



**HEVs2**

haute école santé - social valais

hochschule wallis  
gesundheit und soziale arbeit

**Quelle prise en charge actuelle, en Valais Romand,  
par les éducateurs sociaux des adolescents souffrant  
de troubles du comportement alimentaire ?**

Haute école santé- social valais (HEVs2)  
Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme HES  
d'éducatrice sociale

Travail réalisé par Tiphany Barmaz  
Sion, novembre 2007

**« Les opinions émises dans ce travail  
n'engagent que leur auteur. »**

Mots-clés :

Troubles du comportement alimentaire – anorexie – boulimie – adolescence – prise en charge éducative – institutions – maladie – symptôme – thérapie.

Résumé :

Ce travail de recherche met en lumière la prise en charge offerte en Valais Romand pour les adolescent(e)s souffrant de troubles du comportement alimentaire. Partant d'une grande méconnaissance personnelle du sujet, nous présentons de manière théorique les troubles du comportement alimentaire ainsi que certaines méthodes de traitement. Au moyen d'entretiens effectués en institutions ou dans des services du Valais Romand nous verrons comment ces adolescent(e)s sont pris ou non en charge. Une réflexion s'est faite également sur les désirs et les insatisfactions des éducateurs sociaux confrontés à ce problème.

## **Remerciements**

Je souhaite ici adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée et m'ont apporté leur soutien pour la réalisation de ce travail.

Je remercie en particulier :

- Monsieur Bernard Levy, mon directeur de mémoire qui m'a encouragé et prodigué des conseils tout au long de la réalisation de ce travail.
- Les éducateurs qui ont généreusement accepté de répondre à mes questions pour la réalisation des entretiens.
- Merci du fond du cœur à Bénédicte Ebener et Nicolas Carron
- Toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce travail.

## **Table des matières**

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2. CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>8</b>
2.1 THÉMATIQUE .....	8
2.2 OBJECTIFS .....	9
2.3 CONCEPTS THÉORIQUES .....	9
2.4 HYPOTHÈSES .....	10
2.5 TERRAIN .....	10
2.6 TECHNIQUE DE RÉCOLTE DE DONNÉES .....	10
2.7 ASPECTS ÉTHIQUES .....	11
<b>3. COMPORTEMENT ALIMENTAIRE .....</b>	<b>12</b>
3.1 QU'EST CE QU'UN COMPORTEMENT ALIMENTAIRE NORMAL? .....	12
3.2 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE: ANOREXIE ET BOULIMIE .....	13
3.2.1 <i>L'anorexie mentale (anorexia nervosa)</i> .....	14
PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	14
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES .....	15
SYMPTÔMES ET TROUBLES ASSOCIÉS À L'ANOREXIE .....	16
LES ÉTAPES DE L'ANOREXIE MENTALE .....	19
3.2.2 <i>La boulimie (bulimia nervosa)</i> .....	20
PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	20
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES .....	21
SYMPTÔMES ET TROUBLES ASSOCIÉS À LA BOULIMIE .....	22
LES ÉTAPES DE LA BOULIMIE NERVEUSE .....	23
3.3 LES AUTRES TCA .....	25
3.4 LES TCA ET LE DÉCÈS .....	28
3.5 LA DÉPRESSION ET L'ÉTAT NÉGATIF CONFIRMÉ (ENC) .....	28
<b>4. L'ADOLESCENCE .....</b>	<b>32</b>
4.1 DÉFINITION GÉNÉRALE : .....	32
4.2 LIEN AVEC LES TCA .....	34
4.3 L'ADOLESCENT FACE À LA RELATION D'AIDE : .....	36

<b>5. STATISTIQUES .....</b>	<b>37</b>
5.1 L'ALIMENTATION : .....	37
5.2 LE SUICIDE .....	43
<b>6. LA PRISE EN CHARGE EN VALAIS ROMAND: .....</b>	<b>46</b>
6.1 LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR MENER LES ENTRETIENS .....	46
6.2 ENTRETIENS ET ANALYSE : .....	48
<b>7. PROPOSITIONS DE TRAITEMENT : .....</b>	<b>55</b>
7.1 LA MÉTHODE MONTREUX .....	55
7.1.1 <i>Les outils ayant une fin physique</i> .....	55
7.1.2 <i>Les outils ayant une fin psychologique</i> .....	56
7.1.3 <i>Les cinq étapes de la guérison.</i> .....	58
7.2 COMMENT SORTIR DE L'ANOREXIE ET RETROUVER LE PLAISIR DE VIVRE, DR SIMON ET DR NEF .....	60
7.3 L'ASSOCIATION ABA .....	61
7.4 CONCLUSION SUR LES TRAITEMENTS .....	62
<b>8. CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
<b>9. BILAN PERSONNEL .....</b>	<b>65</b>
<b>10. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES INSTITUTIONS OÙ SE SONT DÉROULÉS LES ENTRETIENS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 2 : LETTRE AUX DIRECTEURS D'INSTITUTIONS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>71</b>

## **1. Introduction**

Le 24 juin 2007, l'hebdomadaire *Femina* titrait « Sommes-nous tous malades de la bouffe ? ». Nos rues sont placardées d'affiches appelant la population à faire du sport et à se bouger pour contrer l'obésité qui se répand petit à petit en Suisse. A côté de cela, il y a quelques mois, on apprenait qu'une jeune mannequin brésilienne perdait la vie des suites de l'anorexie. Cette nouvelle avait fait la une de nombreux journaux. Et qui n'a jamais rencontré quelqu'un dans son entourage ayant commencé le dernier nouveau régime miracle pour perdre rapidement les quelques kilos « en trop » ? Tous ces exemples illustrent fortement à quel point l'alimentation et surtout le rapport à l'alimentation pose problème ou en tout cas pose question aujourd'hui. Nous pourrions encore longtemps multiplier les exemples qui ne manquent pas dans le quotidien de chacun.

En lien étroit avec l'alimentation entre en jeu l'image de soi, l'image qu'on donne de soi, l'image que les gens ont de soi et qu'ils nous renvoient. Il peut s'agir d'un simple désir d'être bien dans sa peau. Malheureusement, on constate souvent chez les jeunes, et de plus en plus chez les moins jeunes, qu'au-delà d'un bien être, il y a surtout un désir de plaire à tout prix. Ce désir de plaire se transforme parfois petit à petit pour prendre des tournures bien plus graves qui peuvent aller jusqu'à coûter la vie. Nous pensons ici à la maladie du plus en plus connue, du moins de nom, qu'est l'anorexie.

Cette maladie - car c'en est une malgré certaines croyances populaires ou stéréotypes selon lesquels un peu de volonté suffirait à stopper cette obsession du poids (anorexique capricieuse / boulimique gourmande) – fait partie d'un groupe d'autres maladies liées à la nourriture qu'on appelle les troubles du comportement alimentaire (ci-après désignés TCA).

C'est de ces derniers que nous traiterons dans ce travail, en commençant par les présenter. Dans un deuxième temps, nous parlerons plus spécifiquement de ces troubles durant l'adolescence car c'est une période à risque en ce qui concerne les TCA. Ensuite, nous illustrerons nos propos par quelques statistiques pour mieux rendre compte de la réalité en Suisse et en Valais. Puis nous

étudierons des entretiens qui ont été menés auprès d'éducateurs confrontés à cette question pour finalement voir quelles sont les prises en charges possibles pour ce genre de troubles, la manière dont ils sont traités chez nous ou ne le sont pas.

Les questions traitées ici sont considérablement complexes et mériteraient d'être abordée de manière plus approfondie, ce que nous ne pouvons faire ici. Nous tacherons malgré tout de présenter le sujet des TCA de manière à donner une vue d'ensemble.

## **2. Contexte de la recherche**

Nous présenterons ici comment a été élaboré le sujet de travail de fin d'étude ainsi que les objectifs et les hypothèses auxquels nous avons l'intention de répondre.

Notons que dans la partie qui suit, nous parlerons à la première personne du singulier car nous aurons des propos personnels alors que par la suite nous utiliserons la première personne du pluriel.

### **2.1 Thématique**

La psychiatrie est un milieu qui m'a toujours beaucoup intéressée. J'ai travaillé durant six mois comme stagiaire au Home La Tour à Sion, auprès de personnes vivant avec un handicap psychique et ce fut le meilleur stage de toute ma formation, tant par la découverte du monde psychiatrique que par la richesse des échanges. Au moment de choisir un thème pour mon travail de fin d'étude, c'est ce domaine qui m'attire le plus. J'ai également eu l'occasion d'effectuer un stage d'observation en pédopsychiatrie à l'hôpital de Sierre. Je me suis alors rendue compte que, périodiquement, la majeure partie des adolescents hospitalisés souffrait de troubles du comportement alimentaire. Mes connaissances sur le sujet me semblaient bien vagues et, mon intérêt croissant, je me suis alors décidée à travailler cette question pour mon mémoire de fin d'études.

Je m'interroge sur la prise en charge actuelle par les éducateurs sociaux des adolescents souffrant de TCA. Quels sont les outils que l'éducateur possède pour les aider ? Que leur propose-t-on actuellement en Valais Romand ? Que se passe-t-il quand un éducateur social rencontre un jeune souffrant de tels troubles ?

J'ai commencé par lire plusieurs ouvrages, consulter des sites internet pour mieux connaître ce que sont les troubles du comportement alimentaire tels



que l'anorexie et la boulimie. En Suisse, de nombreux adolescents sont touchés par cette problématique, majoritairement les personnes de sexe féminin. Je souhaite donc me renseigner auprès d'éducateurs de ma région pour savoir quelle est la prise en charge qu'ils offrent, les difficultés rencontrées, les satisfactions et insatisfactions. Je pense pour cela interviewer une dizaine d'éducateurs dans diverses institutions ou services du Valais Romand.

## **2.2 Objectifs**

J'aimerais mettre en avant plusieurs objectifs pour la réalisation de ce travail :

- **Identifier ce qu'est un trouble alimentaire**

Moyens utilisés : lectures, ouvrages spécialisés, médias etc.

- **Connaître la situation actuelle, les caractéristiques de la population touchée**

Moyens utilisés : recherche bibliographique, enquête par interview auprès d'une dizaine d'éducateurs spécialisés en Valais Romand

- **Définir les concepts, les méthodes et outils des éducateurs (type de formation etc.)**

Moyens utilisés : questionnaire de l'interview

- **Identifier les insatisfactions et les attentes des éducateurs, les problèmes rencontrés**

Moyens utilisés : analyse des interviews

## **2.3 Concepts théoriques**

Plusieurs concepts qui devront être développés sont ressortis de mes lectures :

Tout d'abord, il y a la présentation de ce que sont l'anorexie et la boulimie, ce qui me semble essentiel à la compréhension de mon travail. Ensuite, il me faudra définir ce que l'on entend par adolescence, puis établir les liens entre

l'adolescence et les troubles alimentaires : Qu'est ce qui fait que c'est souvent à cette période que se déclenchent ce genre de troubles ?

Enfin, une partie sur l'adolescent et la relation d'aide spécificité des problèmes rencontrés durant cette période « charnière ».

## **2.4 Hypothèses**

Les hypothèses sur lesquelles je base mon travail sont les suivantes :

- Il y a des institutions ou des services en Valais Romand qui accueillent des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire
- Les éducateurs sociaux utilisent des techniques, des outils spécifiques pour aider les jeunes qui souffrent de TCA
- Les éducateurs sociaux ont à la fois des satisfactions, des insatisfactions et des attentes.

## **2.5 Terrain**

Je souhaite mener une dizaine d'interview d'éducateurs sociaux auprès de plusieurs institutions valaisannes qui accueillent des adolescents tels que Cité Printemps, Don Bosco, le Foyer de Salvan, Ste Agnès, l'AEMO, St Raphaël, La Fontannelle ou encore le service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Sierre.

## **2.6 Technique de récolte de données**

C'est l'interview de recherche qui me semble la plus appropriée au vu du temps disponible. Elle me permettra de récolter les données dont j'ai besoin. Je souhaite interviewer une dizaine d'éducateurs. Je pense pouvoir récolter des réponses plus claires qu'en envoyant un questionnaire car je pourrai les affiner et les approfondir si nécessaire. Donner la parole aux éducateurs me semble important dans ce domaine pour voir dans quelle mesure ils jouent un rôle dans la prise en charge de personnes souffrant de TCA. L'interview me permettra

d'analyser et de comprendre comment sont prises en charge les personnes concernées. Les informations obtenues seront confrontées aux hypothèses.

Quatre critères m'ont permis de sélectionner les éducateurs susceptibles de participer aux interviews :

- occuper la fonction d'éducateur social en institution ou dans un service ambulatoire ;
- travailler avec des adolescents ;
- être ou avoir été amené à s'occuper d'adolescents souffrant de troubles alimentaires ;
- accepter d'en parler avec moi dans le cadre de ce travail.

## **2.7 Aspects éthiques**

J'ai écrit aux directeurs des institutions citées plus haut (copie de la lettre en annexe) afin d'obtenir l'autorisation d'interviewer des éducateurs sociaux employés chez eux.

Je m'engage à ne pas divulguer les noms des éventuels adolescents évoqués afin de respecter leur anonymat et leur vie privée.

### **3. Comportement alimentaire**

L'alimentation joue un rôle vital dans le quotidien de chacun, en premier lieu sur le plan biologique, mais également d'un point de vue social et psychologique. Il y a, par ailleurs, des habitudes ou des coutumes alimentaires qui sont propres à certains continents, à certains pays, et bien souvent qui sont encore spécifiques à chaque famille. Bien que les différences soient importantes, où qu'on vive, le temps accordé aux repas, à l'alimentation en général au quotidien est non négligeable.

D'autre part, lorsqu'il y a un évènement à fêter ou une nouvelle à partager, lorsque des amis veulent passer du temps ensemble, cela se fait fréquemment autour d'un repas.

Ces éléments signifient la place qu'occupe la nourriture dans la vie de chacun. Cependant, il arrive quelques fois que ce rapport soit mal vécu par certaines personnes. C'est ce que nous nous efforcerons d'étudier ci-après.

#### **3.1 Qu'est ce qu'un comportement alimentaire normal?**

Avant de parler de trouble alimentaire, il nous semble important de définir ce qu'est un comportement alimentaire « normal ».

Nous ne pouvons pas ranger chaque individu dans une structure alimentaire précise. Il est toutefois possible d'en mettre une en évidence en fonction des habitudes les plus courantes de la population. Nous constatons de nos jours, en Europe, que notre structure alimentaire est composée de trois repas par jours. A cela s'ajoute parfois une collation le matin et l'après midi. Notons que cette structure rythme la vie de toute la société et que c'est d'elle que dépend l'organisation de nombreux programmes journaliers.

Selon le cours de Magali Volery, psychologue diplômée et diététicienne, dispensé lors de notre formation, lorsqu'on parle de comportement alimentaire normal, il s'agit *d'un équilibre entre la faim, l'appétit et la satiété*.<sup>1</sup>

La faim est un **besoin** physiologique de manger, une exigence du corps, un état de déprivation interne, caractérisé par une sensation de creux ou de vide dans la région épigastrique. De cela peuvent parfois découler nervosité et irritabilité, voire même un état de malaise.

L'appétit, en revanche, est une **envie** de manger un aliment ou un groupe d'aliments qui peut provoquer du plaisir et de la satisfaction. C'est par l'appétit que nous sommes poussés à choisir certains aliments plutôt que d'autres, que nous éprouverons une certaine attirance vers de la nourriture. Il a également une certaine influence sur la qualité et la quantité de ce que nous mangeons.

Quant à la satiété, il s'agit de la **disparition de la sensation de faim** qui entraîne l'interruption de l'ingestion alimentaire. Elle apparaît environ 20 minutes après le début de la prise alimentaire et c'est une sensation de plénitude gastrique qui produit un bien-être chez la personne.

Pour pouvoir parler de comportement alimentaire normal, il faut également que la personne ait un sentiment de contrôle sur sa relation à la nourriture, qu'elle arrive à gérer cela en fonction de son propre corps et de ses besoins.

### **3.2 Les troubles du comportement alimentaire: anorexie et boulimie**

Lorsqu'une personne n'arrive plus à garder le contrôle ou l'équilibre entre les différents aspects relatifs à l'alimentation, on parle alors de troubles alimentaires, sur la base d'un certain nombre de critères.

Il existe donc des comportements alimentaires pathologiques et ces derniers peuvent apparaître dès la plus jeune enfance sous diverses formes. Un comportement est jugé pathologique lorsque les symptômes présentés engendrent un dysfonctionnement social et/ou scolaire et/ou professionnel et lorsqu'un degré de souffrance subjective est présent.

---

<sup>1</sup> Cours de Volery Magali Lausanne HES OASIS : Santé, soins et prévention automne-hiver, 2004  
HEVs2 – Sion  
Tiphane Barmaz  
ES /PT 02

Selon Magali Volery, les principaux comportements alimentaires pathologiques peuvent être classés dans différents groupes :

- *la restriction chronique ou cognitive*
- *les grignotages*
- *les compulsions*
- *l'anorexie (restrictive ou avec crises de boulimie et vomissements)*
- *la boulimie (avec ou sans vomissements) et l'hyperphagie boulimique*

Nous souhaitons, pour ce mémoire de fin d'études, parler plus spécifiquement de l'anorexie et de la boulimie, les deux pathologies les plus importantes. Ce sujet est vaste et très complexe, c'est pourquoi la présentation que nous ferons en ici ne peut être exhaustive. Nous en donnerons dans ce travail un aperçu qui doit nous permettre d'aborder par la suite la question de la prise en charge des personnes souffrant de ces troubles.

### **3.2.1 L'anorexie mentale (*anorexia nervosa*)**

#### Présentation générale

L'anorexie est déjà apparue sous une certaine forme au Moyen-âge. Elle était alors considérée dans un contexte religieux comme un moyen, une mortification pour atteindre la sainteté. Certaines personnes jeûnaient, se privaient volontairement de nourriture pour atteindre un idéal. Au cours des siècles se fait petit à petit une analyse médicale de ce phénomène. Mais il faut attendre le XIXe siècle pour la découverte clinique de l'anorexie en tant que telle, par Lasègue (1873) et Gull (1874). Leur symptomatologie des personnes atteintes est très proche de celle d'aujourd'hui. Notons qu'un élément non négligeable est apparu récemment : il s'agit de l'influence sociale concernant l'importance souvent accordée à la minceur aujourd'hui.

Il existe deux sous-types d'anorexie mentale :

1. Type restrictif : la personne s'interdit la plupart des aliments qu'elle considère comme étant trop caloriques. Elle s'impose un régime particulièrement strict, elle saute les repas, elle jeûne ou a une activité physique excessive. Elle n'a cependant pas recours à des vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.
2. Type avec accès de boulimie, vomissements et/ou prise de purgatifs : après quelques temps, ces restrictions draconiennes débouchent sur une fringale incoercible qui la pousse à ingurgiter des quantités incroyables de nourriture qu'elle vomira ensuite.

Ceux-ci sont régulièrement comorbides, ils sont rarement simultanés, cependant, les personnes atteintes passent souvent de l'un à l'autre.

L'anorexie touche particulièrement les jeunes filles, rarement les garçons. On estime que pour neuf filles, un garçon est atteint par cette pathologie. Cependant, notons que selon Patrick Alvin<sup>2</sup>, quel que soit le sexe du sujet touché, la prise en charge doit être *a priori* la même et ce bien que d'anciennes études indiquaient une plus grande gravité du trouble chez les garçons. Suite à cette constatation, les spécialistes pensaient qu'il fallait une prise en charge spécifique pour les garçons. Toutefois, cette différence de gravité n'a pas été confirmée dans les enquêtes plus récentes.

### Critères diagnostiques

Le manuel de l'association américaine de psychiatrie, le DSM-IV (1996), a défini l'anorexie mentale selon les critères diagnostiques suivants<sup>3</sup> :

- A. Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par exemple :
  - perte de poids visant à maintenir un poids corporel inférieur à 85% du poids attendu

---

<sup>2</sup> ALVIN P. et al. *Anorexie et boulimie à l'adolescence*, Paris, Doin 2001, p.14

<sup>3</sup> DSM-IV, manuel de diagnostique psychiatrique nord américain, 1996

- incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, aboutissant à un poids inférieur à 85% du poids attendu ;
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale, peur non réduite par la perte de poids ;
- C. Perturbation de la perception de son poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle : la personne qui souffre ne se trouve pas belle, ne s'aime pas ; plus, elle vit une méconnaissance de la maigreur et de son état de santé, la personne nie qu'elle a un problème avec la nourriture ;
- D. Chez les femmes pubères, aménorrhée ou absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme souffrant d'aménorrhée si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'œstrogènes). Chez les filles non encore menstruées, le trouble peut provoquer un retard de l'apparition des cycles.

### Symptômes et troubles associés à l'anorexie

On trouve dans la littérature concernant cette maladie plusieurs signes caractéristiques et **troubles associés** qui peuvent apparaître de manière isolée ou combinée, en fonction de la gravité et de la durée de la maladie, en plus des critères de diagnostic cités ci-dessus :

Certains sont propres à l'anorexie de type restrictif :

- aménorrhée
- faiblesse générale
- problèmes gastro-intestinaux et rénaux
- lunago (fin duvet sur le visage et le tronc)

Dans les cas extrêmes, ce trouble peut même conduire à la mort en cas de complications cardio-vasculaires ou d'insuffisance rénale. Notons que pour 129



anorectiques suivis, Jeammet *et al.* (1991) relève 7% de décès. Ces décès sont pour la plupart dus aux conséquences de la malnutrition, telles que des troubles du rythme cardiaque. On constate également un grand taux de suicide.

D'autres apparaissent lorsque le trouble est accompagné de crises de boulimie :

- érosion de l'émail dentaire
- hypertrophie des glandes salivaires
- callosité sur les mains

Des troubles associés d'ordre psychopathologique ont également été constatés pour les deux types d'anorexie mentale :

- symptômes dépressifs, humeur dépressive : certains considèrent que l'anorexie est un symptôme de la dépression, nous reviendrons sur cette question ci-après ; désir pathologique d'isolement, irritabilité
- autodestruction et tendances suicidaires : comme la personne ne s'aime pas, elle cherche à se faire du mal et peut avoir des comportements d'automutilation voire même des tentatives de suicide
- troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs (souvent double diagnostic), ils peuvent être liés à la nourriture ou non
- troubles de la personnalité : sentiments d'incompétence et d'inadaptation, manque d'initiative, rigidité mentale, évitement des situations sociales et des repas en public, des relations intimes, etc.
- besoin de contrôle : besoin d'avoir le contrôle de leur environnement ainsi que de leur vie ; ce contrôle passe par la nourriture, le sujet met tout en place pour vérifier le nombre de calories qu'il peut avaler dans la journée, sélectionne les aliments qu'il peut se permettre. Il arrive qu'il prépare la nourriture pour son entourage sans y toucher. Ce contrôle s'exerce aussi sur l'évacuation de la nourriture, par des vomissements provoqués ou par la prise de laxatifs et/ou diurétiques
- obsession : la personne a une seule préoccupation : maigrir. L'obsession est telle que la personne peut se peser jusqu'à plusieurs fois par jour pour

s'assurer qu'elle n'a pas pris un gramme ou passer des heures devant le miroir pour se regarder et vérifier la moindre partie de son corps

- abus d'alcool, de drogue, et usage de substances psychoactives
- schizophrénie : on constate parfois dans les schizophrénies de l'adolescence des troubles du comportement alimentaire proche de l'anorexie mentale, « les restrictions alimentaires peuvent être liées au négativisme, à un rationalisme morbide ou à des idées délirantes concernant le devenir de la nourriture ou le fonctionnement de l'appareil digestif »<sup>4</sup>
- activité physique excessive : pour maigrir plus vite, la personne souffrant d'anorexie fréquente les centres de fitness ou fait du sport à l'extrême, parfois même jusqu'à l'épuisement physique. Elle profite de chaque occasion pour dépenser des calories.
- blocages de la sexualisation ou désintérêt sexuel

A tout cela s'ajoute encore souvent une recherche de chaleur et de la difficulté à trouver le sommeil. De fait, la personne anorexique a tendance à avoir froid, à force de ne pas s'alimenter convenablement. Elle peut aussi ressentir des troubles du sommeil qui engendreront un épuisement et des difficultés de concentration.

Ce trouble peut également avoir des conséquences au niveau social. En effet, on observe souvent que ces personnes abandonnent leurs loisirs et perdent leur vie sociale. La personne souffrant d'anorexie est tellement obsédée par son désir sans fin de maigrir qu'elle va, petit à petit, s'enfermer dans son monde. Elle refusera par exemple les sorties au restaurant avec ses amis, les repas en famille. Avec la dénutrition, la fatigue se fait ressentir, elle sera donc moins en forme pour ses loisirs.

Mais n'oublions pas que les manifestations de la maladie sont particulières à chaque personne touchée.

---

<sup>4</sup> CHABROL H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescente* Que sais – je. Vendôme 2004 p.61

Il nous semble encore important d'ajouter que l'anorexie mentale est quasiment spécifique à l'adolescence. Lorsque le trouble survient durant l'âge adulte, ce qui se produit rarement, il a été constaté qu'il s'agissait souvent d'une résurgence d'un trouble vécu durant l'adolescence.

### Les étapes de l'anorexie mentale

Diverses étapes caractérisent l'évolution de ce trouble. Nous reprendrons celles proposées par Chabrol (2004)<sup>5</sup>, en citant uniquement les étapes :

- a. **Le début** : comme relevé ci-dessus, l'anorexie mentale débute généralement durant l'adolescence. L'adolescent(e) se sent gros(se) et décide de perdre du poids en faisant un régime. Pour beaucoup, le surpoids est très léger, alors que, pour d'autres, il y a un véritable surpoids. L'image de soi, l'insatisfaction corporelle, l'estime de soi sont intimement liés à cela. S'ajoute encore le désir d'augmenter l'attractivité sexuelle, la volonté d'être séduisant(e). Mais le régime peut également être déclenché par la peur de l'attractivité sexuelle ou suivre directement une rupture sentimentale. Le régime peut également découler de lubies alimentaires.
- b. **La phase d'optimisme** : la personne a déjà pu observer un certain amaigrissement. La faim peut être source de plaisir puisque qu'y est lié l'amaigrissement. A cela s'ajoute encore par exemple l'aménorrhée, vécue comme un soulagement.
- c. **La phase de déni, de désillusion et de détresse** : l'amaigrissement est devenu extraordinaire à ce stade, et c'est alors qu'a lieu une première consultation avec un spécialiste. Cette phase est elle-même séparée en six sous-stades : l'amaigrissement considérable ; les comportements de contrôle de poids ; les perturbations de l'image du corps ; les manifestations physiques de dénutrition ; les manifestations psychologiques de la dénutrition ; le déni de la maladie.

---

<sup>5</sup> CHABROL H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescente* Que sais – je. Vendôme 2004 p.10-32  
HEVs2 – Sion  
Tiphany Barmaz  
ES /PT 02

- d. **La phase de reprise de poids** : il s'agit d'un stade pénible car les sujets ont le sentiment de perdre la maîtrise de leur corps, le corps lui-même doit s'adapter progressivement.

### **3.2.2 La boulimie (*bulimia nervosa*)**

#### Présentation générale

Contrairement à l'anorexie, la « découverte » de la boulimie est très récente. Ce phénomène psychopathologique n'est en effet apparu que dans les années '70. C'est Russel qui en parle le premier en 1979. Ce trouble n'apparaît distinctement que dans la troisième édition du DSM en 1980. On suppose toutefois que la boulimie existait déjà sous une certaine forme auparavant ; elle aurait été appelée « cynorexie » dans l'antiquité grecque, Rome aurait même construit des vomitoires pour faciliter ce genre de pratique. Cependant, une augmentation de son incidence au cours des dernières décennies aurait poussé les chercheurs à s'y intéresser davantage. Certes, des écrits historiques vieux de deux ou trois siècles décrivent des comportements alimentaires semblables, mais ces derniers étaient généralement attribués à des maladies de l'estomac ou du système digestif ou alors c'était une attitude réservée aux riches. Certains ont également attribué ces troubles à une croissance rapide de l'adolescent. Toutefois, la dimension rattachée au fait de ne pas prendre de poids n'a jamais été constatée avant les dernières décennies.

De la même manière que pour l'anorexie, il existe deux sous-types de boulimie :

- type avec vomissements ou prise de purgatifs qui suivent une crise d'hyperphagie
- type sans vomissement ni prise de purgatifs mais jeûne ou activité physique excessive après une crise d'hyperphagie

Environ deux tiers des boulimiques sont du premier type et un tiers du second.

On entend par « crise » de boulimie une ingurgitation rapide (moins de deux heures) et massive (de 4'000 à 10'000 calories alors que l'apport journalier nécessaire est d'environ 2'500 calories) de nourriture. Les aliments choisis sont riches, gras, très nourrissants ; le plus souvent ce sont les mêmes à chaque crise. Celle-ci s'accompagne souvent d'agitation, de sueurs, et sa fin est souvent marquée par des douleurs abdominales accompagnées de sentiments de honte et de mal-être. Elle est toujours solitaire, généralement au domicile.

### Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques du DSM-IV (1996), pour la boulimie sont les suivants <sup>6</sup>:

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie avec deux caractéristiques :
  - consommation en un temps limité d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient durant le même temps et les mêmes conditions
  - sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou contrôler ce que l'on mange et la quantité)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents, visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercices physiques excessifs)
- C. Les crises et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins deux fois par semaine, pendant au moins trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

---

<sup>6</sup> DSM-IV, manuel de diagnostic psychiatrique nord américain, 1996

- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

### Symptômes et troubles associés à la boulimie

Notons pour commencer que les personnes qui souffrent de boulimie ont généralement un poids normal, bien que certaines aient parfois un poids légèrement inférieur ou supérieur à la moyenne. Leur apparence physique change peu ; c'est plutôt leur fonctionnement interne ainsi que leur équilibre psychique qui se voient perturbés.

Ces personnes peuvent présenter un ou plusieurs signes associés, qui dépendent de la gravité et de la durée de la maladie :

- dépression et troubles de l'humeur, les émotions sont modifiées
- tendance à l'anxiété (phobie sociale, attaque de panique...)
- conduites hyperactives possibles
- abus de substances/toxicomanie ou comportements déviants (alcoolisme, achats compulsifs, vols etc.)
- tendance à l'automutilation (coupures), signifiant le dégoût de son propre corps et la haine de soi
- trouble de la perception et des capacités de concentration

Plusieurs conséquences physiques ont été remarquées et notées chez les personnes souffrant de boulimie :

- érosion de l'émail dentaire et caries dues aux vomissements provoqués
- douleurs gastriques et abdominales (troubles digestifs), dilatation de l'estomac et constipation
- inflammations chroniques de la gorge et de l'œsophage
- carences vitaminiques en minéraux et oligoéléments
- gonflement de certaines glandes salivaires
- fatigabilité, épuisement
- hypocalcémie, risque d'ostéoporose.

- trouble hormonal, cycle menstruel irrégulier
- troubles du rythme cardiaque et du fonctionnement rénal

Pour le reste des troubles associés, il s'agit davantage de comportements ou de conséquences sociales que de troubles psychopathologiques tels que nous les avons relevés pour l'anorexie.

La nourriture, ainsi que l'alimentation sous tous ses aspects, représente pour la personne boulimique une obsession. Son quotidien dépend des crises ou de la manière de les cacher à son entourage. Il s'agit de continuellement trouver le meilleur moyen pour éliminer ce qui a été ingurgité. De ce fait, les repas familiaux, entre amis, les fêtes, etc. sont sources de grandes difficultés. Dans le cas où elle ne peut éviter ce genre de situation, la personne mangera le moins possible. Par la suite, bien souvent, elle disparaîtra par exemple aux toilettes. Par ailleurs, comme elle est très honteuse de son comportement et qu'elle a une très mauvaise image d'elle-même, la personne boulimique se garde de parler de son problème à qui que ce soit, elle garde cela secret. Sa honte est renforcée par les crises, ce qui la conduit dans un cercle vicieux destructeur.

Un autre aspect lié à ce trouble concerne la gestion de l'argent. En effet, il a souvent été constaté que les dépenses qu'occasionnent les crises pour l'achat de nourriture engendrent des problèmes financiers. Les personnes boulimiques se retrouvent parfois en quelque sorte contraintes de voler pour répondre à leur besoin de nourriture.

Ces différents aspects ont pour conséquence que la personne boulimique se voit poussée à abandonner tout loisir ou activité sociale. De ce fait, elle n'entretient plus de relation avec ses amis et commence à s'isoler.

### Les étapes de la boulimie nerveuse

De la même manière que pour l'anorexie mentale, nous reprendrons ici les étapes proposées par Chabrol (2004)<sup>7</sup> :

---

<sup>7</sup> CHABROL H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescente* Que sais – je. Vendôme 2004 p.32-41  
HEVs2 – Sion  
Tiphany Barmaz  
ES /PT 02

- a. **Les accès de suralimentation** : les crises décrites plus haut apparaissent souvent lors de périodes de tension concernant des difficultés scolaires ou des problèmes relationnels.
- b. **Les comportements de contrôle du poids** : la peur de grossir ainsi que la culpabilité amènent les sujets à avoir une réaction d'annulation qui peut se traduire par des vomissements, des exercices physiques, l'usage de laxatifs ou le jeûne.
- c. **Les perturbations de l'image du corps** : On constate à ce stade une grande peur d'être gros(se) ou de grossir ainsi qu'un désir très intense de maigrir, la personne se trouvant toujours trop grosse quel que soit son poids réel.
- d. **Les symptômes physiques** : contrairement à l'anorexie, les signes physiques qui découlent de la boulimie sont pauvres. Le signe le plus éloquent est la fluctuation pondérale. (voir troubles et symptômes associés à la boulimie).

Notons encore qu'il existe des diagnostics différentiels qui peuvent être considérés comme causes de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse. Nous avons cité plus haut la dépression. Toutefois, cette hypothèse a été contestée par certains. Nous pouvons par ailleurs relever plusieurs troubles organiques. En effet, des tumeurs cérébrales peuvent être la cause de troubles du comportement alimentaire. Les troubles anxieux font également partie des éventuelles causes ou prédispositions associées à l'anorexie et à la boulimie. Citons finalement l'usage de substances psychoactives, les troubles de la personnalité ainsi que la schizophrénie comme causes des troubles du comportement alimentaire.

La boulimie et l'anorexie sont actuellement considérées par la psychiatrie comme des formes très proches d'une même addiction, c'est à dire une pathologie de la dépendance (ici la relation à la nourriture), au même titre que les toxicomanies et l'alcoolisme.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> VINCENT T., *L'Anorexie*, Odile Jacob, Paris, 2000, p.25



Cette longue description, certes non exhaustive, nous a semblé nécessaire pour pouvoir mieux comprendre la prise en charge des différents troubles.

### **3.3 Les Autres TCA**

Outre l'anorexie et la boulimie, dont on entend parler le plus fréquemment, il existe d'autres TCA. Ils sont certes moins répandus, moins courants, mais nous pensons qu'il est important de les citer ici. Leur méconnaissance implique qu'il existe très peu de littérature sur ce sujet et que les connaissances scientifiques actuelles sur ces questions sont encore incomplètes.

Voyons d'abord **l'hyperphagie boulimique** ou le « Binge eating disorder ». La personne souffrant d'hyperphagie alterne des périodes de régimes et des périodes de transgression intensives. Contrairement à la personne boulimique, elle ne cherche pas ou ne parvient pas à contrôler son poids, elle n'utilise pas de techniques telles que les vomissements, elle se trouve donc généralement en surpoids. Ce trouble se caractérise tout de même par des crises de boulimie récurrentes qui répondent aux critères suivants, qui sont les mêmes que pour la boulimie : la personne ingère une très grande quantité de nourriture dans un temps très court. La quantité de nourriture est largement supérieure à celle que la plupart des autres personnes mangeraient dans le même temps et dans les mêmes circonstances. De plus, cette personne a le sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce qu'elle mange, ni de pouvoir s'arrêter de manger.

Les crises durent jusqu'au moment où la personne ressent des douleurs abdominales. Elles ont lieu, comme pour la boulimie, en cachette, sans que la personne ait faim au départ, et engendrent un sentiment de culpabilité, de honte et de dégoût de soi-même. Elles surviennent généralement au moins deux jours par semaine, sur une durée d'au moins six mois. Elles sont ensuite généralement suivies de longues périodes de « punition » ou de jeûne, puis le cycle reprend. La personne fait donc de très grands efforts pour ne pas manger durant une période, puis, tout à coup, perd le contrôle de son alimentation et détruit ses sacrifices en quelques minutes : elle ingère des calories supplémentaires à celles qu'elle a perdues et prend davantage de poids.

Il semblerait qu'un grand nombre de personnes fréquentant un spécialiste pour perdre du poids seraient sujet à ce trouble (on parle de 20 à 50%). Contrairement aux deux troubles étudiés ci-dessus, l'hyperphagie boulimique toucherait autant les hommes que les femmes. Ces personnes se différencient des personnes obèses de par leur plus grande propension à des troubles psychiques tels que la dépression, des attaques de paniques ou encore des manifestations phobiques.

Les critères diagnostiques précis de l'hyperphagie boulimique selon le DSM-IV (1996) sont les suivants :

- épisodes récurrents de crises de boulimie, grande quantité de nourriture et sentiment de perte de contrôle
- trois des cinq caractéristiques suivantes: rapidité, satiété dépassée, absence de faim, gêne vis-à-vis des autres, sentiment de culpabilité, de dégoût, de déprime
- comportement source de souffrance marquée
- fréquence: deux fois par semaine pendant 6 mois
- ne survient pas au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie

De ce trouble découle un autre appelé « Night Eating Syndrom » ou **hyperphagie nocturne**. Magalie Volery, citée plus haut, nous en a également parlé lors de son intervention. Cette hyperphagie se déroule durant la nuit. Elle est suivie d'une faible prise alimentaire matinale. Elle est également souvent associée à des troubles du sommeil.

Citons encore le « carbohydrate craving » appelé en français « **fringales de sucre** ». R. et J. Wurtman l'ont décrit pour la première fois en 1981. Selon eux, il s'agit de fringales d'aliments exclusivement sucrés, qui s'apparenteraient à une certaine toxicomanie. Le corps serait à la recherche d'une augmentation du taux de sérotonine.

Ce trouble a notamment été abordé à propos de la dépression saisonnière. Il s'agirait d'un état dépressif qui débiterait en même temps que l'automne et qui se terminerait avec l'arrivée du printemps. Ce trouble se manifeste par un ralentissement psychique, un plus grand besoin de sommeil lié à une très grande

fatigue. Ceci provoquerait des fringales sucrées suivies d'une certaine prise de poids.

Une autre nouvelle pathologie très inattendue est en train d'apparaître. Le docteur Bratman, médecin spécialiste de la nutrition aux Etats-Unis, est le premier en 1997 à parler de « **l'orthorexie nerveuse** » ou « orthorexia ». Les orthorexiques sont les personnes qui sont obsédées par une alimentation saine. La société suisse de nutrition (SSN) parle elle-même de cette nouvelle obsession, qui prendrait des proportions alarmantes. Le journaliste et auteur de livre Rolf Degen a écrit plusieurs articles en lien avec la nourriture pour la SSN, dont « L'obsession de manger » dans la revue de l'alimentation TABULA. Il a également publié un reportage : « Obsédés par la nourriture saine » (avril 2003). Une nouvelle catégorie de personnes, désireuses de suivre les conseils de nutritionniste pour préserver leur santé, se retrouvent prisonnières d'un vrai dogme de l'alimentation saine. Ces personnes donnent une importance largement excessive à la nourriture dans leur quotidien. Bratman ajoute : « En lieu et place de vie, ces gens n'ont qu'un programme alimentaire. »<sup>9</sup> En Suisse, les médecins spécialistes des désordres alimentaires relèvent l'ampleur que prend cette vague, comme Bettina Isenschmid, médecin à l'Hôpital de l'Île à Berne : « Les patients qui fréquentent nos consultations sont à 95% des végétariens, des végétaliens ou des gens qui sont préoccupés par tous les produits imaginables qu'ils ne digèrent pas. Et il y en a de plus en plus. »<sup>10</sup>

Ces personnes qui s'astreignent à de très stricts régimes prétendent sains sont souvent victimes de graves désordres alimentaires. En effet, les produits végétaux peuvent provoquer des effets plus graves et plus allergiques que les produits carnés et irriter l'intestin. (Les spécialistes recommandent avant tout une alimentation variée sans qu'un aliment prime sur les autres). Comme bien souvent, l'intention de départ est très bonne mais petit à petit, on constate chez ces gens des carences sur le plan de la santé, ainsi que des problèmes dans les relations avec autrui. Bratman a en effet constaté des cas de repli sur soi ou de séparations de couples par exemple. Cette obsession malade se caractérise également par de l'auto-amendement très important ainsi que des crises de conscience.

---

<sup>9</sup> DEGEN R. Obsédés de nourriture saine, Tabula, n°2 avril 2003, p.5

<sup>10</sup> id.p.5-6

Notons tout de même que ce trouble n'est pas reconnu officiellement par les spécialistes de la branche et les dictionnaires médicaux.

Les TCA évoqués ci-dessus sont toutefois moins graves, ils ont de moins grandes répercussions sur la santé physique et psychique que l'anorexie et la boulimie. Ils doivent malgré tout être pris en compte et traités en tant que troubles.

### **3.4 Les TCA et le décès**

Il demeure aujourd'hui une grande part d'ombre sur le décès des personnes touchées par les TCA. Il n'existe pas de chiffres officiels sur ce phénomène et la littérature ne l'aborde que très peu. Pourtant, il y a quelques mois éclatait la nouvelle de la mort de cette jeune mannequin brésilienne, 1,74m pour 40 kg, souffrant d'anorexie nous montrant que cet idéal, poursuivi par certaine, craint par d'autre, peut avoir des conséquences irréversibles. Comme cité précédemment, pour un certain pourcentage des personnes atteintes, ces troubles conduisent à la mort. Jeammet et al. (1991) relevaient 7% de décès chez les anorexiques. Mais les résultats sont très variables d'une étude à l'autre selon Alvin (2001). En effet, lui-même donne un taux de mortalité globale de 4% pour l'anorexie. Toutefois, il dit lui-même avoir constaté dans d'autres études des résultats allant de 0% à 10%. Nous pensons que ces divergences proviennent de la difficulté à connaître la situation réelle.

Pour ce qui est de la boulimie, nous n'avons pas trouvé de chiffres semblables validés. Toutefois, on constate un certain nombre de cas dans lesquels les personnes souffrant de boulimie présentaient des tendances suicidaires. Nous reviendrons sur cette question par la suite.

### **3.5 La dépression et l'état négatif confirmé (ENC)**

Lorsque nous avons présenté les troubles associés à la boulimie et à l'anorexie, nous avons cité la dépression comme un trouble fréquemment comorbide à ces deux TCA.

Certains spécialistes voient ce trouble psychique qu'est la dépression comme une conséquence des TCA alors que d'autres, au contraire, le voient comme la cause de ces TCA.

Jeammet (2005), de son côté, n'est pas catégorique sur la question. Il relève toutefois que, dans des études récentes, il a été mis en évidence que « un tiers à une moitié des anorexiques, entre 50 et 90% des anorexiques boulimiques et des boulimiques souffrent de dépressions majeures, contre 10 à 25% de la population générale »<sup>11</sup>. On a également découvert chez ces personnes des anomalies de fonctionnement au niveau des systèmes des neurotransmetteurs cérébraux. Jeammet relève encore que les facteurs de dépression, s'ils ne prédisent pas nécessairement la survenue de TCA, peuvent cependant créer les conditions de vulnérabilité propices à ces troubles et donc en favoriser l'apparition.

Nous nous sommes également intéressés à cette question qui nous semble très utile pour une bonne compréhension de ces troubles à travers l'ouvrage de Peggy Claude-Pierre (1998) « Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux » qui propose un autre point de vue sur la question. Diplômée en psychologie, Peggy est la fondatrice de la Clinique *Montreux Counseling Centre* au Canada. Elle a élaboré cette méthode en guérissant elle-même ses deux filles de l'anorexie puis en s'occupant de nombreux autres cas. Selon cette psychologue, il y a réellement une cause sous-jacente aux troubles alimentaires qui ne sont, selon elle, qu'un symptôme de ce qu'elle appelle l'état négatif confirmé (ci-après désignés ENC). Elle affirme ainsi que : « Ce n'est pas parce qu'on est « porteur » d'un ENC qu'on va nécessairement manifester un trouble alimentaire. (En revanche, à notre sens, la victime d'un trouble alimentaire doit avoir un ENC.) »<sup>12</sup>. Et puisque l'ENC est à la racine de ces troubles, ainsi que d'autres troubles tels que l'agoraphobie par exemple, c'est celui-ci qu'il faut soigner.

L'ENC d'après l'auteure est l'apparition d'un dédoublement psychique qui oppose d'une part ce qu'elle appelle la « Pensée négative » et d'autre part la « Pensée réelle ». La première est décrite ainsi : « Ce qui a pu commencer par

---

<sup>11</sup> JEAMMET P., *Anorexie boulimie / Les paradoxes de l'adolescence*, Hachette Littératures, St-Amand-Montrond, 2004, p.55

<sup>12</sup> PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, p.52

être des doutes, de l'indécision ou une tendance à une autocritique modérée s'intensifie pour constituer une voix autonome. Elle est tyrannique, hypercritique, destructrice et renforce le désespoir. »<sup>13</sup>. La seconde correspond, comme son nom l'indique, à la personnalité réelle du patient, qui tente de survivre malgré la tyrannie de la Pensée négative.

L'ENC provoque une sorte de combat entre ces deux pensées. La domination de la Pensée négative détruit peu à peu la personne atteinte, et l'entraîne ainsi vers des troubles symptomatiques tels que les TCA. En tant que force négative, la pensée négative se nourrit principalement d'éléments extérieurs vécus comme des échecs par la personne. C'est alors un cercle vicieux, comme l'indique elle-même la psychologue : « être subjectif signifie regarder chaque événement à travers la lentille déformante de la Pensée négative pour ensuite le retourner contre soi. Cette subjectivité hypercritique va amener la victime à interpréter chaque remarque qui lui est adressée comme une critique implicite, ou bien la victime endossera la responsabilité de tous les événements, même s'ils n'ont aucun rapport objectif avec elle. »<sup>14</sup>. Schasseur (2002) exprime la même idée en parlant d'une illusion qui « détruit tout attrait de la réalité »<sup>15</sup>. Dans un témoignage rapporté par Nardone et al (2004), une patiente l'exprime ainsi : « C'est comme si j'avais deux personnalités différentes »<sup>16</sup>.

Et voici comment Peggy Claude-Pierre explique le passage d'un ENC à un TCA. La victime d'un ENC parvenant à un total dégoût de soi, celui-ci la conduit à deux conclusions très proches l'une de l'autre : d'une part, qu'elle ne mérite pas de vivre; d'autre part, qu'elle ne mérite aucune satisfaction possible. La nourriture peut s'apparenter à l'un comme à l'autre, d'où la possibilité de son refus. Elle donne ainsi ce témoignage d'une patiente : « En fin de compte, je voulais juste m'effacer complètement, me retirer d'un monde qui me semblait triste et froid. La restriction de nourriture était une façon de passer encore plus

---

<sup>13</sup> PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, p.53-54

<sup>14</sup> Id. p.55

<sup>15</sup> SCHASSEUR B., *La boulimie, Un suicide qui ne dit pas son nom*. Ed, de Boeck, Bruxelles, 2002, p.88

<sup>16</sup> NARDONE G., VERBITZ T. & MILANESE R., *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout*. Ed. du Seuil, Mayenne, 2004, p.192

inaperçue. »<sup>17</sup>. Elle ne fait donc pas de lien direct avec la quête de la minceur en tant que valorisante, ce qu'elle argumente en pointant du doigt plusieurs faits troublants. Tout d'abord, le fait que l'anorexie touche aussi des personnes qui ne devraient pas être influencées par la « culture top model », comme de jeunes enfants ou des personnes âgées. Ensuite, le fait que la personne anorexique semble être incapable de s'arrêter dans sa quête et se trouve toujours trop grosse, est la raison pour laquelle elle fait retomber la culpabilité sur la Pensée négative. Enfin, le fait que les personnes anorexiques cachent leur apparence par des vêtements amples dans la très grande majorité des cas prouve que ce n'est pas un souci esthétique qui guide leur démarche.

Ce qui est décrit ici peut s'apparenter à la dépression selon la description qu'en fait l'auteure.

A ce sujet, nous aimerions également relever l'opinion de Chabrol (2004). Il relève les éléments suivants : « De nombreuses études ont montré la fréquence des états dépressifs concomitants de l'anorexie mentale et de la boulimie. Dans l'étude française de Flament *et al.* (1993), 71% des adolescentes boulimiques avaient déjà présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. »<sup>18</sup>. Il ajoute que « la dépression précède souvent l'apparition des troubles alimentaires. »<sup>19</sup>

Relevons encore que selon lui, « une dépression peut apparaître après la normalisation du poids des anorectiques. »<sup>20</sup>

Tous ces éléments ne nous permettent pas de tirer une conclusion catégorique puisque les avis sont divers. Il demeure toutefois évident que la question de la dépression ne peut être laissée de côté.

---

<sup>17</sup> PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, p.71

<sup>18</sup> CHABROL H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescente* Que sais - je. Vendôme 2004 p.58

<sup>19</sup> Id. p.58

<sup>20</sup> Id.pp.58-59

## **4. L'adolescence**

Comme relevé ci-dessus, l'adolescence constitue une période à risque en ce qui concerne les TCA. C'est pourquoi nous pensons qu'il est important de procéder à une description de cette phase.

### **4.1 Définition générale :**

Il est bien difficile de décrire l'adolescence en quelques lignes car, encore une fois, il s'agit d'un sujet vaste et complexe. Nous essayerons d'en dresser ici une synthèse des traits essentiels et caractéristiques afin de mieux comprendre la prise en charge de cette population en cas de troubles du comportement alimentaire.

L'adolescence est une période qui est généralement délimitée environ entre l'âge de 12 ans (début de la puberté) et l'âge de 20 ans (atteinte d'une certaine autonomie).

Elle est généralement séparée en deux parties : la première débute vers l'âge de 11-12 ans (début de l'adolescence ou adolescence) et l'autre vers 16-17 ans (fin de l'adolescence ou jeunesse).

Il y a divers types d'autonomie à atteindre pour marquer la fin de cette période : autonomie fonctionnelle (savoir gérer ses affaires personnelles) autonomie économique (l'indépendance financière) et l'autonomie affective (faire les choses pour soi même, ni pour, ni contre ses parents).

On parle souvent de « crise » à l'adolescence. Cette crise n'est pas forcément négative contrairement à ce qu'on pourrait imaginer. C'est un moment de déséquilibre, surtout interne, qui aboutit à un changement. Dans certains cas, cette période peut prendre une mauvaise tournure, déraiser, mal se passer et aboutir à une expression pathologique chez l'adolescent.

Cette période est intimement liée à ce qu'on appelle la puberté. Le corps de l'adolescent se met à changer. Or, bien souvent, la vitesse de maturation physiologique dépasse de loin celle de la maturité psychique, ce qui peut créer en lui ce sentiment d'étrangeté, de désarroi et d'inquiétude. Les images parentales perdent de leur influence mais aussi de leur valeur protectrice et ne



constituent plus des supports d'identification respectés et idéalisés. Enfin, cette transformation biologique débouche également sur des questions nouvelles, fondamentales et pas toujours claires, sur le sens de la vie, sur la recherche du bien et du mal.

A cela s'ajoute également la construction intellectuelle. C'est une période durant laquelle l'adolescent a une certaine disponibilité pour l'acquisition d'un certain nombre de capacités propres à cet âge. Et bien qu'on constate souvent une baisse de résultats scolaires durant cette période, l'adolescent est tout à fait apte à acquérir de nombreuses connaissances.

Nous pouvons encore relever un certain nombre de tâches auxquelles l'adolescent est confronté durant cette période. Il doit développer sa relation avec ses pairs des deux sexes, faire le deuil de lui-même en tant qu'enfant, accepter ses changements physiologiques, son nouveau corps, et ses nouvelles limites. Il doit également se construire une identité, choisir un métier, se construire un rôle social. Il doit se construire son propre système de valeurs pour prendre de l'indépendance vis-à-vis de ceux qui l'ont conduit jusqu'alors, se séparer de ses parents et entrer petit à petit dans l'âge adulte ce qui peut provoquer un sentiment de peur, d'insécurité. Riedinger (1993) l'exprime de cette manière :

*L'adolescence est le temps d'une ouverture nouvelle vers soi – même, les autres, la vie. Le temps de l'exploration hors des limites du connu et du familier, de découvertes inattendues et exaltantes, mais aussi le temps des remises en question douloureuses autour de la recherche de sa propre identité. Cette traversée vers l'âge adulte ne peut se faire sans secousses internes – dont l'intensité varie d'un sujet à l'autre – secousses qui atteignent l'être tout entier, aussi bien au niveau affectif et émotionnel que mental.<sup>21</sup>*

On voit ici combien l'adolescence est une période complexe et perturbante pour les jeunes qui ont alors besoin d'une attention particulière.

---

<sup>21</sup> RIEDINGER S., *revue de psychologie de la motivation* – 1993 – No 16

## 4.2 Lien avec les TCA

Thierry Vincent (2000) parle de l'anorexie de la boulimie en tant que « *pathologie de l'adolescence* »<sup>22</sup> En effet l'anorexie survient, comme cité plus haut dans les statistiques, principalement durant la période de l'adolescence et la boulimie à la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. Les femmes entre 12 et 25 ans constituent la population à risque.

*A l'adolescence tout ce qu'une société permet ou interdit aux individus est radicalisé. A cet égard, l'anorexie classique de la jeune fille peut apparaître comme caractéristique d'une façon de rester au seuil de l'adolescence et de ne pas vouloir y entrer alors que la boulimie représenterait plutôt une tentative maladroite de s'en dégager.*<sup>23</sup>

Et donc, comme le dit Patrick Alvin, pour les personnes à risque, les personnes potentiellement anorexiques, « la puberté intervient de façon traumatique sur un terrain de fragilité narcissique. »<sup>24</sup>

L'adolescence s'est progressivement allongée, ce qui constitue parfois un état peu confortable tant pour l'adolescent que pour ses parents. Il arrive que le jeune, restant dépendant de ses parents, transfère cette dépendance sur un produit, la nourriture ou la drogue. En effet, on observe un lien étroit entre les difficultés de l'acquisition de l'autonomie et l'apparition de tels comportements d'accoutumance. Or, il arrive que l'anorexie et la boulimie soient considérées également comme une addiction, une addiction à un comportement. Selon Jeammet et Bochereau (2007), nous ne pouvons pas dire que certaines personnes sont réellement prédisposées à l'addiction. Toutefois, il existerait chez chacun des zones dites de « fragilité »<sup>25</sup> qui se renforceraient durant l'adolescence. C'est pour cela que certains jeunes seraient plus vulnérables durant cette période. En réponse à cela :

*Les professionnels vont toujours essayer de « resocialiser » l'addictif, en s'appuyant sur son symptôme pour en faire une occasion de rencontre et de reprise de la créativité. (...) A une jeune anorexique ou à une boulimique sera ainsi proposé un travail en groupe, avec des personnes ayant le même type de problème, en parallèle avec des médiations, comme le théâtre ou*

---

<sup>22</sup> VINCENT T., *L'Anorexie*, Odile Jacob, Paris, 2000, p.24

<sup>23</sup> VINCENT T., *L'Anorexie*, Odile Jacob, Paris, 2000, p.25

<sup>24</sup> ALVIN P. et al. *Anorexie et boulimie à l'adolescence*, Paris, Doin 2001, p.58

<sup>25</sup> JEAMMET P. et BOCHEREAU D., *La souffrance des adolescents*. La Découverte, Paris, 2007, p.104

*l'art- thérapie : le but est de leur faire retrouver un rôle actif, de remettre leur corps et leur potentiel créatif en marche.*<sup>26</sup>

D'autre part, dans la structure de notre société, les adolescents manquent de repères solides. Les traditions se perdent petit à petit, ce qui entraîne une absence de rituels et de règles qui marquaient auparavant les étapes de la vie et guidaient les jeunes, les aidant de passer de l'âge enfant à l'âge adulte. L'influence de la religion a également beaucoup diminué. Alors les jeunes créent leurs propres rituels, tels qu'obtenir le permis de conduire, prendre la pilule etc. qui marquent leur passage à la vie adulte, selon leurs propres critères. Néanmoins, ils peuvent ressentir un vide qu'ils vont chercher à combler par les moyens cités ci-dessus.

Notons encore par ailleurs, que Jeammet (2005) affirme que l'adolescence joue un rôle révélateur en ce qui concerne les TCA. En effet, selon lui, cette période mettrait en exergue les difficultés d'intériorisation de l'enfance ainsi que les problèmes de dépendance restés latents jusqu'alors. Cela s'ajoute à la question des changements radicaux vécus durant la puberté cités ci-dessus. Jeammet explique également que « la puberté rend conflictuelle les relations de ces adolescentes. »<sup>27</sup> Ce qui les contraint à prendre de la distance avec leurs parents. Elles se retrouvent dès lors face à elles-mêmes, forcées de recourir uniquement à leurs ressources personnelles et parfois d'être renvoyées à la mauvaise image qu'elles ont d'elles-mêmes.

Ce professeur soulève encore la question délicate de la relation avec les parents. S'il est vrai que la fin à atteindre par les adolescents consiste à prendre leur indépendance vis-à-vis de leurs parents, il ne faut pas oublier qu'il faut un certain temps pour cela. Un certain nombre d'étapes sont à franchir. Selon lui, l'adolescent se rapproche alternativement de son père et de sa mère durant la puberté. Or pour ces adolescentes qui souffrent de TCA, « se rapprocher d'un

---

<sup>26</sup> JEAMMET P. et BOCHEREAU D., La souffrance des adolescents, La Découverte, Paris, 2007, p.105

<sup>27</sup> JEAMMET P., Anorexie boulimie / Les paradoxes de l'adolescence, Hachette Littératures, St-Amand-Montrond, 2004, p.65

parent, c'est menacer le lien à l'autre »<sup>28</sup>. La situation d'angoisse dans laquelle se trouvent ces jeunes ne se trouve que renforcée par ce dilemme.

#### **4.3 L'adolescent face à la relation d'aide :**

L'adolescent a souvent un caractère impulsif, une non-tolérance face à la frustration, pour lui tout se fait dans l'urgence. Il est d'humeur changeante et peut être manipulateur dans son stress ou sa nonchalance. Souvent, il passe facilement à l'acte. L'adolescent est d'un naturel méfiant même s'il parle et il est important que le travailleur social, l'éducateur mais aussi parfois les parents gardent une certaine distance, posent un cadre pour favoriser la sécurité de l'adolescent. Il est également reconnu que plus l'adolescent va mal, plus son trouble est grand, plus il aura de peine à l'exprimer, à avouer qu'il a besoin d'aide. Très souvent, l'adolescent peut se comporter comme s'il était invulnérable, en faisant semblant d'être touché par rien de ce qui l'entoure. C'est pour cela que son entourage doit, malgré les situations conflictuelles que cela peut engendrer, rester ferme et proposer des solutions concrètes.

Il est également important de responsabiliser l'adolescent et de l'autonomiser en lui mettant un cadre, des limites claires car il peut avoir un rapport « tendu » avec l'autorité. Il a besoin de sentir que la personne représentant l'autorité lui fait confiance et qu'elle est prête à l'écouter, à prendre en compte ses dires, ses opinions et ses idées sans lui faire la morale et l'interrompre sans cesse. Il est très souvent plein de vitalité, de spontanéité et de créativité, qualités à exploiter.

---

<sup>28</sup> JEAMMET P., *Anorexie boulimie / Les paradoxes de l'adolescence*, Hachette Littératures, St-Amand-Montrond, 2004, p.67

## **5. Statistiques**

### **5.1 L'alimentation :**

Il nous semble pertinent pour notre étude d'observer les statistiques suisses et valaisannes concernant les TCA. Nous devons au préalable relever qu'il est très difficile d'obtenir des chiffres précis qui soient réellement représentatifs de la réalité. Cela est en partie lié au fait que les personnes concernées par ces troubles essaient au maximum de les cacher à leur entourage ainsi qu'à eux-mêmes.

Nous savons toutefois que les statistiques révèlent qu'en Suisse : l'anorexie touche 1 à 2% de la population adolescente et la boulimie touche 5 à 8% de la population adolescente. Ces statistiques ont été publiées par Isenschmid, médecin chef à l'hôpital de l'Ile à Berne (1997). Les chiffres semblent être nettement à la hausse en ce qui concerne la boulimie. Ils vont dans le même sens que ceux publiés par le Dr Archinard du HUG à Genève et rapporté dans le fascicule édité par l'association boulimie et anorexie (ABA). Voilà ce qu'il ajoute encore :

*On estime que 9 à 10% des femmes adultes souffrent de problèmes alimentaires de type compulsif, c'est-à-dire comportant une difficulté à contrôler la prise de nourriture et une attention exagérée pour le poids et la silhouette. La réalité se situe probablement au-delà de ces pourcentages, car on sait que les personnes souffrant de boulimie ont honte et taisent leur maladie, se soustrayant ainsi aux statistiques.*

La brochure ajoute encore par la suite ceci :

*Une tendance très inquiétante se dessine actuellement. Les enfants deviennent anorexiques ou boulimiques de plus en plus jeunes. A Londres, on a été obligé d'ouvrir une unité spéciale destinée à ces malades qui ont entre 7-14 ans.*

Si ces maladies touchent surtout des femmes, les hommes ne sont pas épargnés. On estime qu'ils représentent 10 à 15% de l'ensemble des personnes concernées par un trouble alimentaire.

Jeammet (2005) complète encore ces informations :

*Le pronostic de l'anorexie peut être très sévère. Ainsi, 7 à 10 % des adolescentes souffrant de ce trouble meurent, la moitié des conséquences de la dénutrition, l'autre moitié par suicide – celui ci concernant presque exclusivement les anorexiques ayant des accès de boulimie. Dans 20% des cas, l'anorexie peut devenir chronique.<sup>29</sup>*

Pour avoir un aperçu de la situation valaisanne, nous nous baserons maintenant principalement sur un document édité par l'observatoire valaisan de la santé, en lien avec la ligue valaisanne contre la toxicomanie. Il s'agit d'une étude menée auprès d'adolescents et publiée en 2005 par Chabloz J.-M., Clerc Bérodot A. & Luthi J.-C. intitulée La santé des jeunes écoliers et adolescents dans le canton du Valais en 2002. Il s'agit du rapport le plus récent dans ce domaine.

Notons en préambule que nous parlerons d'écoliers pour les jeunes de 11-15 ans de l'étude HBSC ("Health Behavior in School-Aged Children") et nous parlerons d'adolescents, d'étudiants et d'apprentis pour ceux de 16-20 ans de l'étude SMASH ("Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health"). Ce sont ces deux études dont on étudie les résultats. Les populations interrogées sont donc différentes au niveau de l'âge pour les deux, mais les questions abordées sont similaires sur le fond, bien que la forme diffère. Cette différence fait qu'il peut parfois être un peu ambigu de comparer les chiffres des deux études.

Ensuite, nous devons relever que les chiffres cités ci-dessous en lien avec notre étude sont, d'une certaine manière, à relativiser. En effet, il n'existe pas de chiffres concernant les TCA à proprement parlé dans cette étude. Toutefois, ces questions sont souvent sous-jacentes, c'est pour cela que nous nous y référons.

Nous nous référons à la partie portant sur les comportements liés à la santé, nous étudierons la perception du corps, le poids ainsi que l'alimentation

Comme nous l'avons dit dans la description des TCA, l'image que l'adolescent a de lui-même joue un rôle primordial dans le développement de troubles ainsi que dans le traitement qui y est lié, c'est pour cela que nous accorderons une certaine importance à la perception de soi.

*Plus d'un jeune écolier valaisan de 11-15 ans sur deux (55.6% ; 64.9% des garçons et 47.4% des filles) sont satisfaits de leur poids. Pour la Suisse, la part totale observée est légèrement inférieure avec 52.9% (58.4% des*

---

<sup>29</sup> JEAMMET P., *Anorexie boulimie / Les paradoxes de l'adolescence*, St Amand Montrond Hachette Littératures 2004, p.170

*garçons et 47.6% des filles). Entre 11 et 15 ans, les filles sont quand même environ une sur dix à se trouver un peu trop maigre, une sur trois à se trouver trop grosse et un peu moins de la moitié à se trouver du bon poids. Les garçons valaisans se sentent mieux dans leur « poids » que leurs homologues suisses (64.9% contre 58.4%).*

*Le tableau 23 indique, qu'entre 16 et 20 ans, 64.7% des garçons valaisans considèrent leur poids comme convenable (58.3% pour les garçons suisses de la même tranche d'âge), ce qui n'est le cas que pour la moitié des filles valaisannes (51.0% ; 42.4% pour les filles suisses). Les filles se trouvent généralement trop grosses, bien que les jeunes valaisannes se situent un peu en dessous de la moyenne suisse. Les résultats correspondent à ceux de la littérature internationale : on estime en effet qu'entre 50% et 80% des jeunes filles se trouvent trop grosses.*

Ces chiffres nous indiquent qu'une proportion énorme de jeunes n'est pas satisfaite de son poids. Cela ne veut pas dire pour autant que tous les jeunes qui se trouvent trop gros vont devenir anorexiques. Cela révèle tout de même que la culture ambiante pousse les jeunes vers un certain idéal physique. Notons également qu'il n'y a pas de progression à relever entre les 11-15 ans et les 16-20 ans, en effet, à quelques centièmes près, les résultats sont les mêmes, pour les garçons et les filles. Par contre, les résultats entre les deux sexes ne sont pas les mêmes. On constate qu'une plus grande proportion de filles que de garçons se trouve trop grosses. Ceci confirme notre hypothèse selon laquelle les jeunes filles représentent une population à risque pour les TCA.

Par ailleurs, il nous semble important de relever ici qu'une certaine proportion des personnes se trouvant trop grosses a peut-être, voire probablement raison de ne pas être satisfaite de son poids, car on sait qu'une partie de la population suisse est effectivement en surpoids. Cette étude rapporte également que l'OMS a révélé suite à certaines recherches que près de quatre adultes sur dix et un quart des enfants sont « trop gros » en Suisse.

Dans l'enquête qui a été menée, les chercheurs ont voulu savoir plus spécifiquement comment les jeunes vivaient leur souci de la ligne, quelle place cela occupe-t-il dans leur quotidien et les moyens mis en place par ceux-ci pour remédier à leur non-satisfaction quant à leur poids. Parmi les écoliers valaisans, 6.6% d'entre eux font, au moment de l'enquête, un régime pour perdre du poids. Quant aux filles, elles sont trois fois plus nombreuses à la même période (18.8%). Tandis que chez les adolescents, parmi ceux qui aimeraient perdre du

poids, ils sont plus de 66% à faire quelque chose pour baisser leur poids et 75.6% chez les adolescentes. Parmi les moyens utilisés, il faut citer : les régimes, le sport ou l'exercice physique, le fait de prendre des tisanes, des remèdes homéopathiques ou naturels ou encore des médicaments.

Le tableau récapitulatif suivant nous semble intéressant pour avoir une vue d'ensemble :

**Tableau 1 :** Etudes HBSC et SMASH. Proportions des jeunes qui indiquent au moment de l'enquête faire ou avoir fait un régime amaigrissant, en % selon l'étude et le sexe. Comparaison Valais-Suisse.

*HBSC : « Fais-tu actuellement un régime ou quelque chose d'autre pour perdre du poids ? »*

*SMASH : « Avez-vous déjà fait un ou plusieurs régimes amaigrissants ? »*

	11-15 ans HBSC						16-20 ans SMASH					
	Filles		Garçons		Tous		Filles		Garçons		Tous	
	VS	CH	VS	CH	VS	CH	VS	CH	VS	CH	VS	CH
	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=
	584	4755	531	4563	1115	9318	194	3380	219	4040	413	7420
Oui	18.8	16.8	6.6	9.1	13.0	13.1	21.9	27.4	5.0	6.1	12.9	15.8

On constate, petit à petit, dans la culture occidentale qu'il devient presque normal de suivre un régime à un moment ou à un autre de l'adolescence. Ainsi, les jeunes valaisans et les jeunes suisses ne présentent pas vraiment de différences fondamentales comparés aux autres jeunes de leur âge. Selon ce rapport, plusieurs études auraient déjà montré que les régimes eux-mêmes n'entraînent pas de problèmes particuliers chez la majorité des jeunes filles. Ce sont les régimes chroniques qui représentent des risques de TCA lorsqu'ils se combinent à d'autres facteurs.

L'étude SMASH a voulu étudier plus en profondeur les préoccupations liées au poids et à l'alimentation. Elle a pour cela choisi quatre questions dont le but est de mettre en évidence un comportement alimentaire problématique. C'est cette partie qui nous intéresse particulièrement puisqu'elle permet de mettre en avant une tendance à l'anorexie ou à la boulimie, ou un autre TCA. Les quatre questions recouvrent les domaines suivants :

- la peur de prendre du poids



## MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

- une sensation de laideur quand on a trop mangé
- le fait de penser sans cesse à la nourriture
- la joie de se sentir l'estomac vide

Il apparaît à nouveau que les filles sont beaucoup plus facilement sujettes à des comportements alimentaires problématiques que les garçons.

Le tableau suivant donne un bon aperçu de l'état actuel des choses.

**Tableau 2 :** Etude SMASH. Indices et fréquences de comportements alimentaires à tendance anorexique chez les jeunes valaisans de 16 à 20 ans, en % selon le sexe.

« Depuis quelques mois, vous arrive-t-il ? »

	Apprenti-e-s			Etudiant-e-s			Tous		
	Filles n=194	Garçons n=3380	Tous n=219	Filles n=4040	Garçons n=413	Tous n=7420	Filles n=194	Garçons n=3380	Tous n=219
<b>D'avoir peur de grossir ?</b>									
Jamais	42.2	83.6	68.7	40.2	88.1	57.8	40.9	84.9	64.2
Une fois par semaine	26.7	11.3	16.9	38.2	10.2	28.0	32.6	11.0	21.2
Une à plusieurs fois par semaine	6.7	3.8	4.8	15.7	1.7	10.6	11.4	3.2	7.1
Tous les jours	24.4	1.3	9.6	5.9	0.0	3.7	15.0	0.9	7.5
<b>De vous sentir « moche » après avoir trop mangé ?</b>									
Jamais	48.9	89.4	74.6	66.0	91.5	75.5	57.0	90.0	74.5
Une fois par semaine	21.7	5.0	11.1	19.0	6.8	14.5	20.7	5.5	12.6
Une à plusieurs fois par semaine	12.0	3.1	6.3	10.0	1.7	6.9	10.9	2.7	6.6
Tous les jours	17.4	2.5	7.9	5.0	0.0	3.1	11.4	1.8	6.3
<b>De penser souvent à la nourriture ?</b>									
Jamais	46.7	65.0	58.3	44.0	65.5	51.9	45.3	65.1	55.9
Une fois par semaine	16.3	16.9	16.7	24.0	12.1	19.6	20.8	15.6	18.0
Une à plusieurs fois par semaine	13.0	7.5	9.5	13.0	8.6	11.4	12.5	7.8	10.0
Tous les jours	23.9	10.6	15.5	19.0	13.8	17.1	21.4	11.5	16.1
<b>D'aimer la sensation d'avoir le ventre vide?</b>									
Jamais	72.5	86.9	81.7	74.3	87.9	79.2	73.8	87.2	80.9
Une fois par semaine	11.0	6.3	8.0	14.9	5.2	11.3	12.6	5.5	8.8
Une à plusieurs fois par semaine	4.4	5.0	4.8	5.0	3.4	4.4	4.7	5.0	4.9
Tous les jours	12.1	1.9	5.6	5.9	3.4	5.0	8.9	2.3	5.4

Relevons que plus de 11% des filles dit se sentir « moche » après avoir trop mangé tous les jours. Selon nous, il n'est pas possible de « trop »

manger tous les jours et d'en souffrir sans que cela révèle un trouble. Nous pouvons, à partir de cela déduire que 11% des jeunes souffrent de TCA, cependant, cela met nettement en évidence un problème quant à la relation à la nourriture de manière générale.

Ce tableau révèle également que quasiment 9 % des jeunes filles aiment la sensation d'avoir le ventre vide. Nous pensons que ce phénomène est intimement lié à la volonté de perdre du poids et d'atteindre un idéal physique.

Deux autres questions encore plus spécifiques à l'anorexie et à la boulimie ont également été posées dans l'enquête SMASH, elles concernaient le fait de manger sans pouvoir s'arrêter et le fait de se faire vomir. En voici les résultats :

*16.1% des filles valaisannes (16.0% des filles suisses) et 11.9% des garçons (8.9% des garçons suisses) ont avoué qu'ils mangeaient énormément sans vraiment pouvoir s'arrêter au moins plusieurs fois par semaine. 3.6% des filles valaisannes (contre 2.7% pour les filles suisses) ont avoué qu'elles se faisaient vomir volontairement plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement (pour 2.1% des filles valaisannes). On constate également que les apprenties valaisannes sont plus vulnérables que les filles étudiantes : une sur dix avoue se faire vomir (9.8% ; étudiantes : 2.9%).*

Nous pensons qu'il est certain que le fait de manger énormément sans pouvoir s'arrêter peut effectivement s'apparenter à de la boulimie. Toutefois, il n'est pas possible de déduire d'après ces chiffres et cette seule question que plus de 16% des adolescentes valaisannes souffrent effectivement de boulimie. Par contre, en ce qui concerne les vomissements, il est évident qu'une fille qui se fait vomir quotidiennement ou même plusieurs fois par semaine souffre nécessairement soit d'anorexie du type avec vomissements soit de boulimie. Cela concerne 2.1% des adolescentes valaisannes.

Devant ces chiffres on ne peut plus explicitement se poser la question de la prise en charge de ces personnes. En effet, la demande semble grande en Valais, comme partout en Suisse d'ailleurs. Les adolescentes, pour une part, s'en rendent d'ailleurs compte elles-mêmes. Elles sont plus de 25% à signaler un problème lié à l'alimentation et les adolescents sont plus de 16% à être dans ce cas.

Tableau 3 : Etude SMASH. Part des jeunes de 16 à 20 ans ayant signalé des problèmes alimentaires au moment de l'enquête en

précisant qu'ils auraient besoin d'aide, en % selon le sexe et la filière de formation. Comparaison Valais-Suisse.

« Problèmes liés à l'alimentation. Auriez-vous besoin, en ce moment, d'une aide pour vous-même ? »

	Filles				Garçons				Tous	
	Apprenties		Etudiantes		Apprentis		Etudiants		VS n=413	CH n=7420
	VS	CH	VS	CH	VS	CH	VS	CH		
	n=92	n=2130	n=102	n=1250	n=161	n=3180	n=58	n=860		
Oui	30.4	28.3	20.6	25.1	16.1	12.8	15.5	9.4	20.3	19.1
Non	69.6	70.8	77.5	74.1	83.9	86.2	84.5	89.4	79.2	80.9

Il reste à savoir, devant cette grande demande – plus de 20% des 16-20 ans disent avoir besoin d'aide – quelle prise en charge est proposée pour ces jeunes.

## 5.2 Le suicide

Nous avons relevé plus haut que dans certains cas, l'anorexie et la boulimie pouvaient conduire à la mort, nous parlions de causes biologiques. Nous avons également mis en évidence que la boulimie pouvait parfois provoquer des conduites suicidaires.

Suite à cela, nous aimerions mettre en avant quelques chiffres concernant les suicides.

Il est difficile d'être en possession du nombre exact de suicide par canton.

Voilà les résultats les plus récents publiés par l'office fédéral de la statistique en 2007. :

*En 2004, **1283 personnes** (856 hommes et 427 femmes) **se sont suicidées en Suisse**. Les taux de mortalité standardisés en fonction de l'âge ont baissé en Suisse depuis leur niveau record de 24,9 pour 100'000 personnes en 1980 à 15,0 en 2003 et en 2004*

*En 2004, 384 décès ont été recensés parmi le groupe des **15 à 24 ans** (284 hommes et 100 femmes). Chez les jeunes de cet âge, les deux tiers des décès sont dus à des blessures, à des intoxications ou à d'autres causes externes (260 décès : 212 hommes et 48 femmes). En particulier, les accidents de la route ont causé 105 décès (27%) et **les suicides, 85 (22%)** (Contre 100 en 2003).*

Les chiffres les plus récents que nous possédons concernant le Valais datent de 1998, ils ont été publiés en 1999 par l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. En voici les résultats :

*En Valais, 55 décès par suicide et 48 victimes de la route sont signalés dans la statistique de la police valaisanne en 1998.*

*Cette même statistique signale durant les 10 dernières années une moyenne de 49 suicides par an et elle découvre deux classes d'âge se distinguant par un nombre de cas importants : les 21-25 ans et les 41- 45 ans.*

La moyenne par an pour le Valais francophone se situe proche du taux suisse : 19/100'000 pour le Valais et 19,3/100'000 pour la Suisse pour la même période.

Il faut encore ajouter à ces chiffres toutes les tentatives de suicides qui sont beaucoup plus nombreuses que les suicides eux-mêmes. Dans son rapport sur la santé des jeunes, l'observatoire valaisan de la santé révèle que :

*un écolier valaisan de 14-15 ans sur vingt (5.4%, part comparable à celle de la Suisse) a déjà pensé sérieusement à se suicider (avec des plans pour passer à l'acte) ou a déjà fait une tentative, les filles relativement plus fréquemment que les garçons (7.0% contre 3.1%). La présence de simples idées suicidaires au cours de l'adolescence est assez courante. Ainsi, 39.2% des jeunes valaisans de 14-15 ans ont déjà pensé au suicide (contre 32.7% pour la Suisse). (p.39)*

Ces chiffres ne nous permettent évidemment pas de conclure que parmi ces suicides et ces tentatives de suicides, il y a systématiquement un certain nombre de personnes anorexiques ou boulimiques qui se suicident. Nous constatons malgré tout que ces chiffres sont très importants et nous émettons l'hypothèse qu'il y a quelques personnes souffrant de TCA parmi les suicides.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogés sur le fait de pouvoir dire ou non que les TCA étaient une forme de suicide indirect. D'abord, bien que cela n'ait pas été relevé explicitement auparavant, dans la description théorique des TCA, nous pensons que ces troubles sont en quelque sorte une auto destruction qui pourrait s'apparenter à une forme de suicide. Barbara Schasseur a par ailleurs écrit un livre en 2002 dont le titre est « La boulimie, Un suicide qui ne dit pas son nom ». Peggy (1998) décrit la logique dans laquelle se trouvent certaines personnes malades :

*Manger signifie avoir de la nourriture.*

*La nourriture signifie avoir la vie.  
Je ne devrais pas avoir la vie parce que je ne la mérite pas.*

Du fait que l'état d'esprit dans lequel la personne malade se trouve dépend de sa personnalité, on peut observer des cas très différents les uns des autres. Toutefois, il apparaît que les personnes souffrant de ces troubles ne cherchent pas directement à mettre fin à leur vie, du moins, il semblerait qu'elles n'en aient pas conscience. C'est pour cela que nous renonçons à classer les TCA dans la catégorie « suicide ».

## **6. La prise en charge en Valais Romand:**

Dans la partie qui suit, nous rendrons compte des entretiens que nous avons menés pour répondre à nos questions. Nous évoquerons les difficultés rencontrées lors de cette expérience et tenterons de mettre en évidence comment se fait la prise en charge de personnes souffrant de TCA en Valais Romand.

### **6.1 Les difficultés rencontrées pour mener les entretiens**

Pour pouvoir analyser les entretiens menés dans la partie suivante, il est nécessaire de commencer par présenter les difficultés auxquelles nous avons été confrontées et qui, d'une certaine manière, parlent de la situation actuelle.

Pour mener à bien cette étude, nous avons donc frappé à la porte de différents foyer ou lieux d'accueil que nous pensions être susceptibles d'accueillir des personnes avec TCA.

Nous nous sommes, pour cela, adressé à huit directeurs d'institutions, par le biais d'une lettre. Parmi ces huit demandes, après de nombreux rappels téléphoniques insistants, uniquement la moitié ont reçu une réponse positive. Trois institutions ont refusé de répondre à l'interview et une n'a répondu à aucun appel de notre part.

Nous sommes en possession de cinq interviews d'éducateurs travaillant dans quatre lieux différents puisque deux personnes qui ont répondu à nos questions travaillent au sein de la même institution.

L'autre difficulté principale qui se présente à nous à présent, lors de l'analyse de ces interviews est qu'une seule personne est confrontée à des TCA au quotidien parmi les cinq. Deux autres y ont déjà été confrontées, nous verrons de quelle manière par la suite. Alors que les deux autres personnes ont une certaine idée des TCA sans en avoir l'utilité sur leur lieu de travail ou alors ont émis une hypothèse de cas de TCA sans en avoir la certitude.

Par conséquent, ce qu'elles expriment sur la prise en charge de personnes malades n'est que très peu relié à la réalité. Et bien souvent, les réponses aux questions ne répondent pas vraiment à nos attentes.

Il y a trois hypothèses, selon nous, pour expliquer le fait que les personnes interrogées ne sont pas vraiment confrontées à ce genre de troubles, ou en tout cas très peu si l'on tient compte des chiffres statistiques qui montrent une très grande étendue de troubles alimentaires :

- La première hypothèse corroborerait l'idée selon laquelle les personnes souffrant de TCA, ayant très honte d'elles-mêmes, et ayant très peu d'estime de soi, cachent leur problème à leur entourage, y compris à leurs parents et à leurs amis les plus proches. Il arrive également souvent que, lorsque les parents montrent de l'inquiétude vis-à-vis de leur enfant, ce dernier se montre très convaincant, soit pour expliquer qu'il va bien, soit pour assurer qu'il va très prochainement arrêter son régime, que le poids souhaité est atteint.
- Ensuite, il faut également tenir compte du fait que l'anorexie peut être remarquée par l'entourage « grâce » à la perte de poids de la personne, ou du moins par des signes physiques extérieurs. Tandis que pour la boulimie, il n'est pas facile, du moins, moins facile que pour l'anorexie de repérer le trouble. En effet, les conséquences physiques extérieures sont moins sévères. Par conséquent, bien que les chiffres indiquent un grand nombre de personnes atteintes, elles sont apparemment peu nombreuses à s'adresser à des institutions pour recevoir de l'aide.
- La troisième hypothèse est liée à la deuxième. Si les institutions ne reçoivent pas beaucoup de demandes concernant les TCA, c'est peut-être parce que, lorsque qu'une personne a besoin de recevoir de l'aide, généralement, elle irait directement dans un hôpital où elle recevrait des soins médicaux d'abord. L'éducateur spécialisé devrait peut-être intervenir lors de la sortie de l'hôpital. Mais cette question plus spécifique a déjà fait l'objet d'un travail de diplôme par Philippe Bürki en 1995 pour l'obtention du diplôme d'éducateur spécialisé : « L'anorexie mentale, une affaire d'éducateurs ? Une

prise en charge éducative serait-elle souhaitable et adéquate pour des personnes souffrant d'anorexie mentale, après le traitement hospitalier ? »

Nous verrons malgré tout à travers ces interviews quelle est la situation actuelle en Valais au niveau éducatif.

## **6.2 Entretiens et analyse :**

Selon nos objectifs, cette partie devait occuper une place centrale dans notre travail. Toutefois, de par les difficultés expliquées ci-dessus, nous ne pourrions pas la développer autant que nous l'aurions voulu. C'est pour cela que la partie théorique a été développée davantage.

Nous présenterons dans un premier temps, de manière globale, les entretiens que nous avons menés. Puis, nous étudierons plus particulièrement l'entretien de l'éducateur qui fait de la prise en charge de personnes souffrant de TCA au quotidien. Nous verrons ensuite les deux entretiens des éducateurs qui ont déjà été confrontés à cette question ainsi que ce que nous pouvons retenir des deux autres interviews. Finalement, nous relèverons les lacunes ou les manques concernant la prise en charge.

Les entretiens des cinq éducateurs se sont déroulés sur leur lieu de travail et ont été enregistrés sur bande son, sur le modèle de la grille d'entretien qui se trouve en annexe à la fin de ce travail. Dans l'analyse ci-dessous, nous reprendrons les réponses de tous les éducateurs, de par leur petit nombre. Nous nous focaliserons sur les questions qui nous semblent plus pertinentes et nous relèverons pour cela l'essentiel de leurs réponses.

A tous, quelle que soit la réalité de travail de l'éducateur, c'est-à-dire avec ou sans TCA chez les résidents, nous avons posé la question : « Qu'est-ce qu'un trouble du comportement alimentaire pour vous ? ». Leurs réponses vont de quelques notions évasives jusqu'à une très bonne connaissance des troubles et leurs conséquences :



1. Dépendance à la nourriture, besoin de manger, addiction.  
Conséquences : à deux niveaux, physique et mental, des carences, un BMI inférieur à la normale, peut conduire à la mort ; dangers psychiques, culpabilité, passivité, goût à rien, passivité, manque de confiance, dépression.  
Exemple de l'anorexie et de la boulimie
2. manière de s'alimenter anarchique : manger peu ou manger et aller se faire vomir  
Plutôt un symptôme dont le nœud du problème se trouve ailleurs, reflète un mal être
3. Mauvaise relation avec la nourriture, manger en grande quantité, manger dans le but de se remplir, de gérer ses émotions  
Conséquences : prise de poids, désocialisation  
Exemple de l'anorexie et de la boulimie
4. Comportement inadéquat face à la nourriture, refoulement de problèmes relationnels ou personnels, compensation par la nourriture  
Davantage un symptôme d'un autre trouble qu'une maladie  
Conséquences : amaigrissement, dysfonctionnement des organes, destruction massive, non respect de sa personne  
Exemple de l'anorexie
5. Mauvaise gestion de la nourriture, fait de se faire vomir, de ne pas réussir à résister de grignoter ou de manger, se faire vomir suite au sentiment d'être trop gros  
Symptôme de mal être mais également maladie en soi  
Conséquences : obésité, dérèglement physique, arthrose, surpoids, obstruction des coronaires, diabète, déchaussement des dents, caries, mort  
Exemple du syndrome de Prader Willi

Comme nous l'avons relevé ci-dessus, pour certains éducateurs, leur vision des TCA est très lacunaire ou imprécise, alors que d'autres ont déjà une connaissance précise des conséquences, une opinion sur la question syndrome/maladie, ce qui montre qu'une réflexion sur la question a déjà eu lieu. Certains d'entre eux ne citent ni la boulimie ni l'anorexie en exemple, bien que ces troubles soient largement connus. Toutefois, les éducateurs ont souvent complété leur définition durant la suite de l'interview.

Nous leur avons également posé la question suivante : « Avez-vous suivi une formation ou fait des recherches personnelles au sujet des TCA ? »

1. Pas de formation à part quelques bases à l'école, sinon lectures personnelles dans des livres et quelques recherches.
2. Pas de formation, quelques recherches personnelles suite à un cas et visionnement d'un film
3. Pas de formation, pas de recherches personnelles
4. Pas de formation, recherches car confronté à un cas, livres et internet mais pas très en profondeur.
5. Pas de formation, pas de recherches mis à part quelques lectures

Nous constatons qu'aucun éducateur n'a bénéficié d'une formation conséquente concernant les TCA. Toutefois, presque tous ont effectué des recherches personnelles, ayant été confrontés au moins une fois à un cas ou à un doute concernant une personne.

Pour déterminer si les éducateurs avaient un moyen pour être aidés dans leur prise en charge, nous leur avons demandé : « Quelles ressources avez-vous à disposition en cas de questions sur la prise en charge ? »

1. Sollicitation de collègues infirmiers, possibilité de demander une formation selon les besoins
2. Littérature, CVPEA à Sierre, une doctoresse spécialisée à Malévoz
3. –
4. Littérature, hôpital de Sierre, un docteur en pédopsychiatrie
5. Diététicien, hôpital, pédopsychiatrie

On constate, malgré le manque de formation, que les éducateurs savent où se tourner en cas de questions ou de problèmes de prise en charge, ils ne sont pas totalement démunis face aux cas de TCA. Le seul éducateur qui n'a pas répondu à cette question n'y a jamais vraiment été confronté.

Voilà les éléments que nous voulions analyser dans les cinq entretiens.

Voyons maintenant, concrètement, comment sont pris en charge les TCA par les éducateurs.

Selon le premier éducateur, tout repose sur les règles imposées par la structure. Pour fixer ces règles, il faut prendre en compte les ordres médicaux ainsi que les menus préparés par la diététicienne. La présence aux repas est obligatoire, les personnes souffrant de TCA ont l'obligation de terminer leur assiette pour ingérer les calories qui leur sont nécessaires. Le premier objectif se situe en effet au niveau physique. Pour les personnes anorexiques, le but est de reprendre du poids pour qu'un certain mécanisme se remettre en place, que la pression redevienne normale, etc. Le rôle de l'éducateur consiste à être présent, d'accompagner les personnes à ce moment-là pour les aider à respecter les règles et éviter qu'elles mettent en place des stratégies pour les détourner. Il est important de les surveiller au moment de la digestion pour ne pas qu'elles se fassent vomir ni qu'elles aient une activité physique pour éliminer les calories.

Cet éducateur explique, d'autre part, les difficultés rencontrées lorsqu'aux TCA s'ajoutent des états dépressifs. Souvent, ces personnes ont également peu d'estime d'elle-même, sont mal dans leur peau et souffrent moment d'abandonner leur dépendance. L'éducateur a également un rôle très important sous cet angle : « Notre rôle, c'est de poser des actes normatifs, il y a beaucoup d'amour dans le normatif. C'est une façon de dire : je me soucie de toi ! ». Cet éducateur ajoute qu'il n'est pas très difficile de faire comprendre aux personnes malades son action car se sont des personnes vives d'esprit, très intelligentes, très adaptées, qui fonctionnent bien. Elles saisissent bien que c'est dans leur intérêt qu'elles sont soumises à des restrictions. Il est également important pour tout le monde que la prise en charge soit totalement cohérente. En effet, pour que les règles soient respectées par les jeunes, il faut que l'action des éducateurs suive une ligne, et que le personnel soit cohérent.

Toutefois, il y a un autre aspect plus compliqué à gérer. Il s'agit du réseau de la personne prise en charge. En effet, l'entourage ne saisit parfois pas ce que représente un trouble alimentaire. Il a été constaté que, souvent, la maman de la personne prise en charge aurait elle-même des troubles alimentaires, le modèle se répétant parfois de mère en fille. « Il faudrait soigner l'enfant et soigner la mère aussi à quelque part, mais ça n'est pas notre mandat. Ça ne sert à rien de soigner l'enfant si on ne peut pas lui garantir de retourner dans un milieu sain. » Ce problème nous conduit à la question de la prise en charge d'une certaine manière de la famille. On sait que la fratrie joue également un rôle important. L'entourage ne devrait donc pas être négligé. Il faudrait réfléchir à une information de celui-ci durant la prise en charge de la personne malade. Mais ce rôle devrait être rempli par quelqu'un d'autre que l'éducateur qui a une autre tâche. Il existe des groupes de rencontres organisés par l'association ABA (voir ci-après) dans différentes régions. Il serait important que l'entourage soit redirigé vers ces groupes de partage.

Cet éducateur relève finalement qu'il y a une certaine période durant laquelle le suivi est strictement médical, cependant, il faudrait qu'il puisse débiter à un stade moins avancé de la maladie pour éviter un état trop critique.

Cela nous laisse penser qu'il faudrait mettre au point de meilleures méthodes de prévention auprès des jeunes ou de détection des TCA.

Les deux personnes suivantes interrogées ne sont pas vraiment confrontées aux TCA dans leur quotidien. La question de la prise en charge s'est toutefois déjà posée pour elles. Elles partagent donc dans l'entretien quelques pistes de prise en charge que nous allons reprendre ci-dessous.

D'abord il semble assez évident que les TCA sont les symptômes d'un mal-être plus profond ou d'un autre trouble dont le nœud est ailleurs, c'est pour cela qu'au moment de la prise en charge il faut s'interroger sur la cause première. Un éducateur cite par exemple la question d'un deuil à faire, ou encore le cas d'une toxicomane souffrant également de TCA.

La raison par laquelle les éducateurs ne sont pas vraiment spécialisés dans ce type de troubles est que, souvent, lorsqu'il y a un éventuel cas de TCA, l'éducateur se focalise sur la personne à prendre en charge et regarde ses besoins spécifiques. Parfois, il faut spécialement travailler sur la confiance en soi, sur la valorisation de la personne, le fait d'être bien dans sa peau et pas directement sur le comportement alimentaire.

Un éducateur relève à nouveau l'importance de la présence de l'éducateur lors des repas pour éviter que la personne ne mange trop ou au contraire pas assez. Dans certaines institutions n'y a pas de mesures telles que la mise sous clé de la nourriture alors que dans d'autres oui. Parfois un suivi psychiatrique est proposé à ces personnes par les éducateurs.

Il ressort malgré tout assez peu d'éléments concrets de prise en charge.

Relevons encore quelques points dans les derniers entretiens. Ces éducateurs sont parfois confrontés à des problèmes d'alimentations qu'on ne peut pas vraiment qualifier de TCA mais qui nécessitent d'être pris en compte. Il leur arrive par exemple de fixer un temps minimum à passer à table. Il y a également la question de la variété des aliments. Dans certains cas, les adolescents doivent goûter un certain nombre d'aliments à une fréquence définie.

Il y a parfois un problème de relation à la nourriture lorsque des jeunes ont été en situation de fugue par exemple, et ont manqué de quoi se nourrir durant une certaine période. Par conséquent, face à une abondance de nourriture, ces adolescents se précipitent sur les plats au moment des repas. Il a également été observé qu'en institution, les jeunes filles prennent facilement du

poids, davantage que les garçons. Les éducateurs émettent l'hypothèse que la nourriture, pour les adolescentes, est un réel moyen de compensation, qu'elle présente un côté réconfortant, que le fait de manger représente une sorte de refuge ou alors une manière de se changer les idées.

Par ailleurs, la question de la nourriture est plus importante pour les cuisiniers qui, eux, font des cours auprès de diététiciens, en lien avec les hôpitaux.

Ce qu'on peut retenir principalement de tous ces éléments, c'est que souvent, les éducateurs agissent au cas par cas, qu'ils agissent selon les besoins spécifiques de chaque personne. Il ressort également que les repas jouent un rôle de socialisation et qu'ils constituent un lieu d'apprentissage au niveau du rythme de vie ainsi que dans le respect de règles de la vie commune.

Nous aimerions finalement relever ce qui pose problème aux éducateurs en ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire et leur prise en charge.

Tous ont relevé leur manque de formation ou de connaissance de ces troubles. Pour l'illustrer, nous reprendrons ci-dessous l'essentiel de leurs réponses qui reflètent leur désir de formation ou leur méconnaissance :

1. aimerait avoir une formation pour apprendre à détecter les signes d'anorexie
2. n'est pas au clair sur la différence entre l'anorexie et la boulimie ; n'a pas eu l'occasion de faire une formation sur les TCA ; pas d'élaboration du sujet sur le lieu de travail ; aimerait connaître les facteurs qui conduisent aux TCA
3. pas de formation proposée sur le lieu de travail ; aimerait connaître les facteurs de risque
4. ne sait pas dire s'il s'agit d'un symptôme ou d'une maladie ; manque de compétence pour la prise en charge ; difficulté à gérer ces troubles par rapport aux moyens, peu de possibilités ; contexte difficile ; a des compétences pour une prise en charge éducative mais pas psychiatrique ; souhaiterais avoir des intervenants extérieurs pour mieux connaître les TCA
5. interrogations face aux inégalités de « chance » de départ, face aux facteurs de risque

Plusieurs éléments significatifs sont à relever ci-dessus. En effet, nous pensons qu'il est important qu'un éducateur sache différencier l'anorexie de la boulimie, ou du moins qu'il ait des notions théoriques précises concernant ces deux troubles, même si dans la pratique les choses ne sont pas toujours si

claires. Par ailleurs, plusieurs éducateurs souhaiteraient recevoir une formation sur les TCA, sur leur lieu de travail, afin d'avoir des meilleurs outils de prise en charge et ainsi être plus à même d'aider les personnes malades.

Suite à cette analyse, il nous paraît important de mettre en évidence plusieurs éléments. D'abord, il semblerait que la prise en charge des personnes malades est plus souvent l'affaire des médecins que des éducateurs. En effet, ces personnes ne sont que très rarement dirigées vers des institutions ou vers des lieux où travaillent des éducateurs.

D'autre part, nous constatons que plusieurs institutions ont répondu positivement à notre demande de mener un entretien auprès de leurs éducateurs alors qu'elles n'étaient pas directement confrontées à la question des TCA. Cela peut, selon nous, être le signe d'une certaine négligence de cette problématique. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion trop sévère à ce sujet mais nous pensons toutefois que ce sujet n'est pas suffisamment pris au sérieux dans certains lieux.

Par ailleurs, il faudrait encore que les éducateurs qui le souhaitent puissent recevoir une formation adéquate en ce qui concerne les troubles alimentaires ; leur prévention, leur détection ; ainsi qu'ils aient du matériel approprié pour la prise en charge.

## **7. Propositions de traitement :**

En réponse au manque de formation proposée aux éducateurs, nous aimerions ici présenter quelques « pistes » de prise en charge qui nous ont semblées pertinentes.

### **7.1 La méthode Montreux**

Dans son livre *Guérir l'anorexie et la boulimie, la méthode Montreux*, Peggy Claude-Pierre décrit la méthode mise en place dans la clinique *Montreux Counselling Centre* à Victoria au Canada. D'après sa théorie, ces troubles sont des symptômes causés par un état négatif confirmé (ENC). Se basant sur cette hypothèse, cette méthode se donne deux fins : la première, évidente, consiste à s'attaquer au TCA en tant que symptôme, en assurant donc une reprise de poids; la seconde, quant à elle, consiste à travailler sur le désordre psychologique qui est la source des troubles alimentaires.

Nous verrons donc tout d'abord les outils ayant une fin physique, puis ceux ayant une fin psychologique, et enfin, nous verrons comment l'articulation se fait entre ces différents outils dans la méthode Montreux.

#### ***7.1.1 Les outils ayant une fin physique***

Ce sont les différentes stratégies, y compris psychologiques, pour permettre au patient de reprendre du poids. On peut en dénombrer quatre :

**1. Proposer de plus petits repas.** Plutôt que de proposer trois gros repas dans la journée, la méthode Montreux préconise de servir plus souvent des repas moins importants, de l'ordre de six par jour. Ceci se légitime par l'idée qu'une portion moins importante est moins impressionnante pour le patient. Par ailleurs, le fait que le patient sorte de table sans être rassasié est quelque chose de rassurant pour lui : il culpabilise ainsi moins.

**2. Refuser la logique des chiffres.** Les victimes de TCA ont un regard déformé sur eux-mêmes, se trouvant toujours trop grosses. C'est cela même qui est ici retourné contre la maladie : en refusant de permettre au patient de

savoir combien il pèse, et en refusant de lui donner un objectif chiffré à atteindre, le patient se trouve incapable de réellement juger les fruits de son nouveau régime alimentaire. Psychologiquement, c'est d'autant moins de soucis pour le patient qui se trouve dépossédé de cette question.

**3. Instaurer un climat de confiance.** Cela se fait de deux manières : tout d'abord en attribuant à chaque patient ses propres assiettes et couverts. Le patient n'est pas un numéro dans une entreprise à nourriture, ses couverts ont une forme et une couleur particulière. Ensuite, chaque malade se voit attribuer des plats spécifiques, qui ne varient pas, sauf à sa demande.

**4. Être capable d'expliquer.** Chaque repas étant le lieu d'une vraie torture pour le patient, il faut pouvoir justifier chaque aliment, son apport diététique et sa nécessité non pas pour la prise de poids, mais pour la survie du patient.

### ***7.1.2 Les outils ayant une fin psychologique***

Pour permettre à une personne de guérir d'un ENC, Peggy explique qu'il faut tant que possible réduire au silence la Pensée négative. On supprime l'importance du dédoublement psychique, voire même, on le détruit. Voici les outils principaux mis en place à la clinique *Montreux Counselling Centre*.

**L'amour inconditionnel.** C'est sans doute le point le plus important de la méthode, qui guide ensuite tous les autres mis en place. Il se base sur le fait que l'ENC se concrétise dans un dégoût de soi-même qu'il faut contrebalancer par l'amour de la personne. Le côté dépréciatif de la Pensée négative est alors peu à peu désamorcé par l'amour du personnel soignant. Celui-ci doit se vouer au patient en assurant une présence continue à ses côtés. Le rapport nombre de patient / nombre de soignant doit ainsi être supérieur ou égal à un.

**Montrer la distinction entre l'état et la malade.** Cet outil consiste à remettre à chaque fois le patient dans la perspective du dédoublement psychique, pour lui permettre de mettre le doigt sur le fait que sa violence, son mépris de soi ne vient pas de lui-même, mais bien de la Pensée négative. Se faisant, on permet au patient de ne pas rester emprisonné dans le combat entre la Pensée négative et la Pensée réelle et ainsi de prendre une position de recul.

**Refuser tout marchandage.** Il est primordial d'assurer une relation de confiance de qualité entre le patient et le personnel. Peggy C.-P. explique qu'il ne



doit pas être envisageable de transiger avec la maladie : permettre quoique ce soit qui puisse aller dans le sens de la maladie risque d'être compris comme une légitimation de la maladie, et renforce la pensée négative.

**Le divertissement.** « Le but du divertissement est de conserver l'attention de la victime vers l'extérieur, pour l'empêcher de se perdre à l'intérieur de la pensée négative »<sup>30</sup>. Il prend une place particulière après les repas, afin de permettre à la victime d'être moins tentée de se faire vomir, de faire des exercices physiques trop importants... L'auxiliaire de soin met alors la personne dans une situation neutre : la Pensée négative est donc inefficace. On voit alors à quel point la relation de confiance est importante, pour que le malade puisse se laisser divertir, alors que la Pensée négative lui interdit tout plaisir.

**La place du toucher.** Le toucher à une importance particulière dans le climat d'amour qui est au centre de la thérapie que propose Peggy Claude-Pierre : en effet, les mots sont souvent incapables d'exprimer ce que l'on ressent vraiment. C'est à ce moment là que le toucher peut avoir sa place. Il est à prendre au sens large, puisque l'auteure explique elle-même que cela va du « câlin » à la simple présence. Il faut donc le comprendre avant tout comme le fait d'aimer réellement la personne malade d'un amour maternel.

**Garder deux longueurs d'avance.** Les auxiliaires de soin doivent être capables de traduire le comportement des personnes souffrant d'ENC. Il se caractérise souvent par une dissimulation, de la même manière que la personne anorexique cache sa maladie par des vêtements amples, la personne victime d'ENC tente de paraître heureuse. Les auxiliaires sont fréquemment confrontés à des comportements où la motivation est feinte. Être capable de le repérer et le faire savoir au patient permet de lui montrer qu'il n'est pas seul.

**Les jeux de rôles et de mise en situation.** Cet outil apparaît plus tard dans la thérapie, comme nous le verrons ensuite. Il consiste à jouer avec les patients à des mises en situation fictive. L'un des patients doit donner la vision de la Pensée négative, l'autre à la Pensée réelle. D'autres exercices peuvent mettre un patient face à sa propre situation, familiale par exemple, pour qu'il puisse tenter de la décortiquer objectivement, en situant clairement sa place. Par

---

<sup>30</sup> PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, p. 130

ces outils, les malades peuvent découvrir la différence entre leur subjectivité et ce qui est réellement, et ils peuvent ainsi désamorcer la Pensée négative.

### ***7.1.3 Les cinq étapes de la guérison.***

Peggy dans son livre explique que par son expérience avec les malades, elle a pu déterminer cinq phases types de leur guérison. Ces phases sont classées selon un pourcentage qui décrit l'autonomie de la Pensée réelle par rapport à la Pensée négative.

- **1ère étape : la phase aiguë, jusqu'à 30% d'autonomie.** C'est la phase critique, en général celle dans laquelle se situent les malades lorsqu'ils arrivent. Ils se sentent responsables du mal qui les entoure, et se détestent. Le premier objectif de cette étape est de les faire entrer dans la relation d'amour et de confiance : c'est là que l'amour inconditionnel prend son importance. Le malade est alors comme un nourrisson qu'il faut placer dans un cocon protecteur, pour lui permettre de découvrir un nouveau monde. Les outils à fin physique sont donc tout particulièrement ciblés sur cette première phase. Dans l'idéal, le patient est suivi sans interruption par une équipe.

- **2ème étape : la phase de l'émergence, de 30 à 50%.** La victime devient plus accessible sur le plan psychique, grâce à l'amélioration de son état physique. Le malade remet plus facilement son état entre les mains de l'équipe soignante, et se pose de plus en plus la question de l'identité réelle jusque là abandonnée à la Pensée négative. Un jeu d'identification peut parfois apparaître, les patients se créant des personnalités. Après avoir fait l'expérience de l'amour inconditionnel, il peut se mettre à douter de la réalité de cet amour, et le remettre en question : c'est alors que doit se forger la confiance. A ce point, il est important de refuser le marchandage, et d'avoir « deux coups d'avance » pour qu'une relation de confiance puisse s'instaurer.

- **3ème étape : la phase du réel, de 50 à 68%.** C'est la phase de l'adolescence. Le patient prend de l'assurance et commence à pouvoir travailler sur la question de l'objectivité au travers des mises en situations. Peu à peu, il se découvre lui-même, entrevoit ses désirs et accepte de prendre part à la vie. Il commence à avoir des temps libres planifiés, bien que la vigilance reste importante. Un des six repas quotidiens se prend à l'extérieur

de la clinique, avec l'accompagnement d'un responsable, afin d'apprendre à se confronter au regard extérieur. Les patients sont également poussés à l'expression artistique, toujours dans le but de mieux se découvrir.

• **4ème étape : la phase interactive : de 68 à 80%.** Le patient a le sentiment de retourner à la vie, de redevenir conscient de lui-même. il n'est plus seulement le jouet de la Pensée négative, mais devient peu à peu indépendant. Peggy C.-P. cite un témoignage : « Celle que je suis devenue (...) est également stupéfiante. Je déborde d'énergie. Je suis plus ouverte, moins intimidée ou soucieuse de ce que chacun va penser de moi. » <sup>31</sup> Il ne s'agit plus de lutter contre l'anorexie, mais de reprendre confiance. La rechute reste cependant un risque indéniable. Le dialogue est privilégié entre le patient et les auxiliaires de soin. C'est dans ce dialogue que la personne peut grandir. Les patients sont également invités à se confronter d'une nouvelle manière au monde extérieur, cette fois en s'impliquant dans un travail bénévole dans ou en dehors de la clinique. Ce travail comprend une interactivité personnel comme par exemple s'occuper de malades nouvellement arrivés, s'occuper d'enfant handicapés... Vers la fin de cette phase, le patient adulte est invité à déménager, et à s'installer dans un appartement proche de la clinique.

• **5ème phase : Le stade de l'intégration au milieu : à partir de 80%.** C'est le retour du patient dans sa famille. Un travail est fait avec les proches, pour leur permettre d'aborder eux aussi sereinement cette étape, et de soutenir le patient. Celui-ci revient après deux mois passer quelques jours à la clinique, pour une évaluation. L'évaluation suivante aura lieu quatre mois plus tard, puis six mois plus tard. C'est alors la fin de sa thérapie.

Voilà les grandes lignes de la thérapie proposée par Peggy Claude-Pierre. Il s'agit bien sûr d'un modèle théorique qui doit être adapté et ajusté au cas par cas. Il a vu de nombreuses réussites mais ne doit pas non plus être idéalisé.

---

<sup>31</sup> PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, p. 159

## **7.2 Comment sortir de l'anorexie et retrouver le plaisir de vivre, Dr Simon et Dr Nef**

Nous présenterons ici les conseils donnés par les Dr Simon et Nef tirés du livre « Comment sortir de l'anorexie ? et retrouver le plaisir de vivre ». Ils traitent uniquement de la question de l'anorexie ; malgré cela nous pensons qu'il est intéressant pour notre étude de présenter leur point de vue.

Le point fort de cet ouvrage réside dans le fait que les auteurs s'adressent directement à la personne anorexique, le livre a été conçu pour elle. En deuxième partie de celui-ci, les auteurs procèdent en plusieurs étapes :

« **Sortir ou ne pas sortir de mon anorexie ?** » Après avoir décrit globalement la maladie, les auteurs répondent à la question posée dans le titre en commençant par interroger son désir de guérir, la conscience de son état. Dans un premier temps, il s'agit en fait d'aider la personne anorexique à se connaître elle-même, à prendre conscience de son état, de sa maladie, de comprendre son fonctionnement et sa propre psychologie. Cela doit permettre à la personne anorexique de faire le choix de sortir ou non de sa maladie. Par ailleurs, il est conseillé parallèlement de faire un bilan de la maladie et de son évolution.

« **Comment me faire aider ?** » Vouloir sortir de sa maladie est une chose, toutefois, cela ne suffit pas pour guérir, une aide extérieure est quasiment indispensable. Les auteurs proposent donc un certain nombre de ressources auxquelles les personnes malades peuvent faire appel. Médecin, groupe d'entraide, psychothérapeute, hospitalisation, médicaments ; tels sont les possibilités qui s'offrent aux personnes anorexiques. Les auteurs les présentent en développant les aspects sur lesquels il faut être attentif lors des choix.

« **Que faire pour sortir de mon anorexie ?** » La personne concernée est à nouveau invitée à faire un bilan sur sa vision de la maladie, sur sa volonté de la vaincre et ses motivations. Puis, dans cette étape, elle doit encore plus prendre conscience de son quotidien, de sa relation à la nourriture ainsi qu'au monde en général dans la vie de tous les jours. Quels sont les comportements anorexiques ? (alimentation, contrôle du poids, évolution du poids) Ensuite, Nef

et Simon appellent la personne anorexique à utiliser ses ressources et s'attaquer à ses comportements anorexiques pour les supprimer. Pédagogiquement, ils reprennent point par point l'alimentation en décrivant comment la modifier. Ils procèdent de la même manière pour apprendre à ne plus contrôler excessivement son poids. La confiance en soi est également un élément crucial pour vaincre l'anorexie. Après cela, il s'agit d'améliorer petit à petit les relations avec les autres pour retrouver une vie sociale.

Ces docteurs, dans leur manière d'écrire, ont pris en compte la réalité des personnes anorexiques en évitant les conseils utopiques et les promesses de guérisons rapides et infaillibles. Ils tiennent compte des limites des malades, de leur psychologie. C'est pour cela que tous les conseils qu'ils prodiguent sont très rattachés au concret.

Simon et Nef développent également une question que nous avons soulevée lors de l'analyse des entretiens : celle du rôle de l'entourage. Ils proposent un certain nombre de conseil concernant la relation à la personne malade ainsi que des pistes d'accompagnement.

Les conseils relevés ci-dessous peuvent, selon nous, être appliqués par les éducateurs lors de leur accompagnement des personnes touchées par les TCA.

### **7.3 L'association ABA**

Comme évoqué dans les ressources proposées par les docteurs Simon et Nef, il existe des groupes de partage ainsi que des associations. Parmi celles-ci nous aimerions citer l'Association Boulimie Anorexie. Cette dernière a été fondée en 1992 à Lausanne par des parents d'enfants souffrant d'anorexie ou de boulimie. Cette association est partenaire à part entière des milieux médicaux et sociaux. Elle a pour but de soutenir, d'une part, les personnes souffrant de ces troubles, et d'autre part, l'entourage direct de ces personnes. A titre d'exemple, elle propose en 2007 une permanence téléphonique chaque lundi et chaque jeudi de 20h à 22h. Pour les proches, chaque 4<sup>ème</sup> mardi du mois est organisé un groupe qui se veut être un lieu de parole, d'écoute et d'échanges. Il y a

également un certain nombre de soirées à thèmes en lien avec les TCA ouvertes à tous.

Cette association peut donc constituer une ressource importante pour les éducateurs confrontés à la question des TCA ; d'une part pour leur formation personnelle et d'autre part pour pouvoir diriger vers ce groupe, par exemple, des parents de personnes touchées par ces troubles ainsi que les personnes malades elles-mêmes.

#### **7.4 Conclusion sur les traitements**

Nous l'avons vu ci-dessus, il existe diverses pistes d'action. Nous avons également trouvé de nombreux sites internet ou ouvrages où l'on propose aux personnes malades des méthodes d'« auto-guérison » ou des conseils aux parents ou encore de nombreux témoignages de personnes guéries. Nous en avons mis quelques-uns en évidence ici. Nous voulons cependant relever le fait qu'il existe certainement d'autres méthodes appliquées par les éducateurs dont nous n'avons pas connaissances ou qui sont implicites. Il est parfois également difficile de mettre en évidence une méthode si les éducateurs interviennent au cas par cas.

Nous pouvons en tout les cas relever que la littérature à ce sujet est de plus en plus nombreuse en comparaison aux dernières décennies.

## **8. Conclusion**

En guise de conclusion, nous aimerions d'abord reprendre ici les hypothèses présentées au début de ce travail.

Tout d'abord, concernant les lieux d'accueil des adolescents souffrant de TCA, nous avons pu constater que les institutions n'étaient pas le premier lieu. Il arrive que les adolescents qui y vivent présentent des troubles alimentaires plus ou moins sérieux et plus ou moins durable, mais généralement, les personnes qui souffrent par exemple d'anorexie ou de boulimie ne sont pas dirigées vers les institutions.

En effet, nous avons vu que, généralement, ces cas étaient difficile à détecter rapidement. Par ailleurs, il est difficile pour ces sujets d'accepter leur maladie. Dès lors, ces personnes sont prises en charge lorsqu'elles se trouvent dans un état critique qui nécessite une hospitalisation. Il semble donc que ces personnes se trouvent en général dans les sections psychiatriques des hôpitaux ou dans des hôpitaux uniquement psychiatriques tels que celui de Malévoz. Par conséquent, peu d'éducateurs en tant que tels sont confrontés à cette problématique. C'est ce que nous avons pu constater lors des entretiens passés auprès d'eux dans différentes institutions.

Ensuite, pour ce qui est des techniques de prise en charge, nous avons pu relever un certain nombre d'éléments suite à l'analyse des entretiens avec les éducateurs ainsi que des recherches menées sur les méthodes existantes. Les points principaux à relever sont les suivants : accompagnement au niveau nutritionnel avec un programme établi à respecter ; importance du dialogue incessant avec les personnes prise en charge pour qu'elles puissent comprendre rationnellement les raisons de chaque règle ou exigence ; travail sur les causes plus profondes qui ont pu être la source des TCA.

Finalement, nous émettions l'hypothèse que les éducateurs sociaux avaient à la fois des satisfactions et des insatisfactions concernant la prise en charge des personnes souffrant de TCA. Nous avons pu constater que, souvent,

les éducateurs regrettaient de ne pas avoir reçu de formation plus complète par rapport aux TCA, qu'il arrivait qu'ils se sentent ignorant face à cette question. Par contre, ils savaient très bien où se diriger en cas de doutes ou de questions, leurs ressources semblent suffisamment importantes.

Toutefois, il est évident qu'il demeure une grande méconnaissance de ces troubles et de leur prise en charge. Les personnes spécialisées dans ce domaine sont peu nombreuses. Nous pensons également qu'il serait nécessaire de mettre en place des campagnes de prévention auprès des jeunes et de la population en général, d'une part pour prévenir ces troubles et d'autre part pour les détecter plus tôt.

Nous aimerions finalement relever que nous n'avons pas pu traiter la question des TCA dans son ensemble. Il s'agit ici d'une analyse partielle de la problématique bien trop vaste pour un travail de ce type. Il y aurait d'autres pistes à explorer d'avantage qui pourraient apporter un autre éclairage pour la prise en charge. Citons le rôle des parents, la psychologie détaillée de la personne malade, l'influence de la mode ou encore l'apparition d'un nouveau mouvement, spécialement par le biais d'internet à travers les « blogs », celui des « pro-ana », ces jeunes qui s'encouragent entre eux à devenir anorexiques.



## **9. Bilan personnel**

Ce travail de recherche, qui clôt la formation d'éducatrice sociale, est un travail conséquent qui demande du temps, de l'énergie, de la volonté, de la patience et bien sûr des compétences intellectuelles.

Grâce aux années de formation qui le précèdent, les compétences acquises peuvent être mises en pratique. Je pense à toutes les étapes de ce travail : la construction de la question de départ, les recherches documentaires bibliographiques ainsi que sur Internet en apprenant à faire un tri de ce qui s'y trouve, la clarification des concepts qui étaient assez flous jusque là, la planification à long terme, la rédaction des concepts théoriques, le choix de la méthode de recueil de données, l'élaboration de la grille d'entretien, les entretiens, la retranscription, l'analyse des données, la rédaction...

A chaque étape de cette recherche on se rend compte de l'utilité des modules enseignés comme par exemple la capacité d'analyse, de synthèse, la communication orale, écrite ou non verbale, les techniques d'entretiens, techniques de récoltes de données ou les cours sur le thème choisi qui ont été particulièrement enrichissants et bien d'autres compétences pas toujours décelables au premier coup d'œil.

Il m'a fallu restée focalisée sur la prise en charge offerte par les éducateurs en évitant de s'égarer dans d'autres questions également intéressantes concernant les TCA. Il a été important de rester bien cadrée sur ma recherche et de ne pas partir dans tous les sens. J'ai par ailleurs été impressionnée par l'ampleur que prennent ces troubles alimentaires dans notre société et leur complexité.

Pour terminer je souhaite également ajouter que lors de ce travail j'ai traversé des moments de doutes sur mes capacités, de découragement et j'ai eu la chance de rencontrer les bonnes personnes au bon moment qui m'ont bien soutenue et aidée, je les en remercie. Je dirai que d'arriver au bout de ce travail a contribué à augmenter ma confiance en moi et ma détermination dans mon choix professionnel.

## 10. Bibliographie

### Livres

- œ ALVIN P. et al. *Anorexie et boulimie à l'adolescence*, Doin, Paris, 2001, 163 p.
- œ BIRRAUX A., *Le corps adolescent*. Bayard, Paris, 2004, 176 p.
- œ BEE H. & BOYD D., *Psychologie du développement : les âges de la vie*. 2<sup>ème</sup> édition. De Boeck Université, Bruxelles 2003, 542 p.
- œ CHABROL H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescente* Que sais - je. Vendôme 2004 127p.
- œ JEAMMET P., *Anorexie boulimie / Les paradoxes de l'adolescence*, Hachette Littératures, St-Amand-Montrond, 2004, 240 p.
- œ JEAMMET P. et BOCHEREAU D., *La souffrance des adolescents*. La Découverte, Paris, 2007, 224 p.
- œ MAILLET J., *Histoires sans faim / Troubles du comportement alimentaire : anorexie boulimie*, Paris 1995, 107 p.
- œ MEGGLE V., *Face à l'anorexie, le visible et l'invisible*. Eyrolles, Paris, 2006, 262 p.
- œ NARDONE G., VERBITZ T. & MILANESE R., *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout*. Ed. du Seuil, Mayenne, 2004, 358 p.
- œ PEGGY C.-P., *Guérir l'anorexie et la boulimie par la méthode Montreux*. Plon, Mesnil-sur-l'Estrée, 1998, 231 p.

- œ SCHASSEUR B., *La boulimie, Un suicide qui ne dit pas son nom*. Ed, de Boeck, Bruxelles, 2002, 202 p.
- œ SELVINI M., et al. *Anorexiques et boulimiques Bilan d'une approche thérapeutique familiale* Ed. Médecine et hygiène, Paris, 2002, 213 p.
- œ SEVERIN G ., *Aux risques de l'adolescence* , Ed. Albin Michel, Paris 1997, 338 p.
- œ SIMON Y. et Nef F. *Comment sortir de l'anorexie ? et retrouver le plaisir de vivre* Ed. Odile Jacob, Paris, 2002, 221 p.
- œ THEVENAZ M., G., et C : *De l'anorexie, maladie de la non-vie à la Vie Récit d'une famille*, Lausanne 2002, 206p.
- œ VINCENT T., *L'anorexie*, Ed. Odile Jacob, Paris, 2000, 248p.

## **Sites internet**

- 🔗 Association ABA [www.boulime-anorexie.ch](http://www.boulime-anorexie.ch)  
(page consultée le 01.02.2007.)
- 🔗 Association Stop Suicide <http://www.stopsuicide.ch/>  
(page consultée le 05.06.2007.)
- 🔗 Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids [www.gros.org](http://www.gros.org)  
(page consultée le 15.07.2007.)
- 🔗 Office fédéral de la statistique  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>  
(page consultée le 11.07.02.2007.)
- 🔗 Réseau Troubles Alimentaires Suisse [www.tr-alimentaires.ch](http://www.tr-alimentaires.ch)  
(page consultée le 20.04.2007)

🔗 Société Suisse de Nutrition <http://www.sge-ssn.ch/f/>  
(page consultée le 12.05.2007.)

## **Articles, rapports, travaux de diplôme,...**

- ✎ DSM-IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux nord américain, 4<sup>ème</sup> éd. Paris, 1996, 1008 p.
- ✎ Le Petit Larousse illustré grand format. Paris, 1997
- ✎ Cours de VOLERY M. Santé, soins et prévention Lausanne HES OASIS, automne-hiver, 2004
- ✎ BARRAUD R. L'ombre de toi-même, Anorexie et boulimie : comprendre pour agir. Association Boulimie et Anorexie (ABA), Lausanne, 2001, 48 p.
- ✎ BURKI P. L'anorexie mentale, une affaire d'éducateurs ? Centre de Formation Pédagogique et Sociale Sion, juillet 1995, 128 p.
- ✎ CHABLOZ J.-M., BEROD A. et LUTHI J.-C., La santé des jeunes écoliers et adolescents dans le canton du Valais en 2002. Avril 2005, 144 p.
- ✎ DEGEN R. Obsédés de nourriture saine, Tabula, n°2 avril 2003, 6 p.
- ✎ PRAZ A., Maladies de consommation, les adolescents et les troubles alimentaires, HEVs Domaine santé et social, avril 2005, 61 p.
- ✎ RIEDINGER S., revue de psychologie de la motivation – 1993 – No 16
- ✎ Office fédéral de la santé publique, Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Avril 2005, 84 p.
- ✎ Office fédéral de la statistique, Statistique des causes de décès, causes de mortalité en 2003 et 2004, Neuchâtel, 2007, 42 p.

## **Annexe 1 : liste des institutions où se sont déroulés les entretiens**

	<b><u>Institutions</u></b>	<b><u>Adresses et téléphone</u></b>
<b>1</b>	<b>AEMO</b>	Av. de la Gare 5 1950 Sion  tél. 027.323.42.40
<b>2</b>	<b>La Fontanelle</b>	1890 Mex  tél. 027.767.11.22
<b>3</b>	<b>St Raphaël centre de préapprentissage</b>	Av. Grd Champsec 22 1950 Sion  tel. 027.203.35.50
<b>4</b>	<b>CVPEA (Centre Valaisan de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, hôpital de Sierre)</b>	Rue St Charles 14 3960 Sierre  tél. 027.603.79.10

## **Annexe 2 : Lettre aux directeurs d'institutions**

Tiphanie Barmaz  
Grande Cible 2  
3960 Sierre  
2007

Sierre, le 5 février

Madame, Monsieur,

Actuellement en fin de formation à la Haute Ecole Santé Social Valais à Sion, je travaille sur mon mémoire de fin d'études. Celui – ci a pour thème « **Quelle prise en charge actuelle, en Valais, par les éducateurs sociaux des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire ?** »

Afin de pouvoir vérifier mes hypothèses dans le cadre de ce travail, j'ai prévu d'interviewer, dans le courant du mois de mars, quelques éducateurs sociaux concernés par la problématique.

Aussi je vous serais reconnaissante de bien vouloir m'autoriser à rencontrer des éducateurs de votre institution ou service.

En vous remerciant vivement d'avance de votre collaboration et dans l'attente d'une réponse, je vous adresse, Madame, Monsieur mes respectueuses salutations,

Tiphanie Barmaz ES PT02

## **Annexe 3 : grille d'entretien**

### **1. Contexte et représentations**

- 1.1. Lieu de travail
- 1.2. Sexe, diplôme années de travail
- 1.3. Population de l'institution ou du service
- 1.4. Qu'est ce qu'un trouble alimentaire pour vous? Quelles en sont les conséquences?
- 1.5. Avez-vous fait une formation ou des recherches personnelles à ce sujet?
- 1.6. comment ce problème est il perçu dans votre contexte professionnel?
- 1.7. Y a t il eu une élaboration de ce sujet sur votre lieu de travail?

### **2. pratique professionnelle et personnelle**

- 2.1. En tant qu'éducateur face à ce problème quelles sont vos méthodes stratégies et ressources?
- 2.2. Qu'est ce qui fonctionne bien actuellement?
- 2.3. Qu'est ce qui fonctionne mal actuellement?
- 2.4. Quelles sont vos réactions face à un adolescent souffrant de TCA?
- 2.5. Avez-vous entrepris une action?

### **3. Projections**

- 3.1. Avez-vous des attentes des insatisfactions de choses que vous voudriez savoir ou améliorer, mieux comprendre ou faire?
- 3.2. Avez-vous d'autres questions ou commentaires sur ce sujet?