

Les prises en charge à Colmar : primauté de l'ambulatoire et du réseau, pari de l'alliance thérapeutique. Témoignage.

Pascal Guingand

Avec la première description de l'anorexie mentale, Lasègue nous met déjà sur la piste de l'alliance thérapeutique nécessaire à sa prise en charge, orientation durablement mise à mal dix ans plus tard par Charcot, avec un protocole hospitalier mélangeant isolement et intimidation qui laissera surtout dans l'histoire de la médecine le souvenir d'une incroyable iatrogénie pour les patients et leur entourage. Ce que nous avons monté sur Colmar se veut un antidote à ce schéma encore trop en souffrance d'*aggiornamento* : primat de l'ambulatoire et du réseau pour limiter les temps d'hospitalisation, travail avec le système familial en lieu et place de l'isolement, alliance thérapeutique comme remède à l'intimidation protocolisée. Auquel nous ajoutons une pincée de l'épice qui change tout, une herbe grecque aux vertus oubliées, *primum non nocere*...

La prise en charge ambulatoire des TCA sur Colmar est proposée au sein du Centre de Jour addictologique Libert'Add¹. Celui-ci partage ses locaux avec le CTJ du service de psychiatrie et a été conçu sur le modèle du secteur : dispositif central de la prise en charge, à l'interface entre l'intrahospitalier et la cité.

Actuellement le partenariat intrahospitalier y est représenté par le service de psychiatrie des HCC, l'Unité Ado du CH de Rouffach et le service de Nutrition du SSR des Trois-Epis ; le partenariat ambulatoire est représenté par trois CSAPA du département, la MDA 68, un CMP, des médecins libéraux ; enfin, citons l'articulation étroite avec l'association ARTTA² laquelle organise des groupes de paroles pour l'entourage à Strasbourg Colmar et Mulhouse.

Libert'Add est donc une sorte de CMP-CATTP-Hôpital de Jour addictologique, non sectorisé, animé par une équipe psychiatrique formée aux modalités spécifique d'accompagnement des populations addictées. Il prend en charge les conduites de dépendance avec et sans produit en proposant une palette d'activités thérapeutiques dont certaines sont transversales, d'autres plus spécifiques (les approches corporelles et celles centrées sur l'alimentation sont par exemple plutôt proposées aux TCA). L'ancrage est à la fois institutionnel et

systemique selon une articulation originale que j'ai eu la chance d'expérimenter de 96 à 98 à l'Institut psychothérapique du Pin-en-Mauges³, équipe magnifique que je ne remercierai jamais assez de m'avoir permis, à l'issu de mon internat, de renouveler entièrement les bases d'un métier que je venais pourtant d'acquérir (!). J'en ai gardé la foi inaliénable dans les vertus de la créativité institutionnelle pour la santé des équipes et dans celles de l'alliance thérapeutique pour la santé des patients et des familles.

« 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. Et Lasègue ajoute : *Avec l'hystérique, une première faute médicale n'est jamais réparable.* »⁴ Depuis que l'homme écrit, une constante semble se dégager des textes des découvreurs : tout y est dit déjà, pour peu que l'on se donne la peine d'entendre les harmoniques qui se dégagent du son initial. Comment ne pas entendre donc, derrière cette faute qui n'est pas réparable, celle du collègue Charcot qui viendra 10 ans plus tard promouvoir et l'intimidation et l'isolement comme traitements de choix⁵ ? Comment ne pas se dire que Lasègue nous avait pourtant prévenu lorsque l'on constate l'ampleur et la durabilité de la iatrogénisation chez ces patientes de 30-40 ans fixées à 15 ans dans un régime de survie avec des parents collés, comme au premier jour, au symptôme. Le tableau après-coup est terrifiant de similitude chez ces adultes qui se ressemblent toutes : avec ou sans prise de poids, chaque hospitalisation a renforcé la régression émotionnelle et la nécessité de s'affamer pour vivre malgré l'animosité générique qu'elle engendre, et ce d'autant plus que « c'est tellement simple de manger ».

Doris⁶ à 39 ans, anorexique restrictive depuis l'âge de 16 ans. En début de parcours, elle a connu toute la palette du circuit hospitalier : pédiatrie, endocrinologie, psychiatrie, dans l'ordre et dans le désordre. Lorsque je fais sa connaissance elle pèse 28 kg et est hospitalisée par une consœur pour « instabilité à la marche » (un objectif de poids n'aurait pas permis l'acceptation d'un retour à l'hôpital après des années de stabilisation autour de 30 kg). Elle a son logement à côté de la maison familiale. Je propose d'emblée un entretien en présence des parents et demande s'ils prennent des repas en commun. Doris répond prudemment « qu'elle n'est pas trop intéressée ». La mère dit alors : « Je sais bien ce que vous allez penser, vos collègues il y a 20 ans m'avaient déjà fait la remarque, mon problème c'est que je ne peux pas ne rien lui dire... ».

J'ai évoqué ce que je dois à l'équipe du Pin-en-Mauges. La présentation de la dynamique colmarienne ne serait pas complète si je ne mentionnais un voyage d'étude en 2004 avec un groupe pluridisciplinaire auprès de l'équipe du Pr. Venisse à Nantes : nous venions chercher des idées pour la prise en charge des anorexiques, nous sommes repartis avec un modèle addictologique dont la portée heuristique ne cesse de m'impressionner⁷. Cette approche m'a par la suite permis de conceptualiser Libert'Add en affinant encore un peu plus le concept d'alliance thérapeutique, central en addictologie⁸.

En 2010, j'ai par conséquent été particulièrement heureux de constater la valorisation de l'alliance thérapeutique en filigrane des Recommandations de l'HAS⁹. Pour s'en convaincre, faisons le test suivant. Si l'on admet que la prise en charge classique de l'anorexie mentale se fonde sur deux triades, l'une clinique (anorexie, aménorrhée, amaigrissement) l'autre thérapeutique (isolement, séparation, contrat), cherchons les occurrences de cette deuxième triade au sein de l'argumentaire de 167 pages des Recommandations : *isolement* 5 occurrences, *séparation* 14 occurrences, *contrat* 27 occurrences. Le terme *alliance* obtient quand à lui 49 occurrences ! L'outil de recherche PDF nous donne donc un reflet assez exact des préconisations actuelles, que je résumerai ainsi : alliance +++ (patient et famille), contrat +, séparation ±, isolement -.

Les équipes de Libert'Add, des HCC et des Trois-Epis ont pu bénéficier de la même formation à cette approche renouvelée des TCA. J'ajoute que le groupe de parole hebdomadaire anorexie-boulimie de Libert'Add, animé dans un esprit institutionnel par l'équipe pluridisciplinaire, a peu à peu été ouvert aux patients ambulatoires ainsi qu'à ceux des deux services hospitaliers précités. Cette séance forme ainsi un creuset thérapeutique qui à la fois génère et nourrit l'homogénéité des soins sur le circuit colmarien.

ARTTA existe depuis 1999, l'association a été fondée à Strasbourg par des psychiatres universitaires et des parents. Très tôt, des groupes de paroles pour l'entourage ont été mis en place. C'est la raison pour laquelle, inaugurant un cycle de conférences annuelles à partir de 2011, ARTTA a fait venir comme premier intervenant Philippe Jeammet, initiateur en France de ces groupes en 1969¹⁰. Ont suivi Alain Perroud, Colette Combe, et Thierry Vincent. Ces conférences grand public sont visibles sur le site de l'association¹¹, elles contribuent à l'amélioration des soins au sein du réseau en favorisant un socle de représentations et de connaissances communes aux patients, aux familles et aux professionnels.

Primum non nocere

En conclusion je dirais que je partage avec Alain Perroud la certitude que la clinique classique de l'anorexique perverse-manipulatrice est une production iatrogène¹². Comment se fait-il que ces jeunes filles ayant un faible degré de confiance en elles, incapables de faire des choix, terrifiées sans le savoir par les transformations du corps et le devenir adulte aient pu devenir ces fameuses manipulatrices faisant durablement tourner les familles et les services autour de leur soif de puissance ? Le malentendu est d'origine, implacable : « Je ne peux pas manger », « OK, on va t'aider, mais tu vas commencer par manger ! ». Connaissez-vous une autre maladie pour laquelle l'entourage et les médecins demandent au patient de commencer par guérir avant d'imaginer pouvoir être soigné ? Destin des anorexiques qui souffrent d'un mal qui peine à se nommer maladie – tant faire manger un enfant est une fonction naturelle –, historiquement mal-traitées par des protocoles ne tenant compte ni du profil psychique ni de l'âge – pour ne retenir que leurs défauts mineurs. Il est donc temps d'arrêter le gâchis¹³ et de revenir à Lasègue, autrement dit, en amont de toute orientation thérapeutique et par principe, de réhumaniser les soins en faisant preuve d'une empathie et d'une bienveillance sans faille auprès des patients et des familles. On s'apercevra alors, *en s'évertuant d'abord à ne pas nuire et en aidant l'entourage dans ce sens*, que de nombreuses situations, même anciennes, se débloquent, comme autant de processus adolescents figés, à l'instar de beaucoup d'addictions durables.

Dr Pascal Guingand, Psychiatre, Centre de Jour addictologique Libert'Add (Hôpitaux Civils de Colmar), président d'ARTTA. *Article rédigé en avril 2016.*

1. Voir le site libertadd.com

2. ARTTA est le réseau régional anorexie-boulimie (voir le site artta.com).

3. Voir Une équipe soignante du Pin-en-Mauges (auteur), *Une expérience d'introduction d'une approche systémique dans un milieu institutionnel psychiatrique*, Soins Psychiatrie n°38, décembre 1983.

4. Charles Lasègue, *De l'anorexie hystérique*, Archives générales de médecine, pp. 385-403, avril 1873.

5. Jean-Martin Charcot, *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie (1885)*, in *Œuvres complètes*, t. III, leçon 17, Lecronnier et Babé, 1890.

6. Le prénom a été changé.

7. Jean-Luc Venisse, *Pertinence du concept d'addiction dans les troubles du comportement alimentaire*, in Michel Raynaud et coll., *Traité d'addictologie*, pp. 650-654, Flammarion, 2006.

8. La relecture du concept à partir du travail auprès des toxicomanes telle qu'elle a été mise en relief par des confrères comme Morel a encore ajouté de précieuses pierres à l'édifice (voir Alain Morel et Jean-Pierre Couteron, *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Dunod, 2008, en particulier ch.11 et sur internet, Alain Morel *Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique* – www.cairn.info/revue-psychotropes-2010-2-page-31.htm).

9. HAS, *Recommandations de bonne pratique, Anorexie mentale : prise en charge*, Argumentaire, Juin 2010 – www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf

10. Voir Colette Barroux, entretien avec Philippe Jeammet, in *L'Ecole des parents*, hors-série, pp. 6-8, mars 2001, téléchargeable sur <http://www.cndp.fr/crdp-reims/cddp52/reaap/ensemble.pdf>.

11. Voir artta.com, onglet Vidéos.

12. Voir artta.com, onglet Vidéos, Alain Perroud, « Anorexie-boulimie : *Primum non nocere*. Pourquoi nos interventions sont parfois aggravantes ? Comment les améliorer ? », conférence à Colmar, octobre 2012 et « Anorexie-boulimie : *Primum non nocere* » sur <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-32-traitement.htm>.

13. Voir (et signer !) la pétition *Anorexie mentale et boulimie, et si on arrêtait le gâchis ?* sur change.org.