

# L'ANOREXIE MENTALE, UNE MALADIE GRAVE SPÉCIFIQUE DE LA FEMME JEUNE

A.J. SCHEEN (1)

**RÉSUMÉ :** L'anorexie mentale, appelée également la maladie des "3A", pour *anorexie*, *amaigrissement*, *aménorrhée*, est une maladie typique de l'adolescente et de la femme jeune dont la prévalence est manifestement en augmentation dans notre société. Elle se caractérise par des troubles du comportement alimentaire, aboutissant souvent à un état cachectique, et peut donner lieu à diverses complications, parfois graves. Apparemment liée à une structure mentale particulière, elle est en relation avec divers conflits de la vie quotidienne (familiaux, notamment) et traduit généralement un mal de vivre. Il convient d'évaluer précocement et soigneusement la patiente anorexique sur le plan organique, diététique et psychologique avant de lui proposer une prise en charge spécifique, si possible, multidisciplinaire, dans un centre spécialisé. Le traitement est généralement long et difficile et le pronostic reste, hélas, souvent réservé et ce, d'autant plus que le traitement est instauré tardivement.

## INTRODUCTION

L'anorexie mentale, une maladie grave qui atteint presque exclusivement l'adolescente ou la jeune femme, est loin d'être exceptionnelle dans notre société : elle arrive, en effet, en 3<sup>ème</sup> position parmi les maladies touchant les filles âgées de 10 à 20 ans et serait présente, selon certaines statistiques, chez une jeune femme sur 100 (1, 2). Même si l'anorexie mentale existe depuis longtemps (maladie appelée, jadis, "chlorose"), il semble bien que sa prévalence soit en augmentation depuis une vingtaine d'années (2-4). Les raisons en sont probablement multiples, même s'il est tentant de relier ce phénomène à une certaine crise de société (déstructuration de la famille, libération sexuelle, place de la femme dans la société moderne) et à l'apologie incessante de la femme mince, notamment dans les magazines féminins. L'anorexie mentale concerne essentiellement les classes sociales élevées et moyennes supérieures, celles où la famille a tendance à accorder une grande importance à la performance, la réussite scolaire et la promotion sociale. Les complications organiques de l'anorexie mentale sont loin d'être négligeables et peuvent être mortelles. La prise en charge de la maladie doit être rapide; elle est généralement longue et difficile et le pronostic reste souvent réservé (1, 3-5).

(1) Professeur de Clinique, Chef de Service associé, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques (Pr. P.J. Lefèbvre), Département de Médecine.

**ANOREXIA NERVOSA, A SERIOUS DISEASE OF THE YOUNG WOMAN**  
**SUMMARY :** Anorexia nervosa is characterized by a triad comprising anorexia, weight loss, and amenorrhoea. It is typically present in adolescent or young adult women and its prevalence appears to increase in our society. Eating disorders may lead to cachexia and various severe complications. This disease, which appears to be associated to a particular psychological background, is triggered by conflictual relationships, usually within the family. The anorectic patient should be carefully evaluated, as soon as possible, from a somatic, dietetic and psychological point of view. A specific therapeutic approach should be rapidly proposed in a specialized centre, if possible by a multidisciplinary team. The treatment is most often difficult and of long duration. Prognosis remains uncertain in most cases, especially when appropriate care is delayed.

**KEYWORDS :** *Anorexia nervosa - Complications - Eating disorders - Puberty - Treatment - Woman*

## DÉFINITION

Les premiers symptômes de l'anorexie mentale peuvent passer inaperçus, car ils sont cachés par l'intéressée ou d'abord banalisés par l'entourage, ce qui retarde souvent le diagnostic. Plus tard, la maladie s'emballe et le diagnostic devient alors évident avec la triade des "3 A", *anorexie - aménorrhée - amaigrissement* (1). L'amaigrissement est le signe d'appel le plus inquiétant qui pousse l'entourage à solliciter l'aide médicale : souvent spectaculaire, il dépasse 25 % du poids initial (parfois légèrement excessif, suite à une prise de poids récente qui peut d'ailleurs contribuer à initier les troubles du comportement alimentaire) et peut même atteindre 50 %. Il résulte de l'anorexie et entraîne secondairement l'aménorrhée (quoique celle-ci puisse apparaître avant l'amaigrissement et persister même après la reprise pondérale chez un quart des patientes environ). L'anorexie mentale traduit un mal-être que la jeune femme exprime au travers de sa maladie, fréquemment devenue son seul mode de communication. Il existe généralement un trouble de l'image de soi et du schéma corporel. Alors que le début de la maladie voit souvent une adolescente ou une jeune femme euphorique et hyperdynamique, le stade tardif offre la triste image d'un être décharné et apathique.

La pathogénie de l'anorexie mentale reste un mystère (3, 6, 7) et depuis plus d'un siècle s'affrontent des hypothèses psycho-génétiques et organo-génétiques. Les progrès de la biologie moléculaire apporteront peut-être un jour la solution à cette controverse et plusieurs équipes sont actuellement à la recherche de gènes candi-

faits de prédisposition (8). Pour le moment, on admet un déterminisme plurifactoriel, combinant des facteurs biologiques, socioculturels et familiaux (1). Quoiqu'il en soit, si l'anorexie mentale peut être considérée comme une maladie psychiatrique (1, 4, 6), elle s'accompagne fréquemment de répercussions organiques qui peuvent être graves et hypothéquer le pronostic vital (1, 9, 10).

### CARACTÉRISTIQUES

Même si l'anorexie mentale est une maladie relativement bien typée, il existe indiscutablement une hétérogénéité dans les caractéristiques du comportement alimentaire, les traits de personnalité de la patiente et l'existence éventuelle d'autres comportements aberrants.

#### TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Divers troubles du comportement alimentaire peuvent être rencontrés (1, 3). Le plus fréquent est l'anorexie restrictive pure caractérisée, d'abord, par une sélection progressive des aliments les moins caloriques, puis par une limitation de plus en plus sévère des ingesta. Une alternative consiste en l'apparition de crises de boulimie suivies systématiquement de vomissements provoqués; ce comportement peut conduire à l'obsession et devenir un véritable rituel. Enfin, certaines patientes alternent des périodes de restriction alimentaire, relativement sévères, entrecoupées de brèves périodes de boulimie, très culpabilisantes et non systématiquement associées à des vomissements: le bilan se solde par un déficit calorique conduisant à l'amaigrissement progressif.

Paradoxalement, la patiente présente souvent un intérêt exagéré pour tout ce qui a trait à la nourriture, qui devient une obsession croissante: mesures de contrôle des ingesta (pesées répétées), grignotages par portions infimes, mâchonnements interminables, mérycisme, c'est-à-dire régurgitation anormale des aliments, étalement sur plusieurs heures des repas pris en dehors de la table familiale, découpage de la nourriture en petits morceaux minutieusement arrangés sur l'assiette avant d'être mangés, souci constant de préparer des petits plats cuisinés pour l'entourage, dissimulation ou vol de nourriture, ... La nourriture devient alors un instrument de plaisir aisément accessible, mais réprimé et culpabilisé. Il existe une véritable relation de fascination-répulsion pour la nourriture.

#### TRAITS DE PERSONNALITÉ

L'adolescente anorexique se caractérise souvent par une enfance sans histoire, "aconflictuelle", et par un souci permanent d'être conforme à l'attente de la mère. Souvent intelligente, idéaliste et perfectionniste, elle peut présenter différents traits de personnalité: des comportements obsessionnels ou même maniaques dominent généralement, des attitudes hystériques existent parfois, un fond dépressif, plus ou moins sévère, apparaît tôt ou tard. On est souvent frappé par un dédoublement de la personnalité: l'une, angélique, raisonnable, gentiment à l'écoute et apparemment accessible aux bons conseils; l'autre, démoniaque, butée, prête à tout pour mener à bien son plan diabolique.

Il existe systématiquement une non-reconnaissance de la maigreur (dénier de la maladie), attitude qui reflète un trouble de la perception de l'image du corps (11). Alors que la maigreur croissante inquiète l'entourage (notamment les parents), elle plonge, au moins initialement, l'adolescente dans un sentiment d'exaltation et de triomphe omnipotent. L'anorexique est guidée alors uniquement par son désir éperdu de minceur et par sa peur phobique de grossir.

Sur le plan relationnel, la situation est dominée par une ambivalence avec à la fois un maintien d'une relation intense de dépendance (notamment vis-à-vis de la mère) et des tentatives inappropriées de dénier cette dernière. Il en résulte souvent une relation d'emprise sadomasochiste, de type manipulation et de défi. Enfin, il existe quasi systématiquement un refoulement massif de la sexualité, avec une aversion pour toute forme sensorielle de plaisir et un refuge dans l'intellectualisme (d'où, en règle générale, l'excellente scolarité).

#### AUTRES COMPORTEMENTS ABERRANTS

À côté des troubles du comportement alimentaire décrits ci-dessus, certaines patientes présentent d'autres troubles du comportement, souvent de type compulsif. Les plus souvent rencontrés sont l'activité physique poussée à l'extrême, l'abus de laxatifs, voire de diurétiques, ou encore la potomanie. Ces attitudes contribuent à aggraver les pertes caloriques et à accélérer l'amaigrissement, tout en exposant la patiente à certaines complications spécifiques (voir ci-dessous). L'hyperactivité motrice (et intellectuelle) qui caractérise la maladie à son début finit cependant par s'éteindre lorsque l'anorexie progresse, essentiellement en raison d'un manque de force.

## EXPLORATION

L'exploration d'une anorexie mentale nécessite une approche multidisciplinaire, organique, diététique et psychologique. Elle vise, essentiellement, à estimer la sévérité de la maladie, en recherchant notamment les complications associées, et à définir quelques pistes pathogéniques qui permettront d'orienter au mieux la stratégie thérapeutique (10).

### EXPLORATION ORGANIQUE

L'exploration organique a trois grands objectifs. Elle doit, d'abord, exclure une cause physique à la dégradation de l'état général et à la cachexie. En pratique, cependant, il faut reconnaître que le diagnostic ne fait guère de doute au vu de la simple anamnèse et de l'examen clinique. Le diagnostic différentiel le plus difficile à établir est celui d'une insuffisance hypophysaire organique à laquelle ressemble, à s'y méprendre, la sidération hypophysaire fonctionnelle caractéristique de l'anorexie mentale et responsable de l'aménorrhée.

Il convient, ensuite, d'évaluer l'état de sévérité de la maladie sur la base de critères objectifs : la perte de poids globale, la vitesse de l'amaigrissement et la sévérité du déficit pondéral actuel, généralement le mieux appréciée (en l'absence d'oedèmes ou d'ascite) par l'indice de masse corporelle (IMC : poids, exprimé en kilogrammes, divisé par la taille, exprimée en mètre et élevée au carré). L'anorexie mentale peut être considérée comme modérée si l'IMC tombe en dessous de 17,5 kg/m<sup>2</sup>, sévère en dessous de 15 kg/m<sup>2</sup> et critique sur le plan vital en dessous de 12,5 kg/m<sup>2</sup>.

Enfin, il est important de rechercher les éventuelles complications, cliniques ou biologiques, de la maladie (4, 5). Celles-ci peuvent être liées au déséquilibre énergétique prolongé et à l'état de cachexie qui s'ensuit (hypotension sévère, hypoglycémie, par exemple) et/ou aux épisodes de vomissements répétés, voire à la prise compulsive de laxatifs ou de diurétiques, responsables de troubles électrolytiques sévères, comme l'hypokaliémie, parfois responsable d'arythmies cardiaques malignes, ou l'hyponatrémie, rarement à l'origine de convulsions (9). Lorsque l'anorexie est suffisamment prolongée, une ostéoporose est la règle, liée à la combinaison de la carence oestrogénique et d'un déficit massif d'apport calcique.

### EXPLORATION DIÉTÉTIQUE

L'anamnèse alimentaire doit être réalisée de façon systématique, si possible avec l'aide

d'un(e) diététicien(ne). Elle doit permettre d'évaluer l'apport énergétique total journalier (généralement inférieur à 1.000 Kcal/jour, voire 500 Kcal/jour dans les cas sévères) et de confirmer ainsi le diagnostic. Cependant, s'il existe des vomissements répétés (généralement, la patiente quitte la table en cours de repas ou court aux toilettes dès la fin de celui-ci), l'anamnèse alimentaire ne permettra pas de se faire une opinion sur l'apport calorique réel. De plus, s'il existe une activité physique compulsive, l'apport alimentaire pourra paraître normal en valeur absolue, mais sera relativement insuffisant pour compenser la dépense énergétique intense, souvent impossible à évaluer de façon précise. L'entretien diététique doit donc surtout viser à analyser le type de comportement alimentaire de la patiente, ses préférences et ses phobies, de façon à pouvoir la guider au mieux lors de la phase de réalimentation.

### EXPLORATION PSYCHOLOGIQUE

Il faut, tout d'abord, rechercher les facteurs de prédisposition, susceptibles de favoriser la survenue d'une anorexie mentale. On les trouvera souvent, outre dans la personnalité même de la patiente (jeune fille perfectionniste, par exemple), dans son histoire familiale : mésentente parentale, alcoolisme chez le père, antécédents d'inceste, etc.

Ensuite, il faut tenter de trouver, s'il existe, un événement précis qui aurait pu déclencher la maladie à un moment donné (12) : désillusion amoureuse (souvent dans l'imaginaire plutôt que dans le vécu réel), réflexion désobligeante sur le poids, crainte d'un échec (scolaire, par exemple), situation de conflit latent pour lequel la patiente ne voit pas de solution ("choix impossible", "secret étouffant"), etc. Personnellement, et contrairement à d'autres, nous pensons qu'il existe très fréquemment un facteur déclenchant précis, mais que celui-ci est le plus souvent caché par l'adolescente, par pudeur (s'il existe une connotation sexuelle, ce qui n'est pas rare), par peur du ridicule ou par culpabilisation. Lorsque la recherche d'un événement traumatisant reste vaine, il est classique de considérer, par défaut, que le traumatisme primaire est la puberté (fig. 1) : les changements physiologiques survenant à cette période comme la pression psychosociale provoquent des modifications de statut et de l'image de l'adolescente, parfois difficiles à assumer.

Enfin, il faut s'intéresser, de façon pragmatique, aux difficultés d'insertion de la patiente dans la vie de tous les jours, éventuellement déjà présentes avant l'écllosion de la maladie, mais

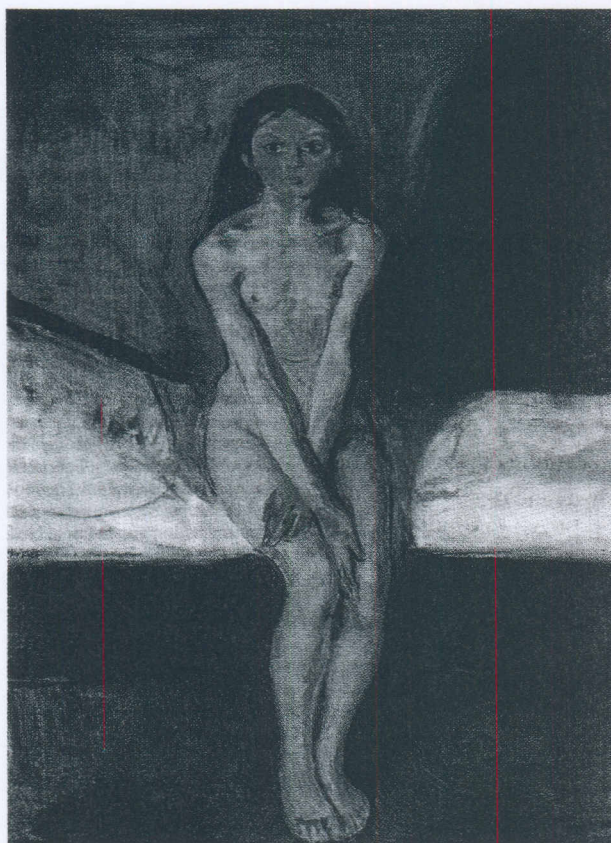


Fig. 1. *Puberté*, Edvard Munch (1863-1944).

très souvent aggravées par celle-ci, et qui contribuent à accentuer la perte de confiance en soi et l'isolement social.

#### PRISE EN CHARGE

La conduite du traitement ne peut être univoque, mais doit s'adapter au moment de l'évolution de cette maladie complexe. Il est nécessaire de considérer à la fois le symptôme, la personnalité de la patiente et le contexte familial (1, 13). Le traitement doit être gradué en fonction de chaque cas. Le médecin généraliste est souvent consulté en première ligne et joue un rôle important dans l'orientation thérapeutique. La technique du "contrat de poids" est souvent utilisée, mais pas toujours efficace. L'hospitalisation doit être gardée en réserve, comme moyen ultime, afin de lui conserver toute sa force et peut se faire, selon les cas, soit en milieu (pédo)psychiatrique, soit dans un service de pédiatrie ou de médecine.

Comme l'exploration, la prise en charge doit, idéalement, comporter trois volets : organique, diététique et psychologique (1, 13). Dans ces trois domaines, il faut avant tout gagner la confiance de la patiente, en lui consacrant de

longues heures d'écoute et en lui faisant comprendre que le soignant qu'elle voit dans un premier temps comme un intrus, voire un ennemi, peut rapidement devenir son allié. Tout l'art est de pouvoir se montrer à la fois conciliant et ferme, rassurant et exigeant, patient et déterminé.

#### APPROCHE ORGANIQUE

L'approche organique dépend surtout de la sévérité du déficit pondéral et de l'existence, ou non, de complications cliniques ou biologiques. Outre la correction des complications aiguës (troubles électrolytiques, notamment), elle passe généralement par une réalimentation forcée si l'état cachectique est suffisamment sévère. Le "gavage", jadis classique, est critiqué par certains. A nos yeux, il garde cependant une place à un moment crucial de la maladie, à condition qu'il s'intègre dans une approche plus globale. Dans notre expérience, il est, en effet, illusoire d'espérer que la patiente parvienne à se renourrir suffisamment dans un délai relativement bref et toute approche psychologique est souvent vouée à l'échec chez une patiente véritablement décharnée. Cette réalimentation forcée est souvent mal acceptée par la patiente qui fera tout pour y échapper : promesses les plus folles ("laissez-moi ma chance, je vais remanger"), discours rationnel ("à quoi cela peut-il servir, ce n'est pas cela qui va me faire manger, au contraire cela va me couper l'appétit"), manipulations sur le poids pour remplir le contrat qui évitera l'alimentation forcée (ingurgitation d'eau en cachette avant la pesée, dissimulation de poids dans les vêtements, ...), entrave à la réalimentation (vidange des "bidons" dans les toilettes, ...). Il est aisément compréhensible que la patiente accepte difficilement un traitement allant à l'opposé de son désir profond le plus cher (continuer à perdre du poids et, à tout le moins, ne pas regrossir). De plus, elle ne peut accepter de perdre le contrôle sur sa maladie et de laisser à une tierce personne (en l'occurrence, le médecin) le soin de prendre les rênes du pouvoir, elle qui, depuis tout un temps déjà, utilise sa maladie pour montrer sa toute-puissance sur elle-même et sur son entourage.

La préférence sera donnée à une alimentation entérale, à l'aide d'une microsonde nasogastrique, plutôt qu'à une alimentation parentérale, plus coûteuse et plus dangereuse. Les dangers de cette dernière résident, classiquement, dans la provocation d'un pneumothorax iatrogène lors de la pose d'une voie centrale chez une patiente cachectique (la voie sous-clavière doit absolument être proscrite dans ce contexte) ou encore

dans le risque accru de septicémie favorisé par la porte d'entrée du cathéter chez une personne en mauvais état général, fragilisée et immunodéprimée. L'alimentation entérale se fera sous contrôle médical, de façon progressive, avec un apport calorique passant de 1.000 Kcal/jour à 2.000 Kcal/jour. La patiente a la liberté de se nourrir spontanément en supplément. Si la prise pondérale ne se fait pas de façon régulière sous cet apport calorique imposé, il faut soupçonner une manipulation de la part de la patiente, même si elle le nie farouchement, et instaurer des moyens de contrôle visant à rendre impossible semblable réaction d'évitement. Cette période doit être mise à profit pour renforcer le dialogue avec la patiente de façon à permettre, dès que possible, la transition d'une attitude passive, voire négative, à une attitude active, positive.

#### APPROCHE DIÉTÉTIQUE

L'anamnèse alimentaire initiale aura permis de préciser les préférences alimentaires de la patiente, ce qui facilite l'établissement d'un plan de réalimentation lors de la prise en charge thérapeutique. Dans notre expérience, cependant, l'approche purement diététique de l'anorexie mentale est très souvent décevante. La patiente a d'ailleurs tendance à orienter la discussion sur le terrain strictement diététique alors que la problématique alimentaire n'est qu'un symptôme et que la véritable cause à traiter est ailleurs. Le but essentiel est de proposer à la patiente un plan alimentaire susceptible de la rassurer. Elle passe, en effet, généralement par une phase de grand désarroi, tiraillée entre son désir profondément ancré de restriction alimentaire et ses efforts, souvent contraints et forcés, pour reprendre du poids. Proposer alors à l'anorexique des rations alimentaires équilibrées contribue à la rassurer et à lui rendre confiance dans sa relation avec la nourriture. Il convient, notamment, de l'aider à mieux maîtriser cette phobie de perdre le contrôle sur la nourriture, perte qui la conduirait inexorablement à un embonpoint qu'elle ne pourrait jamais accepter. Il est important de fixer des objectifs de poids raisonnable, avec une prise pondérale suffisante pour rassurer le personnel soignant et la famille, mais pas trop rapide, pour rassurer la patiente.

#### APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Si le symptôme ne doit jamais être perdu de vue, il est important d'essayer de décrypter le message codé qu'il cache le plus souvent. Cette tâche implique l'instauration d'un climat de confiance. Il est nécessaire d'écouter longuement la patiente et de créer les conditions d'une

alliance thérapeutique dans laquelle elle se sentira reconnue dans ses désirs et besoins réels. Il est également important d'assurer à la patiente l'apport narcissique nécessaire à la restauration de son propre sentiment de confiance en soi.

La maladie anorexique apporte indiscutablement un bénéfice secondaire à la patiente. Elle représente tantôt un appel à l'aide ("non, je ne suis pas aussi forte que vous le pensez"), tantôt une forme de pression sur l'entourage (pression sur le couple parental, obligé de se resouder autour de l'enfant "malade", par exemple), tantôt une réaction d'évitement (notamment, dans ses difficultés vis-à-vis de l'éveil sexuel à l'adolescence). La découverte de ce "mystère" est souvent un cheminement difficile et parvenir à en faire parler l'adolescente ou la jeune femme représente souvent le premier pas dans le long processus de la guérison. Une fois la problématique mise à jour, rien ne sert d'attendre et d'espérer que le temps arrange les choses; dans notre expérience, il faut, au contraire, percer l'abcès avec tous les protagonistes, quitte à passer par une période de crise exacerbée transitoire qu'il conviendra de gérer au mieux : le salut est souvent à ce prix, mais il faut bien reconnaître que la gestion de cette problématique est parfois périlleuse et impose tact, disponibilité, confiance, ...

Idéalement, la patiente anorexique devrait bénéficier de l'aide d'un(e) psychiatre ou d'un(e) psychologue intéressé(e) par les troubles du comportement alimentaire (14). Les premiers psychothérapeutes de l'anorexie mentale ont surtout attiré l'attention sur l'évitement de la sexualité génitale et l'érotisation des conduites alimentaires. Actuellement, il est plus généralement admis que l'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles propres à la puberté, conduisant à un trouble de l'image du corps. Tous les psychiatres spécialistes de l'anorexie mentale placent la problématique de l'identité au coeur de cette maladie : en quête d'identité (petite fille modèle ayant peur d'assumer des responsabilités d'adulte), elle se reproche un manque d'efficacité, même si elle donne l'impression d'être douée et de réussir. D'aucuns soulignent l'importance du conflit dépendance/autonomie, aboutissant à une relation conflictuelle avec la mère, mais avec une agressivité qui ne peut s'exprimer ouvertement. Les mères sont généralement décrites comme dominantes, rigides, tyranniques. Quant au père, il apparaît habituellement effacé, incapable de faire preuve d'autorité, mal assuré dans son identité, assez

distant de la patiente avec laquelle la communication est absente ou difficile.

Le milieu familial n'est plus seulement considéré comme l'élément d'entretien de la conduite anorexique, mais comme un des facteurs essentiels à la genèse du trouble. Le tableau le plus souvent décrit est celui d'une famille conventionnelle, rigide, fermée sur elle-même, voulant à tout prix éviter les conflits et s'efforçant d'apparaître unie et harmonieuse. Un des facteurs-clés est souvent l'implication de la jeune adolescente dans un conflit conjugal latent qui n'est jamais abordé en tant que tel : on y retrouve souvent les deux thématiques déjà évoquées ci-dessus, à savoir le "secret étouffant" (être au courant et ne pouvoir en parler) et/ou le "choix impossible" (notamment, prendre le parti du père ou de la mère), que la patiente rumine pendant de nombreux mois, voire années, avant de véritablement s'effondrer dans cette maladie "salvatrice" : la maladie est alors vécue comme une situation moins pénible que la gestion de l'autre problématique insoluble. Dans ce contexte, l'isolement du milieu familial, grâce à l'hospitalisation, reste classiquement considéré comme le meilleur traitement symptomatique de l'anorexie. Le contrat préalable est l'instrument privilégié fréquemment utilisé par le personnel hospitalier. Il porte sur une levée progressive des mesures d'isolement conditionnée par la reprise de l'alimentation et du poids. Ce contrat, une fois négocié et accepté, doit être intangible, respecté par toutes les parties, patiente, famille, soignants. La durée de l'hospitalisation est souvent relativement longue, pouvant atteindre plusieurs mois.

Il va de soi que tous les éléments recueillis lors de l'exploration psychologique initiale serviront de point de départ pour un travail psychothérapeutique plus approfondi. La psychothérapie apparaît indispensable à la sortie de l'hospitalisation : il peut s'agir simplement d'une psychothérapie de soutien ou, dans certains cas, d'une psychothérapie psychanalytique. Chez les anorexiques plus âgées, notamment, la gravité des troubles sous-jacents de la personnalité peut nécessiter une action psychothérapeutique individuelle de plusieurs années. A l'adolescence, l'anorexie traduit le plus souvent une situation conflictuelle transitoire qu'il est plus facile de désamorcer et c'est à ce moment que l'action sur la famille est la plus efficace : dans ces conditions, il est impossible de ne pas inclure les parents dans la stratégie thérapeutique et on fera le plus souvent appel à des thérapies familiales.

Bien que des essais d'explication neurobiologique aient été proposés pour expliquer les

troubles du comportement alimentaires (rôle de la sérotonine dans la régulation de l'appétit) (6, 7), l'approche pharmacologique est généralement peu efficace dans l'anorexie mentale. Les anxiolytiques et les somnifères peuvent, à l'occasion, constituer des traitements d'appoint et les antidépresseurs doivent être réservés aux périodes dépressives manifestes. La fluoxétine - Prozac® - s'est avérée beaucoup moins efficace dans le traitement de l'anorexie mentale que dans celui des troubles du comportement alimentaire de type boulimie (7). Un neuroleptique, la chlorpromazine (Largactil®), a été utilisé par certains pour stimuler l'appétit, mais ne se révèle guère utile et peut favoriser des hypotensions, notamment à l'orthostatisme chez un sujet amaigri et en hypovolémie.

## PRONOSTIC

L'anorexie mentale doit être considérée comme une maladie grave, nécessitant une prise en charge précoce dans un centre spécialisé (14). Les attitudes de banalisation et d'attente sont à proscrire. Le pronostic reste réservé et la guérison, si elle existe, est souvent lente, pouvant prendre plusieurs années (16, 17). De façon schématique, on peut estimer qu'un tiers des patientes guérira complètement; un autre tiers sera fortement amélioré, permettant une réinsertion socio-familiale acceptable malgré la persistance de quelques troubles du comportement alimentaire et, surtout, d'une vie relationnelle, affective et sexuelle non totalement satisfaisante; quant au dernier tiers, il restera fortement handicapé par cette maladie qui va passer à chronicité ou s'accompagner d'autres troubles psychiatriques. Il apparaît que le pronostic est meilleur si la maladie survient chez la jeune fille (adolescence) plutôt que chez la jeune femme (début de la vie adulte). D'après la littérature, le risque suicidaire ne doit pas être négligé, bien qu'il soit heureusement relativement rare. Néanmoins, d'après les études longitudinales à 3-5 ans, la mort survient dans 5 % des cas (et jusqu'à 15 % dans les rares études publiées avec un suivi de 15-20 ans), par cachexie, troubles hydro-électrolytiques (9), dilatation aiguë de l'estomac, etc.

## CONCLUSIONS

L'anorexie mentale est une maladie mystérieuse qui, à bien des égards, fait peur. Déstructurante pour la jeune femme qui en est atteinte, elle empoisonne le climat familial et angoisse les parents. Elle désarçonne souvent le médecin praticien non habitué à prendre en charge ce

type de pathologie. Souvent même, elle met le psychiatre ou le psychologue en échec, et aucun traitement classique, psychothérapeutique ou pharmacologique, ne paraît avoir d'emprise sur elle. Le chemin qui conduira la patiente des ténèbres à la lumière sera souvent long, parsemé d'embûches, parfois désespérant. Mais percer le mystère, trouver la solution, apporter l'espoir et la confiance, pouvoir faire renaître à la vie cette personne jeune et intelligente qui refusait la base même de l'existence, à savoir la nourriture, est un défi tellement exaltant qu'une seule victoire fait oublier bien des défaites ...

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Sibertin-Blanc D.— Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. *Rev Prat*, 1996, **46**, 2255-2264.
2. Bergh C, Södersten P.— Anorexia nervosa : rediscovery of a disorder. *Lancet*, 1998, **351**, 1427-1429.
3. Herzog DB, Copeland PM.— Eating disorders. *New Engl J Med*, 1985, **313**, 295-303.
4. Hartman D.— Anorexia nervosa - diagnosis, aetiology and treatment. *Postgrad Med J*, 1995, **71**, 712-716.
5. Jacobson MS, Rees JM, Golden NH, Irwin CE (Ed).— Adolescent nutritional disorders. Prevention and treatment. *Ann NY Acad Sci*, 1997, **817**, 1-402.
6. Garner DM.— Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993, **341**, 1631-1635.
7. Walsh BT, Devlin MJ.— Eating disorders : progress and problems. *Science*, 1998, **280**, 1387-1390.
8. Gorwood P, Bouvard M, Mouren-Siméoni MC, et al.— Genetics and anorexia nervosa : a review of candidate genes. *Psychiatr Genet*, 1998, **8**, 1-12.
9. Scheen AJ.— Le cas clinique du mois. Troubles électrolytiques sévères dans l'anorexie mentale. *Rev Med Liege*, 1995, **50**, 16-17.
10. Scheen AJ.— Comment j'explore ... une anorexie mentale. *Rev Med Liege*, 1995, **50**, 538-539.
11. Cash TF, Deagle EA.— The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa : a meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 1997, **22**, 107-125.
12. Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J.— Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa ? *Psychol Med*, 1997, **27**, 523-530.
13. Beumont PJV, Russell JD, Touyz SW.— Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993, **341**, 1635-1640.
14. American Psychiatric Association.— Practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatr*, 1993, **150**, 206-228.
15. Schoemaker C.— Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa ? A systematic review of treatment-outcome literature. *Int J Eat Disord*, 1997, **21**, 1-15.
16. Pike KM.— Long-term course of anorexia nervosa : response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev*, 1998, **18**, 447-475.
17. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A.— Outcome of anorexia nervosa : a case-control study. *Am J Psychiatr*, 1998, **155**, 939-946.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU Sart Tilman, 4000 Liège 1.