 6 mois en cas de règles irrégulières.

Elle est plurifactorielle, d'une part due à la freination de l'axe hypothalamo-hypophysaire secondaire à la dénutrition et à l'hyperactivité physique, mais possède également une véritable part psychogène. Elle est parfois le premier signe de la maladie, précédant dans 20 % des cas la conduite anorectique et ne disparaît parfois que longtemps après la reprise d'un état nutritionnel convenable (30).

Les facteurs physiques conduisant à la disparition comme au retour des règles sont, bien entendu, extrêmement importants. Par exemple, la persistance d'une aménorrhée malgré la restauration du poids pourrait être due à une activité physique encore trop importante (31) ou à un poids malgré tout insuffisant (32). Sans nier l'importance de ces facteurs physiques, Corcos (33) conçoit cette aménorrhée, au-delà des conflits psychiques qu'elle pourrait symboliser en ce qui concerne la féminité et le passage à l'âge adulte, comme une résultante du comportement général de maîtrise de la patiente (maîtrise des ingesta et des excréments, maîtrise émotionnelle, maîtrise des relations interpersonnelles, des études etc.) à visée défensive. En effet les patientes font souvent preuve d'indifférence voire de satisfaction devant cette aménorrhée et le retour des règles est souvent observé au moment d'un relâchement des défenses anorectiques et de leur sentiment d'omnipotence faisant place à une période dépressive. Ce retour des règles est alors vu comme un signe de bon pronostic et d'amélioration clinique.

## **2.5 Le désinvestissement de la sexualité génitale (23)**

La sexualité génitale est désinvestie, le plus souvent complètement absente voire considérée avec mépris et dégoût. « *Elles regrettent souvent leur enfance et imaginent un avenir en dehors de toute sexualité* » (23).

Lorsqu'elle est présente, l'activité sexuelle n'est pas source de plaisir. Celle-ci est machinale et participe d'une recherche de maîtrise, de conformisme ou de renforcement narcissique. Elle participe alors de la pseudo-adaptation sociale anorectique.

Des comportements de séduction voire d'exhibition peuvent persister, mais ceux-ci apparaissent alors, avant tout motivés par un désir de maîtrise de l'autre plus que par un réel désir sexuel.

## **2.6 L'hyperactivité (22) (33)**

L'hyperactivité est de deux natures : physique et scolaire.

L'hyperactivité physique se caractérise avant tout par des exercices de faibles intensités mais prolongés : marche, course à pied, vélo, natation. Cette hyperactivité devient avec le temps compulsive et prend un caractère aberrant : déambulation permanente, orthostatisme permanent avec incapacité pour la patiente de s'asseoir, aller-retour dans les escaliers, tenue sur une jambe, maintien d'une tension musculaire permanente, etc. L'inactivité est vécue sur un mode culpabilisant, angoissant associée à une sensation de vide difficilement tolérable. Cette hyperactivité persiste longtemps même en présence d'une dénutrition importante avec laquelle elle contraste bien souvent. « *Dans des cas extrêmes, elles peuvent ainsi mourir d'hyperactivité, alors même qu'elles se sentent de plus en plus affranchies des contraintes naturelles et donc invulnérables* » (23).

Loin d'être un simple comportement à visée catabolique, cette hyperactivité s'inscrit dans une recherche globale de stimulation permanente conduisant à d'autres comportements d'auto-maltraitance : dormir à même le sol, réduction du temps de sommeil, exposition à des températures extrêmes (douches glacés ou brûlantes), etc.

Pour Corcos « *Le surinvestissement des sensations peut être interprété comme un contre-investissement visant à freiner le travail psychique d'intériorisation et les phénomènes transitionnels* » (33).

L'hyperactivité intellectuelle quant à elle, se traduit par un hyper-investissement scolaire ou professionnel apparaissant faire prolongement avec la personnalité antérieure de la patiente et leur permettant de garder une apparence d'adaptation. En réalité, et paradoxalement à cette hyperactivité intellectuelle s'installe un appauvrissement de la pensée. L'activité intellectuelle devient en effet très répétitive, stérile, conformiste et peu subjective la rendant inapte à la créativité, l'imagination et la représentation. Ainsi le travail scolaire devient très stéréotypé et ritualisé : les cours sont appris par cœur au mot près, recopiés inutilement avec des vérifications incessantes. « *On apprend n'importe quoi, pour apprendre, se gaver de connaissances, et là encore pour lutter contre l'inertie, mais aussi pour tenir à distance, sinon abolir des représentations gênantes* » (23).

Cette hyperactivité apparaît donc comme une lutte contre l'inertie et comme un moyen de décharge agressive et libidinale procurant une forme de satisfaction auto-érotique. Du fait de son caractère envahissant et appauvrissant, elle va avoir un retentissement social majeur avec réduction progressive du cercle social finissant par se limiter bien souvent à la famille.

## **2.7 L'image corporelle**

La jeune fille atteinte d'anorexie mentale souffre bien souvent d'une perturbation de l'image corporelle. La plus classique est la dysmorphophobie : le corps et plus spécifiquement certaines parties vont être perçus comme démesurés. Malgré un état

cachectique la jeune fille peut se percevoir comme étant en surpoids. Plus rarement, il peut arriver qu'elle se perçoive effectivement comme maigre et en revendique un caractère attractif.

## **2.8 L'alexithymie**

L'alexithymie est un concept utilisé pour la première fois en 1973 par Sifneos (34) qui consiste en « *une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent* » et plus précisément « *une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments* ». Autrement dit l'alexithymie se caractériserait par une forme de fuite du monde intérieur au profit de la réalité extérieure. Ainsi ce fonctionnement se retrouve dans d'autres pathologies psychiatriques tels que certains troubles de la personnalité, les états de stress post-traumatique, les pathologies conversives, les pathologies addictives ou encore les troubles du spectre autistique

Aujourd'hui, le concept d'alexithymie est multidimensionnel et s'organise autour de 4 grands axes :

- Une difficulté à l'expression verbale des émotions.
- Une difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles.

- Une pauvreté de la vie imaginaire et fantasmatique.
- Des pensées à contenu pragmatique et tournées vers l'extérieur donnant un contenu narratif très factuel sans fantasmes, symboles ou éléments d'ordre affectif.

Sans employer le terme d'alexithymie, Hilde Bruch (35) est la première à soutenir l'idée d'un défaut d'introspection chez les patientes anorexiques. Avec l'évolution et la popularisation du concept d'alexithymie, les psychiatres se sont alors intéressés de près au lien qu'il pouvait avoir avec l'anorexie mentale. Les études (36) (37) confirment que les patientes souffrant d'anorexie mentale fonctionnent le plus souvent sur un mode alexithymique et la description clinique que nous avons fait jusqu'à présent rend compte de ce fonctionnement où l'expression émotionnelle et la vie imaginaire se trouvent grandement réduites alors que des éléments de la réalité extérieure tels que l'aspect corporel, l'alimentation, l'activité sportive et scolaire s'en trouvent surinvestis.

Pour un certain nombre d'auteurs tels que Bruch, Jeammet et Corcos (38) l'alexithymie est constitutive du fonctionnement anorexique. Pour d'autres comme Pédinielli, Brusset ou Dethieux, l'alexithymie est secondaire au développement de l'anorexie et en constitue une modalité défensive. Quoi qu'il en soit cette alexithymie va donner chez ces patientes cet aspect particulier du fonctionnement psychique et l'investissement du monde extérieur qui en résulte n'étant jamais que superficiel ne permet que de garder une forme de pseudo-adaptation à la société ou de *pseudo-normalité* qui masque en réalité un profond désarroi face à son monde intérieur et ses émotions.

## 2.10 Les mécanismes de défense

Le concept des mécanismes de défense est introduit pour la première fois par Sigmund Freud en 1894 dans son article *Les psychonévroses de défense* (39) et sera développé tout au long de ses recherches. Le concept sera ensuite approfondi par des auteurs tels que Anna Freud, Mélanie Klein, Winnicott ou Kernberg. A ce jour Ionescu, Jacquet et Lhote dans leur ouvrage *Les mécanismes de défense* (40) développent pas moins de 29 mécanismes de défense. Nous les retrouvons à ce jour dans des appareils conceptuels différents parfois sous d'autres dénominations. Ainsi les voit-on par exemple apparaître dans le DSM-4 sous *Mécanismes de défense ou styles de coping habituellement utilisés* (41).

Les mécanismes de défense sont des mécanismes visant à préserver l'intégrité psychique du sujet face aux différents conflits et stress auxquels il sera soumis. Ils ne sont donc en soit pas pathologiques et même nécessaires. En revanche, leur sous ou surutilisation peuvent être cause ou signes de pathologie.

Dans le cas de l'anorexie mentale, trois mécanismes de défense semblent être quantitativement surutilisés : le clivage, l'identification projective et le déni.

### - Le clivage

Le clivage est un concept initialement développé par Freud principalement dans *Le Fétichisme* (42), *L'Abrégé de psychanalyse* (43) et *Le clivage du moi dans les processus de défense* (44). Il consiste dans « la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes

*persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement* » (45). Pour Freud cela se distingue donc clairement du clivage qui existe entre les instances psychiques de la seconde topique freudienne : Moi, ça, Surmoi. Le clivage n'existe qu'au sein du Moi. Il fait également la distinction entre le clivage et les processus habituels qui régissent les rapports entre les instances psychiques comme le refoulement ou l'apparition de symptômes névrotiques. Dans le cas du clivage, il n'y a pas de formation de compromis. Deux attitudes existent de manière simultanée et il n'existe pas de communication entre elles. « *Les deux parties en litige ont reçu leur lot : la pulsion peut conserver sa satisfaction ; quant à la réalité le respect dû lui a été payé* »(44).

On distingue classiquement le clivage du Moi et de l'objet ce qui est pour Mélanie Klein indissociable : « *Je crois que le Moi est incapable de cliver l'objet - interne et externe- sans qu'un clivage correspondant ne se produise à l'intérieur de lui-même* » (46), le Moi étant pour Mélanie Klein avant tout constitué par l'introjection d'objets.

Sur le plan clinique, chez les patientes souffrant d'anorexie mentale le clivage se manifeste par des oscillations contradictoires sur la représentation de soi et des autres, par une dichotomie entre la parole et le comportement ou encore par une vision très manichéenne du monde extérieur : les bons et mauvais aliments, les bons et mauvais soignants etc. Le clivage du Moi se retrouve également bien souvent dans la description que les patientes donnent de leur pathologie : « *une petite voix à l'intérieur de moi me disait de maigrir, me disait que j'étais trop grosse* ».

Le clivage ouvre la voie à d'autres mécanismes de défense et notamment à l'identification projective et au déni.

- L'identification projective

En des termes kleinien, l'identification projective est définie comme telle :  
« *mécanisme consistant en un fantasme dans lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments, de pulsions ressenties comme indésirables, et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne* » (40).

Il fait suite au clivage : les « mauvaises » parties du Moi vont être projetées sur l'autre et contrairement à la simple projection le sujet va pouvoir s'y identifier. Le devenir de celui qui est ciblé par l'identification projective est variable. Selon Klein, Winnicott et Bion, ce mécanisme fait partie intégrante d'un processus d'échange normal entre la mère bien portante et son bébé, la suite naturelle de l'identification projective étant la métabolisation par la mère des projections puis l'introjection par le bébé. Mais en cas de recours trop massif à la projection et/ou en cas de fragilité, celui sur qui s'exerce la projection peut s'en trouver annihilé en incorporant purement et simplement les projections. Quant au sujet « *la projection exagérée des parties bonnes ou mauvaises de la mère peut entraîner l'abus du fonctionnement de l'identification projective, par externalisation des conflits internes, avec pour conséquence un appauvrissement du moi* » (40).

Ce mécanisme de défense trouve de nombreuses implications thérapeutiques que nous développerons ultérieurement.

- Déni

Ionescu, Jacquet et Lhote donnent une définition du déni : « *action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi* » (40).

Pour Freud, il ne concerne que les éléments de la réalité extérieure (le refoulement étant son pendant pour les éléments de la vie intérieure) et il est indissociable du clivage : « *Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière* »(43), « *le rejet est toujours doublé d'une acceptation : deux attitudes opposées indépendantes l'une de l'autre, s'instaurent, ce qui aboutit à un clivage du moi* ». Mélanie Klein rompra avec cette vision. Pour elle, le déni concerne avant tout le déni de la réalité psychique, « *les défenses maniaques reposent sur le déni de trois sentiments : l'omnipotence déniait la dépendance, le triomphe comme déni des vécus dépressifs, et le mépris de l'objet comme déni de la valeur de cet objet* » (40).

Chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, ce déni va être multiple : déni du trouble, déni des sensations corporelles, déni des affects, déni de l'agressivité ou encore déni de l'attachement. C'est ce déni qui va venir compliquer la prise en charge, car s'il n'y a pas de pathologie, pas de vécus internes désagréables, ni de dégradation de l'état physique alors il n'y a rien à traiter. Nous retiendrons tout de même ce que Freud en a dit, à savoir « *qu'un rejet est toujours doublé d'une acceptation* ».

Nous avons ici cité trois mécanismes de défense fréquemment exacerbés au cours de l'anorexie mentale, mais ils ne sont pas exhaustifs et nous en trouvons bien d'autres comme la rationalisation, la projection simple, la dénégation, l'isolation etc. Tous vont concourir à maintenir les affects déplaisants à distance.

### **3 Formes cliniques particulières**

Le tableau clinique que nous avons donné concerne l'anorexie mentale de type restrictive qui est l'objet de cette thèse, nous évoquerons tout de même rapidement d'autres formes cliniques d'anorexie mentale aux implications psychopathologiques et thérapeutiques différentes.

#### **3.1 L'anorexie mentale prépubère**

Dix pour cent des cas d'anorexie mentale se déclareraient avant 10 ans (47). Ces cas seraient d'une plus grande sévérité et de pronostic sombre, car ils « *témoigneraient de troubles et de dysfonctionnement familiaux majeurs que la phase de latence ne parvient pas à contenir* »(47). L'aménorrhée sera ici primaire et un ralentissement voire un arrêt de la croissance s'installera pouvant devenir irréversible si l'anorexie perdure.

Les tableaux cliniques quant à eux vont être hétérogènes avec, plus souvent que chez les adolescentes, une absence de préoccupation de l'image corporelle ou plus grave un refus d'ingestion de liquide (48). Il n'y a que récemment que cette hétérogénéité et divergence par rapport aux tableaux cliniques adolescents et adultes a attiré l'attention des cliniciens et des chercheurs. En 1992 Bryant-Waugh et Lask du *Great Ormond Street Hospital* de Londres ont proposé une classification des troubles du comportement alimentaire (TCA) dans la tranche d'âge des 8-13 ans (49). Elle apparaît à ce jour bien plus précise et rend mieux compte de la complexité des TCA à cet âge que les classifications usuelles comme le DSM-5 ou la CIM-10 (48). Dans cette classification nous retrouvons, outre l'anorexie mentale, les catégories suivantes : le

trouble d'évitement alimentaire affectif, l'alimentation sélective, les peurs ou phobies alimentaires spécifiques menant à l'évitement alimentaire, l'alimentation restrictive, le refus alimentaire, le syndrome de refus global et la perte d'appétit secondaire à la dépression. Toutes ces catégories répondent à des critères diagnostiques différents témoignant de la diversité d'expression que peut prendre un trouble du comportement alimentaire à cet âge-là.

### **3.2 L'anorexie mentale masculine**

Dans notre travail, nous avons volontairement écarté la question de l'anorexie masculine. La question de la psychopathologie des formes d'anorexie mentale masculine est complexe et ne saurait être correctement intégrée et mélangée avec ce que nous qualifions d'anorexie mentale typique qui touche les femmes. L'anorexie mentale masculine ne semble pas être le pendant masculin de l'anorexie mentale féminine, les conflits liés à la puberté tout comme leur mode de résolution étant différents chez les adolescents que chez les adolescentes. Ils seraient en effet davantage tournés vers la prise de toxique, l'externalisation ou la délinquance lors des problématiques adolescentes.

La HAS dans son argumentaire de 2010 (1) aborde la question de l'anorexie mentale masculine. Elle incite à la prudence quant aux liens souvent avancés entre anorexie masculine et psychose ou encore anorexie mentale et homosexualité. Elle précise que, chez l'homme, pour développer un trouble des conduites alimentaires « *il faut une prédisposition génétique plus forte et/ou des facteurs environnementaux plus importants que chez les femmes* ».

Les formes masculines seraient davantage marquées par des antécédents d'obésité prémorbide, il existerait moins de formes restrictives, l'hyper-investissement sportif serait davantage présent et sur le plan corporel les patients seraient davantage préoccupés par leur musculature. Certaines populations seraient davantage sujettes notamment dans le milieu du sport ou du mannequinat.

Enfin, elle évoque deux formes particulières : l'anorexie *athlétique* caractérisée par une activité physique intense, une peur de prendre du poids mais avec absence de perte de poids et de dysmorphophobie et l'anorexie *inverse* qui se caractérise par « *l'impression douloureuse d'être toujours trop maigre ou jamais assez musclé* » et des activités centrées sur la prise de masse musculaire.

### **3.3 L'anorexie mentale purgative**

Nous avons également écarté l'anorexie mentale purgative de notre travail en raison des implications psychopathologiques et thérapeutiques différentes qu'elle présente par rapport à la forme restrictive dont elle peut être une des formes d'évolution. Nous retrouvons notamment plus souvent dans cette forme clinique des antécédents d'abus sexuels (50) (51). Contrairement à l'anorexie mentale restrictive pure, l'anorexie mentale purgative se caractérise par l'utilisation, en plus de la restriction, de méthodes de purge telles que les vomissements ou l'emploi de diurétiques et de laxatifs. Cette forme clinique particulière expose donc à des complications somatiques à plus court terme parfois mortelles.

## 4 Les complications somatiques

L'anorexie mentale du fait de son impact sur le corps expose à un certain nombre de complications somatiques (52).

### 4.1 Les perturbations endocriniennes

Outre l'aménorrhée que nous avons déjà évoquée quasiment toutes les fonctions endocriniennes se trouvent perturbées.

Au niveau thyroïdien c'est un syndrome euthyroïdien (53) qui va être observé, c'est-à-dire une perturbation des hormones thyroïdiennes, principalement une baisse du T3, en euthyroïdie.

Les niveaux de cortisol vont être augmentés (54) à cause d'une augmentation de la sécrétion et une diminution de la clairance rénale.

Il est noté une augmentation de *growth hormone* (GH) avec paradoxalement une diminution d'*insulin-like growth factor - 1* (IGF-1) suggérant une résistance périphérique à la GH (55). Cette résistance à la GH et cette diminution des concentrations en IGF-1 seront en grande partie responsable de retard de croissance parfois irréversibles lorsque l'anorexie débute dans l'enfance ou l'adolescence. Une étude (56) menée sur 33 patientes dont l'anorexie mentale a débuté entre 10 à 12 ans montre qu'un tiers d'entre elles n'ont pas atteint leur taille génétique cible avec en moyenne une perte de 4 cm. Une restauration de l'état nutritionnel suffisamment précoce permet de rattraper ce retard de croissance.

Enfin en cas d'anorexie mentale sévère une hypoglycémie est observable ce qui constitue un signe de gravité.

Ces perturbations des fonctions thyroïdienne, corticotrope et somatotrope sont adaptatives et visent à limiter le catabolisme tout en favorisant l'anabolisme. Elles sont donc réversibles une fois que l'état nutritionnel est restauré.

## **4.2 Les troubles hydroélectrolytiques**

Les troubles hydroélectrolytiques sont d'intensité variable et peuvent exposer à des complications mortelles. Dans les formes restrictives d'anorexie mentale, l'homéostasie est longtemps maintenue. Les vomissements, la potomanie, l'emploi de laxatifs ou de diurétiques des formes purgatives exposent plus dangereusement les patientes à des troubles hydroélectrolytiques.

Il peut exister : une hypokaliémie, une hypophosphatémie, une hypomagnésémie, une hypozincémie. La potomanie expose au risque d'hyponatrémie et l'abus de laxatif expose à l'acidose métabolique.

## **4.3 Les complications cardiaques**

Il est quasiment tout le temps observé une bradycardie (définie par une fréquence cardiaque de repos inférieur à 60 battements par minute) pouvant dans certains cas être inférieure à 40 battements par minute. Cette bradycardie est souvent associée à une hypotension artérielle ou encore à une hypotension orthostatique.

Un allongement du QT corrigé (QTc) peut être observé en cas d'hypokaliémie ou d'usage de médicaments allongeant l'intervalle QTc, celui-ci peut alors être responsable de mort subite. (52)

L'anorexie mentale sévère peut également être responsable de fibrose du myocarde (57) qui pourrait être une des causes de mort par arythmie. (52)

#### **4.4 Les complications digestives**

Un ralentissement du transit et de la vidange gastrique sont très courants (58) (59). Le ralentissement de la vidange gastrique peut conduire à des nausées, des ballonnements et globalement à une sensation de satiété plus rapide lors du repas. Le ralentissement du transit quant à lui conduit à des constipations.

Au niveau hépatique une élévation des transaminases est régulièrement observée. Celle-ci est due à la lyse des hépatocytes consécutive à la dénutrition. Il n'y a en général pas de perturbation des phosphatases alcalines ni de la bilirubine.

#### **4.5 Les complications hématologiques**

Une anémie est retrouvée dans 40 % des cas, une leucopénie dans 30 % et une thrombopénie dans 10 % (60). La cause de ces cytopénies est la transformation gélatineuse de la moelle, une complication au cours de laquelle la graisse normalement présente dans la moelle est remplacée par des dépôts d'acide hyaluronique (52). Cette complication est réversible avec la restauration de l'état nutritionnel.

Il n'y a en général pas de déficit en fer, ni en vitamine B9 ou B12.(52).

Paradoxalement, les patientes souffrant d'anorexie mentale ne sont pas plus sujettes aux infections (61)

#### **4.6 Les complications dermatologiques**

Plus de quarante signes dermatologiques sont répertoriés (62). Les plus courants sont la peau sèche et squameuse, l'acné, les ongles fins et secs, les cheveux ternes, secs avec possible chute et alopecie et une acrocyanose froide des extrémités.

Il est également parfois observable un lanugo. Il se reconnaît par la présence d'un duvet de poils très fin sur le dos, l'abdomen et les avant-bras. Contrairement à l'hirsutisme, ce n'est pas un signe de virilisation. Il serait un bon signe pour orienter vers une anorexie mentale en cas de dénutrition encore mal étiquetée car il serait absent dans les autres causes de dénutrition (62)

Rarement une caroténdermie est observable, probablement multifactorielle par surconsommation de bêta carotène et altération du métabolisme de la vitamine A (62).

Enfin un signe de Russel, soit la présence de lésions sur les doigts ou le dos de la main, est à rechercher. Il traduit des vomissements induits et oriente donc vers une forme purgative d'anorexie mentale.

## **4.7 Les complications neurologiques**

Une atrophie cérébrale, touchant autant la matière grise que la matière blanche, est observable et pourrait endommager les fonctions cognitives de manière permanente(52).

De manière aiguë l'anorexie mentale expose à des neuropathies sensitivomotrices par compression et les troubles hydroélectrolytiques exposent à des risques de syndrome confusionnel et de convulsions (1). La correction trop rapide d'une hyponatrémie expose au risque de myélinolyse centropontine et extrapontine (63).

## **4.8 Les complications osseuses**

L'association entre la carence oestrogénique, l'hypercorticisme et les carences d'apports en calcium et vitamine D conduisent à une diminution de la densité osseuse survenant après seulement un an de l'installation des troubles et pouvant être en partie irréversible (52). Cette diminution de la densité osseuse est responsable d'une augmentation du risque de fracture (64) (65).

Nous avons donc vu que le tableau clinique de l'anorexie mentale vient mélanger des symptômes d'ordres psychiques, alimentaires et non alimentaires et des symptômes physiques, conséquences de la dénutrition. Dans la prochaine partie nous allons voir comment cette description clinique s'est constituée et enrichie à travers l'histoire médicale.

## **Partie 2 :**

### **Perspectives historiques**

L'anorexie mentale n'existe réellement comme entité clinique que depuis seulement un peu plus d'un siècle. Avant cela, des auteurs avaient déjà fait état de comportements alimentaires particuliers sans pour autant les intégrer dans une nosographie. Dans cette partie nous allons retracer l'histoire de l'évolution du concept d'anorexie mentale et des pratiques thérapeutiques.

#### **1 L'Antiquité et le Moyen Âge**

Durant l'Antiquité et le Moyen Âge il n'existe pas de description clinique faite par un médecin. Avicenne dans son *Canon de la Médecine* (66) fait état d'un prince refusant de se nourrir mais rien ne laisse penser à un authentique cas d'anorexie mentale.

Le Moyen Âge voit en revanche apparaître le terme d'*anorexia mirabilis* soit la perte miraculeuse d'appétit. En effet à partir du XIIe siècle de nombreuses femmes dans une recherche de sainteté font état de jeûne et de fortes restrictions alimentaires. Celles-ci sont prises dans un ensemble de comportements ascétiques, de pénitences

et de mortifications où le plaisir est refusé et la souffrance valorisée telle que le vœu de virginité, le vœu de silence, les auto-flagellations, la réduction du temps de sommeil etc. Nous retrouvons parmi ces femmes des Saintes telles que Marie d'Oignies, Coulba de Rieti et la plus connue Catherine de Sienne.

Des auteurs tel que Rudolph Bell (67) tendent à rapprocher ces cas d'*anorexia mirabilis* à des formes d'anorexies mentales dont les rationalisations s'inscriraient dans le contexte de l'époque. D'autres comme Caroline Bynum (68) considèrent cela comme une forme de fait religieux spécifique au Moyen Âge occidental.

Il est intéressant de s'attarder sur la vie de Catherine de Sienne. Née d'une grossesse gémellaire en 1347 à Sienne en Italie, sa sœur jumelle fut confiée à une nourrice et décéda rapidement. Catherine, elle, fut nourrie par sa mère et allaitée jusqu'à ses deux ans. Elle fut durant toute son enfance et son adolescence en prise avec sa mère qui voulait en faire une femme mariée. A sept ans, après avoir vu Jésus et fait vœu de virginité, elle changea son alimentation en se privant de viande. Puis à la puberté, à mesure que la pression maternelle s'intensifia, sa volonté de « *n'avoir le Christ comme seul époux* » s'intensifia pareillement la conduisant toujours plus loin dans son ascétisme : s'imposant des mortifications de plus en plus intenses elle ne se nourrissait plus que de pain et d'herbes crues perdant rapidement la moitié de son poids. Contre la volonté de sa mère, elle entra dans l'ordre des Dominicains et se battit pour réformer et surtout sauver l'Église en rétablissant la papauté à Rome.

Malgré ses efforts, elle ne parvient pas à empêcher le grand schisme d'Occident et l'élection d'un antipape à Avignon. Elle décida alors de se sacrifier pour l'Église en réalisant un ultime jeûne qui lui sera fatal au bout de 3 mois. Sa postérité fut grande puisqu'elle fut canonisée mais aussi nommée Docteur de l'Église.

Au-delà de son simple comportement alimentaire qui pourrait la rapprocher d'une anorexie mentale de notre époque, Ginette Raimbault et Caroline Eliacheff (69) voient dans les rapports que Catherine de Sienne entretient avec le monde ecclésiastique les prémices des rapports que les patientes anorexiques entretiendront plus tard avec la société et le monde médical plus particulièrement. En effet durant toute sa vie sa sainteté sera mise en cause du fait de ses habitudes alimentaires la faisant suspecter d'être inspirée par le diable, d'être une sorcière ou une simulatrice d'autant que, en dépit de ses restrictions, elle ne se sent jamais fatiguée. Raymond de Capoue la décrira d'ailleurs en ces termes : « *C'est ainsi que la vierge du Seigneur était à la fois rassasiée et à jeun, l'estomac vide et le cœur plein, toute desséchée extérieurement et intérieurement tout arrosée d'un fleuve d'eau, vive, alerte et joyeuse en tout événement* » (69).

Catherine de Sienne s'impose des restrictions alimentaires bien au-delà des règles suivies par les personnes les plus pieuses et son ascétisme n'est considéré par personne comme héroïque. Ses différents confesseurs lui ordonneront de manger, ne serait-ce qu'une fois par jour. Celle-ci obéissant toujours dans un premier temps pour mieux justifier son comportement alimentaire par la suite, défendant tout au long de sa vie auprès de toutes les autorités catholiques que son alimentation lui est dictée par Dieu et que de se nourrir la rend bien plus malade que de se restreindre. « *N'est-t-il pas plus grave de s'exposer à la mort en mangeant qu'en jeûnant ? Puisqu'une expérience répétée vous a appris que la nourriture me rend malade, pourquoi ne me défendriez-vous pas de manger comme vous me défendriez de jeûner en pareil cas ?* » dira-t-elle ou encore « *Je ne sais maintenant quel régime employer, et je vous demande de prier l'éternelle Vérité de me faire la grâce, si cela vaut mieux pour son honneur et le salut de mon âme, de me laisser prendre de la nourriture, si cela lui*

*plaît. Je suis certaine que la bonté de Dieu ne méprisera pas vos prières. Je vous prie de m'écrire le remède que vous connaissez et pourvu qu'il honore Dieu, je le ferai volontiers* » après une nouvelle tentative « d'alimentation » infructueuse.

Raimbault G. et Eliacheff C. y voient un rapport de force caractéristique de l'anorexie qui ne plie pas devant la simple autorité reconnue : « *Sans doute n'est-t-il pas plus facile pour une jeune fille du XIVe siècle de convaincre les autorités ecclésiastiques qu'elle est inspirée par Dieu, qu'à une jeune fille du XXe siècle de convaincre les médecins que ne pas manger est la seule façon, pour elle, de vivre. La stratégie est cependant la même : feindre de se soumettre, répondre par une coopération apparente tout en continuant de manger un minimum. Aller à l'encontre des impératifs culturels de la sainteté médiévale et du modèle imposé par les directeurs de conscience est tout aussi ardu que de se battre contre l'institution médicale* »(69). Elles y reconnaissent également la réaction de clivage que peut provoquer la patiente souffrant d'anorexie qui n'est pas très loin de ce qui peut parfois s'observer au sein d'une équipe soignante : « *Les réactions qu'elle a suscitées peuvent être comparées à celles provoquées par la jeune anorexique du XXe siècle : admiration des uns, suspicion, méfiance voire haine des autres, et chez tous la volonté explicite de la faire plier* »

Le parcours de Catherine de Sienne est-t-il alors le premier “parcours de soin” raté d'une jeune fille souffrant d'anorexie mentale ? Sa potentielle anorexie mentale étant en elle-même sujet à polémique, la question reste en suspens.

A partir de la Renaissance ce genre de pratique et de comportement seront surtout assimilés à de la possession démoniaque et de la sorcellerie conduisant un certain nombre de femmes au bûcher.

## **2 Les XVIIe et XVIIIe siècles (35)**

C'est en 1694 que l'on peut trouver la première description clinique de ce qui apparaît être un authentique cas d'anorexie mentale. Richard Morton dans son ouvrage *Phtisiologia or a Tretise of Consumptions* fait état d'une patiente de 20 ans, Miss Duke, qui présente une perte d'appétit, un amaigrissement et une hyperactivité. Il ne retrouve aucune cause potentielle à ce trouble (il exclut notamment la tuberculose) et surnomme alors ce trouble inconnu *phtisie nerveuse* ou *consumption nerveuse*. La patiente s'opposa au traitement qu'il lui proposa et décéda trois mois plus tard. On trouve par la suite dans la littérature médicale de cette période quelques descriptions épisodiques de cas de maigreurs auto-infligées.

## **3 Le XIXe siècle**

Une première tentative de théorisation du trouble et de son traitement vient en 1859 par Marcé qui fait devant la Société Médico-Psychologique une communication portant le nom de *Note sur forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée par le refus d'aliment* (70). Il y décrit des états dyspeptiques avec « *inappétence portée jusqu'à ses dernières limites* » chez des jeunes filles « *prédisposées par leur hérédité à l'aliénation mentale* » dont il fait une description clinique détaillée. Marcé y voit une forme de délire hypochondriaque et met l'accent sur la nature psychique et non physique du trouble. Il participa d'ailleurs à l'autopsie de patientes pour constater le caractère intact de l'appareil digestif, rompant avec ses contemporains chez qui l'attention se portait jusque-là sur « *l'état de l'estomac* » de ces patientes et recommandant alors des traitements fortifiants censés stimuler les fonctions digestives et de l'exercice.

Il note l'énergie et la combativité des patientes à s'opposer à toute forme de tentative de renutrition et il est le premier à préconiser l'isolement familial : « *Or, ce délire hypocondriaque ne saurait être avantageusement combattu tant que les sujets restent au milieu de leur famille et de leur entourage habituel : la résistance opiniâtre qu'ils opposent, les souffrances d'estomac qu'ils énumèrent au milieu d'incessantes lamentations, causent une émotion trop vive pour que le médecin puisse agir en toute liberté et prendre l'ascendant moral nécessaire* ». Une fois la patiente isolée, il recommande au thérapeute une prise en charge « *énergique* » mais progressive en utilisant « *l'intimidation, la force voire la sonde œsophagienne* ». Il rapporte le succès de sa méthode pour un certain nombre de cas.

C'est en 1873 que pour la première fois le terme d'anorexie est employé pour désigner ces patientes parallèlement en France et en Angleterre. William Gull en Angleterre fait ainsi la description d'une pathologie qu'il nomme *anorexia nervosa*. Il décrit l'amaigrissement, le refus alimentaire, l'aménorrhée et l'absence de toute pathologie somatique pouvant expliquer cet état attribuant le trouble à un *état mental morbide*

En France, c'est Charles Lasègue qui publie un article *De l'anorexie hystérique* (71) qui comme son nom l'indique envisage l'anorexie mentale comme une sous forme d'hystérie. Sa description est particulièrement intéressante puisqu'il s'attèle à décrire la psychologie de ces patientes, leurs relations au monde médical et ainsi des principes thérapeutiques qu'ils conviendraient de respecter. A l'origine du trouble, il retrouve une « *émotion qu'elle avoue ou qu'elle dissimule. Le plus souvent il s'agit d'un projet réel ou imaginaire de mariage, d'une contrariété afférente à quelque sympathie ou même à quelque aspiration plus ou moins consciente* ». Comme toutes les descriptions cliniques faites jusque-là l'image corporelle ne semble pas abordée par les patientes comme cause de leur comportement alimentaire mais plutôt des

problématiques somatiques : « *Peu à peu elle réduit sa nourriture, prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent au repas. Au bout de quelques semaines, ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolongera indéfiniment. La maladie est déclarée, et elle va suivre sa marche si fatalement qu'il devient facile de pronostiquer l'avenir* ». Il en décrit l'hyperactivité : « *Un autre fait, également acquis, c'est que loin d'abattre les forces musculaires, la diminution de la nourriture tend à accroître l'aptitude au mouvement. La malade continue à se sentir plus active, plus légère, elle monte à cheval, elle entreprend de longues courses à pied, elle reçoit et rend des visites, et mène au besoin une vie mondaine fatigante, sans accuser les lassitudes dont elle se serait plainte autrefois. [...] On pourrait presque dire qu'elle prend ses précautions pour les périodes ultérieures et qu'elle prépare des arguments dont elle ne manquera pas de se servir* » et le déni : « *Je ne souffre pas donc je suis bien portante* ».

Il souligne la volonté d'exercer un contrôle moral sur l'alimentation de ces patientes comme une cause potentielle de chronicisation des troubles et met en garde le thérapeute : « *Malheur au médecin qui, méconnaissant le péril, traite de fantaisie sans portée, comme sans durée, cette obstination dont il espère avoir raison par des médicaments, des conseils amicaux, ou par la ressource encore plus défectueuse de l'intimidation* ». En effet, pour lui, une telle attitude thérapeutique ne serait que répéter ce qui a déjà été tenté et a échoué, à savoir l'attitude familiale : « *La famille n'a à son service que deux méthodes qu'elle épuise toujours : plier ou menacer, et qui servent l'une et l'autre comme de pierre de touche. On multiplie les délicatesses de la table dans l'espérance d'éveiller l'appétit, plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétition diminue* ». Selon Lasègue, une loi régit le comportement hystérique :

« *L'excès d'insistance appelle un excès de résistance* ». Pour lui, dans la phase initiale du trouble « *la seule conduite sage est d'observer et de se taire* ». Il décrit ensuite une deuxième phase au cours de laquelle la dénutrition atteint un stade suffisant pour que l'état physique de la patiente et l'effet sur son entourage soient tels qu'elle atteigne une forme ne serait-ce que partielle de reconnaissance d'un trouble et d'adhésion thérapeutique. Il reste cependant très réservé sur le pronostic : « *Deux directions s'ouvrent alors devant la malade : ou elle est assez détendue pour devenir obéissante sans restriction et c'est le cas le plus rare, ou elle accède à une demi-docilité avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées et peut-être à l'intérêt qu'inspire sa maladie. Cette seconde tendance de beaucoup la plus commune complique énormément la situation* ».

Charcot, dans la même ligne conceptuelle que ses prédécesseurs, voit dans l'anorexie mentale une forme d'hystérie mais donne des recommandations thérapeutiques bien différentes de Lasègue. Dans ses leçons à la Salpêtrière (72) il prescrit, comme pour les autres formes d'hystérie, un « *traitement moral* » dont la pierre angulaire est la séparation totale entre la patiente et sa famille dont l'influence serait « *particulièrement pernicieuse* ». Il recommande une prise en charge avec « *une main bienveillante mais ferme* » où les visites ne sont qu'accordées « *à titre de récompense* ». Il semble avoir eu à prendre en charge des cas d'anorexies mentales plus graves que Lasègue puisque sa description clinique de la maladie pointe avant tout la « *torpeur* » et le « *marasme* ». Il dit avoir vu une issue fatale dans quatre cas. Il décrit d'ailleurs celui d'une jeune fille de 14 ans, placée dans un centre de cure hydrothérapique, alitée et à bout de force, à qui il ne restait que « *quelques jours à vivre* » et qu'il avait déjà tenté de séparer de ses parents sans succès. Voyant l'état clinique catastrophique de la patiente il prit les parents à part et leur adressa une

« *rude remontrance* » afin qu'ils s'éloignent au plus vite. Ce faisant, les « *résultats furent rapides et merveilleux* » et « *après deux mois, à dater du début du traitement, elle pouvait être considérée comme presque complètement guérie* ». La patiente aurait fini par lui dire : « *Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, en d'autres termes, tant que vous n'avez pas triomphé – car je savais que vous vouliez me faire enfermer – j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et, comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur, et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger et cela est venu peu à peu* ». Confiance en somme forte surprenante compte tenu du caractère peu sensible à l'autorité médicale décrit jusque-là chez ces patientes.

La différence de préconisation thérapeutique entre « *d'observer et se taire* » d'un côté chez Lasègue et la séparation familiale voire « *l'intimidation et la force* » chez Marcé et Charcot apparaît étonnante et contradictoire. C'est, en réalité, une problématique intrinsèque à la prise en charge de l'anorexie mentale qui est loin d'être circonscrite au XIXe siècle et qui apparaît encore de nos jours. En effet, cette opposition que nous retrouvons entre Lasègue et Charcot marque les prémices d'une opposition durable dans la prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale entre la contrainte et l'alliance thérapeutique.

D'un point de vue nosographique et psychopathologique, nous l'avons vu, c'est durant cette période que l'anorexie mentale est vue comme une forme particulière d'hystérie. Et comme Brusset(22) le rappelle cela n'est guère étonnant car comme l'hystérie « *l'usage du corps comme moyen d'action sur autrui est une évidence* » de même que « *la prédominance féminine à partir de l'instauration de la sexualité génitale* » et « *l'apragmatisme sexuel* ». Cette vision est depuis abandonnée notamment en raison d'un mode relationnel bien différent dans l'anorexie par rapport à l'hystérie ou,

comme les auteurs l'avaient souligné jusque-là, à la différence de la patiente hystérique, la patiente anorexique ne s'impose jamais explicitement comme malade mais bien au contraire comme « bien portante ».

## 4 La première moitié du XXe siècle

La première moitié du XXe siècle est une période confuse quant à la conception de l'anorexie mentale par le monde médical.

Jusque-là, il était considéré que l'anorexie mentale avait des causes psychologiques mais en 1914 un médecin allemand, Simmonds, décrit des états d'insuffisance antéhypophysaire marqués par la cachexie. Dans les années suivantes les origines psychologiques vont alors être remises en cause et des essais de traitements hormonaux vont être réalisés. En 1937, Sheehan fait la description du *syndrome de Sheehan* et distingue bien l'anorexie mentale des cachexies d'origine hypophysaire. Malgré cela, avec l'échec des traitements hormonaux et le relatif succès des traitements par isolement thérapeutique, il faudra attendre les années 50 pour voir ces approches endocrinologiques de l'anorexie mentale être abandonnées.

L'endocrinologue et défenseur d'une conception psychique de la maladie Decourt écrira en 1954 : « *On voit encore mourir des malades que les médecins anciens eussent, à coup sûr, guéris* ».

Malgré ces recherches sur une potentielle origine organique de l'anorexie mentale de nombreuses théories psychanalytiques se développent pour tenter d'expliquer l'anorexie mentale par une approche symptomatique. Il serait long et fastidieux de

faire le tour en détail de toutes les théories psychanalytiques qui se sont développées durant cette période et même après. Pascal Guingand dans son livre *Anorexie et Inédie : une même passion du rien* en a fait un résumé : « *L'approche symptomatique a été la première, et garde à ce jour de nombreux partisans, en particulier chez les psychanalystes. L'hystérie (Freud, 1895 ; Hesnard, 1939 ; Fénichel, 1945 ; Valabrega, 1955), la mélancolie (Abraham, 1916 ; Gero, 1950 ; Khattar, 1964) et l'affection psychosomatique (Alexander, 1939 ; Delay, 1949 ; Katz et Weiner, 1975) ont le plus souvent été proposées. Mais il faut également citer le champ de la perversion (Winnicott, 1956 ; Kestemberg et coll., 1972) et celui de la psychose (Langdon-Brown, 1931 ; Meyer et Weinroth, 1957 et surtout Selvini, 1963) » (73).*

## **5 La deuxième moitié du XXe siècle**

Après cette première moitié du XXe marquée par les approches organiques d'un côté et les approches psychiques symptomatiques de l'autre, les années 60 voient apparaître de nouvelles théorisations issues de différents courants : la psychanalyse, l'approche systémique et l'approche comportementale.

Du côté de la psychanalyse nous retrouvons principalement Hilde Bruch qui vient porter une vision où l'anorexie mentale serait une structure à part entière et la symptomatologie alimentaire viendrait alors répondre aux conflits qu'implique l'adolescence notamment en termes de sexualité auxquels elle n'est pas en mesure de répondre et serait une « *quête désespérée d'une identité que le malade juge estimable* » (35). Contrairement à ses prédécesseurs le symptôme n'occupe donc pas

une place centrale dans sa théorisation : « *Le fait de déterminer les troubles fondamentaux et sous-jacents en termes psychiatriques, en mettant l'accent sur les problèmes dynamiques centraux, a révélé que la privation de nourriture et la perte de poids qui s'ensuit, étaient des traits tardifs, secondaires aux troubles sous-jacents de la personnalité* », « [...] un tel examen implique une distinction bien nette entre les problèmes dynamiques qui ont conduit à une impasse du développement puis à l'anorexie mentale, et les problèmes, les symptômes, les complications secondaires et même tertiaires qui se sont développés dans son sillage » (35) . Les travaux d'Hilde Bruch vont exercer une grande influence sur le *Symposium de Göttingen* de 1965 réunissant les plus grands spécialistes de la question et qui donne les conclusions suivantes :

- « *L'anorexie mentale essentielle exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté.*
- *Le conflit principal se situe au niveau du corps et non au niveau de la fonction alimentaire.*
- *La structure de l'anorexie mentale essentielle est différente de celle d'une névrose classique* ».

Nous l'avons vu dès les premières descriptions cliniques nous retrouvons des éléments concernant la famille. Les écoles de systémiques dans les années 70 se sont alors penchées sur la question de l'anorexie mentale avec en parallèle Minuchin aux Etats-Unis et Selvini-Palazzoli en Italie. Ils vont alors tenter d'expliquer comment des facteurs familiaux peuvent déclencher ou pérenniser une anorexie mentale chez un adolescent. Minuchin développe le modèle de la famille *psychosomatique* et Selvini-Palazzoli le modèle de la famille *anorexigène*.

Les deux modèles convergent pour décrire ce que serait une famille « typique » d'une patiente souffrant d'anorexie mentale :

- « *Fusionnelle, enchevêtrée et centripète à un moment où elle devrait être guidée par des forces plus centrifuges et autonomisantes ;*
- *fermée au monde extérieur et valorisant la loyauté au groupe familial et le sacrifice de soi, au détriment des besoins de l'individu ;*
- *dans l'évitement des conflits et « triangulée », avec une forte implication de l'enfant symptôme dans un conflit parental inavoué ;*
- *peu souple et peu adaptable. Pour Minuchin, l'enfant symptôme devient alors l'agent régulateur (mais également dénonciateur) d'une stabilité familiale dysfonctionnelle, mise à mal par l'arrivée de l'adolescence et de ses mouvements d'individuation et d'autonomisation. Pour Selvini-Palazzoli, l'anorexie représenterait la meilleure adaptation possible à ce type de configuration familiale, avec une recherche de contrôle et d'individuation qui, dans un mouvement paradoxal, met en échec les valeurs d'unité et de loyauté familiales tout en se conformant à celles-ci » (74).*

Avec ces nouvelles théorisations arrivent également de nouvelles méthodes de traitement et dans les années 70 sous l'impulsion notamment de Jeammet et Brusset le principe d'une prise en charge avant tout marqué par une hospitalisation et une séparation est remis en cause. Les soins tendent à se développer en ambulatoire pour les cas les moins graves et, pour les cas nécessitant une hospitalisation, la relation thérapeutique, la psychothérapie et la prise en charge familiale sont mises au centre des soins. Ils tendent également à rompre avec le clivage en deux entités distinctes, qui avait tendance à exister jusque-là, entre le *fait biologique* et le *fait psychique*.

Ainsi la place privilégiée qu'occupe la psychothérapie dans la prise en charge ne vient pas pour autant nier la réalité du corps anorexique et le *contrat de soins* ou *contrat de poids* en contractualisant les soins vient tenter de répondre aux nombreuses exigences tant psychiques que physiques de la prise en charge des patientes anorexiques. Le traitement comprend alors désormais à la fois un consensus contractualisé entre le monde médical et la patiente, des soins psychiques et la prise en compte de la réalité physique de la patiente par la nature même de ce contrat c'est-à-dire basé sur son poids.

Le congrès de Toronto de 1981 donne les prémices de ce que va être la conception de l'anorexie mentale à ce jour. Il conclut que celle-ci est le résultat d'un déterminisme complexe entre facteurs génétiques, biologiques, endocriniens et socioculturels.

Depuis les années 90 les auteurs les plus influents en France quant à la conception de l'anorexie mentale sont Brusset, Jeammet et Corcos. Dans le chapitre précédent nous nous sommes grandement appuyés sur la conception de ces auteurs. Comme dans la conception d'Hilde Bruch ils mettent en avant des événements développementaux qui préfigurent à l'anorexie mentale et qui rendraient inapte le sujet à supporter la puberté et l'adolescence. Mais contrairement à Hilde Bruch l'anorexie n'est pas conçue comme une structure à part entière et ils rapprochent l'anorexie mentale d'une conduite addictive c'est à dire d'un aménagement secondaire d'une organisation psychique instable.

Avec notamment l'avènement des neurosciences et de la génétique, les années 90 sont également marquées par le retour de l'exploration de l'anorexie mentale sous le versant biologique. Les altérations neurobiologiques (75), endocriniennes (76) (77) (78) ou encore du microbiote intestinal (79) sont de mieux en mieux comprises, de même que les facteurs génétiques (10).

A ce jour, dans son argumentaire de 2010 la HAS incorpore tous ces éléments-là dans un modèle *bio-psycho-social* où tous les facteurs sont pris en compte, tant pour la conception de la genèse de la maladie que pour la prise en charge. Au cours des premières années l'anorexie mentale serait donc la résultante de facteurs génétiques et environnementaux, entre autres familiaux, et en plus des approches individuelles les approches familiales seraient donc à privilégier. Une fois installé dans la chronicité le trouble répondrait alors à un modèle addictologique et les outils thérapeutiques utilisés dans les autres troubles addictologiques trouveraient alors un intérêt.

## **Partie 3 :**

### **Cas cliniques**

Afin de rendre compte de la complexité et des problématiques de la prise en charge hospitalière de cas graves d'anorexie mentale nous avons choisi de présenter 2 cas cliniques.

#### **1 Anaïs**

Anaïs a été prise en charge au service d'hospitalisation de pédopsychiatrie du CHU à l'âge de 15 ans dans la suite d'un transfert d'un service de pédiatrie d'une autre région pour la prise en charge d'une anorexie mentale avec épuisement de l'équipe soignante.

##### **1.1 Le début des troubles**

Il convient de revenir sur son histoire familiale et personnelle. De parents cadres supérieurs nous retrouverons du côté maternel des antécédents d'anorexie mentale, à la fois chez la mère et chez la grand-mère. Chez le père nous retrouvons une

personnalité obsessionnelle-compulsive et un passage d'obésité à un IMC dans la norme avec une attention particulière portée à l'hygiène alimentaire et un hyper-investissement sportif.

C'est à 6 ans que nous retrouvons ses premiers symptômes psychiques dans les suites du divorce de ses parents : encoprésie, éléments phobiques, troubles obsessionnels compulsifs. Ces symptômes seront résolutifs avec l'intervention d'un psychologue. Depuis cette séparation Anaïs et sa sœur de deux ans sa cadette se retrouvent dans une garde partagée qui apparaît calibrée à la minute près. En effet, chaque parent bénéficie d'un temps de garde équivalent que ce soit quantitatif ou qualitatif (période scolaire, week-end, vacances) et le moindre écart à cet équitable partage est rapidement source de jalousies et de conflits entre les deux parents.

Toujours très bonne élève son hyper-investissement scolaire prendra clairement une tournure obsessionnelle en troisième où, s'obligeant à apprendre ses cours par cœur, au mot et à la virgule près, elle reste néanmoins en permanence convaincue d'être médiocre, incapable et que sa scolarité est vouée à l'échec. Un rituel du soir et du matin apparaît : prise d'angoisse quant à la scolarité et des futurs échecs qu'elle s'imagine arriver, elle se met à solliciter constamment sa mère en quête de réassurance. Celle-ci lui fait alors réciter ses cours pendant des heures comme pour tenter de rassurer sa fille sur ses propres capacités. De la même manière, le matin en plus de réciter les cours, les affaires scolaires sont vérifiées à de multiples reprises. Mais aucune de ces incessantes validations et vérifications ne sont en mesure de calmer les angoisses d'Anaïs, pas plus que les 20/20 qu'elle obtient, elle reste persuadée d'une chose : elle ratera son brevet.

Durant cette année son apparence physique et son alimentation la préoccupent, mais elle repousse le régime à plus tard, elle veut garder son énergie et son attention sur la scolarité.

Elle passa finalement son brevet avec la note maximale. Convaincue d'avoir raté, elle ne regardera d'ailleurs la note qu'un an plus tard. Dès le lendemain du brevet son attention se porte alors sur son poids, elle se trouve énorme et répugnante notamment ses cuisses et ses hanches, et comme pour la scolarité, la charge anxieuse associée est à la fois importante, incoercible et inaccessible à la réalité. Dès lors le régime fut des plus drastiques : elle arrêta quasi totalement de se nourrir développant pour ne pas éveiller l'inquiétude de ses parents des aptitudes à donner l'impression de manger sans le faire. Conjointement, elle développa une hyperactivité physique s'obligeant à faire du sport du matin au réveil jusqu'au coucher (marche, fitness, course à pied, natation). La perte de poids fut alors spectaculaire, elle perdit 13 kg en l'espace de 3 mois, passant de 47 à 34 kg.

Inquiète, sa mère l'amena consulter le médecin de famille qui, constatant l'état physique catastrophique d'Anaïs, la fit hospitaliser en urgence dans un service de pédiatrie.

## **1.2 L'hospitalisation en pédiatrie**

Devant la brutalité de l'installation du trouble un bilan complet est réalisé, à la fois pour s'assurer de l'absence de complications et pour rechercher une potentielle cause organique : bilan biologique, échographie abdominale, imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale. Devant la normalité de ces examens, le diagnostic d'anorexie mentale est retenu.

Dans le département où est hospitalisée Anaïs, aucune unité d'hospitalisation n'est orientée ou spécialisée dans la prise en charge des TCA. Les soins se dérouleront donc en pédiatrie avec le passage de la psychiatrie de liaison 2 à 3 fois par semaine, d'une psychomotricienne, d'une psychologue et d'une infirmière formées à la prise en charge des TCA.

Au cours de l'hospitalisation, Anaïs perd rapidement du poids, il est alors décidé d'initier une nutrition entérale par sonde naso-gastrique. Devant la forte composante obsessionnelle, un traitement par sertraline est initié de même que de faibles doses de cyamémazine devant la forte charge anxieuse. L'équipe soignante est rapidement en difficulté. En effet, Anaïs tend à essayer d'avoir un contrôle maximum sur son environnement. Elle présente alors des comportements qui sont qualifiés de « tricheries » : hyperactivité physique, ablation nocturne de la sonde, discours mensonger ou séducteur etc. Elle présente également une importante potomanie mettant à la fois en péril sa santé tout en rendant difficilement interprétable les pesées réalisées.

Après deux mois de prise en charge, des résultats modestes sont présents et une tentative d'ablation de la sonde naso-gastrique est effectuée qui se solde par une chute de poids rapide, la patiente descendant alors jusqu'au poids de 30,5 kg soit presque 4 kg de moins qu'à son entrée à l'hôpital.

Un contrat de poids est alors mis en place, qui est décrit par le psychiatre ayant pris en charge Anaïs comme « inopérant sur son psychisme » et elle est transférée en unité de soins intensifs pédiatriques devant l'importance de la dénutrition. Il est alors décrit une forme de perte de contrôle d'Anaïs sur son environnement : confinée au lit

avec une surveillance plus rapprochée, plus d'accès à l'eau et parfois même des mesures de contentions nocturnes dans le but de prévenir l'entrave de la nutrition entérale.

C'est durant cette période que les meilleurs résultats sont constatés, tant en termes pondéral que psychique. En effet Anaïs se dit soulagée de ne plus avoir de contrôle sur son environnement, que les comportements de « tricheries » sont pour elle irrépressibles et associés à une forte culpabilité. Durant cette période le psychiatre note une meilleure capacité d'élaboration psychique et arrive à initier le début d'une thérapie familiale.

Après un mois et demi en soins intensifs, Anaïs est transférée à l'unité d'hospitalisation des grands enfants. A partir de là la situation se dégrade, Anaïs reprend contrôle sur son environnement et l'activité physique se fait plus importante qu'elle n'a jamais été : déambulation permanente, jogging en chambre, exercices de fitness. Elle décrit cette hyperactivité comme irrépressible et compulsive.

Après deux mois, aucun gain pondéral n'est observé, aucun abord psychique n'apparaît possible, mais surtout, son comportement a conduit à un contre-transfert massivement rejetant et hostile de la part de l'équipe soignante. Il nous est alors demandé de prendre le relais sur cette prise en charge.

### **1.3 L'hospitalisation à l'unité pour enfants et adolescents du CHU de Strasbourg**

C'est donc dans un contexte s'apparentant à une forme « d'affrontement » entre le monde médical d'un côté et la patiente de l'autre que nous avons commencé à la prendre en charge.

Lors du premier contact avec elle, nous rencontrons une jeune fille au teint pâle avec un lanugo et un faciès triste. Comme nos prédécesseurs nous notons une forte composante obsessionnelle au trouble avec de nombreuses pensées magiques et distorsions cognitives concernant l'alimentation ou le corps. Nous serons également marqués par la présence d'affects dépressifs majeurs avec des idées noires et une anhédonie.

A son admission, Anaïs pèse 33 kg, soit 12,26 kg/m<sup>2</sup> d'IMC. Son traitement comporte de la sertraline à 50 mg/jour mais surtout pour apparemment tenter de contenir son hyperactivité de la cyamémazine 3 x 15 mg/jour, de l'hydroxyzine 50 mg/jour et de l'alprazolam 3 x 0,25 mg/jour ainsi qu'une nutrition entérale par sonde nasogastrique. Nous arrêtons d'emblée la cyamémazine, l'hydroxyzine et l'alprazolam au profit d'un traitement par olanzapine 10 mg/jour afin de réduire le risque d'interaction tout en essayant d'agir sur la forte composante obsessionnelle que nous avons pu noter.

Afin de se donner un temps d'observation et de repartir sur de nouvelles bases, il est également décidé, en concertation avec la patiente, un arrêt de la nutrition entérale.

La patiente bénéficiera dès lors de la prise en charge classique pour les patientes atteintes de trouble du comportement alimentaire dans notre unité : suivi diététique,

suivi psychothérapique avec l'interne du service et avec la psychologue du service, entretiens réguliers avec le responsable médical de l'unité, suivi somatique par le pédiatre du service, prise en charge ergothérapique, repas thérapeutiques au réfectoire en présence des soignants, participation à la vie du service et ses diverses activités, et pour les parents des entretiens réguliers avec le responsable médical de l'unité. Quant au cadre de soins, aucune séparation n'est introduite, la patiente peut recevoir des appels et des visites aux heures prévues et pourra bénéficier de permissions si son état clinique le permet. Nous détaillerons ultérieurement tous ces éléments relatifs à la prise en charge des patients présentant des TCA.

Au cours des premières semaines d'hospitalisation, c'est le contrôle qu'elle tend à essayer d'avoir sur son environnement qui sera marquant. Nous constatons une hyperactivité physique importante, la patiente déambulant sans interruption dans le service, faisant des allées et venues dans les couloirs, autour des tables. Nous pouvons la surprendre à faire des joggings ou des exercices de fitness dans sa chambre où dans quelques endroits où elle n'est pas sous la surveillance d'un adulte. Au cours des repas, la patiente dissimule à la moindre occasion des aliments : dans ses poches, sous la table, dans ses manches ou les recrache dans des serviettes etc.

Son rapport à l'autre est marqué par cette même tentative d'emprise rendant ses rapports superficiels et l'empêchant de créer véritablement du lien. On peut la voir régulièrement écouter aux portes lors des transmissions et tenter de créer des clivages entre les soignants.

Ce qui semble bien illustrer la situation sont les visites au cours desquelles il est d'usage de laisser les patientes sortir avec leurs visiteurs. Pour Anaïs, nous ne pouvons que constater que ce qui pourrait être une ouverture sur l'extérieur n'est

qu'une opportunité de plus pour rajouter de l'exercice physique. Ainsi ses visiteurs se voient imposer des marches au pas de charge, les plus jeunes en reviennent essoufflés. Quant à ses grands-parents ils tentent tant bien que mal de suivre le rythme, mais la patiente finit rapidement par marcher seule loin devant...

Ce désinvestissement total de tous les secteurs habituels de la vie au profit du seul comportement anorectique apparaît à ce stade chronique et a conduit à un appauvrissement psychique majeur rendant la patiente incapable de se saisir des divers espaces psychothérapeutiques dont elle a pu bénéficier. Pour autant, Anaïs ne fait à aucun moment part d'un désir de mettre un terme aux soins ou de rentrer chez elle et les nombreux comportements précédemment évoqués qui pourraient s'apparenter à des transgressions du cadre ne donnent que très peu lieu à des conflictualisations, ils apparaissent presque comme automatiques, inhérents au fonctionnement de la patiente.

Après deux mois d'hospitalisation dans notre unité, Anaïs a perdu 1,5 kg et commence à présenter une pancytopenie en rapport avec une transformation gélatineuse de la moelle osseuse.

Devant la dégradation du tableau clinique, il est décidé un renforcement du cadre de soins : nutrition par sonde naso-gastrique sous forme de bolus au moment des repas, repos en chambre d'apaisement une heure après chaque repas et surtout prohibition de l'activité physique excessive.

Ce nouveau cadre de soins sera éprouvant tant pour l'équipe soignante que pour Anaïs, qui dans un premier temps fera opposition à ces nouvelles mesures, refusant à la fois la nutrition entérale et les temps d'apaisement. Le recours à des contentions physiques sera nécessaire à de nombreuses reprises.

Elle reprendra alors progressivement du poids, mais il sera aussi observé des changements psychiques et des changements dans sa manière d'aborder les soins. En effet après plusieurs semaines il sera constaté un meilleur investissement des divers espaces thérapeutiques, de meilleures capacités de transfert et d'élaboration psychique et à sa demande la thérapie familiale reprend.

Trois mois après l'initiation de ce cadre de soins, Anaïs a repris 5 kg, ne présente plus d'hyperactivité compulsive, ne présente plus de syndrome dépressif et investit les soins. Le cadre de soins sera alors assoupli : arrêt de la nutrition entérale, arrêt des temps d'apaisement surveillés et plus globalement reprise d'une vie en autonomie.

Cet assouplissement du cadre ne sera pas marqué par une dégradation de l'état clinique d'Anaïs. Au contraire, elle continue à prendre du poids et à investir les soins. Elle bénéficie alors de permissions puis, après un total de six mois d'hospitalisation, son état clinique a permis une poursuite des soins en ambulatoire.

## **2 Lucile**

Nous avons été amenés à prendre en charge Lucile âgée de 21 ans à l'unité d'hospitalisation pour adulte dit 3013 pour anorexie mentale. Cette hospitalisation fait suite à l'aggravation d'une anorexie mentale évoluant depuis l'âge de 10 ans, habituellement prise en charge à l'hôpital de jour du CHU de Strasbourg où elle avait déjà été hospitalisée une fois au 3013 à l'âge de 17 ans.

## **2.1 Le début des troubles et la première hospitalisation**

La patiente a grandi dans un milieu rural alsacien, de parents bon vivants et modestes. L'alimentation occupe une place importante dans la famille : les repas y sont copieux et sont des moments privilégiés pour les échanges. Comme ses parents, elle développe rapidement un surpoids qui lui vaudra des moqueries à l'école primaire. Elle fait un premier régime à l'âge de 10 ans perdant 10 kg, puis en débute un second à 14 ans perdant du poids par palier jusqu'à ses 17 ans atteignant les 40 kg, soit 14,7 d'IMC. Durant cette perte de poids les attitudes parentales pour la « faire manger » sont diverses mais infructueuses : séduction, culpabilisation voire violence verbale et physique.

Face à ces difficultés alimentaires, la patiente bénéficie d'un suivi en centre médico-psychologique (CMP) mais qui ne suffit pas à contenir la perte de poids et elle est alors adressée en hôpital de jour en psychiatrie adulte où des soins spécialisés sont proposés puis finalement en hospitalisation complète au service de psychiatrie adulte sur un des lits fléchés pour les troubles des conduites alimentaires.

Durant cette hospitalisation, une première séparation familiale est mise en place. En effet, il est constaté un climat familial très délétère. Les conflits au domicile en lien avec l'anorexie mentale de Lucile sont quasi quotidiens et apparaissent contre-productifs. Mais il est surtout constaté un très faible degré d'autonomie pour l'âge, la mère de Lucile entretenant une grande proximité avec elle et apparaissant avoir toujours été au-devant des besoins de sa fille bien souvent avant même que ceux-ci n'apparaissent. Ainsi peut-t-on voir la patiente en difficulté pour faire ses lacets, savoir quels vêtements mettre selon la température extérieure ou encore entretenir les mêmes aspirations professionnelles que sa mère.

Cette première hospitalisation de trois mois permettra à la patiente une reprise pondérale mais aussi une amorce d'autonomisation.

## **2.2 La deuxième hospitalisation en psychiatrie d'adultes**

A l'issue de sa première hospitalisation la patiente poursuit un suivi en CMP, son poids reste dans la limite basse mais reste stable.

Après trois ans de suivi sur son CMP de secteur, elle rechute atteignant le poids de 35 kg, soit 12,8 d'IMC, et est réhospitalisée sur un lit dédié au trouble des conduites alimentaires au service de psychiatrie d'adultes.

Elle bénéficie alors des soins habituellement proposés dans ce service pour les patientes souffrant d'anorexie mentale restrictive : entretien régulier avec le responsable médical de l'unité, prise en charge bifocale par les internes de l'unité, prise en charge diététique, prise en charge ergothérapique, prise en charge à médiation corporelle par la kinésithérapeute et participation à un groupe de parole pour patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Durant les premiers temps d'hospitalisation, il est constaté une mauvaise tolérance de l'état nutritionnel : hypotensions et bradycardies avec malaises, œdèmes des membres inférieurs. Un contrat pondéral est passé avec pour objectif une prise d'au moins 500 g par semaine. Ce contrat comme l'ensemble du cadre de soins sera testé et mis à mal à la fois par la patiente mais également par ses parents qui enfreindront à plusieurs reprises les horaires de visite prévus, soutiendront des demandes de sorties définitives inadaptées, inciteront Lucile à enfreindre le cadre de soins et se

montreront très critiques des soins les accusant même parfois d'avoir un caractère maltraitant ou iatrogène. Quant à son évolution pondérale, elle ne sera marquée par des gains significatifs que lorsque la question de la pose d'une sonde naso-gastrique sera évoquée.

Il apparaît comme lors de sa première hospitalisation, un très faible degré d'autonomie et d'individualisation et ses affects, rationalisations et défenses apparaissent directement plaqués sur ceux de sa mère. En psychothérapie, la patiente fait preuve de faibles capacités d'élaboration et se montre très superficielle.

Au bout de plusieurs semaines devant le non-respect du contrat pondéral, les attaques répétées du cadre de soins, la faible disponibilité psychique de Lucile et les complications liées à la dénutrition, il est décidé d'un transfert dans le service de nutrition de l'hôpital de Hautepierre pour les suites de la prise en charge.

La patiente passera moins de 24 heures dans le service de nutrition : elle demanda rapidement sa sortie définitive disant ne pas supporter le cadre de soins de ce service et, malgré des semaines de plaintes de sa part contre celui du service de psychiatrie adulte, demande à y être retransférée ou à sortir définitivement. Elle sort alors définitivement du service de nutrition et est vue en consultation psychiatrique le lendemain avec ses parents. Face à ce nouveau refus de soins que constitue la sortie du service de nutrition, les risques physiques encourus et le déni des troubles entraînés par son anorexie mentale, elle est hospitalisée sous contrainte à la demande d'un tiers avec l'accord de ses deux parents à la clinique psychiatrique.

Cette réadmission donna lieu à un nouveau cadre de soins : une nutrition entérale par sonde naso-gastrique fut débutée et, devant le caractère envahissant, il fut décidé en accord avec les parents une séparation familiale totale.

Lors de cette séparation familiale la patiente présenta des moments de rébellion à caractère régressif et puérule : pleurs, hurlement, demandes répétitives et envahissantes de revoir sa famille et d'ouvrir le cadre de soins.

A côté de ces moments de conflits éprouvants pour l'équipe soignante, Lucile présenta paradoxalement une plus grande disponibilité psychique pour les divers soins proposés jusque-là et commença à les investir : ateliers à médiations, ergothérapie et psychothérapie. Elle gagna alors progressivement en capacité d'élaboration et de différenciation.

Sur le plan alimentaire après l'introduction de cette séparation familiale, Lucile apparut ne plus être en lutte. Malgré la sonde elle ne chercha pas à compenser les apports et mangeait ses plateaux. La nutrition entérale fut donc rapidement arrêtée devant une bonne évolution pondérale et le fort désinvestissement du caractère conflictuel que pouvait prendre la question alimentaire.

Quant aux parents, ils sont reçus régulièrement par le responsable médical de l'unité afin de les inviter à adopter une position plus adaptée vis-à-vis de leur fille, à avoir une meilleure adhésion thérapeutique et à préparer la levée de la séparation.

Après deux mois de séparation familiale, devant la bonne évolution tant sur le plan psychique que pondéral, il fut décidé une ouverture progressive du cadre. Dans un premier temps, le contact de Lucile avec ses parents fut limité. Elle bénéficia une permission par semaine, d'un entretien hebdomadaire entre Lucile ses parents et le chef de clinique et enfin de séances de thérapie familiale selon un modèle élaboré dans le service et que nous développerons plus tard : les entretiens familiaux joints. Elle bénéficie donc d'un cadre doublement étayant à la hauteur des enjeux thérapeutiques.

Au début, ces permissions furent des moments de restrictions alimentaires associés à des pertes de poids et les repas en famille semblaient à nouveau être le vecteur de manifestation des conflits. Les entretiens avec le chef de clinique, la thérapie familiale ainsi que les entretiens individuels permirent d'ouvrir à d'autres modes de conflictualisations et après deux autres mois d'hospitalisation l'alimentation de la patiente lors des permissions apparut satisfaisante.

Après un total de cinq mois d'hospitalisation, sa posture corporelle et son état psychique s'étaient bien améliorés comme en témoignait sa reprise pondérale : arrivée à 35 kg elle en pesait 50. Devant cette évolution très favorable elle put sortir définitivement de l'hôpital. Elle poursuivit ensuite les soins à l'hôpital de jour où son état continua de s'améliorer ce qui lui permit de reprendre ses études puis une activité professionnelle dans un domaine distinct des membres de sa famille, de développer un lien amoureux et ultérieurement d'arrêter le suivi en accord avec les médecins.

### **3. Conclusion**

A travers ces deux cas cliniques nous avons pu voir la complexité que peut poser la prise en charge d'une forme grave d'anorexie mentale et pourquoi il convient de s'intéresser à la question du cadre de soins et de s'interroger sur la place de la coercition. Mais nous allons tout d'abord nous intéresser à la forme que peuvent prendre les soins en milieu hospitalier.

## **Partie 4 :**

# **Les soins en milieu hospitalier**

### **1 L'hospitalisation**

L'hospitalisation est une étape possible mais non obligatoire qui peut survenir à différents moments du parcours de soins tels qu'en urgence dès la première consultation ou au décours d'une prise en charge ambulatoire intensive et pluridisciplinaire qui apparaît insuffisante pour éviter un risque significatif pour la santé. Une consultation de préadmission avec discussion du projet de soins est nécessaire lorsqu'elle n'est pas réalisée en urgence.

Elle peut être réalisée dans un service d'hospitalisation psychiatrique, dans un service spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire ou dans des services de soins somatiques : pédiatrie, nutrition, médecine interne voire réanimation. Cela se discute au cas par cas selon les structures de soins disponibles et les indications ayant conduit à l'hospitalisation, ou selon l'orientation définie par le médecin traitant.

La HAS dans ses dernières recommandations (1) a publié des critères d'hospitalisation et des critères d'hospitalisation en urgence de plusieurs natures : somatiques, psychiatriques et environnementales.

Les principaux critères somatiques sont : une perte de poids rapide (plus de 2 kg/semaine ou 20 % du poids en 3 mois), une aphagie totale, un refus de boire, des malaises/pertes de connaissance, un épuisement, une hypotension, une hypothermie, une bradycardie, une hypoglycémie, des troubles hydroélectrolytiques (hyper ou hyponatrémie, hypokaliémie, hypophosphorémie), une insuffisance rénale, une leucopénie. La HAS définit les limites d'IMC devant conduire à une hospitalisation : < 14 kg/m<sup>2</sup> au-delà de 17 ans, < 13,2 kg/m<sup>2</sup> à 15 et 16 ans et <12,7 kg/m<sup>2</sup> à 13 et 14 ans. Aucune recommandation n'est faite pour les enfants en dessous de 13 ans.

Les principaux critères psychiatriques sont : un risque suicidaire élevé, une comorbidité dont l'intensité justifie une hospitalisation (dépression, trouble obsessionnel compulsif, symptômes psychotiques etc.), une idéation obsédante intrusive et permanente, une activité physique excessive et compulsive, des conduites de purges intenses

Les principaux critères environnementaux sont : l'épuisement familial, les conflits familiaux sévères, l'absence de traitement ambulatoire possible.

A côté de ces critères d'hospitalisation, il existe des indications d'hospitalisations en urgence : risque suicidaire élevé, hypokaliémie sévère, insuffisance hépato-cellulaire, insuffisance cardiaque, défaillance multiviscérale, septicémie, atteinte neurologique centrale et/ou périphérique.

Ces critères ont vocation à guider le clinicien mais ne doivent pas se substituer à son jugement clinique. En pratique les hospitalisations et leurs lieux sont donc décidés selon ces trois grands types de facteurs : somatiques, psychiatriques et environnementaux.

## **2 La prise en charge institutionnelle** (22) (80) (81) (2)

La prise en charge institutionnelle constitue la pierre angulaire des soins, car comme nous l'avons vu, l'anorexie mentale est avant tout une pathologie du lien, lien entre la patiente et son environnement, environnement qui à la fois conditionne cette réaction pathologique et à la fois en subit les conséquences dans une boucle qui s'auto-entretient. Outre les soins psychiatriques et somatiques, l'hospitalisation permet une évaluation et une analyse des interactions de la patiente avec son environnement et doit lui permettre de s'ouvrir à des modalités relationnelles nouvelles. En effet, sur la scène institutionnelle vont se rejouer des conflits habituellement localisés sur la scène familiale. Il est dès lors important que l'institution ouvre à d'autres modes de résolution de ces conflits.

Toute la difficulté de la prise en charge de l'anorexie mentale en milieu hospitalier est de rendre compatibles et d'arriver à articuler un traitement symptomatique et un abord psychothérapeutique. Comme le rappelle Brusset : *« s'il est à l'évidence insuffisant de ne se soucier que de la reprise du poids il n'est pas toujours possible de ne pas tenir compte de la perte de poids »* (22) et pour Jeammet *« Si vouloir contraindre ces patientes à guérir est un piège narcissique dangereux, il serait encore plus risqué de les abandonner à l'évolution spontanée de leur*

*comportement* » (2). Le danger est donc double : ne retenir que les aspects psychiques de l'anorexie et les significations qu'elle porterait en négligeant le corps ou au contraire s'enfermer dans une prise en charge centrée sur le poids et l'alimentation qui ne ferait finalement que « *reprendre la lutte là où les parents l'ont abandonnée* »(22), certes avec des moyens supérieurs, mais qui n'est pas à même d'apporter les réponses nécessaires à une rémission stable et durable.

Sur le plan physique, l'hospitalisation vise donc à une reprise pondérale et à la prise en charge et prévention de toutes les complications somatiques liées à l'anorexie mentale.

Sur le plan psychique les objectifs sont multiples : travailler les questions de dépendance et d'autonomie, d'attachement et de séparation, mettre en contact la patiente avec la réalité de son monde interne et de son fonctionnement mental, redonner à l'appareil psychique sa fonction d'élaboration des conflits et l'aider à regagner une image positive d'elle-même.

Devant tous ces objectifs, la prise en charge pluridisciplinaire est donc la règle. Au-delà des apports spécifiques à la discipline de chaque intervenant cela va permettre de diffracter le transfert et ainsi éviter à la patiente de recréer un lien exclusif potentiellement pathologique.

Dans le prolongement des idées de Winnicott, Corcos insiste sur la fonction de *holding* que doit porter l'institution et « *sa dimension maternelle réparatrice d'une attitude toujours prévisible et fiable de constante attention et de bienveillance maintenue en dépit des variations d'humeur et des agressions de la patiente, qui ne sont pas pour autant ignorées* »(80)

Dans cette idée de *holding*, les réunions cliniques et de manière globale les échanges autour de la patiente occupent une grande place par leurs fonctions de mettre du sens et de rendre intelligible ce que la patiente tend à projeter dans les différents espaces qui lui sont offerts, de lui restituer d'une manière ou d'une autre et de l'aider à en supporter l'angoisse. Nous pouvons rapprocher cela à l'une des tâches que le psychiatre et psychanalyste Wilfried Bion accorde à la fonction maternelle (82) à savoir convertir les excès de données non élaborées que le bébé projette sur le monde extérieur, appelées *éléments bêta*, en matériel élaboré que le psychisme du bébé est capable de supporter et donc d'introjecter, appelé *éléments alpha*. Bion parle ici de « *rêveries maternelles* ». Il souligne qu'en cas d'incapacité pour la psyché de la mère à tolérer et donc métaboliser les projections de son enfant, le recours à la projection va s'intensifier mais également que la « somatisation » va être une des voies d'évacuation de ces *éléments bêta* en excès. On comprend dès lors que chez ces patientes, comme dans tout trouble marqué par un haut degré d'alexithymie, il est primordial que l'institution soit en mesure de supporter les projections massives et angoissantes qu'elle va recevoir, faute de quoi, par défense elle deviendra rejetante et donc ne fera pas soin, ce que l'on ne manque malheureusement parfois pas d'observer, soit par manque de préparation des services, soit par la gravité de l'atteinte psychique de la patiente.

La question du cadre, de ses modalités et de son intérêt qui font partie intégrante du travail institutionnel sera développée ultérieurement.

## **3 Le traitement médicamenteux**

### **3.1 Les psychotropes**

A ce jour, aucune molécule n'a montré son efficacité pour l'amélioration de la symptomatologie anorectique. Pour autant l'usage des psychotropes n'est pas contre-indiqué ou déconseillé, ils peuvent notamment avoir leur intérêt dans la prise en charge des comorbidités.

#### **3.1.1 Les antidépresseurs**

Malgré l'action des antidépresseurs sur les neurotransmetteurs perturbés dans l'anorexie mentale (sérotonine, dopamine et noradrénaline) ainsi que bien souvent la présence de symptômes dépressifs et/ou anxieux et/ou obsessionnels-compulsifs chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, leur utilisation s'est montrée décevante. (83)

La dénutrition en elle-même peut provoquer des symptômes de type dépressif, anxieux ou obsessionnels-compulsifs probablement en raison des carences multiples notamment en tryptophane, précurseur de la sérotonine. La renutrition peut alors à elle seule conduire à la résolution de ces symptômes. Si les apports en protéine restent faibles une supplémentation en tryptophane pourrait aider avec ces symptômes comorbides ou potentialiser l'effet d'un traitement antidépresseur (84).

Si des troubles comorbides venaient à persister malgré la restauration d'un statut nutritionnel satisfaisant ou plus précisément lorsque ceux-ci sont particulièrement sévères, un traitement par antidépresseur type inhibiteurs de recapture de la sérotonine, de meilleure tolérance, apparaît justifié.

### **3.1.2 Les neuroleptiques**

Les neuroleptiques ont suscité l'intérêt dans le cadre de la prise en charge de l'anorexie mentale, non en raison de leurs propriétés anti-productives, mais en raison de leurs autres propriétés : anxiolytiques, augmentation de l'appétit et de la prise alimentaire, effet sédatif conduisant à une diminution de l'activité physique, diminution du métabolisme basal.

L'olanzapine, neuroleptique atypique bien connu pour ses propriétés anxiolytiques mais aussi pour ses effets sur la prise de poids chez les autres patients, est le plus étudié dans l'anorexie mentale. Il semble avoir des effets modestes sur la prise de poids à moyen terme (85) mais comme les autres neuroleptiques il n'a pas d'effet sur les préoccupations corporelles ou pondérales des patientes (86).

En raison de leurs effets secondaires, leurs prescriptions doivent être prudente chez des patientes aux paramètres physiques déjà altérés. Seuls les neuroleptiques atypiques, moins pourvoyeurs d'effets secondaires, ont donc leur place dans la prise en charge d'anorexie mentale sévère et les neuroleptiques typiques sont totalement à proscrire.

Les prescriptions de neuroleptiques atypiques se discutent donc, au cas par cas, en cas d'hyperactivité physique intensive ou d'angoisses massives sur lesquelles les mesures non médicamenteuses ont échoué. Ils trouvent également leur place dans le traitement des comorbidités d'ordre psychotique.

### **3.1.3 Les benzodiazépines**

La place des benzodiazépines dans la prise en charge de l'anorexie mentale apparaît très limitée, voire nulle, en raison d'un rapport bénéfice risque peu favorable.

Malgré leur fort pouvoir anxiolytique aucune donnée ne suggère un effet sur la symptomatologie anorectique même quand celle-ci semble liée à une forte charge anxieuse (87).

Elles entraînent une accoutumance et un risque de dépendance et leurs effets secondaires tels que l'amnésie antérograde et les difficultés de concentration pourraient impacter négativement le travail psychothérapique. Leur utilisation doit donc rester occasionnelle et de courte durée.

### **3.1.4 Les autres anxiolytiques**

L'hydroxyzine, antagoniste des récepteurs histaminergiques H1, présente des propriétés anxiolytiques et apparaît être une bonne alternative aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et d'une meilleure tolérance globale. En raison d'un risque d'allongement du QT, il faudra toujours veiller à respecter les contre-indications et à surveiller les interactions médicamenteuses.

### **3.1.5 Les thymorégulateurs**

Les études suggèrent une fréquence plus élevée de troubles bipolaires chez les patientes souffrant d'anorexie mentale que chez le reste de la population (88) (89) (90) mais également des formes plus sévères en cas de comorbidité avec un trouble bipolaire (88).

Les thymorégulateurs trouvent donc leur place dans le traitement d'une éventuelle comorbidité avec un trouble bipolaire.

Le topiramate et le zonisamide sont déconseillés en raison de la perte de poids qu'ils peuvent induire et d'autres molécules telle que le lithium, le valproate de sodium (en respectant scrupuleusement les précautions d'emploi quant aux mesures contraceptives) ou la lamotrigine leur sont préférables. (91)

## **3.2 Les traitements non psychotropes**

Les traitements non-psychotropes consistent principalement dans le traitement et la prévention des complications de la dénutrition : correction des troubles hydroélectrolytiques, comblement des carences vitaminiques puis supplémentation journalière en polyvitamine.

La renutrition expose au risque de syndrome de renutrition inapproprié. En effet, lors d'un déficit calorique chronique trop important les stocks de glucides sont déplétés et il existe une diminution du volume intracellulaire. Lorsque la renutrition est trop brutale, l'apport massif en glucides va provoquer une sécrétion d'insuline et la reprise du métabolisme glucidique. La reprise de l'anabolisme sous l'effet de l'insuline, va

provoquer un afflux massif d'ions vers le secteur intracellulaire aux dépens du secteur extracellulaire entraînant des désordres hydroélectrolytiques : hypokaliémie, hypophosphatémie et hypomagnésémie. Ces désordres hydroélectrolytiques peuvent conduire à des manifestations neurologiques et cardiaques potentiellement mortelles. La surcharge glucidique peut également être responsable d'une rétention hydrosodée pouvant conduire à une insuffisance cardiaque ou un œdème pulmonaire. Enfin la thiamine, qui est un cofacteur du métabolisme glucidique, voit ses stocks être brutalement mobilisés. La carence en thiamine peut être responsable d'une encéphalopathie de Gayet Wernicke ou d'un syndrome de Korsakoff.

La prévention de ce syndrome passe par une renutrition progressive, une supplémentation en thiamine avant la renutrition, une supplémentation quotidienne en électrolyte (potassium, phosphore, calcium, magnésium) et une surveillance biologique (92).

#### **4 La psychothérapie individuelle (2) (23) (80)**

La psychothérapie individuelle peut être assurée par un psychologue ou un psychiatre. A ce jour, aucun type de psychothérapie individuelle ne se dégage comme étant plus efficace qu'une autre et les approches spécifiques pour les troubles du comportement alimentaire n'apparaissent pas supérieures à des approches plus traditionnelles et aspécifiques. (93) (94) (95).

C'est ce que rappelle également la HAS dans ses dernières recommandations : « *Les experts du groupe NICE (22) ont conclu que les prises en charge psychologiques spécifiques de l'anorexie mentale avec plus d'appuis thérapeutiques n'avaient pas*

*montré plus d'efficacité que les prises en charge « usuelles », avec moins d'appui thérapeutique, en termes de gain de poids et de proportion de patients guéris. Selon ces mêmes experts, il est difficile de suggérer qu'une psychothérapie particulière (thérapie interpersonnelle, thérapie focale psychodynamique, thérapie analytique cognitive, thérapie familiale) soit supérieure à une autre dans la prise en charge des adultes souffrant d'anorexie mentale, que ce soit à la fin de la prise en charge lors du suivi, et cela même en termes d'acceptation de la prise en charge ».*

Dans leur étude de 2009 Thompson-Brennet et al (96) retrouvent qu'un tiers des psychothérapeutes utiliseraient des approches psychodynamiques, un tiers des approches cognitives et comportementales et un tiers des approches « éclectiques » et que, plus globalement, les psychothérapeutes se réclamant d'orientation psychodynamiques ou cognitivo-comportementales utiliseraient sur le terrain les deux types d'approche.

Dans leur revue de la littérature de 2013, Dancyger et al (97) mettent en évidence l'écart qui existe entre la pratique clinique et les études scientifiques. Ils rappellent que les études concernant les approches psychodynamiques sont peu nombreuses bien que pourtant très largement utilisées et que des preuves de leurs efficacités existent, comme le suggère également une revue de la littérature plus récente (98), et que les effets démontrés des thérapies cognitives et comportementales restent limités malgré de très nombreuses études. Dancyger et al. remettent en cause les manières d'évaluer les psychothérapies dans les TCA. Le *gold standard* que constituent les essais contrôlés randomisés qui, afin de limiter les biais, portent sur des symptômes spécifiques chez des sujets sans comorbidité, est loin de constituer la réalité clinique générale. En pratique, les patients ayant des comorbidités telles qu'un trouble de la personnalité seraient bien plus souvent traités par des approches psychodynamiques

et l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) chuterait chez ces patients, d'autant plus que la durée de la thérapie est longue. Les approches psychodynamiques seraient alors plus efficaces chez ces patients avec des comorbidités et une durée de prise en charge longue. Les patientes "complexes" nécessiteraient alors en pratique clinique des approches complexes qui ne peuvent être réduites à des protocoles de psychothérapie standardisés.

Thompson-Brenner et al (96) concluent que les thérapies psychodynamiques et les psychothérapies cognitivo-comportementales ont toutes deux montré une efficacité et s'avèrent particulièrement utiles mais de manière différente. En pratique clinique, elles seraient utilisées conjointement et leurs effets pourraient agir de manière synergique.

Des auteurs ont néanmoins mis en garde sur certaines approches :

- Brusset (22) sur celles qui sont centrées sur le symptôme alimentaire et qui méconnaîtraient activement les déterminismes psychiques sur lesquels « *la patiente a organisé ses défenses et sur lequel son entourage a déjà tenté différentes méthodes* ». En faisant fi des mobiles inconscients, des phénomènes de transfert, d'attachement, d'identification et de différenciation, de telles approches ne seraient pas à même de fournir aux patientes les outils qui leur permettraient réellement de dépasser les conflits qui y sont rattachés. Elles ne sont pour autant pas à rejeter complètement, bien au contraire, mais elles doivent alors être prises dans un programme de soins où les aspects qu'elles ne prendraient pas en compte sont intégrés.

- Pour Corcos (33), Jeammet (99), Hilde Bruch (35) et Brusset (23) la *cure psychanalytique* classique est à proscrire, car il serait illusoire pour le thérapeute face à cette pathologie de chercher à maintenir une stricte neutralité qui serait en plus contre-productive chez des patientes en besoin de renarcissisation mais également parce que leurs capacités d'association et d'accès à leur monde intérieur sont grandement altérées.

- Hilde Bruch déconseille des approches qui mettraient la patiente en position de se sentir « *soumise aux interprétations de quelqu'un qui se présente comme connaissant mieux qu'elle ce qui se passe en elle* »(22) . Cette mauvaise prise en compte des aspects narcissiques de la patiente et de son souci d'intégrité et d'autonomie est à risque d'accroître ses défenses. Ainsi n'est-t-il pas rare de voir des patientes utiliser des interprétations hâtives comme des rationalisations défensives : le refus de grandir, le refus de la féminité, la rébellion envers les parents etc.

Pour Jeammet, l'objectif de la psychothérapie est de redonner à l'appareil psychique sa fonction d'élaboration et d'aménagement des conflits internes et externes, de « *réintroduire du sens et du relationnel là où la patiente a tendance à fonctionner dans le clivage, la désobjectalisation et le mécanique* » (2). Elle doit permettre à la patiente de développer ses capacités à faire du lien et à accéder à son monde intérieur et à en supporter les contradictions sans craindre d'être débordée par ses désirs, de perdre le contrôle d'elle-même ou de se désorganiser et lui permettre de se réapproprier son histoire et ses capacités à la penser sur le plan factuel et émotionnel.

Toute la difficulté pour le thérapeute va être de trouver la bonne distance avec chaque patiente pour « *éviter l'inanition psychique comme l'excitation excessive* »(23), « *éviter le double risque du gavage et du rejet en parlant trop ou trop peu* ». Il faut le plus souvent une participation psychique active du thérapeute, car comme nous l'avons souligné précédemment les patientes font souvent face à des difficultés de verbalisation, d'associations et d'imagination.

Mais la psychothérapie ne pourra être porteuse qu'après l'instauration d'un espace transitionnel sécurisé et d'une identification possible au psychothérapeute ce qui implique une attitude de *holding* (notion dont nous avons déjà souligné l'importance) de sa part demandant à la fois bienveillance, empathie, compréhension et un certain engagement et libidinalisation de la relation. Dans ce cadre seulement la patiente pourra se réapproprier « *l'apport psychothérapique, comme l'enfant se réapproprie l'apport parental par l'investissement de ses compétences, parmi lesquelles celles de son appareil psychique sont celles qui lui confèrent l'autonomie la plus grande en lui permettant progressivement de prendre soin de lui et de veiller à son avenir comme les parents l'ont fait en leur temps* »(2).

Lors de la psychothérapie, le thérapeute doit solliciter l'anamnèse associative, la mise en mots des vécus, des affects, des états du corps, des sensations corporelles, des pensées, des rêves et rêveries avec tout le tact et le temps nécessaires. Il travaille donc à la verbalisation des expériences subjectives habituellement évitées par l'agitation, par la fuite vers la réalité externe et l'action telles que l'obsession pour la nourriture, l'hyperactivité et la peur de grossir.

Comme Brusset le souligne, le thérapeute devra veiller à laisser à la patiente « *le bénéfice narcissique de la compréhension* »(23), car comme l'avons souligné dans nos mises en garde des interventions ressenties comme intrusives ne participent qu'à accroître les défenses de la patiente.

Il souligne également que lors de la thérapie « *le retour des affects, souvent lors d'un mouvement dépressif, est de bon augure, de même que, paradoxalement, la survenue de crises de boulimie, de conflits avec les parents* » (23) car il témoignerait de l'échec des défenses anorectiques et nous ramène à l'importance que le cadre psychothérapique puisse fournir un *holding* contenant et soutenant face à de tels effondrements.

## **5 La prise en charge diététique**

La prise en charge diététique occupe une grande partie de la prise en charge et comme le stipule la HAS (1) : « *l'approche nutritionnelle devrait être incluse dans tous les programmes de prise en charge de l'anorexie mentale* ».

Au CHU de Strasbourg en psychiatrie adulte, elle est globalement divisée en plusieurs moments distincts : les entretiens individuels avec la diététicienne du service, les repas thérapeutiques encadrés par les infirmiers, les ateliers *cuisine* encadrés, les ateliers *goût* et les groupes de paroles.

Au-delà de la reprise pondérale la prise en charge diététique a pour but d'aider à corriger les croyances erronées sur l'alimentation et le métabolisme, de redonner à la patiente une autonomie alimentaire, de restituer l'alimentation dans sa dimension

sociale et enfin de l'aider à recomposer avec les sensations de faim, de satiété et de plaisir.

Les entretiens individuels avec la diététicienne vont permettre l'éducation thérapeutique de la patiente et la composition de plateaux personnalisés, d'un commun accord entre les impératifs nutritionnels et les goûts de la patiente, qui lui seront servis tout au long de son hospitalisation. Les « interdits » de la patiente seront respectés dans un premier temps puis travaillés petit à petit au cours de l'hospitalisation. Les quantités initiales des plateaux sont à adapter au cas par cas. Moins la patiente s'alimentait plus les quantités initiales devront être faibles et l'augmentation progressive afin de prévenir les risques de syndrome de renutrition inapproprié. Elles seront ensuite réévaluées avec pour objectif, en milieu hospitalier, une prise de poids d'environ 500 g par semaine ce qui correspond la plupart du temps pour les patientes à environ 2000 kcal/jour. L'évolution pondérale est surveillée et consignée à l'aide de pesées bi-hebdomadaires le matin au réveil.

Les repas se font systématiquement en présence de l'équipe soignante. Elle veille à redonner une structure au repas : temps du repas, ordre des plats etc. Elle accompagne avec une attitude soutenante et empathique les patientes dans leurs symptômes alimentaires comme les manifestations anxieuses et les rituels alimentaires, elle les encourage et les renforce positivement dans leurs efforts et enfin tend à assurer le côté convivial du repas. Les soignants présents et la patiente remplissent ensuite ensemble une feuille de suivi alimentaire qui sera transmis à la diététicienne. Chez les patientes présentant des conduites de purge un accompagnement post-prandial est également généralement proposé.

Plusieurs fois par mois ont lieu des ateliers *cuisine* dans le service, là encore accompagnés par l'équipe soignante et la diététicienne. Ils visent à l'éducation alimentaire de la patiente, à l'aider à combattre l'anxiété que peut produire la manipulation de certains aliments et plus globalement à normaliser ses relations avec la cuisine. Les patientes mangent ensuite ce qu'elles ont préparé ce qui donne en général une idée de leur autonomie, car contrairement aux plateaux elles doivent se servir d'elles-mêmes sans connaître exactement les quantités et les calories.

Enfin, au service adulte du CHU de Strasbourg, une fois par semaine, la diététicienne anime un atelier thérapeutique appelé atelier *goût* dont l'objectif est de faire redécouvrir aux patientes les qualités organoleptiques des aliments en utilisant les sens, de redonner à chaque aliment sa place dans l'alimentation et de parvenir à l'élaboration de repas basés sur les règles de l'équilibre nutritionnel. D'une durée d'une heure et demi, ces ateliers ont des contenus très divers d'une séance à l'autre. Ils peuvent concerner le goût et les patientes sont alors invitées à goûter des aliments les yeux bandés et à partager à l'oral ou par écrit leur expérience. De la même manière, ils peuvent alors être centrés sur l'odorat ou le toucher. Au-delà des sens, ces ateliers peuvent avoir comme thème un travail imaginaire autour de l'alimentation : lectures de contes et poèmes ou encore productions artistiques. Ils peuvent aussi être plus pragmatiques et concerner des aspects spécifiques de l'alimentation : intérêts nutritionnels des aliments, budget alimentaire, élaboration de menus, aspects sociologiques etc. Autrement dit, au cours de ces ateliers, l'alimentation va être explorée sous tous ses aspects.

Comme nous pouvons le voir, la prise en charge diététique occupe une place importante et ne se limite pas qu'à une simple éducation nutritionnelle mais propose un véritable abord symptomatique de la pathologie. Les diététiciens prenant en

charge des patientes souffrant d'anorexie mentale usent bien souvent d'outils psychothérapeutiques. D'une part, les outils issus des TCC occupent ici une place de choix, par exemple en les aidant à identifier et se défaire des croyances erronées concernant l'alimentation. Mais nous pouvons aussi voir que l'atelier *goût* suit l'idée générale que nous avons donné des soins psychiques de ces patientes : favoriser le travail associatif et imaginaire, le vécu corporel et tenter de réduire les processus de clivage. Lors du dernier paragraphe nous avons évoqué l'intérêt de travailler avec plusieurs outils psychothérapeutiques différents, la prise en charge diététique et son approche symptomatique apparaît alors très bien compléter une psychothérapie individuelle psychodynamique et comme le suggère Thompson-Brenner et al (96) avoir un effet synergique.

## **6 Les entretiens parentaux**

*« Qu'on ne s'étonne pas de me voir, contrairement à nos habitudes, mettre toujours en parallèle l'état morbide de l'hystérique et les préoccupations de son entourage. Ces deux termes sont solidaires et on aurait une notion erronée de la maladie en bornant l'examen à la malade. Du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est ici hors de doute, le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître » (71).*

C'est dès les premières descriptions cliniques chez Lasègue que nous retrouvons l'idée que l'anorexie mentale n'est pas une pathologie d'expression purement individuelle, mais que nous retrouvons chez l'entourage, et les parents en premier lieu, tout un

panel de symptômes, dans un sens large du terme, soit un ensemble de comportements, d'attitudes, de manières d'interagir et de pensées pathologiques, sans préjuger qu'ils soient une des causes ou une des conséquences de l'anorexie mentale. Au cours de l'hospitalisation, cette « symptomatologie parentale » va s'exprimer au même titre que la symptomatologie de la patiente elle-même. De la même manière que la patiente va venir opposer des défenses au traitement et à la guérison, les parents vont faire de même, de manière conjointe et synergique ou non. C'est pourquoi leur place dans la prise en charge a toujours constitué un élément important chez les spécialistes de la question. Nous pouvons par exemple citer Hilde Bruch (35) : « *Le phénomène est si manifeste et si outré dans certains cas qu'il est impossible de concevoir un travail thérapeutique efficace sans changer les interactions nuisibles. Chaque fois que j'ai cédé à certaines pressions pour accepter un patient sans en même temps voir sa famille, ou quand les circonstances extérieures ont pu me laisser croire que le patient était en bonne voie sur le plan de son indépendance personnelle, j'ai dû le regretter* ».

Les entretiens parentaux, soit des temps d'entretien spécifiques où ne sont présents que les parents et le médecin référent, sont une des modalités possibles d'intégration des parents dans les soins. Ils permettent d'accueillir et de canaliser les angoisses, les affects dépressifs et la culpabilité qui affectent nécessairement à un moment ou un autre les parents d'enfants souffrant d'anorexie mentale, de les renarcissiser dans leur rôle de parent, de différencier ce qui est de la fonction soignante et ce qui est de la fonction parentale pour ne pas être en position de concurrence.

Mais ils leur offrent surtout un espace de différenciation par rapport à leur fille. Comme Jeammet le fait remarquer (99), il est très courant de constater que parallèlement à une évolution positive en termes de symptomatologie et

d'investissement dans les soins de la part de la patiente, il y a une pression de celle-ci vis-à-vis de ses parents pour la faire sortir de l'hôpital et mettre un terme aux soins pouvant aller jusqu'à la menace suicidaire. Il conçoit cela comme une façon pour l'adolescente de tester ce qu'elle perçoit chez ses parents : leurs difficultés à accepter la séparation et le conflit. La seule réponse sécurisante que peuvent fournir les parents face à cette demande est alors de ne pas céder, car cela reviendrait à fournir les preuves suffisantes à l'adolescente qu'ils ne sont pas prêts à accepter la séparation et le conflit et la conforte donc dans sa pathologie. Les entretiens parentaux permettent là d'aider à ce que les parents changent suffisamment pour s'adapter aux changements de leur fille. On peut observer dans ces entretiens les éléments dysfonctionnels dans les relations entre les parents et leur fille. Ainsi peut-on pouvoir observer l'un des parents prêter à sa fille ses propres désirs ou ses propres émotions, comme un moment dépressif ou anxieux. On va également pouvoir observer l'un des parents coller au discours de l'adolescente sans tenir compte de ce qu'elle peut donner à voir par ailleurs, comme en ce qui concerne son état de santé ou son adhésion aux soins. Mais encore, on pourra observer une absence d'expression de motion agressive envers leur fille malgré la « pénibilité » que peut faire peser sa pathologie sur eux.

C'est dans ces entretiens que le médecin, notamment en apportant des éléments de réalité, va pouvoir aider les parents à différencier ce qui est de leurs affects et de ce qui est de leur fille, les aider à percevoir la complexité et les contradictions qui peuvent exister chez elle et enfin les aider à reconnaître l'existence des conflits qui pourraient émerger et à en dédramatiser l'impact.

## 7 La thérapie familiale (28) (74)

Dans la même idée de ne pas borner les soins à une thérapie purement individuelle, il est possible d'initier (ou de poursuivre) une thérapie familiale en cours d'hospitalisation. Née aux Etats-Unis dans les années 50 puis par la suite importée en Europe, les écoles de systémique se sont très largement intéressées aux troubles du comportement alimentaire et leurs apports tant sur la compréhension de la psychopathologie que sur leurs traitements est important.

Les premières écoles de Minuchin aux Etats-Unis et de Selvini Palazzoli en Italie mettaient un lien de causalité directe, presque unifactoriel, entre une *famille dysfonctionnelle* et l'apparition d'une anorexie mentale chez une jeune fille avec le modèle de la *famille psychosomatique* ou de la *famille anorexigène*. Cette manière de concevoir l'anorexie mentale, c'est-à-dire restreindre les facteurs étiologiques de l'anorexie mentale à des variables essentiellement familiales, a peu à peu été abandonnée par les écoles de systémie au profit d'un modèle étiologique plus complexe *bio-psycho-social*, où le facteur familial n'est qu'un facteur parmi d'autres, et où il est reconnu que faire la part des choses entre les causes et les conséquences de l'anorexie mentale est très complexe. L'abandon de ces anciens modèles qui avaient tendance à désigner comme coupables les familles a permis de les impliquer sous un autre angle : les reconnaître comme faisant avant tout partie de la solution plutôt que du problème, centrer la prise en charge sur les « ressources » plutôt que sur les « déficits » de la famille.

Il existe de nombreux modèles de thérapie familiale et les pratiques varient selon les hôpitaux. Elles sont en tout cas recommandées par la HAS (1) avec un niveau de recommandation de grade B pour les enfants et les adolescents. Même s'il existe un

grand nombre d'études qui tendent à montrer une efficacité de la thérapie familiale, la dernière méta-analyse Cochrane (100) parue en 2018 conclut à un faible niveau de preuve de ces études.

Au service de psychiatrie d'adulte du CHU de Strasbourg, la thérapie familiale chez les patientes hospitalisées se fait sur la base d'*entretiens familiaux joints* (101). Au service de psychiatrie pour adolescent du CHU de Strasbourg, des entretiens familiaux systémiques sont proposés. Au cours de ces entretiens où la patiente et sa famille sont présents, le psychologue est accompagné du psychiatre référent du projet de soins. Ce dispositif tend à se démarquer des modèles habituels plutôt destinés aux enfants et aux adolescents en s'inscrivant dans le contexte de la post-adolescence. La fonction thérapeutique spécifique des entretiens familiaux joints sera « *d'offrir à la fois aux patients et aux parents (parfois avec la fratrie) un lieu d'élaboration visant à permettre de vivre l'hospitalisation non comme une halte avant un retour au foyer – comme à l'adolescence –, mais comme prélude voire premier pas d'un parcours d'affranchissement évolutif. Ils constituent ainsi une occasion de ressaisir ce moment d'hospitalisation comme un relais, où l'institution hospitalière représente à la fois un substitut transférentiel au cercle familial et une étape vers l'émancipation. C'est pourquoi les résistances et les attaques qu'on y constate vis-à-vis de la perspective d'une séparation irréversible (l'émancipation) proviennent aussi bien des parents que du jeune adulte, suivant une dynamique familiale qui s'y révèle progressivement* » (101). La présence du psychiatre référent permet de donner un point d'ancrage à la dynamique des entretiens. En effet, la patiente et sa famille vont pouvoir s'exprimer sur le cadre de soins ce qui va avoir pour effet de faire ressortir les angoisses liées aux processus de séparation/affranchissement. Le psychologue pourra alors s'appuyer sur ce matériel là pour travailler.

En pratique, l'orientation vers une thérapie familiale doit être préparée en amont et a une place différente selon le moment de la maladie : elle ne peut être initiée lorsque l'état somatique est trop précaire ou que l'envahissement de la pensée par la patiente est trop important. Lorsque le trouble est entré dans la chronicité, elle ne visera pas la guérison mais l'accompagnement et l'amélioration de la qualité de vie.

## **8 Autres soins**

Nous avons jusqu'ici dressé une liste non exhaustive de soins généralement mis en place lors d'une hospitalisation complète. Les pratiques varient ensuite d'un service à un autre en proposant différents autres types de soins.

Nous mentionnerons plus particulièrement les soins à médiations corporelles qui peuvent être assurés par des psychomotriciens, des kinésithérapeutes voire des membres du personnel infirmier. Réalisé de manière individuelle ou en groupe, ce type de soins vise à aider la patiente à se réapproprier son corps et les vécus qui y sont associés. A titre d'exemple nous pouvons retrouver dans ce type de soins des exercices de travail sur l'image corporelle où la patiente peut être invitée à se dessiner, à se regarder dans le miroir, à se comparer à des photos, le tout accompagné par le thérapeute. D'autres exercices invitent au lâcher-prise et à la stimulation de la proprioception. Lors de ces exercices, le thérapeute va mobiliser les articulations, les contours de la patiente à l'aide d'objet, etc. Nous retrouvons également des exercices de relaxation et de massages et des exercices « d'enveloppement ». Quoi qu'il en soit comme lors des autres soins que nous avons abordés, et peut être plus encore ici du fait de l'engagement du corps, la relation avec le thérapeute va être le socle du bon

déroulement des soins de même que le respect des composantes narcissiques et de l'autonomie de la patiente. Dans cette optique-là une place pour l'anamnèse associative sera toujours offerte à la patiente, que ce soit pendant ou après le soin.

Nous mentionnerons également les soins à médiations artistiques qui peuvent être animés par des ergothérapeutes, des art-thérapeutes ou encore des membres du personnel infirmier. De nombreux supports peuvent être utilisés pour ce type de soins : dessin, peinture, céramique, musique, écriture, lecture, conte etc. Nous l'avons vu, ces patientes font face à des difficultés d'imagination et de créativité, à une activité intellectuelle très procédurale et répétitive centrée sur des tâches formelles. Ce type de soins va aider les patientes à s'ouvrir à d'autres modes de fonctionnement, à faire preuve de relâchement et aussi à supporter, avec l'aide du thérapeute, l'imperfection qui pourrait émerger de leur production. Ces ateliers ont également l'avantage, par les médiations indirectes que sont les productions artistiques, de respecter les défenses de la patiente, de faire du travail associatif sans nécessairement s'engager narcissiquement.

Enfin nous pouvons mentionner l'activité physique adaptée qui peut être encadrée par des kinésithérapeutes ou des professionnels de la pratique sportive formés aux STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives). Lors de ces activités les patientes seront aidées à retrouver un rapport sain avec la pratique sportive. Le sport sera remis dans sa dimension ludique et dans sa dimension de plaisir et les patientes seront aidées à retrouver un contrôle sur leur hyperactivité physique bien souvent compulsive.

## **9 Conclusion**

Les soins en milieu hospitalier des patientes souffrant d'anorexie mentale reposent donc sur une prise en charge pluridisciplinaire dont la cohérence globale est donnée par une prise en charge institutionnelle. Les soins ne pourront toutefois pas se dérouler dans de bonnes conditions sans l'aide d'un outil indispensable que nous allons développer dans notre dernière partie : le cadre de soins.

## **Partie 5 :**

# **Le cadre de soins et la place de la contenance**

### **1 Le cadre de soin**

La question du cadre de soin dans la prise en charge de l'anorexie mentale en hospitalisation est largement débattue et n'a jamais fait complètement consensus. Nous l'avons vu, les pionniers en la matière ne s'accordaient pas sur le cadre à adopter, Marcé et Charcot prônaient l'isolement et la séparation avec le milieu familial et pour reprendre leurs propos *l'intimidation et la force* là où Lasègue voyait dans ce genre de méthodes une manière d'accroître les défenses de la patiente et de risquer de rendre le trouble chronique.

Nous retrouvons actuellement encore de grandes disparités dans la souplesse et la rigidité du cadre de soins selon les hôpitaux. Ainsi, à titre d'exemple, Bernard Kabuth (102) rapporte les effets du système de santé et du système judiciaire américain sur la prise en charge hospitalière de l'anorexie mentale : « *Au début, elles ne sont pas autorisées à quitter leur lit, la surveillance de la tension artérielle et de la fréquence*

*cardiaque se fait en continue sous scope. Elles ne peuvent se déplacer qu'en fauteuil roulant pour éviter les incidents et la consommation de calories par l'effort. Les deux premières semaines d'hospitalisation se font en général dans des conditions particulières car une infirmière ne quitte pas la patiente de toute la journée. Le soignant ne peut s'éloigner d'elle de plus de « la distance d'un bras tendu », même aux toilettes », ce qui apparaît bien loin de la pratique moyenne française.*

Dans leur article *Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel* (103) Christophe Chaperot et al. donnent un certain nombre de définitions. On peut entendre par cadre chez l'individu « *ce qui organise la vie psychique* » en « *contenant le pulsionnel, enserrant la jouissance, fixant quelque balisage au processus primaire* ».

D'un point de vue institutionnel ils définissent le cadre thérapeutique comme « *une armature symbolique prolongée de ses tenants lieux imaginaires* » et de manière plus pratique comme « *l'ensemble des mesures et prescriptions qui établissent des limites aux comportements, de même qu'il consiste en la matrice sensée favoriser l'élaboration psychique ou l'articulation au champ social* » . Ils définissent le cadre général comme « *l'ensemble des règles institutionnelles qui valent pour tous, à la façon de l'énonciation explicite d'un règlement* » et le cadre singulier « *a contrario, n'a pas de valeur générale puisque l'institution l'adresse à un sujet. Il s'agit des mesures thérapeutiques spécifiques, mesures de sécurité, projet thérapeutique, élaborés par l'institution et dont une part reste souvent inconsciente (d'où l'intérêt de l'analyse institutionnelle)*. Outre cet aspect partiellement inconscient, le cadre singulier est modulable, adaptable, évolutif ».

Au sein de ce cadre singulier ils posent deux autres notions : la notion d'*épi-cadre* qu'ils définissent comme « *l'apport institutionnel* » et la notion d'*hyper-cadre* qu'ils définissent comme « *l'élaboration par le sujet de son propre système de balisage de la jouissance* ».

Les auteurs insistent sur le caractère incomplet que doit avoir l'*épi-cadre* afin que le sujet puisse construire son propre *hyper-cadre* amenant cet *épi-cadre* à se restreindre petit à petit.

Il n'est pas possible d'appliquer exactement le reste de la réflexion des auteurs qui se basent avant tout sur le cas de la psychose dans lequel l'organisation psychique est très anarchique, par un manque de limite, à l'anorexie mentale. Dans le cas de l'anorexie mentale, l'appareil psychique apparaît avant tout marqué par des limites très rigides et restreintes posées à la vie pulsionnelle et à la jouissance. Dans cette perspective, le cadre thérapeutique même lorsqu'il est d'apparence peu permissif peut constituer un espace moins contraignant que la contrainte interne posée par l'anorexie mentale et peut donc constituer un espace de liberté. Nous conserverons l'idée des auteurs que pour assurer sa fonction subjectivante le cadre se doit d'être partiel ou pour reprendre leur propos : « *L'aspect partiel du cadre (ou de la réponse) s'articule avec l'idée de respect du sujet en ce que lui remplir la bouche d'une réponse le ferait taire, ceci pour appuyer l'idée d'une « non-écoute » par « gavage forcé », gavage par la réponse* » (103).

Le cadre de soin pour assurer sa fonction thérapeutique doit donc être suffisamment contenant pour supporter la vie pulsionnelle, mais suffisamment imparfait pour permettre une individuation. Il doit ajouter, à un cadre général, un cadre singulier et personnalisé tenant compte des spécificités de chaque patiente notamment de leurs propres contraintes internes, de leur état de santé physique, de leur souffrance etc.

Le cadre de soins assure également une fonction protectrice du Moi. La patiente souffrant d'anorexie mentale tend à avoir une demande de soins ambivalente et clivée. Comme nous l'avons vu, elle fait souvent preuve d'une forme de passivité dans les premiers temps et l'énergie investie dans les soins psychiques est souvent accompagnée de manière proportionnelle à une lutte active contre le cadre de soins.

Comme pour la faim, que la patiente dénie et devant laquelle elle refuse de céder, une demande de soins explicite et verbale serait vécue comme rabaisante. Autrement dit, céder au désir d'être soignée constituerait un danger narcissique pour le Moi auquel la patiente n'est pas encore prête à faire face. La mise en place d'un cadre thérapeutique qu'elle ne valide jamais complètement permet alors de respecter ses défenses, lui permet de se laisser porter par le désir d'autrui sans entrer en conflit avec elle-même en soulageant le Moi.

Nous allons voir dans cette partie les grands éléments qui peuvent constituer et jalonner le cadre de soins de la patiente souffrant d'anorexie mentale au cours de son hospitalisation.

## **2 La prise en charge bifocale**

Pour Jeammet, la prise en charge bifocale « *consiste à associer la psychothérapie proprement dite de l'adolescent et des entretiens potentiels assurés par un médecin référent avec l'adolescent seul ou avec sa famille. Le rythme, la forme et la durée de ces entretiens peuvent varier et s'adapter aux besoins et à la demande de chaque protagoniste. Le référent médical peut ainsi gérer tout ce qui concerne les données de la réalité externe, dont l'impact ne peut être méconnu, surtout à cet âge, mais*

*dont la prise en compte par le seul psychothérapeute contribue le plus souvent à parasiter la psychothérapie : poids spécifique du symptôme, incidences sur la scolarité, prescriptions médicamenteuses » (104).*

Autrement dit, au cours de l'hospitalisation, un des thérapeutes va être référent de toute question relative au cadre de soins, à la santé physique de la patiente et aux prescriptions médicamenteuses, dégageant de ces questions un autre thérapeute qui va pouvoir se concentrer sur la psychothérapie. En pratique la répartition de ces fonctions peut varier selon les services entre les psychiatres, les praticiens hospitaliers, les assistants/chefs de clinique, les internes, les médecins somaticiens, les pédiatres, les psychologues etc. et devenir même plurifocale. L'important est l'existence d'une division entre ces deux espaces.

Pour Corcos (80) la thérapie bifocale semble « *particulièrement indiquée lorsque nous sommes confrontés à des problématiques qui ne trouvent d'autre résolution que dans l'agir, notamment celles relevant de comportements fréquents d'externalisation des conflits ou de conduites addictives* ». En effet elle permet de fournir à la patiente par la présence d'un médecin référent un système de pare-excitation, la patiente se sentant ainsi « *investie et « tenue » (holding de Winnicott) peut par petites quantités, disposer de cette énergie dégagée et susceptible d'être réinvestie dans un travail psychique* », elle permet de « *concevoir une modalité de fonctionnement qui fasse intervenir la notion de limites jusqu'à l'introjection par le patient de mécanismes de pare-excitation pour réguler et contenir la massivité et la brutalité d'excitations traumatiques* ». Pour cela il faut que le médecin référent ait la capacité « *d'être un objet contre lequel va pouvoir s'exercer la violence psychique sans risque de destruction et d'être un objet sur lequel va se porter un investissement massif et brutal* » et le tout, sur des durées en général très longues. Le cadre instauré

par le médecin référent ne peut être intangible, car « *il serait alors vécu comme persécuteur d'autant qu'il s'avère inadapté à la situation sociale économique et scolaire* » de la patiente. Mais il ne peut non plus être « *complice des circonvolutions évolutives* » car il ne serait plus contenant. Il doit donc être à la fois souple et limitant, partiel comme nous l'avons vu pour permettre à la patiente son intégration psychique.

Pour Jeammet, cette forme de prise en charge aide également la patiente à repenser son rapport à l'agressivité : « *elle a également l'avantage de dédramatiser l'agressivité et de montrer qu'elle n'a pas le pouvoir de faire disparaître l'attachement ni même l'affection. Elle rassure sur la permanence de l'objet et, toujours en miroir, sur celle du Moi* »(2). Imposer des limites au comportement « *est indispensable le plus souvent, mais c'est aussi la manifestation tangible du souci et donc de l'intérêt* ».

Néanmoins, comme le souligne Brusset, « *il ne faut pas méconnaître l'inconvénient d'une séparation entre le domaine physique et le domaine mental, dans la mesure où il est au service du clivage psycho-somatique qui constitue une défense de l'anorexie* »(22). Il préconise alors qu'après son instauration, de petit à petit tendre, dans la mesure du possible, vers un thérapeute unique.

La thérapie bifocale permettrait donc de répondre à cette « double exigence » de la clinique de l'anorexie mentale : le soin du corps et le soin de l'esprit, dont l'un ou l'autre ont grandement tendance à être mis de côté voire oublié dans une prise en charge plus unifocale. Mais elle donne aussi à la patiente dans un lieu dédié, les entretiens avec le médecin référent, une place à l'agressivité, sans que celle-ci ne réalise une de ses plus grandes craintes : la destruction du lien.

### **3 Le contrat de soins**

Le contrat de soins appelé aussi parfois contrat de poids existe sous de nombreuses déclinaisons et a été utilisé par de nombreuses équipes spécialisées dans la prise en charge des TCA.

Historiquement, il s'inspire du contrat de sevrage pratiqué en addictologie impliquant un certain nombre de règles notamment des restrictions de sorties et de visites en vue du bon déroulement de l'hospitalisation et pour tenter de contenir les velléités de « tricheries » et limiter les tentations en début de sevrage. La transgression du contrat entraînant l'exclusion immédiate du service.

Il est établi dès le début de la prise en charge hospitalière entre la patiente et l'équipe soignante, la famille est souvent présente notamment lorsque la patiente est mineure. Il est parfois rédigé à l'écrit avec signature des différents protagonistes ou parfois il s'agit d'un engagement verbal. Il concrétise en tout cas un engagement bilatéral (soignant, soigné), son contenu est individualisé et est sujet à « négociation » lors de son établissement. Il y définit les objectifs de l'hospitalisation et les modalités de soins proposées. Y sont définis des « poids seuil » au-delà ou au-deçà desquels des restrictions seront appliquées aux visites, aux téléphones, à l'activité physique, à la mise en place d'une sonde nasogastrique ainsi qu'un poids seuil qui conditionne une sortie définitive. Une fois ce contrat établi, il est immuable et ne pourra être changé.

Ce contrat n'a pas de valeur juridique ou législative, il matérialise le cadre thérapeutique dont le but est de solliciter l'échange dans une certaine interactivité relationnelle. C'est donc un moyen et non une fin en soi. Il a vocation à être mis à l'épreuve, attaqué voire transgressé par la patiente. Une soumission passive aux

règles signerait une absence de travail, travail autour du lien avec le cadre, sur les limites de soi et des autres : le contrat agit comme un contenant et non pas comme une contention psychique. Il ouvre un espace thérapeutique pour la patiente et les soignants en délimitant un cadre spatial, temporel et relationnel.

La patiente souffrant d'anorexie mentale contrôle et manipule tout son environnement sur un mode obsessionnel : son alimentation bien sûr mais aussi ses relations, l'organisation de son temps et de son espace. Le contrat thérapeutique vise à délivrer la patiente de ces contraintes et lui offrir un espace de liberté vis-à-vis de celles-ci.

Si le contrat engage la patiente à respecter un certain nombre de règles et à œuvrer pour une prise de poids, il engage le médecin à soigner et le plus souvent à « imposer » les soins à une patiente, contrainte par son symptôme, à les refuser dans un premier temps.

Cette modalité d'instauration d'un cadre thérapeutique trouve à la fois écho dans les modèles psychodynamiques mais aussi dans des modèles cognitivo-comportementaux : « *le contrat thérapeutique, ou chaque prise de poids est récompensée sur le mode du conditionnement opérant, avec des renforcements* » (105).

Malgré une théorisation différente de la maladie, plusieurs écoles de pensées se rejoignent donc sur une même pratique thérapeutique. Longtemps considéré comme une pratique de référence pour la prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale, le contrat de soins a eu des devenir variables selon les services. Beaucoup l'ont abandonné au profit d'un cadre de soins sans contrat ou ne l'utilisent qu'à titre circonstanciel.

## **4 La place de la coercition**

Nous l'avons vu, pour que le cadre soit thérapeutique, celui-ci ne doit pas constituer un appareil répressif et fonctionner comme un miroir de la contrainte anorectique. Cependant il doit également être contenant et savoir imposer des limites notamment lorsque le comportement de la patiente lui fait courir un risque trop important pour sa santé.

Il existe plusieurs modalités de coercition dans la prise en charge de l'anorexie mentale : l'hospitalisation sous contrainte, la séparation, l'isolement, la nutrition artificielle et les mesures de contention. Dans les paragraphes suivants nous discuterons de l'utilisation de chacune de ces méthodes.

### **4.1 L'hospitalisation sous contrainte**

La loi n°2011-803 du 05 juillet 2011 relative aux modalités d'hospitalisation sous contrainte stipule que deux conditions doivent être réunies pour justifier d'une hospitalisation sous contrainte : la première étant que les troubles mentaux rendent impossible un consentement, la seconde que l'état de santé nécessite des soins immédiats dans un établissement adapté.

En pratique, les soins sous contrainte pour anorexie mentale sont extrêmement rares et concernent des cas où le pronostic vital est engagé. Il n'existe pas d'étude portant sur cette question en France. Au CHU de Strasbourg, sur les cinq dernières années, nous avons dénombré 6 cas d'hospitalisations sous contrainte pour anorexie mentale.

Cette faible nécessité de recours aux soins sous contrainte tend à montrer le caractère très ambivalent que ces patientes entretiennent avec les soins et leur pathologie, où, malgré un discours parfois très envahi par le déni, il existe bien souvent des abords rendant une forme de consentement possible.

Pour les mineures, ce sont les représentants légaux, donc les parents dans la grande majorité des cas, qui prennent la décision d'accepter une hospitalisation ou non. En cas de refus de soins de parents le médecin sollicite auprès du procureur une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Là encore, les OPP pour anorexie mentale sont de l'ordre de l'exceptionnel.

Il apparaît alors également que dans le cas des patientes mineures celles-ci peuvent être hospitalisées sur la seule volonté du médecin et des parents et non la leur, pouvant entraîner un vécu de contrainte.

Dans tous les cas, il convient de s'efforcer à rechercher le consentement des patientes et en cas d'hospitalisation sous contrainte l'adhésion aux soins devient un objectif de soins à part entière.

## **4.2 La séparation**

Pratique ancestrale de la prise en charge de l'anorexie mentale en milieu hospitalier, la séparation si elle est indiquée, s'intègre aujourd'hui classiquement dans un contrat de soins où elle ne resterait effective que jusqu'à un certain poids qui autoriserait une reprise de contact avec les proches.

Elle vise à être « *une expérience maturante pour le patient et sa famille, favorisant le travail de séparation-individuation* » (105) et permet de créer un « *espace physique et psychique différencié qui permet à chacun de se recentrer sur lui-même, d'être accompagné et de faire le point avec un médiateur, un tiers neutre, l'équipe soignante, pour élaborer psychiquement cette distanciation* ». Il permet à chacun de « *vérifier qu'une séparation est possible, contredisant les fantasmes que l'un ou l'autre ne pourrait pas le supporter et parfois même y survivre* ».

L'utilisation ou non d'une séparation thérapeutique et ces modalités varient d'une équipe à l'autre. Beaucoup moins d'usage dans les pays anglo-saxons, elle est davantage pratiquée en France où elle ne fait pas pour autant l'unanimité (106) comme à l'hôpital Robert-Debré à Paris. En effet est critiquée la potentielle passivité qu'elle peut entraîner en ralentissant les ressources que pourraient mobiliser la patiente et sa famille pour faire face aux difficultés. Bien qu'on lui oppose souvent une thérapie familiale intensive, qui serait pour certains préférable, les défenseurs de la séparation comme Corcos ou Jeammet ne prônent pas l'absence de travail familial, bien au contraire, elle serait pour eux un outil efficace pour travailler les questions des liens d'attachement, d'individuation etc. Quand elle se pratique, l'accompagnement parental doit donc occuper une place centrale et le temps de séparation être utilisé à préparer les retrouvailles, « l'après-séparation ». Cet accompagnement des parents peut se faire par des entretiens parentaux ou comme le propose Jeammet par des groupes de paroles à destination des parents.

Lors de la levée de la séparation, les « *entretiens parentaux se poursuivent, en présence de la patiente. La phase de retrouvailles constitue un moment fort : les difficultés, les désirs et les craintes de chacun sont abordés et discutés. Les contacts avec l'extérieur sont repris progressivement, la qualité des liens relationnels dans la famille et la capacité de tolérance au changement sont évaluées* » (105).

Cette séparation peut également être aménagée : « *La séparation trouve parfois ses limites. Dans certaines situations de fragilité narcissique particulière, on peut être amené à observer une véritable désorganisation psychique, un effondrement des défenses de la patiente qui nécessite d'aménager cette première phase de séparation. Il est alors possible de limiter les échanges à des entretiens familiaux réguliers espacés qui ne remettent pas nécessairement en cause le contrat* » (107).

### **4.3 La nutrition entérale artificielle par sonde naso-gastrique**

La HAS dans ses dernières recommandations (1) retient deux indications principales à la nutrition entérale artificielle dans l'anorexie mentale : la dénutrition extrême mettant en jeu le pronostic vital et la dénutrition modérée à sévère qui, sans être extrême, est associée à une stagnation pondérale. En termes de santé physique et de reprise pondérale, la dernière méta-analyse juge son utilisation sûre et efficace (108).

Les modalités d'administration varient selon les équipes et l'état clinique de la patiente. Elle peut se faire de manière continue sur 24 heures ou seulement la nuit, les bolus ne sont pas recommandés car ils augmenteraient les risques de complications (1). Son protocole visera en tout cas à préserver un maximum d'autonomie alimentaire à la patiente, selon ses capacités.

Pour Corcos (33), cette mesure parfois indispensable présente quelques dangers potentiels, par son « *caractère mécanique et dépersonnalisant cette méthode risque de favoriser l'établissement d'une relation de dépendance majeure, pervertie, comparable à celle du toxicomane à sa seringue dont il ne sera pas facile de se déprendre du fait de l'importance des bénéfices secondaires mais surtout primaires* ». Pour lui, il est important d'apposer une limitation de l'extérieur aux patientes anorexiques, mais cette limite n'acquiert un caractère thérapeutique que lorsque la patiente est active, peut conflictualiser autour de cette limite et finalement l'internaliser. Ce cadre « *perd de son sens si la forme qu'il prend est marquée par le passage à l'acte et l'emprise* ». Or, pour ces patientes dans le déni, l'impératif médical est souvent perçu comme totalement arbitraire et ne constitue alors pas une expérience partagée. « *L'empiétement du dehors appauvrit l'espace de rencontre potentiel parce qu'il empêche la confrontation personnelle de la patiente à sa problématique, et qu'il impose traumatiquement une expérience singulière qui, en deçà de sa dimension intrusive à connotation sexuelle, touche les assises narcissiques fragiles de la patiente* ». Pour Corcos, il est donc important d'aménager les conditions de ce mode de réalimentation afin qu'elle reste en accord avec le projet de l'hospitalisation à savoir « *rétablir des modes relationnels souples, vivants, libidinalisés* ».

Il prône donc que cette réalimentation ne prenne à aucun moment un caractère punitif et qu'elle se fasse, dans la mesure du possible, dans un service de psychiatrie plus à même de limiter le caractère mécanique et dépersonnalisant par une « *qualité particulière de la présence chaleureuse, attentive et bienveillante de soignants* » qui feront « *expérience de proximité psychique et physique* » lors des temps relatifs à la mise en place et l'entretien de cette nutrition qui constitue des moments bien souvent

prolifères sur le plan psychique. Cette mesure engage donc dans une relation de dépendance régressive, infantile et parfois longue. C'est le caractère « *souple, vivant et chaleureux* » des médiations qui l'entourent qui permettront de petit à petit en trouver les voies de dégagement. La mise en place de la sonde dans un service de psychiatrie n'empêche pas, c'est au contraire une nécessité, la supervision de la nutrition entérale par un somaticien (pédiatre, nutritionniste, interniste etc.).

Le caractère bienveillant de la présence soignante qui entoure cette mesure ne doit pas l'empêcher d'être contenante, de « *rester ferme, sans répondre de façon exacerbée aux manipulations des patientes* ». Une trop grande acceptation et passivité laisse craindre un renforcement des défenses anorectiques et une adaptation en *faux-self* au cadre de soins donc à une fausse amélioration clinique. Le caractère conflictuel que peut prendre une mesure de nutrition artificielle est donc attendu et est une dimension nécessaire à tolérer car « *elle correspond à cette recherche de limites contenant face à la résurgence des affects archaïques débordants, non contenables par l'appareil psychique de la patiente* ». La prise en charge bifocale dans ce contexte apparaît alors particulièrement avantageuse, car elle permet de protéger le travail psychothérapeutique en cours des conflits qui pourraient émerger de cette mesure de soins.

Cette conflictualité va être d'une part psychique mais également physique obligeant le soignant à une certaine exigence voire à faire preuve d'autorité pour faire respecter le protocole de nutrition (maintien de la sonde, respect du matériel, remise en place lors d'un arrachage volontaire ou non etc.). Cette fermeté et cette exigence peuvent-elles aller jusqu'à des mesures de contention ? Nous développerons cette question dans le prochain paragraphe.

## 4.4 Les contentions

La HAS définit deux types de contentions (109), les contentions physiques et les contentions mécaniques :

- Les contentions physiques : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique
- Les contentions mécaniques : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps

La question de l'usage des contentions au cours de la prise en charge de l'anorexie mentale apparaît presque taboue au vu de la plus grande facilité à trouver des écrits concernant cette pratique de la part des patientes plutôt que des praticiens. Elle n'apparaît concerner que quasi-exclusivement les services de pédopsychiatrie.

Une étude norvégienne réalisée dans les unités d'hospitalisation pour adolescents (110) s'intéressant à l'usage de restrictions (restrictions physiques et mécaniques) sur une période allant de 2008 à 2010 retrouve que sur les 4173 mesures de restriction réalisées 1896 étaient reliées à une renutrition forcée. Ces 1896 mesures de restrictions ne concernaient que 21 patients sur un total de 4099 patients admis dans ces unités d'hospitalisation.

Une étude rétrospective réalisée par Thomas Blikshavn et al. à l'Hôpital Universitaire d'Oslo au *Regional Department for Eating Disorders* paru en 2020 dans le *Journal of Eating Disorders* (111) est la seule étude existante à ce jour concernant l'usage des contentions dans la prise en charge de l'anorexie mentale : elle s'intéresse à sa

fréquence, son efficacité sur la prise de poids au cours de l'hospitalisation mais aussi au devenir à 5 ans des patients

Ce centre spécialisé pour les TCA reçoit des patients qui ont déjà une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière mais qui s'avère insuffisante, autrement dit des cas d'anorexie mentale graves. En plus d'une prise en charge familiale intensive les patients doivent suivre un programme nutritionnel visant à une reprise pondérale. Les patients ont trente minutes pour finir le repas. Si les patients ne mangent pas suffisamment durant le repas, il leur est proposé de compléter par un complément nutritionnel oral (CNO) ou par un bolus de nutrition entérale par sonde nasogastrique. Dans le cas de refus répété et dans certaines circonstances, le psychiatre, avec l'accord des parents, prescrit une mesure de contention physique pour administrer la nutrition entérale. Il ne s'agit qu'exclusivement de contention physique, jamais mécanique ou pharmacologique.

Sur les 38 patients inclus dans cette étude il est, pareillement à l'étude norvégienne, retrouvé qu'un très faible nombre de patients représentent la grande majorité des mesures de restrictions physiques : 6 patients représentaient à eux seuls 97 % des mesures de restrictions. Douze patients soit 31 % des patients ont néanmoins nécessité au cours de l'hospitalisation au moins une mesure de restriction. Il y a eu au total sur 5513 jours d'hospitalisation pour anorexie mentale dans cet hôpital 201 mesures de contention, 109 étaient réalisées dans le cadre de l'administration de nutrition entérale, 56 pour des conduites de mise en danger, les autres pour d'autres causes comme de l'hétéro-agressivité.

Concernant la prise de poids au cours de l'hospitalisation aucune différence n'est retrouvée. Le devenir à cinq ans montre une plus grande proportion de patients souffrant toujours d'un trouble du comportement alimentaire chez les patients ayant nécessité au moins une mesure de contention.

Cette étude tend donc à montrer que même après pré-sélection des cas d'anorexies les plus graves, la proportion de patientes nécessitant des mesures de contention reste faible.

La HAS donne des recommandations concernant l'usage des contentions mécaniques (et ne donne pas de recommandation sur les contentions physiques), elle précise qu'elles sont indiquées pour la « *prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui* » (109), en « *dernier recours* », « *de manière exceptionnelle* » et « *pleinement justifiée par des arguments cliniques* ».

L'utilisation de contentions a des répercussions négatives tant sur les patientes (112) avec un potentiel vécu traumatique que sur les soignants qui seront soumis à « *une charge émotionnelle forte, plutôt négative, avec dominance des sentiments de frustration, de culpabilité et d'échec* » (113) et elle expose à des réactions d'escalade en miroir potentiellement délétères pour la relation thérapeutique et le soins (114).

Son utilisation dans le cadre de l'anorexie mentale doit donc être exceptionnelle, le rapport bénéfice/risque apparaît ne justifier son utilisation qu'en cas de risque d'atteinte à l'intégrité physique sur le court ou le moyen terme. « *Ces mesures ne doivent en aucun cas remplir la fonction d'un substitut de traitement possible, d'une punition, d'une réponse à un refus de médication ou à un refus de participer aux*

activités » (115), elles ne se justifient qu’au regard d’une mise en danger en lien avec une pathologie mentale et doivent être présentées comme telles.

#### **4.5 Discussion concernant la coercition**

Une méta-analyse parue en 2020 dans *Eating and Weight Disorders* (116) s'est intéressée au devenir des patientes pour lesquelles les soins ont nécessité le recours à des mesures coercitives telles que l’hospitalisation sous contrainte, la nutrition artificielle ou encore l’utilisation de contentions. Les études étaient menées aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Norvège. Les résultats de cette méta-analyse montrent que les patientes nécessitant des mesures coercitives sont plus sévèrement atteintes par la pathologie mais ont un devenir similaire aux patientes n’ayant pas eu nécessité d’utilisation de méthodes coercitives.

Tous les spécialistes prenant en charge des patientes souffrant d’anorexie mentale ont l’expérience d’une ou plusieurs patientes ayant nécessité l’utilisation de méthodes coercitives et qui par la suite reconnaissent la nécessité qu’il y avait de les arrêter face à ce qui était devenu pour elles-mêmes incontrôlable. L’exemple d’Anaïs en est un. Les études semblent confirmer cette impression clinique. L’une d’elles (117) a retrouvé que la moitié des patientes qui pensaient ne pas nécessiter de soins hospitaliers changeaient d’avis après deux semaines d’hospitalisation. Une autre (118) suggère que le niveau de coercition n’impacte pas la satisfaction générale concernant les soins chez les patientes et leurs familles. Enfin dans leur étude (119) Jacinta et al. ont interrogé 29 patientes souffrant ou ayant souffert d’anorexie mentale sur la place de la coercition dans la prise en charge. Les résultats montrent que ces

patientes trouvent justifiée l'utilisation de mesures coercitives dans le but de sauver la vie, mais elles sont plus partagées sur leur utilisation pour traiter l'anorexie en elle-même. Elles reconnaissent que les personnes souffrant d'anorexie mentale sont moins à même de faire des choix concernant leur santé en raison de leur pathologie. Le degré de coercition dans les prises en charge est apparu moins important à leurs yeux que la relation qu'elles pouvaient entretenir avec l'équipe soignante et son attitude vis-à-vis d'elles. Autrement dit, une patiente souffrant d'anorexie mentale pourrait mieux vivre une hospitalisation où le degré de coercition est important si elle entretient une relation de confiance avec une équipe empathique et bienveillante qu'une hospitalisation où le degré de coercition est plus faible mais où elle entretiendrait une mauvaise relation thérapeutique avec l'équipe.

Il apparaît intéressant de citer certaines de ces patientes interrogées lors de cette étude :

*“ I think it [the treatment] is really good, really appropriate for me, anyway. I think they're quite good at getting the balance between giving you responsibility and freedom without giving you too much. (Laughs) Giving you more than you can cope with. Like they don't sort of, the freedom they give you doesn't jeopardise your recovery, it sort of makes it more bearable.”*

*“Do, you need help, you need treatment, you need to come into a place where you can get extra support, extra external help, you need to hand over the controls because you're not in control anymore, it deludes you in thinking you are in control but you have to, that's where you have to stand back or somebody else has to stand back for you and say look you are not in control, it is completely controlling you.”*

*“ I think that (3 seconds) again from just a very personal point of view I know that there was a time when I couldn’t eat enough to make me live or whatever and therefore I had, I was put in a position where I still accepted although I resisted, but where I was told I had to, black or white. I think physically you reach a stage where yes, you need that, psychologically it can be quite damaging. But I do think that in the most extreme initial phases, that yes, maybe it [i.e., use of compulsion] is necessary but always, always listening and even when a patient resists to listen to why they are resisting, not to assume you know why they are resisting. Because then that’s how you best help them”.*

Nous rejoignons donc ici les positions de l’*American Psychiatric Association* (APA) et de la HAS concernant la coercition qui stipule que celle-ci n’est utilisée qu’à des fins de protection de l’intégrité physique et ne constitue nullement un traitement en soit de l’anorexie mentale et qui, lorsque celle-ci est employée doit toujours être accompagnée d’empathie et de bienveillance : *« Selon l’APA, il est généralement admis que les enfants et les adolescents qui sont sévèrement dénutris et en grand danger médical devraient être renutris contre leur volonté si nécessaire mais que tous les efforts doivent aussi être faits pour obtenir leur coopération quand les fonctions cognitives s’améliorent »*(1). *« Pour cela, il faut que les soignants soient conscients de leurs propres intentions et de leurs capacités d’empathie avec un patient ayant l’impression d’être forcé. Les soignants ne doivent pas être perçus comme utilisant des mesures intentionnellement coercitives. Leurs interventions doivent plutôt être clairement perçues comme des éléments d’un traitement médical général indispensable à la santé et à la survie du patient »* (1).

Dans de très rares cas, la contenance psychique qu'offre le cadre de soins s'avère donc insuffisante pour garantir le bon déroulement des soins voire l'intégrité de la patiente notamment lorsque les processus de déni sont trop importants et ne laissent même pas la place à l'ambivalence. Dans ces cas de figure exceptionnels, seule une mise en acte, sous forme d'une mesure coercitive et selon les modalités que nous avons évoquées, permet donc de préserver le caractère contenant et sécurisant qu'offre l'institution.

## Conclusion

Notre travail de thèse est le fruit d'un certain nombre de questionnements qui se sont posés lors de nos stages d'internat au contact des patientes souffrant d'anorexie mentale. La prise en charge de l'anorexie mentale y est alors apparue complexe, car elle nécessite d'allier soins physiques et soins psychiques dans un cadre de soins le plus souvent mis en tension. Nous avons été amenés à nous interroger sur l'articulation possible entre ces divers éléments constituant la prise en charge en milieu hospitalier.

Nous avons pu voir que l'anorexie mentale dans sa forme classique est une pathologie touchant majoritairement les femmes. Elle apparaît le plus souvent lors de la mise en jeu de problématiques d'attachement et de différenciation comme lors de la puberté chez une jeune fille à la personnalité antérieure marquée par des prédispositions et notamment de mauvaises assises narcissiques. Cette personnalité particulière et la réaction anorectique qui lui succède étant déterminées par de multiples facteurs biologiques et socio-culturels, environnementaux et non environnementaux. La maladie se caractérise bien sûr par une symptomatologie alimentaire avec restriction volontaire, perte de poids et une atteinte de l'image corporelle, mais elle va également

impacter le reste du fonctionnement psychique de la patiente qui va être caractérisé par un haut degré d'alexithymie et des mécanismes de défense psychique exacerbés. Ce fonctionnement mental va aboutir à une restriction de la vie psychique de la patiente, mais aussi de sa vie sociale et, petit à petit, ses seuls intérêts ne porteront plus que sur l'alimentation. Ce fonctionnement, en impactant ses capacités à reconnaître ses désirs, va rendre difficile chez elles l'émergence d'une demande ou d'une envie d'être aidées. Non que cette demande n'existera pas ou jamais, mais elle sera bien souvent tardive ou ambivalente.

Face à cette situation l'entourage et en premier lieu les parents de la jeune fille auront différents types de réactions telles que le soutien, le maternage, la séduction, la menace ou encore la punition. Leurs tentatives pour « faire manger » leur fille seront marquées par des échecs voire des aggravations de la situation. La détresse des parents sera bien souvent exacerbée par les jugements et les critiques qui leur seront portés par leur entourage. L'impact sera tel qu'une véritable symptomatologie parentale et familiale sera observable comme une forme de déni, une mauvaise différenciation vis-à-vis de leur fille, une relation d'emprise ou exclusive d'un des parents avec exclusion de l'autre, des réactions dépressives etc. Finalement le tableau clinique apparaît relever d'une dynamique complexe qui n'est pas circonscrite à la patiente.

Ces observations sur les patientes souffrant d'anorexie mentale sont déjà présentes dans les premières observations du XIXe siècle chez Marcé, Charcot et Lasègue. Devant un état de cachexie parfois menaçant et la constatation d'un environnement perçu comme délétère, Charcot préconisa un traitement basé sur la séparation familiale totale et la contrainte où seule une reprise de poids conduisait vers une levée de l'isolement et des restrictions. Cette méthode bien qu'ayant pu avoir des bons résultats sur la reprise pondérale nous laisse néanmoins songeurs sur le devenir de ces patientes qui retournaient ensuite dans le même milieu qu'avant l'hospitalisation. Lasègue quant à lui voyait dans la contrainte un moyen d'exacerber les défenses des patientes et donc de renforcer la pathologie. Il constatait qu'avec du temps et de la patience une demande finissait par émerger chez certaines de ces patientes et avec cela l'amorce d'un travail vers la guérison. Il ne faisait néanmoins pas état de préconisation thérapeutique lorsque l'intégrité physique d'une patiente était menacée à plus ou moins brève échéance. Il se montrait aussi très pessimiste quant au pronostic, pour lui le passage à la chronicité était bien plus courant que la guérison.

Après une période d'échec pour tenter de trouver une origine organique à l'anorexie mentale, les années 60 sont caractérisées par la multitude des approches tentant d'expliquer l'anorexie mentale. Ainsi l'approche structurale chez Bruch influencera grandement le symposium de Göttingen, référence de l'époque : Bruch tend à faire de l'organisation psychique anorectique une structure à part entière « *différente des névroses classique* ». Pour Selvini-Palazzoli l'anorexie mentale est une conséquence de facteurs familiaux. Toutes ces approches ne préfigurent que le congrès de Toronto de 1981 qui conclut que l'anorexie mentale est le fruit d'un « *déterminisme complexe* » entre facteurs génétiques, biologiques, endocriniens et socioculturels.

Puis dans les années 90 des rapprochements entre anorexie et conduite addictive tendent à s'éloigner du symposium de Göttingen et de sa vision structurale, l'anorexie est alors vue comme un aménagement plus que comme une structure à part entière. Au-delà de ces divisions, en 2010, dans l'argumentaire de ses recommandations la HAS propose un modèle intégratif *bio-psycho-social* prenant en compte tous les travaux effectués jusque-là. Mais les modèles continuent d'évoluer et on tend à proposer aujourd'hui que l'anorexie correspond davantage à un modèle systémique lors de ses premières années de développement et à un modèle addictologique lors de sa chronicisation.

A la suite de ces multiples tentatives de théorisation et des pratiques thérapeutiques en ayant découlé, mais aussi à la faveur de l'évolution de l'éthique médicale, l'hospitalisation avec séparation familiale totale a été progressivement abandonnée au profit d'autres méthodes. Les recommandations actuelles en prônant une approche pluridisciplinaire tentent de répondre aux différentes facettes de l'anorexie mentale. Ainsi il est devenu courant de voir en hospitalisation pour une même patiente une prise en charge diététique, une psychothérapie individuelle, une chimiothérapie, des approches corporelles et une thérapie familiale. Tous ces soins apportent de manière individuelle des éléments précieux à la prise en charge mais sont également pris dans le maillage complexe de la thérapie institutionnelle. D'une part, la patiente tend à projeter ses angoisses dans les différents espaces dont elle bénéficie, d'autre part, la thérapie vise à redonner à l'appareil psychique de la patiente ses fonctions d'élaboration et de conflictualisation ce qui s'accompagne nécessairement d'un affaissement des défenses et donc de potentiels moments dépressifs. Afin de soutenir cela, et d'accompagner la patiente, Corcos insiste sur le

fait que l'institution doit assurer une fonction de *holding*, concept développé par Winnicott, dans « *sa dimension maternelle réparatrice d'une attitude toujours prévisible et fiable de constante attention et de bienveillance maintenue en dépit des variations d'humeur et des agressions de la patiente, qui ne sont pas pour autant ignorées* » (80), fonction de *holding* qui offre à la patiente un moment régressif tout en lui donnant les clés pour en sortir. Les échanges du personnel soignant autour de la patiente sont favorisés afin de tenter de rendre intelligible ce qu'elle va mettre en jeu au cours de l'hospitalisation.

Les soins de la patiente s'associent toujours d'un accompagnement familial qui peut prendre différentes formes : groupes de parole de parents, entretiens parentaux, entretiens familiaux joints ou véritable thérapie familiale. Ainsi au cours de l'hospitalisation tant la patiente que son milieu est source de travail afin de tenter de rétablir un équilibre jusque-là perturbé et dans l'impasse.

La réflexion institutionnelle apparaît d'autant plus indispensable que de par cette pathologie et les contraintes internes qu'elle induit, ces patientes ont tendance à mettre en tension le cadre, à tenter de mettre en échec les soins ou à se mettre physiquement en danger. Développé et théorisé en France, le contrat de soins a pendant longtemps été considéré comme une référence en matière de prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale, trouvant à la fois des assises dans les théories psychodynamiques et dans les théories cognitivo-comportementales. Sans l'invalider, d'autres modèles sans contrat ont fini par émerger. Dans les pays anglo-saxons la prise en charge tend à se faire le plus possible en ambulatoire avec des

thérapies familiales parfois intensives. En France, d'autres modèles basés sur l'alliance thérapeutique ont vu le jour. Au CHU de Strasbourg, la question du cadre est abordée d'un point de vue psycho-dynamique, sans recours au contrat de soins, en privilégiant une approche bifocale. Tant les soins que le cadre sont individualisés dans le but d'essayer de cibler spécifiquement les enjeux des patientes selon ce qui est perçu de leur psychopathologie individuelle. En effet, le cadre, au-delà de sa fonction purement pratique de rendre possible le soin, a une véritable fonction thérapeutique. Il permet à ces patientes dans le déni ou dans l'ambivalence d'une demande de soins de préserver pour un temps leur narcissisme de ce que cette demande impliquerait en se laissant porter par le désir de l'autre et dans le cas de la prise en charge bifocale, par le médecin référent du cadre. Il donne lieu à des expressions agressives et conflictuelles qui, sans être ignorées, ne changent pas l'attitude générale de *holding* à son égard, lui permettant de repenser ainsi son rapport à l'agressivité et au conflit en lui montrant que de telles expressions ne détruisent pas l'attachement. Ce cadre assure également une fonction subjectivante, mais pour ce faire il se doit d'être tenu et souple, vivant et imparfait, afin que la patiente puisse remanier son propre *hypercadre*, notion que nous avons définie comme étant les limites que la patiente se construit pour elle-même et qui lui permettront de reprendre le processus de différenciation et de gagner en liberté et en autonomie.

Enfin, bien que ce cadre se doit de présenter une certaine souplesse, il se doit aussi d'être suffisamment contenant pour supporter la vie pulsionnelle de la patiente et ce qu'elle pourrait impliquer comme mise en danger. Les études que nous avons trouvées ainsi que les dernières recommandations de la HAS stipulent que l'utilisation d'une nutrition entérale, a fortiori des mesures de coercitions, peuvent

être nécessaires dans certaines conditions exceptionnelles comme la mise en jeu du pronostic vital. Ainsi la prise en charge de ces patientes nécessite dans un très petit nombre de cas des mesures de soins sous contrainte ou des mesures de contentions physiques. Ces mesures coercitives ne constituent pas en soi un traitement de l'anorexie mentale et le rapport bénéfice/risque doit être évalué minutieusement. Elles doivent être décidées d'un commun accord entre le médecin psychiatre, le médecin somaticien, l'équipe soignante et la famille de la patiente. Lors de la mise en place de telles mesures l'adhésion thérapeutique de la patiente devient un objectif prioritaire et, afin d'en limiter le caractère traumatisant, celles-ci doivent toujours être accompagnées d'écoute et d'empathie, de préférence dans un service de psychiatrie en contact étroit avec des médecins somaticiens.

Notre travail de thèse présente néanmoins certaines limites, comme bien des travaux sur l'anorexie mentale. Nous nous sommes volontairement concentrés sur ce que serait « l'anorexie mentale restrictive typique » et contrairement aux nosographies actuelles notre tableau clinique ne s'est pas réduit à la symptomatologie alimentaire mais a tenté de mettre en perspective la complexité psychopathologique sous-jacente à ce trouble mental. Mais ce tableau clinique « typique » ne saurait être totalement représentatif de toutes les situations d'anorexie mentale qu'un clinicien est amené à rencontrer. Chaque anorexie mentale est singulière. Les nosographies actuelles apparaissent bien imparfaites pour décrire la réalité clinique dans sa complexité et donc pour appuyer les recherches. Avec un taux de guérison totale de seulement 50 % l'anorexie mentale appelle à une certaine modestie quant à la véritable connaissance que nous en avons. Bien que la constatation d'une symptomatologie alimentaire puisse s'avérer suffisante pour porter le diagnostic d'anorexie mentale et

conclure à l'existence d'un processus pathologique en cours, elle ne renseigne pas si aisément le clinicien sur la nature exacte du processus en question et donc du traitement qui serait le plus approprié. En l'état actuel des connaissances, le traitement de l'anorexie mentale reste difficilement codifiable, même si nous pouvons en dégager les grandes lignes, mais il demande au clinicien de faire preuve d'engagement et de créativité dans la prise en charge de ses patientes.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 29 SEP. 2021  
Le Doyen de la faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA

VU

Strasbourg, le 22/09/2021

Le président du jury de thèse

Professeur Carmen SCHRÖDER

Professeur Carmen M. SCHRÖDER  
P.U. - PH

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Tél : 03 88 11 62 18 - Fax : 03 88 11 64 36  
N° RPPS : 1000472105 5

## BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge - Argumentaire. 2010 juin.
2. Birot E, Chabert C, Jeammet P. Soigner l'anorexie et la boulimie des psychanalystes à l'hôpital. Presses Universitaires de France. 2006.
3. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 avr 2013;39(2):85-93.
4. Marino A, Gliubizzi C, Reina F, Nocera GM, Marchese F, Trapolino E. Increase in admissions for anorexia nervosa after lockdown measures: Focus on a children's neuropsychiatry unit. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2021;72:147-8.
5. Haripersad YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards K, et al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child*. mars 2021;106(3):e15.
6. Monteleone AM, Marciello F, Cascino G, Abbate-Daga G, Anselmetti S, Baiano M, et al. The impact of COVID-19 lockdown and of the following « re-opening » period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms. *J Affect Disord*. 15 avr 2021;285:77-83.
7. Sideli L, Lo Coco G, Bonfanti RC, Borsarini B, Fortunato L, Sechi C, et al. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 30 août 2021;
8. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int J Eat Disord*. nov 2020;53(11):1855-62.
9. Branley-Bell D, Talbot CV. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *J Eat Disord*. 31 août 2020;8:44.
10. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am*. 1 mars 2019;42(1):59-73.
11. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 12 févr 2019 [cité 5 févr 2021];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6378634/>
12. Boraska V, Franklin CS, Floyd JA, Thornton LM, Huckins LM, Southam L, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry*. oct 2014;19(10):1085-94.
13. Baker JH, Schaumberg K, Munn-Chernoff MA. Genetics of Anorexia Nervosa. *Curr Psychiatry Rep*. 22 sept 2017;19(11):84.
14. Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, Walters R, Goldstein J, Anttila V, et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 1 sept 2017;174(9):850-8.
15. Li D, Chang X, Connolly JJ, Tian L, Liu Y, Bhoj EJ, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa suggests a risk locus implicated in dysregulated leptin signaling. *Sci Rep*. 19 juin 2017;7(1):3847.

16. Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PloS One*. 2014;9(8):e106475.
17. Sundquist J, Ohlsson H, Winkleby MA, Sundquist K, Crump C. School Achievement and Risk of Eating Disorders in a Swedish National Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2016;55(1):41-46.e1.
18. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2001;58(9):844-50.
19. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 29 sept 2000;45(1-2):21-8.
20. Brusset B. L'anorexie mentale des adolescentes. In: *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 3<sup>e</sup> éd. Presses Universitaires de France; 2018. p. 1693-711.
21. Kountza M. Troubles des conduites alimentaires. In: *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. 3<sup>e</sup> éd. Presses Universitaires de France; 2018. p. 683-705.
22. Brusset B. L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Toulouse: Privat; 1977. 273 p.
23. Brusset B. Psychopathologie de l'anorexie mentale. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2008. 252 p.
24. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry*. nov 2000;157(11):1799-805.
25. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord*. avr 2002;31(3):290-9.
26. Karwautz A, Rabe-Hesketh S, Collier D, Treasure J. Pre-morbid psychiatric morbidity, comorbidity and personality in patients with anorexia nervosa compared to their healthy sisters. *Eur Eat Disord Rev*. 1 juill 2002;10:255-70.
27. Winnicott DW. Agressivité et développement affectif. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot et Rivages; 2018. p. 176-97.
28. Perreti N, Bargiacchi A. Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent. Elsevier Masson; 2017. 265 p.
29. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5<sup>ème</sup> Edition.
30. Alvin P. Anorexies à l'adolescence. Doin. Paris; 1996. 179 p. (conduites).
31. Jacoangeli F, Masala S, Staar Mezzasalma F, Fiori R, Martinetti A, Ficoneri C, et al. Amenorrhea after weight recover in anorexia nervosa: role of body composition and endocrine abnormalities. *Eat Weight Disord EWD*. mars 2006;11(1):e20-26.
32. Traboulsi S, Itani L, Tannir H, Kreidieh D, El Masri D, El Ghoch M. IS BODY FAT PERCENTAGE A GOOD PREDICTOR OF MENSTRUAL RECOVERY IN FEMALES WITH ANOREXIA NERVOSA AFTER WEIGHT RESTORATION? A SYSTEMATIC REVIEW AND EXPLORATORY AND SELECTIVE META-ANALYSIS. *J Popul Ther Clin Pharmacol J Ther Popul Pharmacol Clin*. 31 juill 2019;26(2):e25-37.
33. Corcos M. Le corps insoumis. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2011. 328 p.
34. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*. 2006;Vol. 12(3):193-209.
35. Hilde B. Les yeux et le ventre. Paris: Payot; 1975. 444 p.
36. Gramaglia C, Gambaro E, Zeppegno P. Alexithymia and Treatment Outcome in Anorexia Nervosa: A Scoping Review of the Literature. *Front Psychiatry*. 14 févr 2020;10:991.
37. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res*. déc 1996;41(6):561-8.
38. FRANK J. Etude de la prise en charge hospitalière des troubles des conduites alimentaires : A propos de 62 patientes suivies au service de psychiatrie adulte du CHU de Strasbourg.
39. Freud S. Les psychonévroses de défense. In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris.

- PUF;
40. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense. 3<sup>e</sup> éd. Dunod;
  41. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>ème</sup> Edition.
  42. Freud S. Le fétichisme. 1927;
  43. Freud S. Abrégé de psychanalyse. 14<sup>e</sup> éd. PUF; 2001. 96 p.
  44. Freud S. Le clivage du moi dans les processus de défense. In: Résultats, idées, problèmes. PUF; 1998.
  45. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF; 2019. 523 p.
  46. Klein M. Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Développements de la psychanalyse. Presses Universitaires de France; 2013.
  47. Thierry V. Soigner les anorexies graves. La jeune fille et la mort. Toulouse: érès; 2009. 256 p.
  48. Meilleur D. Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans : où en sommes-nous ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2012;60:419-28.
  49. Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* janv 1992;33(1):281-300.
  50. Carter JC, Bewell C, Blackmore E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse Negl.* mars 2006;30(3):257-69.
  51. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M. Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse Negl.* juin 2001;25(6):771-85.
  52. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med.* janv 2016;129(1):30-7.
  53. Utiger RD. Altered thyroid function in nonthyroidal illness and surgery. To treat or not to treat? *N Engl J Med.* 7 déc 1995;333(23):1562-3.
  54. Lo Sauro C, Ravaldi C, Cabras PL, Faravelli C, Ricca V. Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology.* 2008;57(3):95-115.
  55. Golden NH, Kreitzer P, Jacobson MS, Chasalow FI, Schebendach J, Freedman SM, et al. Disturbances in growth hormone secretion and action in adolescents with anorexia nervosa. *J Pediatr.* oct 1994;125(4):655-60.
  56. Rozé C, Doyen C, Le Heuzey M-F, Armoogum P, Mouren M-C, Léger J. Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clin Endocrinol (Oxf).* sept 2007;67(3):462-7.
  57. Oflaz S, Yucel B, Oz F, Sahin D, Ozturk N, Yaci O, et al. Assessment of myocardial damage by cardiac MRI in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* déc 2013;46(8):862-6.
  58. Benini L, Todesco T, Dalle Grave R, Deiorio F, Salandini L, Vantini I. Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol.* août 2004;99(8):1448-54.
  59. Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. *Auton Neurosci Basic Clin.* 30 oct 2006;129(1-2):99-106.
  60. Hütter G, Ganepola S, Hofmann W-K. The hematology of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* mai 2009;42(4):293-300.
  61. Nova E, Samartín S, Gómez S, Morandé G, Marcos A. The adaptive response of the immune system to the particular malnutrition of eating disorders. *Eur J Clin Nutr.* août 2002;56 Suppl 3:S34-37.
  62. Strumia R. Eating disorders and the skin. *Clin Dermatol.* 1 janv 2013;31(1):80-5.
  63. Aouatef EM, Mrani A, Faiz F, Houari N, Khatouf M, Messouak O, et al. Anorexia nervosa associated with central pontine myelinolysis and extrapontine myelinolysis. *Afr J Neurol Sci.* 1 janv 2010;29.
  64. Faje AT, Fazeli PK, Miller KK, Katzman DK, Ebrahimi S, Lee H, et al. Fracture risk and

- areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* juill 2014;47(5):458-66.
65. Vestergaard P, Emborg C, Støvning RK, Hagen C, Mosekilde L, Brixen K. Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders--a nationwide register study. *Int J Eat Disord.* nov 2002;32(3):301-8.
  66. Avicenne. Qanûn. 1020.
  67. Bell R. *Holy Anorexia*. 1<sup>re</sup> éd. University of Chicago Press; 2014. 255 p.
  68. Bynum C. *Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women*. 1<sup>re</sup> éd. University of California Press; 1988. 464 p.
  69. Raimbault G, Eliacheff C. *Les indomptables. Figures de l'anorexie*. Odile Jacob; 2001. 282 p.
  70. Marcé LV. Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. Séance de la Société Médico-psychologique; 1859.
  71. Lasègue E-C. De l'anorexie hystérique. *J Francais Psychiatr.* 14 sept 2009;n° 32(1):3-8.
  72. Charcot J-M. De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. In: *Leçon sur les Maladies du Système Nerveux faites à la Salpêtrière*. 1887. p. 522.
  73. Guingand P. Anorexie et inédie : une même passion du rien ? *érés*. 2004. 255 p.
  74. Mouren M-C, Doyen C, Le Heuzey M-F, Cook-Darzens S. *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant. Du nourrisson au pré-adolescent*. Elsevier Masson; 2011. 212 p.
  75. Frank GW, Shott ME, DeGuzman MC. The Neurobiology of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* oct 2019;28(4):629-40.
  76. Eddy KT, Lawson EA, Meade C, Meenaghan E, Horton SE, Misra M, et al. Appetite regulatory hormones in women with anorexia nervosa: binge-eating/purging versus restricting type. *J Clin Psychiatry.* janv 2015;76(1):19-24.
  77. Berner LA, Brown TA, Lavender JM, Lopez E, Wierenga CE, Kaye WH. Neuroendocrinology of reward in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Beyond leptin and ghrelin. *Mol Cell Endocrinol.* 1 nov 2019;497:110320.
  78. Schorr M, Miller KK. The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nat Rev Endocrinol.* mars 2017;13(3):174-86.
  79. Roubalová R, Procházková P, Papežová H, Smitka K, Bilej M, Tlaskalová-Hogenová H. Anorexia nervosa: Gut microbiota-immune-brain interactions. *Clin Nutr Edinb Scotl.* mars 2020;39(3):676-84.
  80. Corcos M. *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. 2<sup>e</sup> éd. Dunod; 2010. 358 p. (Psychismes).
  81. Chabert P. Hospitalisation à plein temps des adolescents en service de psychiatrie. *Coq-Heron.* 28 juin 2012;n° 209(2):86-92.
  82. Bion W. *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF; 2003.
  83. Marvanova M, Gramith K. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa. *Ment Health Clin.* 26 avr 2018;8(3):127-37.
  84. Haleem DJ. Improving therapeutics in anorexia nervosa with tryptophan. *Life Sci.* 1 juin 2017;178:87-93.
  85. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C, et al. Olanzapine versus Placebo in Outpatient Adults with Anorexia Nervosa: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.* 1 juin 2019;176(6):449-56.
  86. Kishi T, Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* juin 2012;73(6):e757-766.
  87. Steinglass JE, Kaplan SC, Liu Y, Wang Y, Walsh BT. The (lack of) effect of alprazolam on eating behavior in anorexia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Disord.* déc 2014;47(8):901-4.
  88. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. [Bipolar disorders and anorexia nervosa: A clinical study]. *L'Encephale.* févr 2019;45(1):27-33.
  89. Tseng M-CM, Chang C-H, Chen K-Y, Liao S-C, Chen H-C. Prevalence and correlates of

- bipolar disorders in patients with eating disorders. *J Affect Disord.* 15 janv 2016;190:599-606.
90. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet Ph, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord.* 1 janv 2007;97(1):37-49.
  91. Fakra E, Belzeaux R, Azorin JM, Adida M. [Affective disorders and eating disorders]. *L'Encephale.* déc 2014;40 Suppl 3:S46-50.
  92. 1 Guidance | Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-Guidance#screening-for-malnutrition-and-the-risk-of-malnutrition-in-hospital-and-the-community>
  93. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 11 janv 2014;383(9912):127-37.
  94. Carter FA, Jordan J, McIntosh VVW, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CMA, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord.* nov 2011;44(7):647-54.
  95. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;40(4):310-20.
  96. Thompson-Brenner H, Weingeroff J, Westen D. Empirical Support for Psychodynamic Psychotherapy for Eating Disorders. In 2009. p. 67-92.
  97. Dancyger I, Krakower S, Fornari V. Eating disorders in adolescents: review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* janv 2013;22(1):97-117.
  98. Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S. A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eat Weight Disord EWD.* déc 2016;21(4):553-80.
  99. Jeammet P. Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence. Fayard. 2018. 240 p. (Pluriel).
  100. Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 oct 2018;2018(10):CD004780.
  101. PUTOIS O, RIEGERT M. Pertinence thérapeutique des entretiens familiaux joints dans les troubles des conduites alimentaires chez les jeunes adultes hospitalisés. 2021;
  102. Kabuth B, Lock J. Traitement de l'anorexie mentale de la jeune fille : de la Lorraine à la Californie. *Adolescence.* 2006;T. 24 n°2(2):405-19.
  103. Chaperot C, Pisani C, Goullieux E, Guedj P. Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel. *L'Évolution Psychiatr.* 1 oct 2003;68(4):499-508.
  104. Jeammet P. Psychothérapie de l'adolescent. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* 1989.
  105. Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Vénisse J-L. Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *Inf Psychiatr.* 2007;Volume 83(5):389-95.
  106. Le Heuzey MF. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2002;160(4):327-31.
  107. Agman G, Corcos M, Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires. In.
  108. Enteral Nutrition via Nasogastric Tube for Refeeding Patients With Anorexia Nervosa: A Systematic Review - PubMed [Internet]. [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070730/>
  109. HAS. Isolement et contention en psychiatrie générale Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2017.
  110. Furre A, Falk RS, Sandvik L, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. Characteristics of adolescents frequently restrained in acute psychiatric units in Norway: a nationwide study.

- Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 12 janv 2017;11:3.
111. Blikshavn T, Halvorsen I, Rø Ø. Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up. *J Eat Disord.* 1 juin 2020;8:20.
  112. Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVaney C, et al. Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Netw Open.* 24 janv 2020;3(1):e1919381.
  113. Huguet A. La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. 19 déc 2018;84.
  114. Haugvaldstad MJ, Husum TL. Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *Int J Law Psychiatry.* déc 2016;49(Pt A):130-7.
  115. PALAZZOLO (J.), PALAZZOLO (J.), FAVRE (P.), VITTINI (P.H.), BOUGEROL (T.). Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. *Isol Thérapeutique Contention En Psychiatr Bilan Perspect.* 2001;
  116. Atti AR, Mastellari T, Valente S, Speciani M, Panariello F, De Ronchi D. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.* 2021;26(4):1037-48.
  117. 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):108-14.
  118. Rojo L, Barberá M, Plumed J, Sangüesa MC, Livianos L. [Hospitalization due to eating behavior disorders. Patient and family satisfaction]. *Actas Esp Psiquiatr.* oct 2009;37(5):267-75.
  119. Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry.* janv 2010;33(1):13-9.

### DECLARATION SUR L'HONNEUR

**Document avec signature originale devant être joint :**  
 - à votre mémoire de D.E.S.  
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DAVIDSON Prénom : Marciano

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :



A Strasbourg, le 01/10/2021

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## RÉSUMÉ :

L'anorexie mentale restrictive est une maladie touchant principalement les adolescentes et les jeunes adultes. Dans sa forme grave elle peut laisser des séquelles définitives voire être mortelle et impose donc bien souvent une hospitalisation. Il est impossible pour le clinicien qui prend en charge ces formes graves en milieu hospitalier de faire l'économie d'une réflexion sur l'aspect institutionnel des soins proposés au sein de son service et de leur conformité à l'éthique médicale. En effet, les soins qu'il propose devront allier soins physiques et soins psychiques dans un cadre de soins mis en tension par la patiente souffrant d'anorexie mentale, du fait même de sa pathologie.

Cette thèse se propose d'explorer la question de l'articulation entre ces trois impératifs de la prise en charge hospitalière de la patiente souffrant d'une forme grave d'anorexie mentale restrictive : les soins psychiques, les soins physiques et le cadre de soins.

Sous forme d'une revue de la littérature narrative nous avons d'une part repris les travaux sur la question des grands auteurs tels que Philippe Jeammet, Maurice Corcos, Bernard Brusset ou encore Hilde Bruch. D'autre part, nous nous sommes appuyés sur notre expérience clinique au CHU de Strasbourg dans des services spécialisés dans les troubles des conduites alimentaires. Et enfin nous sommes appuyés sur des articles de la littérature scientifique internationale.

L'anorexie mentale apparaît le plus souvent au moment de la puberté lors de la mise en jeu de problématiques d'attachement, de différenciation et de sexualité. Les soins seront avant tout axés sur la prise en charge institutionnelle et sa fonction de « holding » ; ils seront appuyés par une psychothérapie, une prise en charge diététique, des soins individuels et une prise en compte des aspects familiaux de cette pathologie. L'anorexie mentale et les contraintes internes qu'elle induit vont rendre ces patientes ambivalentes dans leur adhésion aux soins et donc mettre potentiellement ceux-ci en péril. Pensé d'un point de vue psychodynamique, le cadre de soins vise à permettre le bon déroulement des soins mais est également un véritable outil thérapeutique en soi. Il assure à la fois une fonction subjectivante, sécurisante et contenant. Pour cela il doit être en mesure de supporter la vie pulsionnelle de la patiente et ce qu'elle pourrait impliquer en termes de mise en danger. Il doit pouvoir recevoir les motions agressives et conflictuelles de la patiente sans risquer de remettre en cause le lien entre la patiente et l'institution. Ce cadre, individualisé, visera toujours à chercher le juste équilibre entre le maintien d'une alliance thérapeutique et la préservation de la santé, tant physique que mentale, de la patiente.

---

Rubrique de classement : Diplôme d'études spécialisées en psychiatrie.

---

Mots-clés : anorexie mentale, prise en charge institutionnelle, cadre de soins, hospitalisation, alliance thérapeutique, coercition

---

Président : Professeur Carmen Schröder  
Assesseurs : Docteur Myriam Riegert  
Professeur Gilles Bertschy  
Docteur Philippe Chabert

---

Adresse de l'auteur : 29 rue de Londres, 67000 Strasbourg