

Claire Duguet

Une pratique clinique de l'anorexie dans un service hospitalier de médecine générale

On a l'habitude d'entendre que l'anorexie, c'est mental, c'est dans la tête, sous-entendu : ce n'est pas du tout un problème de corps. Il est vrai qu'avec les formules bien connues comme « le manger rien » ou « c'est un conflit avec la mère », nous ne sommes pas dans une maladie organique. Pourtant, le corps est ce que montre en premier l'anorexique, bien plus que les mots pour le dire, ce corps. Y a-t-il contradiction ?

Le titre de cet article indique que l'anorexie demande une clinique particulière par rapport aux autres pathologies traitées dans un service de médecine générale. De quelles particularités s'agit-il ? À partir d'une année de stage avec la psychologue d'un service de médecine générale à l'hôpital, j'ai essayé de cerner les principaux points qui font le travail de prise en charge dans ce service avec les anorexiques.

D'abord deux mots du service. Il s'agit d'un fonctionnement hospitalier classique : un personnel composé d'une surveillante, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'internes. Ils sont tous jeunes et peu ou pas du tout formés à la problématique de l'anorexie. Tous sont pris dans un travail quotidien répétitif et sans répit, autour des soins du corps, à partir de la visite des médecins et de la présence des internes.

Dans ce service, deux lits sont réservés à des problèmes de dépendance à l'alcool ou d'anorexie. Les entrées sont discutées lors des consultations du professeur du service ou de celles au centre médico-psychologique (CMP) avec la psychologue du service ou des urgences. En règle générale, les hospitalisations sont motivées par des raisons médicales ou pour une observation des conduites alimentaires. Dans ce dernier cas, l'hospitalisation est réduite à une semaine.

Le cadre

Le suivi hospitalier des patients anorexiques (des femmes essentiellement) est relativement simple à décrire : il se présente sous la forme d'un contrat discuté par la patiente avec la psychologue et signé par la patiente et l'infirmière. Ce contrat servira de repère en cas de malentendu ou de litige. Le voici :

- la patiente est enfermée dans la chambre, sans accès à la salle de bains, ni à l'ouverture de la fenêtre ;

- la toilette du matin s'effectue en présence d'une personne de l'équipe ;

- les urines et les repas sont contrôlés ;

- les plateaux-repas sont servis aux heures normales sans commentaire d'aucune sorte sur ce qui a été mangé ou pas, vomi ou pas. La quantité de boisson quotidienne est déterminée. Les menus sont décidés en concertation entre la patiente et la diététicienne ;

- aucune consigne de poids ni de durée n'est donnée *a priori* du séjour. La pesée est irrégulière ;

- le téléphone est proscrit. Il est possible d'envoyer du courrier et d'en recevoir. Les proches peuvent prendre des nouvelles de la patiente en appelant le service ;

- la patiente peut regarder la télévision, lire, écrire ou s'occuper manuellement ;

- la chambre est nettoyée minutieusement une fois par semaine ;

- en cas d'angoisse ou de moment difficile, la patiente peut appeler une infirmière qui prendra le temps de l'écouter. Sinon ou en cas de troubles du sommeil, un psychiatre passe pour une prescription de médicaments ;

- une infirmière psychiatrique, détachée du CMP, vient une fois par semaine s'entretenir et faire un point avec la patiente ;

- la psychologue passe au minimum trois fois par semaine. L'équipe peut la joindre par téléphone, à tout moment, week-end compris ;

- un rendez-vous est organisé avec la patiente, ses parents et la psychologue, à l'entrée et à la sortie, parfois plus si le séjour est long.

La lecture du contrat fait presque « froid dans le dos » par son caractère carcéral, monacal ou encore comportementaliste. Il est vu comme un moyen, parmi d'autres, de suivre le parcours subjectif d'une personne dont les attitudes alimentaires sont devenues une obsession au point d'occuper tout son esprit et l'ensemble de ses faits et gestes. Cette conduite anorexique correspondant au « manger rien » pousse l'individu à des comportements marqués par la quête de pouvoir et de jouissance morbide. Ils sont difficiles à supporter dans un service de médecine et surtout ils en brouillent la cause.

Ce contrat, semble-t-il, situe, au-delà des clauses qui le constituent, un point de non-savoir radical dans ce service de médecine générale qui n'est pas spécialisé en troubles des conduites alimentaires. Le contrat ne pallie pas pour autant le manque d'expérience ou de motivation de l'équipe, laquelle l'utilise comme un point. À partir de là s'organise la logique des actes à tous les niveaux de la chaîne. Ce contrat situe également un point de savoir à un moment donné sur la personne hospitalisée dans le service.

Un tel contrat place l'hospitalisation dans l'ordre d'une expérience, c'est-à-dire d'une certaine épreuve qui vient toujours comme une première fois et dont on ne peut savoir à l'avance comment elle se déroulera.

La conduite et la position anorexiques

À l'hôpital, les anorexiques sont réputées difficiles à soigner et à vivre. Il faut dire que le corps qu'elles présentent n'est pas pris dans la douleur d'une maladie ni dans un discours sur la souffrance, contrairement aux autres patients.

La prise en charge est particulière par le décalage entre l'image du corps affiché, qui renvoie au cadavre, à la néantisation de la chair, et une quasi-absence de plaintes et de demandes.

Telles ces deux personnes venues pour parfaire leur technique en matière de repas et de menus. La première cherchait le bon dosage entre le nombre de calories avalées et une durée d'exercices physiques pour les éliminer. La seconde cherchait la quantité exacte de nourriture à absorber pour rester dans le registre du besoin sans tomber dans celui du plaisir. En l'occurrence, la première mangeait des plats à base de légumes verts et faisait quotidiennement un

jogging de plusieurs heures. La seconde limitait chaque repas à un yaourt et une demi-pomme.

Dans ces deux cas, les personnes ne sont restées que quelques jours dans le service, sans se départir du savoir qu'elles avaient sur leur maladie, persuadées qu'elles sauraient, seules, régler leur conduite alimentaire et sortir de la zone d'alerte qui avait inquiété leur entourage.

En effet, comme toutes celles rencontrées cette année, elles étaient venues à la demande d'un proche sans adresser au médical ou au psychologique une plainte à partir de ce qui leur poserait problème. Elles ne parlaient pas de souffrance, au contraire, elles assuraient que pour elles tout va bien. Elles expliquaient à qui voulait l'entendre les différents montages autour de l'objet nourriture, sans que cela ne les déplaçât d'un iota d'une position de maîtrise et de jouissance. À les entendre, il ne leur manquait rien.

Lors d'une consultation, à la suite d'une hospitalisation, une jeune femme répète qu'elle a tout pour être heureuse, un compagnon qui l'aime, des enfants sans problèmes, un travail. La psychologue lui rappelle qu'elle dit manquer de soleil, d'amis et que sa vie se rétrécit au point de lui être insupportable. Elle répond que c'est bien cela qui l'embête, manquer, et que si vivre, c'est vivre avec le manque, ça ne lui plaît pas du tout.

Cette souffrance dont les anorexiques ne parlent pas, c'est leur corps qui l'exhibe, sous le regard des autres, tandis qu'elles y sont indifférentes : exhibition, évocation du cadavre, dans la transparence du corps décharné, dans un jeu de fascination-répulsion qu'elles suscitent chez autrui.

L'exhibition participe de la conduite anorexique, les deux faisant la réputation des patientes dans le service : « Tu te souviens de celle qui avait trouvé la force d'ouvrir sa fenêtre, pourtant verrouillée, et qui jetait la nourriture sur le parking. » Leurs trouvailles sont parfois surprenantes d'ingéniosité pour cacher, jeter, garder de la nourriture, pour fuguer, voler ou disparaître du service. Leur énergie est rarement défaillante.

L'important, outre le caractère spectaculaire, audacieux, infantile ou répugnant de ces comportements, semble être leur statut. Dans le service de médecine générale, ils dérangent par leur

caractère mortifère et impulsif. Par exemple, telle patiente s'en prend physiquement et verbalement à l'aide-soignante qui vient de trouver du pain, caché dans l'appui-tête du fauteuil de sa chambre.

Les comportements déstabilisent, car ils ne sont pas corrélés à une parole adéquate. Ainsi, après nombre de passages à l'acte transgressant les termes du contrat, telle patiente répond qu'elle ne comprend pas son geste impulsif, qu'elle est désolée pour le personnel et jure qu'elle ne recommencera plus. Le lendemain, le même personnel trouve dans l'armoire de sa chambre une ordonnance, un tampon d'un service voisin et des médicaments – même discours : « Je ne les ai pas volés, c'était pour jouer au docteur avec mon cousin. »

Bien sûr on pense au caractère pervers de ces comportements qui s'inscrivent dans une série de manipulations, de mensonges, de tricheries, toujours autour de l'objet aliment. La place de cet objet n'est pas pour autant celle d'un fétiche, elle est celle du besoin ramené à son rien pour faire apparaître le signe d'amour dont la personne anorexique est affamée.

Position et conduite anorexiques ne sont pas superposables, sauf à confirmer que le corps est un fait de langage. C'est le stade du miroir où l'enfant non seulement voit son corps en entier, mais le montre à sa mère et attend les mots de sa reconnaissance. C'est encore le bébé qui atteint la satisfaction de ses besoins en passant par la demande. Le langage est comme l'instrument de l'organisme pour faire un corps.

Une clinique : deux paris

Alors, après plusieurs semaines, l'équipe exprime légitimement des signes de lassitude, de désarroi ou de mécontentement envers la patiente, laquelle semble ne pas changer malgré tous les efforts déployés autour d'elle. N'oublions pas que kiné, infirmière psy, psychiatre et psychologue se déplacent pour elle. Je me souviens d'une barricade de chaises, de tables et d'instruments de rééducation, placés devant la porte d'une chambre, pourtant fermée à clef, pour empêcher malgré tout la patiente de sortir. Cette personne trouvait le moyen d'ouvrir la porte, en dérobant la clef posée sur la table ou en utilisant le bouchon de son stylo...

Toujours est-il qu'entre *acting out* et passages à l'acte, l'anorexique, sans question ni manque, met en scène à travers son corps décharné une conduite qui ne fait pas symptôme, au sens d'interroger le ressort de sa position décidée de maîtrise et de jouissance.

Si l'angoisse guette un service qu'elle peut mettre sens dessus dessous, une certaine impuissance peut guetter le psychologue quand il travaille avec la parole et le transfert (pas de plainte, pas d'adresse).

Je situerai là le particulier de la clinique avec les anorexiques : leur conduite qu'on pourrait résumer à « je te fais avaler mon objet inavalable » est une attitude assumée, revendiquée par la personne. Elle n'est donc pas vécue comme imposée, sauf dans certains cas de psychose où elle est commandée par la voix.

Dans la névrose, le symptôme anorexique n'est pas en opposition interne au sujet mais bel et bien en opposition avec l'Autre, que l'Autre soit la mère, le social ou le médical. Précisément, il s'affronte à la demande de l'Autre, par le désir de manger rien. Au « je veux que tu te laisses nourrir » de la mère, l'anorexique répond : « D'accord, je mange rien. » L'objet nourriture n'est pas avalé, ce qui met à découvert le désir de la mère.

Le premier pari, à chaque entrée, chaque expérience, est de miser sur un temps de bascule dans la position du sujet, un pas de côté dans son rapport à ce qu'il appelle « sa maladie ». Personne d'autre que lui pour le décider, personne pour le prévoir et l'anticiper.

Puis quelques indices d'un changement de position apparaissent dans le discours, quand celui-ci n'est plus fermé à une parole subjectivée. Par exemple, cette patiente ressent de la tristesse à la lecture des lettres de sa mère qui lui donne des nouvelles de la famille. « Je n'y suis pas, c'est comme si nous avions chacun un portrait au mur et que le mien était retiré. » Quelques mots expriment l'inutilité de la toute-puissance pour répondre à un point de haine avec la mère, ou bien le contrôle alimentaire pour tromper un sentiment de trahison avec une sœur ou pour échapper à la question du corps sexué...

Le pari tient pour une part à la pose du cadre, dans la mesure où il concentre sur lui la conduite anorexique, jusqu'à mettre en évidence la confusion entre les comportements et leur cause. Il est important de les distinguer. En fait, la conduite de l'anorexique

masque une souffrance psychique dont le point important touche à un arrêt dans la « fabrication » du corps par le langage.

Ainsi, l'alternative offerte à la personne dans son conflit à corps perdu avec l'Autre est une écoute qui ne cherche pas les raisons ou le sens des transgressions, mais qui vise la logique du discours propre au sujet. Là est le deuxième pari dans la clinique de l'anorexie : une écoute du discours lui-même, sans proposition ni conseil, ou alors le psychologue se retrouve dans la position gavante de la mère. Une écoute attentive du dire, au sens où le peu que la patiente raconte sur elle la concernerait, dans un choix, une option qu'elle a prise à son insu et dont elle peut retrouver les coordonnées. Ainsi, par exemple, une patiente avoue n'avoir jamais entendu ce qu'elle avait l'habitude de dire elle-même de sa mère et de ses sœurs, ce qui avait eu un effet pacifiant sur ses angoisses.

Une écoute qui prend le pari que la patiente peut entendre, au-delà des contradictions de son discours : « Je vais bien, il n'y a pas de problème », en contrepoint avec « je ne peux plus travailler, sortir, m'occuper de mes enfants », et déduire que le « manger rien » vise un point précis de son rapport à la mère, là où il fait corps avec son corps.

Quand la personne indique un changement de position par rapport à son problème, son agressivité cède aussi avec le personnel du service et elle entre en contact avec les autres comme avec ses questions, ses angoisses, ses manques, ses envies, qu'elle peut formuler, interroger, mettre en opposition, en doute, en perspective... La guérison n'est pas acquise pour autant. Il y a souvent besoin de trouver une place dans un centre ou une clinique pour soutenir l'amorce du travail psychique et préparer le retour dans le quotidien.

Après une longue hospitalisation, une patiente rentre chez elle. Dans la semaine qui suit, elle recommence à vomir, disant que sa mère surveille ce qu'elle mange, la quantité, et quand et comment. En entretien, cette mère dira qu'elle craint tellement que sa fille rechute qu'elle ne peut s'empêcher de la surveiller 24 heures sur 24, quitte à arrêter de travailler. Ici la mère exprime son désir à l'enfant de se laisser nourrir par elle. L'enfant répond oui à son désir mais répond aussi que l'objet revendiqué est ce qui est là et pas là, et qu'il y a besoin que la mère prenne cette formule à son compte. Ce point renvoie à deux opérations logiques : celle de la fonction paternelle et

celle de la séparation. Une patiente en fin de contrat parle du plaisir de revoir sa famille parce qu'ils n'habitent pas ensemble. Faire avec le manque !

À l'entrée dans le service, la personne passe son temps et son énergie à organiser la façon dont elle va pouvoir manger le rien qui lui suffit pour vivre et en même temps à en appeler désespérément à l'Autre. Il est souvent difficile de distinguer névrose de psychose. Pour aller vite, je dirais que son symptôme est à interroger dans la névrose, alors qu'il serait à respecter dans la psychose. Le travail dans ce service est d'abord d'aller à la rencontre d'un sujet.

Conclusion

Dans ce service, le travail avec les anorexiques serait de l'ordre d'une possible bascule pour la patiente d'une position revendiquant un savoir objectable et sans faille sur elle à une position acceptant l'énigme de son corps parlé par elle et par l'autre. La personne peut alors repérer la part de jouissance qu'elle y tient et le supposé en savoir un bout, chez l'autre.

L'anorexie nous apprend que si nous naissons avec un organisme, le corps, lui, est pris dans le langage qui le parle. Cela nécessite une opération de logique signifiante. On pourrait l'appeler une « mise-en-corps » de la parole.

L'articulation entre la médecine générale et le travail psychique n'est pas une affaire facile. Il peut être une opportunité de bascule heureuse pour un sujet souffrant d'un corps, mutilé des mots pour le faire.

Bibliographie

- GUILLEN, F. 2003. « L'anorexie mentale : quelle dérive ? », dans *Revue des col-
lèges cliniques du Champ lacanien*, n° 2, mars.
- LACAN, J. 1994. *Le Séminaire, Livre IV, La Relation d'objet (1956-1957)*, Paris, Seuil.
- LACAN, J. 2004. *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse (1962-1963)*, Paris, Seuil.
- SOLER, C. « L'en-corps du sujet », cours 2001-2002.