

numéro 394

Mars-Avril 2008 - 6 €

LA Santé

de l'homme



Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner

Michel Debout :
lever le tabou
du suicide

Alcool : 800 actions
de prévention
en France

**Éducation
à la sexualité :**
un exercice difficile

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Jean-Christophe Azorin (Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), Laurence Kotobi (MCU-Université Bordeaux23), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aïna-Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/ Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2008.
Tirage : 7 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages



Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 394

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

► Qualité de vie

« Chacun d'entre nous peut être acteur de la prévention du suicide »

Entretien avec Michel Debout 4

Après les états généraux de l'alcool : quelle mobilisation sur le terrain ?

Juliette Guillemont 7

► International

La promotion de la santé se développe en Afrique francophone

David Houéto, Hélène Valentini 9

Dossier

Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner

Introduction 11

Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire

Jean-Luc Vénisse 13

Fondation de France : priorité à la santé des jeunes

Geneviève Noël 15

État des connaissances scientifiques

Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné

Nathalie Godart, Bruno Falissard 16

Anorexie : aspects somatiques et psychologiques

Natacha Germain-Zito, Bogdan Galusca, François Lang, Bruno Estour 19

Adolescentes anorexiques : repères pour une thérapie adaptée

Claire Lamas, Isabelle Nicolas, Maurice Corcos ... 21

Image du corps et éducation pour la santé

Troubles du comportement alimentaire : quelle place pour l'image du corps ?

Xavier Pommereau 23

« Les soins se construisent autour de l'éducation pour la santé »

Entretien avec Françoise Narring 26

Travailler en réseau, ne pas exclure la famille

Saint-Étienne expérimente la prévention en réseau

Stéphane Billard, Jean Okala, Linda Szabo, Bruno Estour, François Lang 28

Réseau de prise en charge dans le Sud-Ouest : éviter l'hospitalisation

Gilles Bibette, Philippe Nicolas 30

« Nous devons agir vite, efficacement et en réseau »

Entretien avec Gilles Bibette 31

Patients anorexiques : un duo pédiatre-pédopsychiatre pour la prise en charge

Georges Picherot 33

Les familles face à l'anorexie

Solange Cook-Darzens 35

Témoignages des écoutants et des familles

« Nous les écoutons et leur redonnons confiance »

Entretien avec Marie-Élisabeth Saillet 37

Fil Santé Jeunes : écouter et orienter pour rompre l'isolement

Magali Jablonski 39

Pour en savoir plus

Céline Deroche, Sandra Kerzanet 41

► Enquête

Enquête sur les accidents de sport

Bastien Soulé 43

Focus : les accidents de sport dans le Baromètre santé 2005

Christophe Léon 45

► La santé à l'école

Enseignement adapté : les difficultés de l'éducation à la sexualité

Jean-Claude Rochigneux, Dominique Berger 46

► Lectures

Céline Deroche 49



Illustrations : Stéphane Girel

Entretien avec le professeur Michel Debout, psychiatre, professeur de médecine légale au CHU de Saint-Étienne.

« Chacun d'entre nous peut être acteur de la prévention du suicide »

À l'occasion des 12^{èmes} Journées nationales de prévention du suicide, qui ont eu lieu en février 2008, *La Santé de l'homme* a rencontré le professeur Michel Debout, président de l'Union nationale de prévention du suicide, professeur de psychiatrie et de médecine légale au CHU de Saint-Étienne et fondateur de cet événement. L'occasion de faire le point sur les évolutions de cette question de santé publique qui, chaque année, fait plus de victimes que les accidents de la route et le sida réunis.

La Santé de l'homme : *En France, la prévention du suicide est relativement récente...*

Michel Debout : Notre pays a attendu 1993 pour que le suicide soit pour la première fois considéré comme un problème de santé publique par les pouvoirs publics mais sans beaucoup d'impulsions et sans grands moyens. C'est pourquoi j'ai contribué avec différents réseaux à créer la Journée nationale de prévention du suicide, qui mobilise, chaque année, de très nombreux acteurs dans toute la France.

S. H. : *Vous évoquez de façon très distincte les notions de suicide et de tentative de suicide.*

L'après-guerre, avec l'utilisation de médicaments psychotropes et le développement des techniques de réanimation, a en effet mis l'accent sur la possibilité de survivre à un acte que l'on a alors appelé tentative de suicide puisque la mort n'était pas au bout du geste. Le paradoxe est qu'il y a ainsi beaucoup de tentatives de suicide, on en dénombre environ 160 000, en France, chaque année ; pour environ 11 000 cas de morts par suicide.

S. H. : *Comment ces chiffres évoluent-ils ?*

Dans les années 1970, on dénombrait environ 7 000 morts par an. Ce nombre est monté jusqu'à près de 13 000 en

1985 et, depuis dix ans, le chiffre actuel de 11 000 décès par an évolue peu. Mais il fluctue selon les âges. Pour les moins de 25 ans, en dix ans, le nombre des suicides est passé de 960 à 560, soit une diminution de 40 %. Pour les plus de 60 ans, l'on est passé de 3 600 décès à 3 200 aujourd'hui, soit une baisse de près de 10 %. Mais les personnes âgées restent la catégorie d'âge proportionnellement la plus touchée. Les 30-60 ans enregistrent plus de 6 500 morts et cette catégorie reste stable, voire augmente. La mortalité par suicide est d'abord masculine : trois décès sur quatre concernent des hommes. Les chiffres des tentatives sont très différents : sur 160 000, plus de 40 000 sont des jeunes de moins de 20 ans, et la prédominance féminine est très marquée.

S. H. : *Vous insistez sur la distinction à faire entre suicidés, suicidants et suicidaires. Pourquoi ?*

Parce que ce ne sont pas les mêmes populations dont on parle. Les suicidés, ce sont les morts par suicide. Pour ceux qui tentent de se suicider, qui sont dans le passage à l'acte sans en être décédés, on emploie le terme de suicidants. Et puis il y a une troisième catégorie, les suicidaires, qui ne sont pas passés à l'acte, mais qui pensent de façon envahissante à se suicider. Nous avons réalisé une enquête, en 2002, avec la Sofres, qui a révélé que 13 % des Français et des Françaises avaient pensé sérieusement à se suicider.

S.H. : *Vous avez évoqué l'âge, le sexe, y a-t-il d'autres déterminants du suicide ?*

Il existe des déterminants médicaux. Il y a plus de dix fois plus de risques de suicide pour les personnes psychotiques. Les états de dépression sont aussi des risques importants. Une des préventions possibles consiste donc à soigner ces maladies, la dépression en particulier, qu'il ne faut jamais minimiser.

S. H. : *Mais comment mettre en œuvre la prévention de la dépression, qui se caractérise justement par une perte d'élan vital, de la fatigue ? Comment encourager à demander de l'aide ?*

On perçoit souvent quand les gens vont moins bien. Il faut alors s'adresser à eux en leur disant : « *Je te sens mal* ». Et non pas : « *Tu es mal* », qui est presque une accusation contre laquelle la personne risque de se défendre en disant : « *Tout va bien*. » Si vous lui dites : « *Je te sens mal* », vous lui envoyez un double message : c'est vous qui parlez, qui sentez, et vous lui dites aussi que ça vous préoccupe, que vous êtes disponible à son état de mal-être. Vous vous placez dans le registre de la compréhension, de l'écoute. Et parfois cela suffit à faire prendre conscience que cet état de mal-être peut se parler, sans être perçu comme une faiblesse, comme un enfermement dans la mort. Chacun de nous, parent, ami, voisin, peut simple-

ment veiller à ce que la personne ne reste pas isolée, dans une espèce de retrait dans lequel l'attire la dépression.

S. H. : Face à une tentative de suicide, quelle attitude avoir ?

Face aux tentatives de suicide, les familles peuvent souvent avoir deux attitudes. La banalisation : « *Ce n'est rien, c'était un petit caprice, ça n'allait pas bien, tout va s'arranger.* » Banaliser pour se protéger car la situation est trop angoissante. L'autre attitude, à l'inverse, est de dramatiser : « *Il va mourir, il ne peut que mourir, il faut faire quelque chose.* » Entre les deux, il y a la prise en charge du geste qui ne doit être ni banalisé ni dramatisé mais pris en compte, analysé dans son contexte, et ses origines (violences, viols, etc.). Il faut toujours essayer de comprendre le sens du geste, et pas seulement dans son immédiateté, car il y a souvent des « explications écrans ». La compréhension profonde nécessite souvent du temps.

S. H. : Pourquoi avoir choisi pour ces 12^{èmes} journées le thème « suicide et addictions » ?

Il y a des liens bien repérés, par exemple entre la consommation d'alcool et le risque de suicide. La consommation d'alcool est retrouvée selon certaines études dans 40 % des morts par suicide. L'alcool est à la fois un anxiolytique car il libère les inhibitions, les capacités relationnelles, mais l'alcool a aussi un effet dépressogène. L'alcool peut donc à la fois augmenter les symptômes dépressifs mais par son effet désinhibant augmenter aussi les passages à l'acte. Pour le cannabis, on considère que les consommateurs réguliers ont trois fois plus de risques de faire une tentative de suicide que ceux qui ne consomment pas. Voilà pour les relations connues, il reste beaucoup à comprendre et à étudier sur ces liens mais

ces recherches ne sont pas effectuées en France. Les médecins légistes n'ont pas les moyens de mener ces enquêtes épidémiologiques et de santé publique.

S. H. : Qu'en est-il de la question du suicide dans le monde du travail ?

C'est une question qui a été fortement relayée par la presse à l'occasion d'événements récents dans de grandes entreprises. Mais il y a là aussi un vrai problème épidémiologique. Personne n'est en capacité ni d'estimer l'ampleur de cette question, ni d'évaluer le nombre de personnes suicidées qui étaient au chômage.

Le stress, l'angoisse, la dépression peuvent être des résultantes de situations professionnelles difficiles. Elles représentent donc des risques professionnels qu'il faut traiter comme tels en s'intéressant aux conditions de travail. Il faut alors, dans une démarche de prévention, s'interroger sur le management, les relations entre les différentes instan-

ces de l'entreprise, l'investissement des gens dans leur travail, la reconnaissance accordée aux salariés, etc.

S. H. : Dans votre livre « La France du suicide », vous dites « être du côté de la prévention du suicide, ce n'est pas porter atteinte à la liberté d'autrui, c'est simplement lui témoigner que sa vie a de l'importance »...

Faire de la prévention, ce n'est en effet pas être contre le suicide. Je ne suis pas en croisade. Je ne suis ni moraliste ni philosophe mais un médecin préoccupé de la santé et de la vie des autres. Je pense que le suicide est le reflet de difficultés de vie et qu'il faut ouvrir le champ des possibles de la vie. C'est ça, la prévention.

S. H. : Quelles évolutions constatez-vous depuis ces dernières années, en France, dans la prévention du suicide ?

La mobilisation associative, professionnelle des pouvoirs publics ainsi que la compréhension de ce phénomène sont plus fortes. Le recours aux soins psychiques est devenu plus facile, moins lié à l'image de folie et d'enfermement. Sur ce point, il reste tout de même encore beaucoup à faire. De même, si la possibilité de parler du suicide évolue favorablement, le tabou reste encore fort. Sans doute est-ce encore lié à l'empreinte de notre culture catholique car ce phénomène est, par exemple, moins présent dans des pays proches du nôtre et d'influence protestante.

Je voudrais terminer en affirmant que chacun de nous, à notre niveau, dans notre vie quotidienne, avec les gens que nous côtoyons, peut être un acteur de la prévention du suicide, en étant tout simplement plus disponible à la qualité de vie de ceux qui nous entourent.

Propos recueillis par **Alain Douiller**
Directeur du Codes Vaucluse.



Bref historique du suicide et de sa prévention

« Le suicide est une question aussi ancienne que l'humanité », selon Michel Debout. Déjà, les philosophes grecs et romains étaient partagés sur cette question. Certains pensaient que le suicide était une réponse naturelle de l'homme confronté à des difficultés de l'existence : les cyniques comme Diogène (« Pour vivre, il faut une raison ou une corde »), ou les épicuriens (« Si la vie te plaît, vis-la, si elle ne te plaît plus, quitte-la »). D'autres philosophes dénonçaient le suicide comme un acte de lâcheté face à la nécessité d'affronter les difficultés, de défendre la patrie, etc. Le suicide, depuis des millénaires, se pose donc aussi en termes philosophiques. Pour prendre une référence plus contemporaine, Albert Camus disait : « Le suicide est la seule question philosophique qui vaille. »

Au fil des siècles, cette question a pris une tournure plus religieuse, précise encore Michel Debout. Au début de l'ère chrétienne, les martyrs donnaient leur vie à Dieu. Par leur mort prématurée, ils se rapprochaient ainsi de Dieu. Cette situation a préoccupé des fondateurs de

l'Église, comme Saint-Augustin, qui considérait que le suicide n'était pas une conduite normale de l'être humain. Il a repris les thématiques de manquement au courage, à l'autre, à l'ordre social, et il est même allé plus loin en déclarant que le suicide était « un crime contre Dieu ». Si c'est Dieu qui donne la vie, seul Dieu peut la reprendre. Celui qui décide lui-même de mettre fin à sa vie, prend la place de Dieu. C'est pour cela que depuis le V^e siècle, l'Église a condamné le suicide. Elle a même condamné les suicidés, puisqu'on suppliciait les corps des suicidés qui n'avaient pas droit aux obsèques. Ce n'est que vers les années 1970 que les suicidés ont pu avoir des obsèques religieuses. Cette situation a bien sûr gravé notre imaginaire collectif. Le suicide est encore marqué par la réprobation et la honte.

C'est Jean-Étienne Esquirol qui proposa de considérer le suicide comme un question médicale. Émile Durkheim mit quant à lui en parallèle l'évolution des sociétés et celle du nombre des suicides. Ses observations statistiques lui permirent d'affirmer qu'à chaque fois que le lien

social se délite, le nombre de suicides augmente. Le suicide devient alors un champ possible pour la prévention. Si le suicide renvoie à une question de santé individuelle, mais aussi de « santé sociale », alors il y a possibilité de soigner, d'améliorer les conditions de vie des gens, et donc d'agir en amont de ce phénomène.

Mais la prévention spécifique du suicide est aussi l'œuvre d'un pasteur anglican, qui a compris la difficulté pour les personnes suicidaires, ou simplement isolées, de demander de l'aide. Le révérend Chad Varah fut le précurseur de la téléphonie sociale, en proposant son numéro de téléphone à ceux qui pouvaient être tentés par des idées de suicide. En 1953, il publia un message dans la presse londonienne : « Avant de vous suicider, appelez Man 9000 ». Il reçut des centaines d'appels, ce qui l'obligea à s'entourer de bénévoles pour répondre. Une association se créa, les « Samaritains », qui est encore aujourd'hui forte de vingt mille bénévoles.

A. D.

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet



Rendez-vous sur
www.inpes.sante.fr

Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : **cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

Après les états généraux de l'alcool : quelle mobilisation sur le terrain ?

L'alcool tient une place particulière, en France, en raison de son importance économique, historique et culturelle. Mais il est également un déterminant majeur de santé publique, puisqu'il est la deuxième cause de mortalité évitable en France. Les états généraux de l'alcool, qui se sont tenus en 2006, ont permis de mettre en place une réflexion globale et de lancer plusieurs actions concrètes. L'occasion de dresser un premier bilan.

Pour répondre aux enjeux qui entourent la thématique de la consommation excessive d'alcool et à la suite d'une initiative parlementaire¹, la décision a été prise de mettre en œuvre un débat public avec les états généraux de l'alcool, qui avaient quatre objectifs :

- délivrer des informations fiables et stabilisées sur l'alcool ;
- ouvrir un débat permettant de recueillir la parole de tous ;
- conforter les réseaux associatifs existants et mobiliser de nouveaux relais d'opinion ;
- permettre la refondation d'une politique de santé publique en matière d'alcool ; la réalisation des trois premiers objectifs étant un préalable à la mise en œuvre du quatrième.

Des forums citoyens

Des états généraux de l'alcool ont été organisés, à travers le pays, au second semestre 2006. La mise en œuvre a été pilotée au niveau national par le ministère de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Afin de prendre en compte les spécificités territoriales et de mobiliser les acteurs de terrain, l'organisation au niveau régional a été confiée aux directions régionales des Affaires sanitaires et sociales.

Des forums citoyens se sont déroulés dans chaque région française et département d'outre-mer. Au cours de ces réunions publiques, un jury citoyen, préalablement formé à la thématique, interrogeait des experts. Le public était également invité à assister aux forums et à intervenir. À l'issue des discussions, le jury citoyen rédigeait des recommandations (*cf. encadré page suivante*). En parallèle, un site

Internet hébergeait des forums de discussion qui permettaient aux internautes de contribuer aux débats.

Enfin, une journée de synthèse nationale s'est tenue le 5 décembre 2006 et a permis de discuter des propositions issues de ces débats citoyens. Près de trente recommandations ont ainsi été présentées par les jurys citoyens régionaux et débattues par des experts et grands témoins. Pour clore cette journée, le ministre de la Santé et des Solidarités a annoncé une première série d'orientations.

La mobilisation des acteurs

L'évaluation des états généraux, menée par l'INPES au premier semestre 2007, a souligné que les organismes traditionnellement actifs sur cette thématique y avaient largement participé. C'est le cas de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), des réseaux des comités d'éducation pour la santé et des centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (Cirdd). Dans certaines régions, ces structures ont même coorganisé les forums citoyens. Les mouvements d'entraide ont, eux aussi, été présents. Les états généraux ont également permis l'émergence de nouveaux acteurs de la prévention, dont l'alcool n'est pas le champ d'action principal, mais qui, à cette occasion, se sont mobilisés : les mutuelles étudiantes et les associations familiales, en particulier.

Huit cents actions en régions

Afin d'apprécier la pérennité de cette mobilisation sur le terrain, les directions régionales des Affaires sanitaires et sociales ont été interrogées fin 2007. Dans l'ensemble, leurs réponses corroborent

les observations issues de l'évaluation. Ainsi, dans le Limousin, les trois comités départementaux de l'Anpaa ainsi que les mouvements d'entraide Vie libre et Alcool assistance ont reçu des financements du groupement régional de santé publique (GRSP) pour développer la prévention ou l'accompagnement des malades. Autre exemple : le comité départemental de prévention de l'alcoolisme de la Moselle est financé par le GRSP lorrain pour son action visant à améliorer l'état de santé des personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire : ce projet prévoit la mise en place de quatre séances collectives de prévention, puis une proposition de suivi individuel ou collectif.

En Aquitaine, le réseau Agir 33 (réseau Addictions Gironde) a bâti un nouveau projet dans un établissement scolaire bordelais, à la demande de parents d'élèves. Cette action reposait sur l'intervention d'une troupe de théâtre et la diffusion de films, pour susciter un débat avec les élèves et la mise en place de groupes de parole par demi-classes avec un animateur spécialisé. Le projet s'est conclu par une soirée de comptes-rendus et de débats avec les parents.

Le réseau des comités d'éducation pour la santé a également engagé de nouvelles actions sur l'alcool en 2007. En Franche-Comté, par exemple, un séminaire d'une journée, intitulé Addictions adolescentes, a été organisé par l'Anpaa 90 et le comité régional d'éducation pour la santé en novembre 2007. Destiné aux professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, il visait à leur faire connaître les stratégies marketing (publicité, nouveaux

Les principales recommandations du jury citoyen

Les recommandations formulées par les jurys citoyens régionaux sont concrètes, convergentes et traduisent des préoccupations fortes au sein de la population.

En voici quelques exemples :

- développer la prévention de façon intensive auprès des jeunes mais aussi mieux appliquer la réglementation en vigueur, qu'il s'agisse de la vente d'alcool aux mineurs ou du sponsoring des soirées étudiantes ;
- ne pas banaliser la consommation d'alcool : proposer, dans les lieux de consommation, une offre sans alcool, attractive et moins chère que les boissons alcoolisées, organiser une journée « sans alcool », etc. ;
- améliorer l'information de prévention sur l'étiquetage des boissons alcoolisées, en indiquant plus clairement la quantité d'alcool ;
- en matière de sécurité routière, rendre largement disponibles les éthylotests ; impliquer davantage les auto-écoles dans la sensibilisation des apprentis conducteurs à la question de l'alcool au volant ; avoir une réflexion sur l'effet pervers du principe du « capitaine de soirée », c'est-à-dire le feu vert donné aux autres pour consommer ;
- concernant l'alcool au travail, favoriser les « pots » sans alcool et mieux sensibiliser les salariés et les dirigeants.

produits) élaborées par les producteurs pour attirer les jeunes vers l'alcool. La finalité du séminaire était de permettre à ces professionnels de sensibiliser les adolescents.

L'émergence de nouveaux acteurs a non seulement été mise en lumière lors de l'évaluation mais elle s'est aussi concrétisée. Au sein du mouvement Familles rurales, l'alcool est devenu un sujet important d'actions de prévention. Ce qui a conduit la structure d'Aquitaine à organiser une journée d'information régionale Familles et Santé sur le thème de la prévention

des conduites addictives, en novembre 2007. L'objectif est de renforcer les connaissances et le savoir-faire des bénévoles et des salariés d'associations du monde rural en matière de prévention des conduites addictives. Au programme figurent des interventions de l'Anpaa des Landes, de l'association régionale de la Mutualité sociale agricole et de la direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'union régionale des foyers de jeunes travailleurs a mis en place un plan d'action

pour favoriser le bien-être des jeunes des foyers dont un des axes stratégiques est les pratiques addictives. En Lorraine, ce sont les discothèques qui, sous l'impulsion du réseau régional d'éducation pour la santé, s'impliquent dans la prévention du risque alcoolique. L'objectif de cette recherche-action, intitulée Festi-Free, est de créer un environnement favorable à la santé en discothèque. Ce programme repose sur le développement de l'accessibilité des boissons sans alcool, la diffusion de messages de prévention au sein des discothèques mais aussi dans les bars, les lieux publics et à la radio.

Sans être toutes des conséquences directes des états généraux de l'alcool, ces différentes actions recensées par les directions des Affaires sanitaires et sociales s'inscrivent en cohérence avec les recommandations issues de l'opération. Elles sont illustrées par le grand nombre d'interventions à destination des jeunes, les actions relatives au développement de l'offre sans alcool en discothèque et la prise en compte de l'alcool chez les personnes dépendant de l'administration pénitentiaire.

Au total, en 2007, près de huit cents actions ciblant le risque alcool ont été répertoriées par les groupements régionaux de santé publique, qui leur ont alloué plus de sept millions d'euros. Le budget consacré à cette problématique est particulièrement important dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie, deux régions dans lesquelles la mortalité liée à l'alcool est très élevée.

Juliette Guillemont

Chargée d'études, coordinatrice du programme Alcool, direction des affaires scientifiques, INPES.

Un mouvement plus large

Depuis la tenue des états généraux de l'alcool, plusieurs travaux ont souligné l'impact de la consommation d'alcool en termes de santé publique, et des mesures nouvelles ont été prises pour renforcer la prévention dans ce domaine. Ainsi, en juillet 2007, le Conseil national de la Sécurité routière a appelé à renforcer la vigilance sur les risques de l'alcool au volant. Dans un rapport publié en septembre 2007, l'Académie nationale de médecine a présenté quinze recommandations pour lutter contre l'alcoolisation des jeunes. Durant la Coupe du monde de rugby, un célèbre producteur de bière s'est vu interdire plusieurs campagnes publicitaires jugées illégitimes au regard de la loi Évin, à la suite de l'action de l'Anpaa. En novembre 2007, le gouvernement lançait une campagne visant à promouvoir l'autoévaluation de l'alcoolémie de chaque conducteur avant de prendre le volant. Dans le même temps, la défenseure des enfants a remis son rapport sur la souffrance des adolescents, qui dénonce l'alcoolisation des jeunes et propose des mesures de prévention. En décembre 2007, l'Institut national du cancer a rendu public un rapport qui confirme le lien entre consommation d'alcool et risque de cancers. Plus récemment, le gouvernement a annoncé l'interdiction de la vente de boissons alcoolisées dans les points de vente de carburant, une mesure proposée par le jury citoyen des états généraux.

1. Article 42 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Pour en savoir plus

- États généraux de l'alcool : septembre-décembre 2006.
- Rapport de synthèse : tome 1 (avril 2007) ; tome 2 : évaluation (décembre 2007).

Disponibles sur le site de l'INPES : http://www.inpes.sante.fr/rubrique/Espaces_thematiques/Alcool

La promotion de la santé se développe en Afrique francophone

Comment développer des actions de promotion de la santé en Afrique francophone ? Depuis 2006, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) forme sur place à ce concept des responsables des pouvoirs publics et des associations. Environ deux cents professionnels ont été formés. À ce jour, seuls quelques pays ont développé, de façon parcellaire, des actions de promotion de la santé associant étroitement les populations. Les besoins sont donc importants pour faire reculer les grandes pathologies telles que le paludisme, le VIH et la tuberculose.

Une étude réalisée en 2005 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Afrique, auprès de quarante pays, souligne que le concept de promotion de la santé est diversement compris et qu'il est appliqué de manière parcellaire. Cinq pays seulement dans la région francophone (Algérie, Côte d'Ivoire, Guinée-Conakry, Mali et Niger) ont développé timidement une amorce de l'élaboration de politique ou des actions de promotion de la santé (1). Mais il existe un fossé entre les intentions et les réalités et rien, à ce jour, ne permet de dire si ces pays ont amorcé une véritable avancée sur le chemin de la promotion de la santé, certains ayant depuis lors supprimé la direction de promotion de la santé qui existait au moment de cette étude. Cela a pu faire l'objet d'échanges lors d'un séminaire qui s'est tenu, au cours de l'été 2007, au Bénin, et auquel participait la majorité de ces pays.

Ainsi, si ces cinq pays disposaient déjà d'un document de politique de promotion de la santé, les pratiques du système de santé répertoriées et présentées dans le cadre d'une formation à Yaoundé (Cameroun) n'étaient pas nécessairement en lien avec ce concept. Toutefois, plusieurs projets relatifs au VIH, par exemple, bénéficiaient d'une stratégie proche de celles de la promotion de la santé avec des principes comme l'implication de plusieurs secteurs et la prise en compte du contexte, sans recouvrir l'ensemble des aspects de la promotion de la santé.

Conscient de cet enjeu, le Réfips¹ a mené une réflexion avec ses membres africains pour repérer les activités prioritaires à engager afin de développer la promotion de la santé. Première priorité identifiée : la formation des professionnels, pour une meilleure compréhension de ce concept. Le Réfips a donc mis en place plusieurs formations de formateurs, destinées aux professionnels

des pays francophones d'Afrique subsaharienne. La première s'est déroulée, en avril 2006, à Yaoundé, puis au Bénin, au Gabon, au Burkina Faso, au Congo et d'autres sont planifiées pour le Sénégal, la Côte-d'Ivoire, le Tchad, etc. À ce jour, environ deux cents professionnels ont été formés au concept de promotion de la santé par le biais des activités du Réfips.

Renforcer les compétences

Les pays d'Afrique francophone sont habitués à l'utilisation isolée de méthodes telles que « l'éducation pour la santé », « l'information, éducation et communication pour la santé » et la « communication pour le changement de comportement ». Pour d'autres pays, d'autres méthodes sont employées, comme la « mobilisation sociale », le « plaidoyer » et le « marketing social » (2).

L'étude OMS montre que ces approches, prises isolément, produisent des résultats limités car elles prennent peu ou pas en compte les préoccupations et les connaissances originelles des populations concernées. En revanche, le concept de promotion de la santé repose sur des principes qui valorisent l'utilisation simultanée de plusieurs méthodes ajoutées à d'autres aspects plus importants contribuant tous au bien-être global de la population. Le développement de la promotion de la santé que l'OMS encourage dans la région repose sur une quadruple stratégie :

- le développement des connaissances et des aptitudes en renforçant les connaissances des populations en matière de santé mais aussi les compétences requises pour promouvoir et protéger les comportements favorables à la santé, et ainsi prévenir la mauvaise santé ;
- la prise de mesures en y associant intimement les individus et les communautés. Pour les professionnels, il s'agit d'interagir avec les populations, leurs représentations et leurs contextes social, culturel, économique et spirituel dans la mise en œuvre des projets de santé ;
- la médiation pour concilier les différents intérêts des individus et des communautés, et la création d'environnements favorables par la mise en place de conditions localement étudiées qui facilitent l'adoption ou la modification des comportements ;
- le plaidoyer pour la création des conditions nécessaires à l'octroi d'une santé adéquate.

La première formation (3) était centrée sur la valorisation et l'analyse des pratiques communautaires (4) en promotion de la santé au niveau local. Parmi les projets présentés, on notait un travail de plus en plus accentué en réseaux interprofessionnels, de participations communautaires, et des pra-

tiques reconnaissant l'existence de plusieurs facteurs déterminant la santé. Ces activités portaient sur la prévention du VIH, la santé maternelle et infantile, la gestion des services de santé, l'assainissement de l'environnement, la scolarisation systématique des enfants, etc.

Les participants venaient de onze pays d'Afrique francophone subsaharienne (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Congo, République démocratique du Congo, Gabon, Mauritanie, Niger, Rwanda et Tchad). Tous étaient impliqués au niveau décisionnel dans le système sanitaire national ou dans des organisations non gouvernementales : directeurs de département et programmes ministériels, planificateurs, et responsables d'association. La formation a abordé les aspects fondamentaux de la promotion de la santé, se basant sur les besoins exprimés par les participants et vécus dans la pratique quotidienne. Cette formation a permis des partages d'expériences. Des études de cas et des pratiques de promotion de la santé dans la région ont été présentées.

Des formations à l'action

Cette formation s'insère dans un projet plus large de valorisation des pratiques en promotion de la santé dans la région africaine francophone. Le second objectif est en effet de mettre en œuvre des actions, notamment pour réduire les fardeaux actuels qui pèsent sur le continent, tels que le paludisme, le VIH et la tuberculose. Une expérience au Bénin a montré que la lutte contre le paludisme, confiée aux populations, permet de trouver des pistes de solution souvent inimaginables par les professionnels de la santé. D'autres projets sont planifiés et basés sur la participation effective et l'*engagement* des populations.

Les formations ont renforcé la conviction du Réfips qu'il est urgent de

développer les capacités du continent africain en matière de promotion de la santé. La demande de mise en pratique de ce concept à travers des programmes concrets et novateurs est considérable. La promotion de la santé a démontré ses effets dans l'amélioration de l'état sanitaire des populations dans les pays du Nord qui l'ont adoptée depuis plus de vingt ans. Sa mise en œuvre en Afrique subsaharienne est une nécessité au regard des défis de santé et des objectifs du millénaire pour le développement.

David Houéto

Médecin de santé publique et promotion de la santé, vice-président du Réfips, délégué de la section Afrique subsaharienne.

Hélène Valentini

Santé communautaire et promotion de la santé, responsable à la Coopération internationale, Institut national de santé publique du Québec, Canada, déléguée de la section Réfips des Amériques.

Remerciements

Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui soutient ce programme. À l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), à l'OMS/Afro et à l'Association canadienne de santé publique pour leur contribution à ce programme.

Pour en savoir plus
<http://www.refips.org>

1. Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (<http://www.refips.org>) se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe près de mille membres répartis sur une trentaine de pays de la zone de la francophonie, qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions bénéfiques à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

► Références bibliographiques

- (1) Gnahoui-David B., Houéto D., Nyamwaya D. *Health promotion capacity mapping in Africa*. WHO 6th Global World Conference on Health Promotion, 7th-11th August 2005, Bangkok (Thailand).
- (2) World Health Organization (WHO). *Health Promotion Glossary WHO/HPR/HEP/98.1* 1998: p.1.

- (3) Valentini H., Houéto D. *Valorisation, analyse des pratiques communautaires au niveau local*. Séminaire de formation en promotion de la santé, Yaoundé, du 10 au 14 avril 2006, Rapport, Réfips.
- (4) Organisation mondiale de la santé. *L'action communautaire en faveur de la santé*. 47^e assemblée mondiale de la santé, Genève, OMS, 1994.

Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner

Comment épauler et prendre en charge les adolescentes souffrant d'anorexie ou d'autres troubles du comportement alimentaire, comme la boulimie ? Est-il possible de prévenir ces pathologies et, si oui, comment ? Ce dossier de *La Santé de l'homme* est le fruit d'une collaboration avec Geneviève Noël, responsable du programme « Santé des jeunes » de la Fondation de France, Christine Ferron, directrice du collège régional d'éducation pour la santé (Cres) de Bretagne, et le professeur Jean-Luc Vénisse, psychiatre, chef du service d'addictologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes et l'un des précurseurs, en France, de la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire.

L'idée centrale est d'alerter les professionnels de la santé, de l'éducation et du social sur ces troubles qui peuvent être fortement invalidants, d'analyser le phénomène, de présenter un état des connaissances scientifiques et de montrer concrètement comment les professionnels travaillent, comment les parents peuvent être associés à la démarche de soin et d'accompagnement. En ayant à l'esprit le fait que les

troubles du comportement alimentaire – qui concernent surtout les adolescents et les jeunes adultes – touchent actuellement des adolescents de plus en plus jeunes, ainsi que le souligne l'un des experts qui ont contribué à ce dossier.

Comme à l'accoutumée, ce dossier n'a pas la prétention d'être exhaustif. Mais il propose un état des lieux aussi précis que possible, tant de la réflexion et des initiatives déjà à l'œuvre que du travail qui reste à faire pour mieux accompagner les jeunes souffrant de ces troubles. Jean-Luc Vénisse souligne justement, en introduction, à quel point il faut faire « *plus et mieux* » pour prévenir, accompagner et soigner. Geneviève Noël explique comment la Fondation de France soutient la constitution de réseaux de soin, la formation des professionnels et la prise en compte des familles. Nathalie Godart et Bruno Falissard nous livrent les données scientifiques disponibles et rappellent la nécessité d'une détection précoce des troubles du comportement alimentaire. Bruno Estour et ses collègues des services d'endocrinologie et de psychiatrie du CHU de Saint-Étienne présentent les aspects somatiques et psychologiques de l'anorexie mentale. Poursuivant cet

Dossier coordonné par le professeur **Jean-Luc Vénisse**, psychiatre, chef du service d'addictologie du Centre hospitalier universitaire de Nantes, **Geneviève Noël**, responsable du programme « Santé des jeunes » de la Fondation de France, Paris, et **Christine Ferron**, directrice du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne, Rennes.

L'idée centrale est d'alerter les professionnels de la santé, de l'éducation et du social sur ces troubles qui peuvent être fortement invalidants, d'analyser le phénomène, de présenter un état des connaissances scientifiques et de montrer concrètement comment les professionnels travaillent.

état des lieux, Maurice Corcos, Claire Lamas et Isabelle Nicolas, du département de psychiatrie de l'adolescent de l'Institut mutualiste Montsouris, à Paris, identifient des repères pour une thérapie adaptée en direction des adolescentes anorexiques et abordent la délicate question de l'hospitalisation.

Dans une seconde partie, c'est l'image sociale et relationnelle du corps qui est interrogée par Xavier Pommereau, responsable du pôle aquitain de l'adolescent au CHU de Bordeaux : la société moderne est-elle en partie responsable de l'anorexie, à force de valoriser les corps minces, voire maigres ? Ce qui est surtout en jeu, explique-t-il, c'est l'expression de l'image que l'on a de son propre corps et la vulnérabilité qui peut en découler. Puis Françoise Narring, médecin en charge de l'unité Santé Jeunes de l'hôpital universitaire de Genève, explique le rôle absolument fondamental que peut jouer l'éducation pour la santé et ce, bien avant la stricte – et nécessaire – prise en charge médicale. Comme Xavier Pommereau, elle invite

à « déconstruire » les stéréotypes sociétaux, mais pas seulement.

La troisième partie de ce dossier donne la parole à d'autres praticiens, en Loire-Atlantique, en région Rhône-Alpes et dans les Pyrénées-Atlantiques, qui prennent en charge quotidiennement des jeunes atteints de troubles du comportement alimentaire et amorcent ou consolident un travail interdisciplinaire en réseau, tout en s'efforçant d'y associer les parents des jeunes patients. Solange Cook-Darzens revient sur un sujet particulièrement délicat : le fait que les familles ne doivent pas être tenues à l'écart du parcours thérapeutique de leur enfant. Parmi les personnes en contact direct avec les jeunes, Magali Jablonski, psychologue écoutante à Fil Santé Jeunes, livre quelques témoignages forts sur la solitude qu'ils ressentent. La présidente de l'association Allô anorexie boulimie, elle-même mère d'une adolescente anorexique en voie de guérison, explique comment, en région nantaise, elle accompagne des parents confrontés à ce terrible bouleversement. Enfin, le « Pour en savoir plus » qui clôture ce dossier permettra à chacun d'accéder à d'autres sources d'information.

Yves Géry
Rédacteur en chef.

Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire

Le professeur Jean-Luc Vénisse est l'un des pionniers, en France, dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire. Il souligne la nécessité de faire « plus et mieux » pour prévenir, accompagner, soigner les anorexiques et les boulimiques. Pour ce faire, il faut bousculer les idées reçues, travailler en réseau et épauler les professionnels. Enfin, il est temps d'admettre que l'anorexie et la boulimie sont de véritables addictions, souligne ce spécialiste, qui en appelle à une véritable mobilisation.

Dès la naissance, et durant toute la vie, notre rapport à la nourriture et l'alimentation sera souvent le reflet de notre vécu global, notre équilibre ou au contraire notre difficulté à nous sentir en harmonie avec nous-mêmes, avec notre corps et avec le monde qui nous entoure. En témoignent, par exemple, les appétits impérieux de l'anxieux, la perte d'appétit du déprimé, ou encore le régime alimentaire passager des adolescentes ou des femmes qui traversent un moment de doute.

Dans certains cas, pourtant, cette relation inhabituelle à la nourriture et au corps s'installe plus durablement ; ce sont les conduites anorexiques et boulimiques dans lesquelles s'engage un nombre important de jeunes filles et de jeunes femmes. En l'absence de propositions adaptées d'aide et de soins, ces conduites pourront gravement perturber leur développement.

Bien que fort médiatisés, en particulier dans la presse féminine, ces troubles ne bénéficient pas pour l'instant, dans notre pays, d'une réelle prise en compte des pouvoirs publics. Faute d'une information suffisante et d'une politique de prévention et de soins concernant ces troubles, les différents intervenants de proximité auprès de ces jeunes, notamment dans les milieux scolaire et universitaire, se sentent souvent démunis. C'est pourquoi il était important qu'un dossier de *La Santé de l'homme* soit consacré à cette problé-

matique, qui mobilise encore beaucoup d'idées reçues et justifie que des mesures d'éducation pour la santé soient réfléchies et développées.

Ces troubles des conduites alimentaires, qu'il faut différencier des habitudes de grignotage et de suralimentation régulière rencontrées chez beaucoup de sujets obèses ou en surpoids, sont désormais considérés par la majorité des cliniciens comme du registre des addic-

tions sans drogue, c'est-à-dire purement comportementales.

Outre l'association fréquente à d'autres troubles des conduites (abus d'alcool ou de psychotropes, conduite suicidaire ou d'automutilation, etc.), un certain nombre d'arguments étaye ce rapprochement entre troubles du comportement alimentaire et addictions comportementales. Il s'agit d'abord de la place de la boulimie, cette envie irré-

Une prise en charge inégale sur le territoire français

Délai d'attente de un à trois mois, recours réduit à l'hospitalisation de jour et aux thérapies familiales... Il reste beaucoup à faire, selon une enquête menée auprès des services de soins.

Une enquête par questionnaire a été réalisée par l'Afdas-TCA, en 2006, visant à recenser les différentes structures de soins et associations, pour rendre compte de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) sur le territoire. Cinquante structures de soins et dix-huit associations ont répondu.

L'enquête révèle certaines disparités entre les structures de soins en termes de spécialisation dans la prise en charge des TCA et le manque de structures proposant une prise en charge spécialisée et formalisée. Les services de psychiatrie et d'endocrinologie des hôpitaux ainsi que les cliniques psychiatriques assurent l'essentiel de cette prise en charge. Parmi les structures interrogées, 47,7 % disposent de lits réservés pour les personnes anorexiques et boulimiques.

L'hospitalisation en temps plein et les consultations restent les soins les plus proposés. Mais les délais d'attente sont relativement longs, de un à trois mois. À l'inverse, le recours à l'hospitalisation de jour, à l'approche nutritionnelle et aux thérapies familiales est peu pratiqué.

Des associations agissent en complémentarité avec les structures de soins. Créées à l'initiative d'anciens patients et de parents, elles interviennent principalement pour l'accompagnement des patients et de leurs familles, dans le champ de la prévention.

À la suite de cette enquête, un annuaire national a été établi. Il est accessible sur le site <http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/>

sistible de se gaver qui, même lorsqu'elle n'est pas (encore) agie, est souvent déjà bien présente dans la tête des femmes concernées, et cette envie qui participe à l'émergence de ce besoin de maîtrise forcenée qui caractérise l'anorexie restrictive. Longtemps méconnues, les conduites boulimiques sont devenues une réalité clinique incontournable. Elles sont très souvent associées à des conduites de restriction qui participent à leur entretien, en de subtiles boucles à différents niveaux. Elles concernent également des femmes plus âgées, ainsi qu'un pourcentage d'hommes plus important qu'auparavant.

Contenir ce qui leur échappe

Un autre argument pour soutenir une conception addictive de ces troubles, y compris dans les formes restrictives pures, est l'évocation des effets psychobiologiques du jeûne, souvent combinés aux effets d'une hyperactivité physique associée. Cette combinaison provoque la stimulation des systèmes opioïdes cérébraux, et plus largement de ce que l'on appelle le « circuit de récompense » ; combinaison qui représente donc une véritable toxicomanie endogène auto-induite. Enfin, à un niveau plus psychopathologique, ces comportements, avec ou sans consommation de substances psychoactives, peuvent correspondre chez ces jeunes à une tentative de contenir, à travers le recours au corps et aux sensations, ce qui leur échappe et les angoisse à de nombreux niveaux, notamment relationnel.

Les conduites anorexiques-boulimiques viennent donc en général révéler des difficultés développementales liées à des fragilités anciennes, en particulier en termes de confiance et de sécurité personnelle. Ces fragilités contribuent à rendre particulièrement angoissants les enjeux de la période de l'adolescence, ceux liés notamment au processus de séparation-individuation.

Ces troubles se trouvent à la croisée de facteurs de vulnérabilité et de risques multiples (combinés de façon chaque fois singulière), pour les uns environnementaux, pour les autres individuels et familiaux, biologiques, voire génétiques, aussi bien que psychologiques, car issus des aléas du développement psychoaffectif.

Le corps comme rempart

À la rencontre de l'impact possible de l'idéal social de minceur et des exigences de performance sans limite que véhicule notre société occidentale moderne, ces troubles soulignent la place centrale du corps et de l'image du corps. Celui-ci devient une sorte de rempart identitaire et narcissique, quand d'autres ressources s'avèrent insuffisantes, en particulier celles issues du monde interne, de la psyché. Ces éléments

devraient inciter à une attention particulière à la manière dont s'organisent à l'adolescence ces enjeux, ainsi qu'à une certaine prudence dans l'instauration de régimes en cas de surpoids, surtout quand celui-ci est modéré.

Ces troubles sont en effet à l'origine de dommages nombreux et variés tant chez ceux ou surtout celles qui les présentent que du côté de leur entourage, en particulier familial, avec d'importantes conduites d'autorenforcement qui fonctionnent en boucle et qui sont à déjouer. Parmi les diverses conséquences et complications somato-biologiques qui peuvent aller dans les cas extrêmes jusqu'à la mort, il faut accorder une place particulière aux troubles de la fertilité, y compris dans certaines formes subaiguës. Cela rend compte du fait qu'un nombre significatif de femmes consultant un centre de procréation médicalement assistée présentent un trouble du comportement alimentaire plus ou moins dégradé et justifiant des soins spécifiques préalables à toute autre approche.

Un accompagnement

L'ambition de l'approche thérapeutique de ces troubles est non seulement de permettre des changements signifi-

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale (DSM-IV)

Le DSM-IV est le *Diagnostic and Statistical Manual*, un outil de classification des troubles mentaux, créé par l'Association américaine de psychiatrie. Ce catalogue des maladies psychiatriques en est à sa quatrième version. Ce DSM-IV est donc le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'École américaine de psychiatrie, qui fait référence au niveau international.

A : refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids < 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids < 85 % du poids attendu).

B : peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C : altération de la perception du 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.

D : chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple des œstrogènes).

De type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

De type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

J.-L. V.

catifs au niveau alimentaire et pondéral, rompant l'engrenage cognitivo-comportemental et physiopathologique à l'œuvre, mais également d'accompagner aussi longtemps que nécessaire ces patients vers de réelles possibilités d'individuation et de réalisation personnelle. Cet accompagnement fait appel à des intervenants pluridisciplinaires et pluriprofessionnels formés à ces approches, idéalement coordonnés au sein de réseaux d'aide et de soins, et faisant une place aux associations d'usagers et des familles.

Il y a deux ans, une association d'envergure nationale a été créée pour favoriser le développement d'approches spécialisées à l'intention de ces patients et de leur famille : l'Association française pour le développement d'approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (Afdas-TCA). Soutenue depuis son lancement par la Fondation de France, elle réunit la majorité des professionnels déjà impliqués sur le territoire national, tels que des psychiatres, des pédiatres d'adolescents et des endocrinologues-nutritionnistes. Cette association a fédéré les énergies autour du recensement des ressources cliniques existantes et des projets de recherche multicentriques spécifiques. Elle s'attache également à promouvoir le travail en réseau ainsi que les thérapies familiales dans ce champ clinique. Elle s'est tout récemment dotée d'un site Internet (<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr>).

Ce dossier réunit les contributions de plusieurs membres de l'Afdas-TCA et celles de quelques autres professionnels ayant une expertise particulière dans le domaine concerné. Il présente une analyse de cette problématique et un état des pratiques dans un secteur dans lequel l'information est peu abondante. L'ambition est donc bien ici de fournir des données utiles à la pratique quotidienne des lecteurs de *La Santé de l'homme*, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de l'éducation, de la santé et du social, ainsi que tous ceux qui sont impliqués à des titres divers dans la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation à la santé.

Jean-Luc Vénisse

Professeur, chef du service d'addictologie, centre hospitalier universitaire, Nantes.

Critères diagnostiques de la boulimie nerveuse (DSM-IV)

A : épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en des prises alimentaires, dans un temps court inférieur à deux heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des gens mangeraient dans le même temps et les mêmes circonstances et en une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter).

B : le sujet met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).

C : les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont lieu en moyenne deux fois par semaine durant au moins trois mois.

D : le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps.

E : le trouble ne survient pas exclusivement au cours des épisodes d'anorexie.

De type avec vomissements ou prises de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

De type sans vomissements ni prises de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

J.-L. V.

Fondation de France : priorité à la santé des jeunes

Face à l'augmentation des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, etc.) et au désarroi croissant des familles et des professionnels de santé, la Fondation de France a choisi d'agir.

La Fondation souhaite intervenir en faveur d'une meilleure prise en charge des jeunes concernés, pour former et soutenir les intervenants de première ligne dans leur mission de dépistage, d'accompagnement et d'orientation, et pour mettre en place dans chaque région des filières de soins efficaces.

S'appuyant sur des services hospitaliers déjà engagés dans cette voie, sur des réseaux de soins et des collectifs de santé, elle prend part à l'action, via son programme « Santé des jeunes ». En 2007, à hauteur de 265 000 euros, elle a apporté son soutien à diverses équipes de cliniciens et de chercheurs, à Nantes, Tours, Saint-Étienne, Bayonne, Vannes et Paris.

En 2008, un appel à projets national est relancé sur ce thème. Il s'adresse aux équipes de soins et aux associations tra-

vailant en lien étroit avec les services hospitaliers. La Fondation de France propose son appui pour la mise en œuvre de formations ou de travaux qui favorisent la prise en compte des familles dans les projets thérapeutiques et la création ou le développement de réseaux de soins dédiés aux troubles du comportement alimentaire. La plaquette de présentation des appels à projets du programme « Santé des jeunes » ainsi que les dossiers de candidature sont téléchargeables sur le site de la Fondation de France (<http://www.fdf.org>) rubrique : trouvez un financement.

Geneviève Noël

Responsable du programme Santé des jeunes de la Fondation de France, Paris.

Contact

Geneviève Noël – Tél. : 01 44 21 31 44

Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné

Les troubles des conduites alimentaires recouvrent essentiellement l'anorexie, la boulimie et la compulsion alimentaire isolée. L'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 %. Mais, à l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq. Ils se déclarent après la puberté, entre 14 et 18 ans pour l'anorexie, mais seule la moitié des personnes est traitée pour ces troubles alors que 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale en décèdent à long terme. Les épidémiologistes mentionnent l'urgence et la nécessité d'une détection précoce. Ils soulignent aussi que la guérison peut intervenir après une longue évolution.

Les conduites alimentaires humaines sont très variables d'un sujet à l'autre et évoluent en fonction des cultures, des pays et des époques. Parler des troubles alimentaires sous-entend que l'on évoque une pathologie. Or, distinguer le normal du pathologique nécessite que l'on s'accorde sur la définition de ce qui est normal ou ne l'est pas. Selon la terminologie actuelle, le trouble des conduites alimentaires (TCA) renvoie à des manifestations cliniques impliquant les conduites alimentaires, catégorisées comme des manifestations psychiatriques (1).

L'épidémiologie se propose d'étudier la fréquence des pathologies et les facteurs de risques associés. Or, pour cela, il faut définir précisément quel est l'objet considéré. Les troubles psychiatriques, dont les TCA, ont souvent des expressions cliniques complexes et leurs descriptions sont très variées. Dans un souci d'homogénéiser la description des pathologies observées, se sont développées des classifications à but de recherche, qui définissent des troubles et non des maladies (les causes en étant inconnues). Ainsi, le terme de TCA recouvre-t-il une nomenclature et de multiples classifications internationales¹. Dans ces classifications, les TCA désignent le plus souvent l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les autres troubles non classés par

ailleurs qui associent à divers degrés les symptômes des deux premiers. Depuis quelques années, s'est individualisé le *binge eating disorder* (« compulsions alimentaires isolées »). L'obésité n'est pas comprise dans ces troubles (1).

Pathologie plutôt féminine

Les études épidémiologiques publiées sur les TCA sont majoritairement anglo-saxonnes et aucune n'a été réalisée en France, ce qui fait cruellement défaut pour l'évaluation des besoins sanitaires dans ce domaine.

Les fréquences de l'anorexie mentale, de la boulimie et du *binge* sont respectivement de 0,9 %, 1,5 %, 3,5 % en population générale féminine et de 0,3 %, 0,5 % et 2,0 % chez les hommes (2). La prédominance féminine est nette : huit ou neuf cas sur dix pour l'anorexie et la boulimie ; en revanche, le sex-ratio est de six sur dix pour le *binge eating disorder* (3). La fréquence des TCA varie, en population générale, en fonction des critères que l'on utilise (critères diagnostiques tous ou partiellement présents). Les formes atténuées de ces troubles, parfois qualifiées de subsyndromiques (qui associent certains des critères diagnostiques mais pas tous), sont de deux à trois fois plus fréquentes. Parmi ces formes atténuées, la plus fréquente est le *binge eating disorder* (crises de boulimie mais ne pré-

sentant ni le critère de fréquence de deux par semaine, ni les stratégies de contrôle de poids). Le *binge eating disorder* est fréquemment associé à l'obésité (3). Ces TCA atténués sont soit des formes débutantes, soit des formes en voie de guérison, soit des formes évoluant sur un mode mineur ; ils seraient présents chez 50 % des sujets consultant pour trouble des conduites alimentaires (3). Si elles n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, ces formes cliniques n'en ont pas moins des conséquences sévères sur le plan physique et psychologique. Ainsi, Johnson *et al.* (4) ont montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence est un facteur de risque important de développement de troubles physiques et psychiques à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardiovasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleur chronique, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques et tentative de suicide).

Pic à l'adolescence

Les manifestations atténuées de TCA sont fréquentes à l'adolescence. Les crises de boulimie peuvent concerner jusqu'à 28 % d'adolescentes et 20 % d'adolescents âgés de 10 à 19 ans, les stratégies de contrôle du poids concernent 8 % des garçons et 19 % des

filles (5, 6). Dépister et traiter ces manifestations précocement est important, d'une part pour lutter contre leurs complications somatiques propres et, d'autre part, pour prévenir les problèmes psychiatriques ultérieurs.

Anorexie et boulimie débutent le plus souvent après la puberté ; en moyenne, l'âge initial est de 17 ans pour l'anorexie mentale (avec deux pics de fréquence autour de 14 ans et de 18 ans) ; et, plus tardivement, 19-20 ans pour la boulimie (7). Il est de 17 à 32 ans pour le *binge* (2). En population générale, la durée moyenne d'évolution de l'anorexie est de 1,7 ans contre 8,3 ans pour la boulimie et 8,1 ans pour le *binge*.

Des conséquences considérables

Les conséquences des TCA sur l'adaptation sociale sont considérables. Seule la moitié des sujets sont traités pour ces difficultés. Des campagnes de formation des médecins à la détection et au traitement de ces troubles sont nécessaires. En effet, la morbidité et la mortalité des TCA, de l'anorexie et de la boulimie sont importantes, et le suicide parmi les causes de décès principales. Les TCA sont, avec les abus de substances et la schizophrénie, parmi les troubles psychiatriques les plus pourvoyeurs de mortalité (8). Les complications somatiques (dénutrition, vomissements, surpoids, complications gynéco-obstétricales, dentaires, et l'ostéoporose survenant tardivement) et psychiatriques (dépression, troubles anxieux et abus de substances) sont très fréquentes (9). La mortalité dans l'anorexie mentale est de l'ordre de 5 % par décennie d'évolution, soit douze fois la mortalité observée dans une population générale du même âge (10, 11). La mortalité constatée dans la boulimie n'est pas plus importante que dans la population générale (10) mais le recul est aussi moins grand car cette pathologie n'a été individualisée qu'à la fin des années 1970. Cela est encore plus marqué pour le *binge*, récemment décrit.

L'évolution des TCA est mal connue. Elle a souvent été étudiée en population clinique (sujets hospitalisés ou consultants) et non en population générale. Une revue de la littérature sur le devenir de sujets anorexiques traités² rap-

porte qu'entre un an et vingt-neuf ans de suivi, 47 % guérissent de l'anorexie mentale, 34 % s'améliorent, 21 % ont un trouble des conduites alimentaires chronique et 5 % sont décédés. Les facteurs d'un pronostic plus favorable sont l'âge de début précoce, un délai court entre le début des symptômes et le début des soins, ce qui plaide en faveur d'actions de dépistage des TCA et d'information de la population. La guérison peut survenir même après vingt ans d'évolution.

Concernant la boulimie, les données sont plus rares. Après sept ans de suivi, 73 % ont guéri pendant l'accompagnement, dont 35 % ont rechuté ; à douze ans de suivi, 67 % sont guéris, sans TCA. La dépression et les abus de substances sont très fréquents.

Une carence de données

Les liens entre TCA et obésité sont mal connus. Micali *et al.* (13) rapportent que les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires à l'adolescence présentent plus fréquemment que leurs

frères et sœurs un surpoids dans l'enfance. De ce fait, ils suggèrent que la prévention de l'obésité dans l'enfance pourrait contribuer à baisser le risque de TCA. Cela est controversé. Cette prévention précoce pourrait, en effet, augmenter les préoccupations pour le poids et la silhouette, et ainsi augmenter ce risque. Des études sur les conséquences des campagnes contre l'obésité, sur l'apparition de préoccupations alimentaires, voire de TCA, sont à promouvoir, d'autant que des actions de prévention conduites dans des populations à risque sont envisageables. Ainsi, Taylor *et al.* (14) ont mis en place un programme de prévention par Internet chez des lycéennes ayant de fortes préoccupations concernant leur poids et leur silhouette. Par un essai randomisé, ils ont montré l'efficacité d'une telle approche, avec huit semaines d'intervention, pour diminuer ces préoccupations jusqu'à deux ans.

En conclusion, l'épidémiologie reste un sujet de recherche d'actualité dans le domaine des TCA, afin de mieux cerner,

d'une part, leur fréquence, d'autre part, les facteurs de risque et leur évolution. Enfin, des actions de prévention restent à définir et à conduire en population générale, en lien avec la prévention de l'obésité.

Nathalie Godart^{1, 2, 3, 4}

Pédopsychiatre, contrat d'interface Inserm,

Bruno Falissard^{1, 3, 4}

Professeur des universités,
praticien hospitalier,
directeur de l'Unité 669 – Inserm.

1. Université Paris-Descartes, faculté de médecine.
2. Département de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes – Institut mutualiste Montsouris, Paris.
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Unité 669 – Troubles des conduites alimentaires de l'adolescent ; Maison de Solenn, Paris.
4. Université Paris-Sud.

1. Telles que le CIM-10 (classification internationale des maladies - version 10) ou le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - quatrième version).

2. Berkman et al. (12) soulignent la nécessité d'études épidémiologiques en population générale afin de pouvoir mieux connaître les TCA et non généraliser les données issues de populations cliniques biaisées. Ils soulignent l'absence de données sur les liens entre TCA et obésité.

► Références bibliographiques

- (1) Falissard B. *Eating disorders: interactions between human nutrition research and food behaviours*. Trends in Food Science & Technology 2007; 18: 281-4.
- (2) Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G. Jr, Kessler R.C. *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*. Biol Psychiatry 2007; 61(3): 348-58.
- (3) American Psychiatric Association. *Treatment of patients with eating disorders, third edition*. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2006; 163(7 Suppl): 4-54.
- (4) Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S. *Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood*. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(6): 545-52.
- (5) Kendler K.S., MacLean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. *The genetic epidemiology of bulimia nervosa*. Am J Psychiatry 1991; 148 (12): 1627-37.
- (6) Flament M.-F. *Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires*. In: *Epidémiologie Psychiatrique*. Paris : Ellipse, 1995.
- (7) APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*, Washington DC, 1994.
- (8) Harris E.C., Barraclough B. *Excess mortality of mental disorder*. Br J Psychiatry 1998; 173: 11-53.
- (9) Godart N., Perdereau F., Jeammet P. *TCA de l'enfant et de l'adulte*. Rev Prat 2005; 55(5): 533-40.
- (10) Keel P.K., Dorner D.J., Eddy K.T., Franko D., Charatan D.L., Herzog D.B. *Predictors of mortality in eating disorders*. Arch Gen Psychiatry 2003; 60 (2): 179-83.
- (11) Sullivan P.F. *Mortality in anorexia nervosa*. Am J Psychiatry 1995; 152 (7): 1073-4.
- (12) Berkman N.D., Lohr K.N., Bulik C.M. *Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature*. Int J Eat Disord 2007; 40 (4): 293-309.
- (13) Micali N., Holliday J., Karwautz A., et al. *Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters*. Psychother Psychosom 2007; 76 (4): 234-41.
- (14) Taylor C.B., Bryson S., Luce K.H., et al. *Prevention of eating disorders in at-risk college-age women*. Arch Gen Psychiatry 2006; 63 (8): 881-8.

Anorexie : aspects somatiques et psychologiques

Le fonctionnement de l'anorexie et ses conséquences physiologiques sont connus grâce aux études scientifiques, mais l'étude des causes, y compris psychologiques, reste à renseigner. L'équipe d'endocrinologie du CHU de Saint-Étienne présente ici les principaux aspects cliniques actuels, somatiques et psychologiques de l'anorexie mentale. Ces praticiens concluent qu'elle survient « chez des patientes ayant un caractère de maîtrise, de perfectionnisme et de persévérance », ce qui entraîne un amaigrissement résistant à l'effet des hormones de régulation de l'appétit. Une prise en charge multidisciplinaire rapide est souhaitable.

L'anorexie mentale fait partie des troubles du comportement alimentaire (TCA). Les conséquences métaboliques, hormonales, viscérales, psychiques et sociales sont invalidantes. L'évolution est marquée par une mortalité de 2 à 8 % dans les études rétrospectives (1), chiffre important pour cette tranche d'âge. La guérison, définie par l'association d'un retour au poids génétiquement programmé maintenu pendant plus d'un an et le retour physiologique des règles, survient dans environ 50 % des cas (2).

Nous ne revenons pas sur la définition de l'anorexie mentale, définitivement établie en 1994 et publiée par l'*American Psychiatric Association* dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) (3). Des épisodes de boulimie (*binge eating*) définissent « l'anorexie boulimique », par opposition à « l'anorexie restrictive ».

La prévalence d'environ cinquante cas sur cent mille personnes et l'incidence sont discutées au sein de la communauté professionnelle et scientifique. Les TCA seraient rencontrées dans 1 à 2 % de la tranche d'âge 15-25 ans, avec, dans la moitié des cas, l'existence d'une anorexie mentale restrictive (4).

Les principaux éléments cliniques sont la dénutrition, l'aménorrhée et l'ostéoporose.

La dénutrition

Le diagnostic de l'anorexie mentale restrictive est facile à porter au cours

de l'examen clinique et de l'entretien. On décrit principalement une maigreur diffuse secondaire à un amaigrissement, une peau sèche, un rythme cardiaque pouvant descendre à trente-cinq pulsations par minute, une cyanose des extrémités et une hypothermie entre trente-cinq et trente-six degrés, pour ne citer que les principaux signes.

L'amaigrissement est très spécifique car il est progressif, souhaité, nié et supporté. Ces caractéristiques expliquent le délai d'environ six mois pour évoquer ce diagnostic et l'anxiété intense des parents devant l'ampleur de la dénutrition. Le seuil de poids au-dessous duquel on peut parler d'anorexie mentale dépend du poids génétiquement programmé. À noter que l'amaigrissement et son maintien peuvent aller de pair avec le maintien ou parfois l'excès de l'activité physique.

L'enquête alimentaire est difficile à faire dans ce contexte de déni de la maladie. Les résultats qui en ressortent sont à prendre avec précaution. La réduction de l'apport en graisses est bien notée dans tous les entretiens et explique la diminution du pourcentage de masse grasse. En revanche, la dépense énergétique ne suit pas la même courbe à la baisse. Cette différence entre les apports et les dépenses explique bien l'amaigrissement progressif (5).

Les hormones qui participent à la régulation de l'appétit de l'anorexie mentale commencent à être bien

connues. Toutes ces hormones qui ont une capacité d'adaptation à la dénutrition devraient permettre une reprise de poids. Leur fonction est annulée par la « maîtrise alimentaire » de la patiente, ce qui fait dire au professionnel que l'anorexie mentale est bien une maladie psychiatrique.

Le diagnostic différentiel doit éliminer ce qui ne relève pas de l'anorexie, notamment les maigreurs avec syndrome dépressif et les maigreurs constitutionnelles.

Aménorrhée et ostéoporose

L'aménorrhée fait partie de la description clinique et peut être un motif de consultation. Elle est soit secondaire, le plus souvent, et difficile à affirmer sous traitement œstroprogestatif, soit primaire, avant les premières règles. Induire une ovulation en vue d'une grossesse se fait physiologiquement en restaurant la pulsativité des hormones sexuelles par des injections sous-cutanées en continu. Dans notre expérience, on compte 40 % de grossesses à terme après six tentatives. Prescrire la pilule, qui entraîne une hémorragie de privation, masque l'aménorrhée et participe au déni. Sa prescription nécessite réflexion.

L'ostéoporose est responsable de fractures chez les anorexiques. La perte de la masse osseuse est présente chez 50 % des personnes souffrant d'anorexie mentale après six mois d'évolution (6). Le métabolisme osseux est per-

turbé. On note une diminution de la formation osseuse, notamment du fait de la carence en œstrogènes. La prise d'œstrogènes n'a aucun effet sur l'os en l'absence d'une reprise de poids (7). Aucune thérapeutique préventive n'est à ce jour validée.

Aspects de neuro-endocrinopsychiatrie

Quelques équipes de praticiens et scientifiques se sont intéressées à la compréhension des symptômes de l'anorexie mentale comme l'anorexie, l'hyperactivité, le perfectionnisme, l'humeur, la pulsion et la maîtrise, par l'étude des hormones dans les années 1980, puis actuellement à l'aide de l'imagerie médicale. Des échelles permettent de caractériser l'évolution de ces paramètres dans le temps. On commence à corréler l'évolution de ces paramètres à l'anatomie fonctionnelle du cerveau.

Sans entrer dans les explications médicales complètes, on peut dire que le système sympathique cérébral est déprimé alors que le système parasympathique est augmenté. Cela explique le passage à un rythme cardiaque plus lent chez les anorexiques, entre quarante et cinquante pulsations

par minute, et l'inadaptation à l'effort malgré une volonté affichée d'activité physique.

En conclusion, l'anorexie mentale restrictive survient chez des patientes ayant un caractère de maîtrise, perfectionnisme et de persévérance, ce qui entraîne un amaigrissement résistant à l'effet des hormones de régulation de l'appétit. Une prise en charge multidisciplinaire rapide est souhaitable.

Natacha Germain-Zito

Endocrinologue, chef de clinique,

Bogdan Galusca

Endocrinologue, professeur associé, service d'endocrinologie,

François Lang

Psychiatre, professeur, chef de service, service de psychiatrie,

Bruno Estour

Endocrinologue, professeur, chef de service, service d'endocrinologie, CHU Saint-Étienne.

Pour en savoir plus

Service d'endocrinologie – CHU de Saint-Étienne – 45055 Saint Étienne Cedex 2
bruno.estour@chu-st-etienne.fr

► Références bibliographiques

- (1) Steinhausen H.C. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284-93.
- (2) Viricel J., Bossu C., Galusca B., et al. *Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates*. Presse Med 2005; 34: 1505-10.
- (3) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- (4) Kjelsas E., Bjornstrom C., Gotestam K.G. *Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years)*. Eat Behav 2004; 5: 13-25.
- (5) Bossu C., Galusca B., Normand S., et al. *Energy expenditure adjusted for body composition differentiates constitutional thinness from both normal subjects and anorexia nervosa*. Am J Physiol Endocrinol Metab 2007; 292(1): 132-7.
- (6) Galusca B., Zouch M., Germain N. *Constitutional thinness: unusual human phenotype of low bone quality*. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93: 110-7.
- (7) Grinspoon S., Miller K., Coyle C., et al. *Severity of osteopenia in estrogen-deficient women with anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea*. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84: 2049-55.

Adolescentes anorexiques : repères pour une thérapie adaptée

Il n'existe pas de règles immuables dans le soin des adolescentes anorexiques ; chaque cas est particulier. La décision d'hospitaliser doit être partagée par les professionnels, l'adolescente, et sa famille. Aucun modèle ne prévaut entre psychothérapies, approche nutritionnelle et psychotropes. Pour le professeur Corcos et l'équipe du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris, à Paris, l'important, c'est la prise en charge personnalisée et ininterrompue.

Plusieurs grands principes sont à prendre en compte dans toute approche thérapeutique du patient souffrant de troubles du comportement alimentaire. La diversité des modalités d'approche des troubles des conduites alimentaires et des tableaux cliniques présentés par les patients souffrant de ces troubles ne permet pas de proposer un schéma type de traitement. La réponse thérapeutique doit être graduée et adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution. Toutefois, il est important, dans tous les cas et dès le départ, de garantir la cohérence et la continuité thérapeutique par la détermination d'un intervenant référent, coordonnateur de la prise en charge ; la multiplication des intervenants et des types d'intervention risquant de contribuer au morcellement du suivi. Or, il apparaît qu'au-delà des présupposés théoriques sous-tendant les différents types d'intervention, c'est bien cette cohérence et cette continuité du projet thérapeutique qui en garantissent l'efficacité.

La prise en compte de la modification du comportement alimentaire débouchant sur un trouble constitue un des éléments importants de ces soins. Mais cette modification ne doit pas occulter la dimension relationnelle et les difficultés psychopathologiques sous-tendant la conduite : prises en charge somatique, nutritionnelle et psychiatrique seront ainsi associées.

L'implication de la famille et en premier lieu des parents doit également être soulignée. Le comportement s'inscrit dans un contexte familial et rela-

tionnel et induit également en lui-même des modifications des équilibres intra-familiaux qu'il sera important de prendre en considération.

Éviter les rapports de force

La prise en charge ambulatoire, en dehors d'une hospitalisation, constitue le pivot central du projet thérapeutique et sera le plus souvent suffisante pour faire disparaître le symptôme alimentaire. Les premiers entretiens auront pour objectif une évaluation minutieuse de la problématique de l'adolescente, de la dynamique familiale et du retentissement des manifestations symptomatiques. Ils permettront aussi une appréciation des capacités de mobilisation et de changement de l'adolescente et de son entourage, autour du cadre thérapeutique qui va être proposé par les professionnels. Il est important que ces premières rencontres ne s'engagent pas sur le mode d'un rapport de force venant répéter les relations et attitudes familiales autour de l'alimentation. Une approche centrée de manière exclusive sur le symptôme alimentaire fait courir le risque de cette répétition et de l'accentuation du déni des troubles. Sans ignorer la gravité et le retentissement somatique des manifestations, il semble fondamental d'engager la relation selon des modalités qui permettent à la patiente de trouver une écoute attentive de ses difficultés sans vouloir à tout prix lever le déni portant sur la conduite. L'élaboration d'un contrat de soins avec la patiente et ses parents constitue un cadre et une médiation garantissant l'engagement de

chacun autour d'un projet thérapeutique cohérent.

Ces prises en charge vont s'étendre sur des durées variables en fonction de l'évolution des troubles, des difficultés psychopathologiques sous-jacentes et des capacités de mobilisation individuelles et familiales. La durée peut aller de quelques entretiens à plusieurs années de prise en charge, émaillées d'hospitalisations multiples avec de nombreux cas de figure intermédiaires.

Les modalités d'approche des troubles des conduites alimentaires se sont diversifiées de façon exponentielle au cours des dernières décennies. Il ne saurait être question de dresser ici un tableau exhaustif de la palette thérapeutique. Nous nous contenterons d'en citer brièvement les éléments les plus courants :

- **les psychothérapies.** Elles sont très souvent employées mais selon des références théoriques et des modalités extrêmement variées (psychothérapies de soutien, psychothérapies d'inspiration psychanalytique, psychodrame, médiations corporelles, thérapies familiales, thérapies cognitives et comportementales), rendant difficile toute comparaison de leur efficacité. Leurs indications vont dépendre des attentes et des motivations de la patiente, de sa famille, des capacités et du désir de changement, du moment d'évolution de la pathologie mais également des conditions locales matérielles et pratiques ;
- **l'approche nutritionnelle.** Les consultations avec un nutritionniste ou

un diététicien peuvent constituer un des éléments du projet thérapeutique. Les conseils et le suivi diététique peuvent être une étape importante dans la restauration d'une alimentation normale. Toutefois, le risque consiste à renforcer les obsessions alimentaires des patientes en prescrivant des règles diététiques trop strictes. Ce type d'approche s'avère, par ailleurs, souvent sans effet quand le déni des troubles est au premier plan ;

• **les psychotropes.** Ils occupent une place marginale dans la prise en charge de ces patientes. De fait, la majorité des symptômes dépressifs et anxieux disparaît lors de la renutrition et la prescription d'un psychotrope n'est pas sans comporter le risque d'effets secondaires et d'une inefficacité relative chez des patientes très dénutries et dans un état somatique précaire.

La question de l'hospitalisation

Le recours à l'hospitalisation n'est en aucun cas incontournable et systématique dans la prise en charge de ces patientes. Dans le cas de l'anorexie mentale, elle est souvent déterminée par

l'importance de la dénutrition. En ce qui concerne les symptômes boulimiques, l'hospitalisation apportant rarement une solution thérapeutique efficace à long terme, elle sera surtout proposée lorsque les crises de boulimie se répètent de façon très rapprochée. Cette hospitalisation ne constitue en aucun cas un moyen de pression ou de chantage et ne doit pas être présentée à la patiente et à son entourage comme une punition ou un échec. Dans la majorité des situations, elle est précédée d'un travail préalable en consultation avec la patiente et son entourage afin de clarifier les attentes et les inquiétudes concernant les modalités de ces hospitalisations. Elle ne constituera qu'un temps de la prise en charge initiée en amont et se poursuivant en aval par le travail de consultation. Il faut se garder de présenter l'hospitalisation comme un remède miracle qui permettrait une restitution entière (« *ad integrum* ») des relations familiales antérieures à la pathologie. C'est pourquoi, autant que possible, on évitera les hospitalisations dans l'urgence, en l'absence de toute prise en charge antérieure.

Le cadre de l'hospitalisation va ouvrir des modalités relationnelles différentes et permettra un apaisement et une réflexion autour des conflits intra-familiaux exacerbés par les symptômes de l'anorexie. Les échanges avec des individus aux statuts différents, au sein du service de soins, le respect ou la négociation des règles implicites ou explicites, les activités thérapeutiques proposées aux patientes offrent une palette relationnelle nouvelle et diversifiée sur laquelle la patiente va pouvoir s'appuyer afin d'expérimenter des modalités relationnelles plus nuancées et en décalage par rapport à ses expériences antérieures. Cela est un cadre théorique qui, dans la pratique, peut se heurter à certaines difficultés.

Les indications de ces hospitalisations concernent une minorité de patientes et reposent essentiellement sur des critères de gravité somatiques mais aussi psychiatriques tels que des idées suicidaires envahissantes et un épisode dépressif caractérisé. La décision d'hospitalisation peut également intervenir face au sentiment d'un enlèvement de la prise en charge ambulatoire, de grandes difficultés d'organisation de la vie familiale ou d'un symptôme anorexique vécu de manière rigide par la patiente et offrant donc peu d'espace au changement.

Les indications, les modalités et les objectifs de ces hospitalisations ne font pas l'objet d'un consensus et sont déterminées de manière individuelle, en fonction de la patiente et de son environnement mais aussi de la formation, des pratiques de l'équipe de prise en charge et des possibilités d'accueil dans les structures spécialisées. La question de la séparation, ou non, de l'entourage familial illustre particulièrement ces divergences dans le point de vue des professionnels traitant ces pathologies. Dans tous les cas, l'accompagnement des parents au cours de ces hospitalisations est fondamental.

Claire Lamas

Chef de clinique assistante,

Isabelle Nicolas

Assistante,

Maurice Corcos

Professeur, chef de service,

Département de psychiatrie de l'adolescent,

Institut mutualiste Montsouris, Paris.

Troubles du comportement alimentaire : quelle place pour l'image du corps ?

L'image du corps-minceur façonnée par la société explique-t-elle les comportements d'anorexie des adolescentes ? Xavier Pommereau décode l'influence du contexte social et élargit le propos aux différents facteurs qui vont conduire certains adolescents aux troubles du comportement alimentaire. Il met en avant l'aspect psychologique, déterminant. Le trouble du comportement alimentaire est surtout l'expression de la propre image que l'on a de son corps, d'une vulnérabilité.

L'anorexie mentale est une terrible maladie qui peut tuer et qui concerne un nombre préoccupant de jeunes gens, principalement de jeunes filles, générant des réponses thérapeutiques diverses et tâtonnantes. Lorsque les médias traitent de l'anorexie, ils s'appesantissent rarement sur les troubles alimentaires eux-mêmes, ramenés à un simple refus de manger normalement, dans le but de maigrir.

Chacun croit savoir pourquoi certains jeunes gens s'acharnent à toujours plus de maigreur alors qu'ils sont éventuellement déjà très maigres. Ils se laisseraient entraîner par la fameuse « dictature de la maigreur » donnée comme un fait de société. Et l'on pense que les jeunes filles anorexiques sont forcément sous influence pour en arriver à de telles extrémités. Ainsi, l'anorexie est le plus souvent présentée comme un choix, ne pouvant déboucher que sur des excès du fait de la vulnérabilité des adolescents et de la force de persuasion de ceux qui prônent la maigreur.

Société de la performance et du contrôle de soi

Ainsi rattachée au culte de la minceur, l'anorexie est interprétée comme une « maladie culturelle ». Le raisonnement est le suivant : dans les pays pauvres, les rondeurs féminines sont un signe de richesse. C'était d'ailleurs le cas dans notre société française jusqu'à ce que la modernité redéfinisse ces canons de la beauté. Pourquoi ce culte de la minceur ? Sans doute « en réaction » à une société de consommation où les richesses sont synonymes d'opulence et de fièvre consumériste. Des collègues

venus de pays africains démunis, de passage en France, pointaient ce contraste de nous voir soigner des jeunes filles « ayant choisi » d'être cachectiques (*Ndlr : état d'amaigrissement dû à la sous-alimentation*) tandis que nos centres commerciaux regorgent de nourriture. D'un côté, des anorexiques qui se privent et, de l'autre, « deux cents mètres de poulets dans leurs emballages ! » L'évolution du morphotype joue également en faveur de silhouettes élancées plutôt que massives.

Mais notre société est aussi celle de la performance et du contrôle de soi. Il s'agit d'être svelte pour surfer sur les difficultés de l'existence. De maîtriser ce que l'on donne à voir de soi, donc ses formes. Or la transformation pubère des filles et des garçons modifie radicalement ces fameuses formes avec une différence notable selon le sexe : entre 13 et 16 ans, les filles prennent six kilos de graisse (rondeurs féminines) tandis qu'entre 14 et 17 ans les garçons prennent, eux, huit kilos de muscle en moyenne ! C'est sans doute la raison pour laquelle les jeunes filles mesurent le diamètre de leurs cuisses, craignant davantage que les garçons de prendre du poids.

Lâchage et retenue

Dans notre société de consommation, toutes sortes de nourritures matérielles prétendent combler nos besoins. Et, comme par hasard, on voit augmenter les troubles des consommations – addictions à diverses substances et pratiques comprises – dans le sens du lâchage ou dans celui de la retenue ; certains passant de l'un à l'autre, comme

dans l'anorexie-boulimie. Les témoignages abondent pour livrer la descente aux enfers de jeunes filles qui avaient tout pour être heureuses. On interroge leurs parents, qui déclarent n'avoir tout d'abord rien vu, puis avoir tout fait pour les aider mais qui n'ont pu les sortir de la spirale infernale. Impuissance mêlée de culpabilité, puisqu'ils sont les parents et que les troubles alimentaires attaquent la vie familiale. Mais impuissance et culpabilité largement aggravées, disent-ils, par les discours médicaux préconisant l'isolement pur et dur de leur fille en milieu hospitalier. Ces parents ont été longtemps considérés par la médecine (psychiatrie comprise) un peu comme des pestiférés. Sur l'air de la mère « toxique » et du père « insignifiant », il a fallu du temps pour que les choses commencent à bouger... Eux en ont gardé un très mauvais souvenir. Exclue des soins, privés de tout contact avec leur fille pendant des mois, ils se sont sentis accusés d'être de « mauvais parents » ; accusation que contestent d'ailleurs les principales intéressées avec la plus grande énergie. Celles-ci n'ont rien à reprocher à leurs parents. Elles se trouvaient seulement trop grosses. C'est cela qui les a incitées à faire un régime qui a dérapé pour des raisons qu'elles ne s'expliquent pas. Qui a bien pu leur monter ainsi la tête ? On regarde du côté des fabricants d'images... La mode n'est-elle pas vouée dans nos sociétés occidentales au culte de la minceur ?

Malgré ce qu'elles disent et souvent ce qu'elles croient elles-mêmes, les jeunes filles qui deviennent anorexiques ne sont pas emportées par cette pseudo-

fièvre de la minceur. De la même manière qu'il est illusoire de vouloir comprendre les toxicomanies en se contentant d'affirmer que c'est la drogue qui crée le drogué et en escamotant l'histoire de cette sinistre « rencontre », il ne faut pas croire que c'est l'influence des sites Internet vantant la minceur ou de la mode qui mène à l'anorexie.

Gare à l'obsession arithmétique !

Prenons l'exemple d'une jeune fille de 1,70 mètre. Si son poids est de 40 kilos, son indice de masse corporelle (IMC) sera égal à 14. Inutile de préciser qu'un suivi médical est recommandé. Pour atteindre un IMC de 16, son poids devra franchir la barre des 45 kilos. Elle est encore sur le fil rouge. Cinq kilos de plus, soit 50 kilos, lui donneront un IMC de 18. Avec encore 5 kilos de plus, elle sera considérée comme ayant un poids normal pour sa taille. Attention, toutefois, à ne pas tomber dans l'arithmomanie ! L'IMC dépend de l'âge et ne prend

pas en compte les différences de constitution. À l'adolescence, il reste un repère facile à apprécier. Et ce n'est évidemment pas la surveillance de l'IMC dans le monde de la mode qui réglera le problème de l'anorexie.

Passons aussi sur les fantaisies qui amènent nombre de jeunes filles à se restreindre pendant quelques jours, convaincues qu'elles ont les cuisses un peu trop grosses et « deux kilos à perdre ». Tant que ces fantaisies ne durent pas, il n'y a pas de souci à se faire. Le vrai régime est celui de la jeune fille en surpoids qui doit perdre plusieurs kilos. Celui-là demande à être encadré par un diététicien ou un nutritionniste. Tout cela n'a rien à voir avec les privations de l'anorexie mentale.

Mettre en lumière cette « intentionnalité inconsciente »

Pour en revenir à l'étude des causes de l'anorexie, dans la mesure où ces jeunes filles affirment vouloir perdre du

poids parce qu'elles se trouvent trop grosses, comment auraient-elles pu s'infliger de semblables privations si ce n'était sous l'influence de tout ce qui, dans nos sociétés, participe de cette idolâtrie de la minceur ? Jeunes filles sous influence = recherche de coupables. L'équation est imparable. On perd ici totalement de vue que dans l'intentionnalité, il y a toujours une part consciente qu'il est possible d'argumenter et une part inconsciente. Or, c'est bien d'une intentionnalité inconsciente que relève le « régime sec » qui est à l'origine de l'anorexie, tandis que les motivations de l'adolescente qui veut simplement perdre un peu de poids restent mesurées et identifiables. La thérapie vise donc à mettre en lumière cette intentionnalité inconsciente de manière à permettre à la jeune fille, par paliers, de moins la subir et de s'en dégager. Dans certains cas, malheureusement, ce travail n'aboutira pas et le pourquoi de cette entreprise effroyable d'amaigrissement demeurera sans réponse. Jamais pourtant nous ne réussirons à effacer cette intentionnalité inconsciente. Nous en atténuerons l'intensité, bien entendu, et même au point que la jeune fille pourra vivre quasi normalement. Mais un « vent » risquera de toujours souffler dans sa tête.

Commencer par déculpabiliser

L'urgence est bien de déculpabiliser ; d'abord les malheureux parents, implicitement montrés du doigt ; ensuite les jeunes filles, qui rendent compte de leur expérience dans des ouvrages ou qui créent des sites prominceur parce qu'elles sont sous le coup de cette « passion » de maigrir et « ne le savent pas ». Les milieux de la mode enfin qui ne sont pas animés d'intentions cyniques mais qui sont eux aussi leurrés par la maladie. Nous voyons comment s'articule la fascination qu'exerce l'anorexie alors qu'elle renvoie à des problématiques complexes. Nous voyons aussi la force du « leurre » de ne pas avoir vu que le problème existait déjà ; leurre dans les explications qu'on essaie d'avancer, dans cette croyance que des mesures visant à mettre hors de vue les « mauvais exemples » vont permettre d'éradiquer le problème. Ce que ces mesures vont permettre de dégonfler, c'est la visibilité du phénomène. Rien d'autre.

Une autre question est posée. Les adolescentes imitent-elles des modèles

en se privant de nourriture ? Vouloir « faire pareil » que les autres est une revendication adolescente. Les jeunes veulent se retrouver entre semblables, partager des codes et des pratiques, s'inscrire dans une communauté d'appartenance. Les modèles qu'ils se choisissent déplaisent généralement aux adultes ou ne correspondent pas à leurs vues. Évidemment, lorsque nos sociétés font l'apologie d'une déviance pour susciter l'adhésion des adolescents (à des fins commerciales, idéologiques, ou autres), il y a danger. Ne soyons pourtant pas dupes lorsque nous parlons d'identification. Les adolescents qui vont plutôt bien peuvent s'inspirer de modèles sans pour autant les copier. Et ceux qui vont mal cherchent davantage à y trouver de l'identique qu'à les suivre aveuglément : le modèle est alors un miroir d'eux-mêmes davantage qu'un exemple à reproduire. Eux aussi ont d'ailleurs tendance à se regrouper entre semblables. Avoir des affinités, qu'est-ce sinon trouver du « même que soi » dans l'autre, et réciproquement. Les sites « pro-ana » sur Internet en sont une autre illustration. Les jeunes filles décharnées qui s'y exhibent trafiquent leur image pour se montrer encore plus squelettiques. Elles font corps ensemble à défaut de pouvoir habiter le leur et de supporter leur solitude.

Coller au plus près de ce que l'on attend d'elles

En se focalisant sur le refus de manger, sur l'amaigrissement, on finit par oublier qu'il est porteur d'une signification pour le groupe familial tout entier. De ce point de vue, en tant que praticiens, nous ne sommes pas aidés non plus par les patientes, qui, ne sachant pas pourquoi elles souffrent, ont tendance à ramener l'explication au facteur « médias ». Dans le cas le plus typique, la jeune fille explique son anorexie par un régime commencé à la puberté et qui a mal tourné. Le processus est donné comme irrémédiable. Parce que nous sommes dans une société de la minceur, parce que la mode et les médias sont les porte-parole de ces idéaux, parce que les jeunes filles cherchent à être séduisantes, il est normal qu'elles fassent le choix de se restreindre et de maigrir pour coller au plus près de ce que l'on attend d'elles. Constater que certaines, pour des raisons que l'on ne comprend pas très bien, voient la machine s'emballer

et sont emportées par leur régime, cela apparaît alors comme une conséquence affreuse mais prévisible. Ce raisonnement est commode mais il ne tient pas ! Il y a donc un leurre à n'explorer l'anorexie que d'un point de vue socioculturel. Ce que l'opinion constate, c'est une augmentation très forte des troubles du comportement alimentaire. Et d'ailleurs pas forcément sous la forme la plus grave et la plus constituée qu'est l'anorexie mais sous ses formes modérées ou transitoires. Les formes graves d'anorexie-boulimie concernent 1 % des adolescentes, soit au moins trente mille jeunes Françaises. Et les TCA (sigle tombé dans le domaine public pour « troubles des conduites alimentaires »), qui s'expriment par des crises de boulimie suivies de vomissements provoqués, ont fortement augmenté depuis deux décennies, atteignant une ou deux jeunes filles sur dix. Le contexte sociétal y est donc forcément pour quelque chose. On peut penser qu'il favorise l'expression de certains troubles, tandis que d'autres ont, au contraire, tendance à régresser. Chez les

adolescentes, les crises de spasmodie sont ainsi beaucoup moins fréquentes que dans les années 1970-1980. Si les mentalités et les modes de vie évoluent avec le progrès des sciences, pourquoi n'en serait-il pas de même des troubles et des symptômes ? Dans une société qui vit en direct la révolution des communications tous azimuts, les TCA font symptôme dans le système familial d'aujourd'hui. Nous voyons par là que la sociologie et la psychologie n'ont pas à être opposées et qu'elles apportent chacune leur part de vérité dans la recherche de la compréhension des troubles du comportement alimentaire.

Xavier Pommereau

Psychiatre des hôpitaux, chef de service, responsable du pôle aquitain de l'adolescent, centre Jean-Abadie, CHU de Bordeaux.

Pour en savoir plus

Pommereau X., de Tonnac J.-P. *Le mystère de l'anorexie*. Paris : Albin Michel, 2007 : 272 p.

Entretien avec le docteur Françoise Narring, médecin adjointe agrégée, en charge de l'unité Santé Jeunes de l'hôpital universitaire de Genève.

« Les soins se construisent autour de l'éducation pour la santé »

Françoise Narring reçoit en consultation à l'hôpital universitaire de Genève des jeunes dont certains souffrent d'anorexie ou de boulimie, dans une unité spécialisée dans les adolescents. Elle explique pourquoi, avant la stricte prise en charge médicale, l'écoute est un facteur clé de la démarche, ainsi que l'éducation pour la santé, qui consiste notamment à déconstruire le modèle dominant de la jeune femme mince, en travaillant sur l'image du corps.

La Santé de l'homme : Avez-vous une définition personnelle de l'éducation pour la santé ?

Françoise Narring : Il peut y en avoir plusieurs. Mais, concrètement, je pense que l'éducation pour la santé permet à l'adolescent de développer des comportements sains et favorables à sa santé. L'adolescence est un moment de différenciation, où s'instaurent des gestes, des attitudes, qui vont durer la vie entière. L'adolescent va passer d'un comportement d'enfant à son futur comportement d'adulte, qu'il va progressivement s'approprier. Et, parce que les troubles alimentaires apparaissent le plus souvent à cette période de la vie, c'est justement au moment de l'adolescence que nous pouvons accompagner les jeunes pour les aider à mieux orienter leurs comportements de santé.

S. H. : N'est-ce pas de l'éducation thérapeutique ?

Je préfère la notion d'éducation pour la santé à celle d'éducation thérapeutique car elle me semble plus large et mieux correspondre à l'exercice médical qui est le mien. Bien sûr, les comportements alimentaires et leurs troubles, l'anorexie ou la boulimie, sont des maladies qui nécessitent des soins. Mais je pense que le concept d'éducation pour la santé est plus approprié à l'âge de l'adolescence. C'est un moment dans

la vie où l'on observe toute une constellation de représentations et d'attitudes qui sont évidemment très influencées par l'extérieur. Ce n'est donc pas, uniquement, de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire apprendre à se soigner, mais bien apprendre à s'occuper de sa santé et plus largement à gérer sa vie quotidienne.

S. H. : Cette approche éducative a-t-elle une place particulière dans votre pratique professionnelle ?

Oui. Je consacre une partie importante de la consultation à l'éducation pour la santé. C'est sans doute parce que j'ai une formation de médecin d'adolescents que j'ai appris à consacrer un peu plus de temps que mes confrères généralistes ou spécialistes à l'éducation. C'est un moment de la consultation qui va permettre au jeune d'exprimer ce qu'il ressent et ses besoins. Quand, dans le service, il est procédé à l'examen physique d'une adolescente, par exemple, on profite de ce bilan pour expliquer ce que nous faisons, ce qui se passe, et ainsi essayer de répondre aux questions qui surviennent. Pourquoi une anorexique a-t-elle les mains froides ? Nous expliquons la circulation sanguine et le fonctionnement du cœur. Nous avons une approche dynamique, interactive, libre, sans forcément utiliser des planches explicatives. On prend la tension, on a un stéthoscope... Ça permet de faire écouter son battement car-

diac à l'adolescente. En fait, nous profitons de cette approche exceptionnelle du corps, pour travailler sur les représentations et la prise de conscience du fonctionnement du corps.

S. H. : Et du point de vue de l'adolescente ?

Une fois encore, l'adolescence est bien un moment particulier de découvertes, où s'installent des orientations pour l'avenir. L'approche du corps est fondamentale. L'adolescente, surtout si elle connaît des troubles alimentaires, a du mal à mettre des mots sur ce qu'elle ressent. C'est l'occasion d'essayer de caractériser ses sensations. La faim, par exemple. Cette notion de faim est un symptôme important dans la définition du trouble alimentaire. Ce n'est pas évident pour cette jeune fille de dire comment elle sait qu'elle a faim. Tout ce travail ne peut se faire en une seule consultation, vous vous en doutez. Nous essayons d'installer une relation de confiance, de simplicité, dans laquelle l'écoute de l'adolescente sert de trame. Et, en fonction de ce qu'elle exprime, nous allons lui proposer, par des exercices à faire chez elle, par exemple, de travailler sur une sensation particulière. Toute la partie thérapeutique se construit autour de cette approche éducative. D'où l'importance, pour moi, d'appeler cette approche une éducation pour la santé. Ce n'est pas que de la sémantique.

S. H. : Pourquoi et comment incluez-vous les familles et l'entourage dans cette démarche éducative ?

Nous ne pouvons pas concevoir de soigner des adolescentes sans impliquer leurs proches. Nous recevons toujours avec elles un parent, voire la famille entière. Surtout si cela concerne une jeune anorexique. Nous parlons ensemble des repas, de la cuisine familiale, du contexte relationnel, etc. Le champ est large. C'est tellement important, dans l'analyse du trouble alimentaire et dans sa compréhension, de prendre le temps de l'écoute des proches et de s'intéresser à l'environnement de l'adolescente concernée. C'est la famille, bien sûr, mais aussi les copains et les personnes significatives de son entourage. Ce peut être aussi des éducateurs si cette jeune est suivie, des assistants sociaux, des professionnels de la justice, etc. C'est aussi évidemment l'école si les enseignants et les personnels scolaires ont une relation privilégiée avec la patiente. Au près de cet environnement, nous recueillons des informations, et nous apportons aussi des éléments de connaissance et d'accompagnement utiles pour la jeune adolescente, souvent plongée dans le déni de ses troubles. Nous essayons ainsi de mettre en place des actions, des gestes, des pratiques qui, je crois, sont de l'éducation pour la santé.

S. H. : Quels sont les axes d'intervention en éducation pour la santé que vous préconisez à vos patients ?

J'en vois trois très complémentaires. Le premier est ce que j'appelle l'image

du corps (NDR : voir aussi à ce propos l'article de Xavier Pommereau dans ce même numéro). Cet axe d'intervention répond directement la demande de 70 à 80 % des jeunes filles de nos pays, qui affirment : « Je veux maigrir, je veux changer mon corps, je me trouve trop grosse... » Notre intervention consiste alors à aborder les questions des vêtements, de la représentation du corps, au travers d'éléments qui les intéressent. Progressivement, la notion de corps nouveau et les caractéristiques personnelles sont abordées et intégrées. Même chose pour la puberté et la sexualité. Le deuxième axe est plutôt lié à l'alimentation et à l'activité physique. Il s'agit d'un axe comportemental. Nous allons essayer de travailler sur ces comportements. Augmenter ou diminuer l'activité physique, expliquer les conditions d'une bonne alimentation. Là, il ne s'agit pas seulement de parler de diététique. Il s'agit plutôt d'évoquer les conditions d'un repas, de ce moment de convivialité et d'échanges à rechercher avec la famille et les proches. Et, enfin, le dernier axe est consacré au développement en général. Il concerne les aspects physiques, psychiques, sociaux, et intègre l'environnement et le milieu de vie.

S. H. : Est-ce que vous constatez dans votre pratique des éléments de blocage ou des difficultés particulières ?

Du côté de l'adolescente, l'approche globale permet bien souvent de parler plus facilement de l'alimentation, des activités, voire du projet thérapeutique dans son ensemble. Cela évite de foca-

liser l'attention sur le trouble. Nous avançons ensemble, doucement. Pour un trouble du comportement alimentaire, il nous faut bien une année d'accompagnement, et très souvent plusieurs années en cas d'anorexie ou de boulimie. Nous avons une difficulté parfois, non avec la famille, mais avec le fait que l'adolescente, dans son environnement, se sent le point de mire. Là encore, il faut du temps. Dans le cas d'un fonctionnement familial franchement perturbé, nous insistons particulièrement sur la pluridisciplinarité de la prise en charge, incluant une psychothérapie individuelle et une thérapie de la famille.

S. H. : Comment agir en amont des troubles ? Quels messages d'éducation pour la santé souhaitez-vous transmettre ?

Le premier message serait : « Vivons la différence ! » J'entends sans cesse dans la bouche des jeunes qu'elles veulent ressembler à une image qui est toujours la même, celle que nous propose la société, une sorte d'idéal imposé. Respectons la différence, que ce soit la couleur, la langue, la forme du corps, et la génétique. Ensuite, je dirais : « Essayons de baisser le niveau d'exigence et de performance que nous avons par rapport aux adolescents. » Cela commence dès l'enfance. Il est frappant pour nous, professionnels, de voir arriver dans nos consultations des parents, accompagnés de leurs enfants, nous demandant de les faire maigrir. Ces parents ont clairement un niveau d'exigence trop élevé. Mais ils ne sont pas les seuls responsables car ils sont eux-mêmes fortement influencés par le culte de la performance, omniprésent dans notre société. Et, d'ailleurs, les adolescentes y sont aussi sensibles. Dans un tel cadre, il est de notre responsabilité d'inverser la vapeur. Parlons de plaisir à ces jeunes qui n'entendent que les mots stop ou restriction ! Le plaisir est intégré à la vie. Certains jeunes occultent cette notion de plaisir et n'osent pas en parler. Enfin, parlons du rôle du corps avec eux. Le corps est un sujet d'intérêt et de préoccupation très important chez l'adolescent. Ce n'est pas pour rien que les troubles alimentaires se développent dans cette tranche d'âge.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

Saint-Étienne expérimente la prévention en réseau

Peut-on prévenir la survenue des troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes ? Le service de psychiatrie et addictions du CHU de Saint-Étienne suit des anorexiques au jour le jour. La prévention, dans le service, c'est avant tout l'écoute, l'installation d'un travail en réseau entre professionnels et la mise en relief de la difficulté de l'adolescente d'être soi du fait... justement d'une trop faible estime de soi.

Pourquoi la prévention ? L'intérêt de la mise en place d'un projet de prévention des troubles des conduites alimentaires (TCA) est de diminuer le risque d'apparition de ce trouble mais aussi d'éviter les conséquences. Le taux de mortalité est important pour la tranche d'âge des 12-25 ans (de 2 à 7 % à sept ans d'évolution depuis le début des troubles). Une fois le diagnostic posé, les traitements sont longs, leur efficacité relative et les besoins de soins élevés. Rechutes et chronicité vont entraîner la désintégration du rôle social, l'apparition de comorbidités psychiques (dépression, troubles anxieux, toxicomanie, automutilations, troubles de la personnalité, suicide) et somatiques (ostéoporose, troubles hormonaux, insuffisance rénale).

La prévention en perspective

Il est artificiel de se crispier sur les limites séparant la prévention primaire de la prévention secondaire. En effet, il existe un continuum entre le simple malaise de l'adolescence, qui peut être responsable de préoccupations corporelles passagères, et d'un régime pour « améliorer la situation », l'installation de premiers symptômes isolés d'anorexie ou de boulimie, les troubles des conduites alimentaires incomplets ou non spécifiques, et le trouble authentifié. Il est permis de supposer que l'action de prévention peut se situer à tous les niveaux de cette chaîne. Si l'on se situait dans un ordre chronologique, on pourrait penser en premier lieu à la petite enfance. À ce moment, une action de prévention se situerait ainsi bien en amont des troubles, au niveau d'un travail de soutien à la fonction parentale, à l'investissement du développement affectif et relationnel. Ce travail pourrait s'adresser aux parents qui ont déjà

dans leur enfance présenté des troubles des conduites alimentaires ; certains auteurs ayant montré que les mères avec des antécédents de TCA pourraient plus que les autres présenter le risque d'avoir des conduites perturbées en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant et une fonction parentale déficiente (1, 2). Il pourrait aussi s'adresser à ceux qui, de façon notoire, sont dans des conduites actuelles de restriction, ceux qui privilégient la fonction éducative sur la relation affective. Ainsi pour B. Brusset (3), l'essentiel des besoins affectifs de la petite enfance pourrait être nié alors que les besoins physiologiques sont pris en compte. C'est dans cette perspective chronologique que nous avons évalué à Saint-Étienne, chez soixante enfants scolarisés en maternelle, les préoccupations corporelles, en appliquant un indice mesurant la satisfaction corporelle. À 5 ans, les enfants s'avèrent satisfaits de leur silhouette. Ce n'est plus le cas chez les adolescents, ce qui montre l'impact socioculturel et médiatique.

Sur un plan pragmatique, il paraît opportun de mettre en valeur les situations favorisant les actions de prévention et nous en avons distingué deux catégories différentes :

- les situations moins formelles, qui concernent la mobilisation et la mise en perspective de la vie émotionnelle et affective d'un adolescent, d'un adulte jeune et/ou celle de sa famille ;
- les situations organisées qui concernent le repérage des facteurs plus objectifs ou mesurables, comme les facteurs de risque ou certaines dimensions psychologiques, et qui vont aboutir à des actions plus « programmées ».

Favoriser la parole

Certaines actions, souvent « spontanées », s'adressent à un individu et plus difficilement à un groupe. Le patient est incité à s'exprimer. S'il est concerné par les difficultés alimentaires ou par des symptômes, parler lui permet de comprendre ses pensées (pensées prévalentes, obsessions), qui s'imposent parfois comme obstacle à sa réflexion. Parler lui permet de verbaliser des problématiques, des conflits psychiques.

Il n'est pas rare que certains adolescents ou adultes jeunes traversent une période où ils se sentent vulnérables et éprouvent un mal-être général témoignant de la difficulté d'être soi. Pour chacun d'eux, le vécu va être douloureux, le comportement hésitant. Et ils vont parfois trouver une réassurance à s'engager dans une conduite dans laquelle ils risquent de se trouver peu à peu enfermés. Ils se seront installés dans les troubles du comportement alimentaire. L'action de prévention pourrait se situer à cette période de vulnérabilité explicite. Si le sujet peut dire ses difficultés à cette période, il pourra peut-être ne pas être touché par ces troubles.

Les parents sont eux situés sur une ligne difficile à tenir, entre le champ des acteurs du soin ou de la prévention et celui du milieu où s'est construit cet adolescent. Ils sont impliqués, bien sûr non coupables, mais beaucoup devront mener à bien un sérieux travail pour se dégager d'une culpabilité ressentie. C'est ainsi qu'à Saint-Étienne nous avons encouragé la création et le développement de l'Association des familles pour l'anorexie et la boulimie par des actions en collaboration avec les professionnels socio-médicaux, les établissements scolaires et les familles.

Il peut être utile que ce travail de prévention qui permet la valorisation de la parole et de l'écoute soit diffusé par d'autres acteurs que des soignants. Les parents ont un rôle à jouer, mais aussi les éducateurs, les enseignants, etc. Ce travail de la parole est un travail du quotidien, difficilement mesurable mais incontournable.

Prévention : à qui s'adresser ?

Actuellement, les études portant sur les facteurs de risque d'apparition des troubles de la conduite alimentaire ne permettent pas d'apporter des éléments spécifiques par rapport à celles portant sur les troubles du vaste champ des addictions. Les facteurs de risque ne sont pas des facteurs explicatifs mais ils représentent des dimensions qui accompagnent la survenue et l'existence de troubles de la conduite alimentaire. Les facteurs retrouvés de façon classique (4) sont : les troubles psychiatriques dans les antécédents familiaux, l'obésité chez les parents, la tendance à faire des régimes, une faible estime de soi et la préoccupation pour sa silhouette. Il semble d'autant plus important de cibler une population risquant de présenter un trouble du comportement alimentaire que certaines actions peuvent susciter une réticence dans la population générale, ou se révéler carrément délétères dans une population jeune, très influençable ou vulnérable. Ainsi, les garçons n'aiment généralement pas qu'on leur pose des questions sur leur alimentation ou leurs préoccupations corporelles. Pour eux, ce sont des questions qui préoccupent les filles. Une revue de la littérature (5) sur des études contrôlées de prévention relève que celles-ci sont plus efficaces lorsque les sujets sont en fin d'adolescence. Elles méritent d'être classées en deux catégories : celles qui s'adressent à une population générale et celles qui s'adressent à une population ciblée estimée à risque. Les premières sont moins efficaces et R.B. Gresco et J.H. Rosenvinge (6) ont montré, dans ce cadre, que le fait de décrire directement les symptômes des TCA pouvait entraîner chez des adolescents perturbés une augmentation de l'intérêt pour les troubles, confirmant en cela l'hypothèse de Habermas (7).

Lorsque, à travers un grand échantillon, on essaie de sélectionner des sujets à risque, il est nécessaire de s'appuyer sur des critères fiables. Ainsi, le

relevé de poids extrêmes, sur plus de trente mille élèves de 3^e, nous a permis de constater que toutes les maigreurs extrêmes ne représentent pas obligatoirement une anorexie mentale, mais qu'il y a parmi elles des maigreurs constitutionnelles. La boulimie, notamment dans sa forme sans vomissements, n'est pas exceptionnelle à cet âge. Les garçons obèses sont plus découragés et moins demandeurs d'aide que les filles. Une enquête menée auprès de trois mille trois cents élèves nous a permis d'identifier comme facteurs de vulnérabilité la baisse de l'estime de soi et l'insatisfaction corporelle, qui sont des dimensions très liées avec le risque de présenter des symptômes ou le trouble.

Sensibiliser et agir

La découverte de ces préoccupations alimentaires chez les élèves de 3^e et le lien établi avec une vulnérabilité psychologique ont motivé les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale du département de la Loire à mieux connaître les troubles et à se former à l'utilisation d'outils favorisant le diagnostic. Il en est de même du personnel soignant de la médecine préventive universitaire du pôle universitaire de Saint-Étienne. Au titre de la prévention, chaque année, depuis 2005, mille cinq cents étudiants du premier cycle sont systématiquement évalués à la recherche d'une souffrance psychique (anxiété, dépression, risque suicidaire, trouble de l'estime de soi) ou de conduites addictives avec des substances (tabac, alcool, cannabis, etc.) ou sans substances, dont les TCA. Une semaine après leur évaluation, les étudiants déclarés comme à risque ou perturbés bénéficient d'une information sur leur difficulté et surtout d'un entretien quasi systématique avec un médecin formé au diagnostic. Si l'étudiant le souhaite, il pourra bénéficier d'une orientation vers des structures spécialisées. Toujours en milieu universitaire, dans le cadre d'une recherche européenne « réseau Marie-Curie », deux actions sont en cours de développement¹.

Pour conclure, le travail de prévention nous apparaît comme étant spécifiquement un travail de réseau, et notre espoir est de voir se développer le réseau de santé pour les troubles de la conduite alimentaire sur la région Rhône-Alpes regroupant tous les professionnels socio-médicaux, les enseignants, les médecins traitants et les familles. Cette initiative a

déjà reçu le soutien de la Fondation de France et du Fonds d'intervention pour la qualité et la continuité des soins. Ce réseau TCA Rhône-Alpes devrait aussi favoriser des actions de prévention, la formation des professionnels, et aussi la diffusion de bonnes pratiques de soins dans toute la région.

Stéphane Billard, Assistant chef de clinique,
Jean Okala, Attaché de recherche clinique,
Linda Szabo, Psychologue, jeune chercheur
réseau Intact, **Bruno Estour**, Endocrinologue,
professeur, chef de service, **François Lang**,
Psychiatre, professeur, chef de service,
service universitaire de psychiatrie
et des addictions, CHU de Saint-Étienne.

Nos remerciements pour leur collaboration : le service médical des élèves de la Loire, la médecine préventive universitaire de Saint-Étienne et l'unité TCA du CHU de Saint-Étienne.

1. Une action est fondée sur la recherche sur les facteurs de risque de développer des troubles de la conduite alimentaire : les étudiants seront invités à participer à cette recherche et à remplir régulièrement un questionnaire par le biais du réseau Internet. Une seconde action consiste en l'évaluation d'un programme de prévention par Internet, spécialement dédié aux sujets à risque de présenter un trouble du comportement alimentaire.

Pour en savoir plus :
francois.lang@chu-st-etienne.fr

► Références bibliographiques

- (1) Paikoff R.L., Carlton Ford S., Brooks-Gunn J. *Mother-daughter dyads view the family*. Journal of youth and adolescence 1993; 22: 473-92.
- (2) Byely L., Archibald A.B., Graber J., Brooks-Gunn J. *A prospective study on girl's body image and dieting*. Int J Eat Disord 2000; 28 (2): 155-64.
- (3) Brusset B. *L'adolescente anorexique et sa mère*. Dialogue 1988 ; n° 99 : 49-54.
- (4) Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H., Welch S.L. *Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons*. Archives of General Psychiatry 1999; 5 : 468-76.
- (5) Stice E., Hoffman E. *Eating Disorder Prevention Programs*. In: *Eating Disorders and Obesity*; John Wiley and Sons 2003: 33-57.
- (6) Gresko R.B., Rosenvinge J.H. *The norwegian schooled-based prevention model*. In: Vandreycken W., Noordenbos G. (eds). *The prevention of eating disorders*. New-York: University Press, 1998 : 75-98.
- (7) Habermas T. *Possible effects of the popular and medical recognition of bulimia nervosa*. Br J med psychology 1992 ; 65(1) : 59-66.

Réseau de prise en charge dans le Sud-Ouest : éviter l'hospitalisation

Tout mettre en œuvre afin d'éviter l'hospitalisation, c'est l'objectif fort du réseau de prise en charge des patients atteints d'un trouble du comportement alimentaire autour de Bayonne, dans le Pays basque et le sud des Landes. Art-thérapie, groupes de parole, thérapies familiales : chaque patient bénéficie d'une palette de moyens parmi lesquels une psychothérapie individuelle. Les professionnels travaillent en lien, formant un réseau au milieu duquel se trouve le médecin traitant.

Le trouble des conduites alimentaires de type anorexie-boulimie se situe au carrefour d'influences socioculturelles, familiales, psychologiques et corporelles. L'accompagnement proposé à ces patients doit permettre de prendre en compte à la fois le symptôme de dénutrition, ses répercussions, la détresse de la personne et celle de sa famille, qui est considérée comme une alliée dans le système de soins. De plus, la pluralité des intervenants soignants permet d'éviter d'éventuels jeux relationnels complexes et souvent dommageables, propres à cette problématique, et qui risqueraient de se produire dans une relation thérapeutique avec un seul soignant.

Ainsi, dans le cadre du réseau Dabanta, qui tire son nom de l'association qui lui a donné naissance (Resodabanta : Réseau d'Études et de SOins pour les Désordres Alimentaires Boulimiques et ANorexiques en Terroir Aquitain), une équipe salariée composée de psychologues, psychomotriciens, art-thérapeutes, diététiciens, infirmier relaxologue, coordinateur médical, coordinateur administratif et secrétaires, permet d'offrir aux patients des soins non pris en charge par la Sécurité sociale, en venant s'appuyer sur les professionnels de santé déjà présents auprès du patient : psychiatres, pédo-psychiatres, pédiatres, médecins généralistes, endocrinologues, médecins et infirmiers scolaires.

Psychiatrie et nutrition

Le réseau Dabanta est né de la rencontre de deux médecins libéraux, l'un nutritionniste, l'autre psychiatre, chacun

soignant de jeunes patients anorexiques. Progressivement, ils ont élargi la palette de soins, en associant au suivi somatique des thérapies « bifocales » (un psychiatre garant du cadre et un psychologue), puis des groupes de parole de patients et de parents à partir de la plate-forme institutionnelle du centre médicopsychopédagogique de Bayonne (CMPP des pupilles de l'enseignement public des Pyrénées-Atlantiques). L'introduction des premières thérapies corporelles dans l'offre de soins fut l'occasion de formaliser cette action au sein d'une association loi 1901 nommée Resodabanta. Des prises en charge spécifiques se sont alors développées, et l'offre de soins pluridisciplinaires s'est renforcée grâce à un premier financement « non reconductible ».

D'autres rencontres ont permis de diversifier les modalités d'intervention et d'établir une coordination administrative, avant d'obtenir un financement de la Dotation régionale au développement des réseaux de santé (désormais remplacée par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). La charte et la convention constitutive du réseau Dabanta ont été signées en septembre 2004, ce qui permet d'élargir la capacité de soins aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant des troubles des conduites alimentaires telles que l'anorexie, la boulimie, le surpoids, et l'obésité. Son champ d'intervention a pu être formalisé et un livret d'accueil a été élaboré pour permettre aux acteurs de santé concernés et aux patients de mieux se situer dans cette action. La rencontre du patient avec l'un des médecins référents

du réseau (le médecin traitant, par exemple) permet d'évaluer l'indication d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'en définir l'architecture. À cette occasion, le patient reçoit le livret d'accueil, sur lequel figure le détail des soins proposés, le médecin accompagnant le patient afin de l'aider à orienter ses choix.

L'évaluation clinique

Si l'indication d'une prise en charge est posée, le patient doit compléter et signer le document d'information aux usagers, qui rappelle les engagements fondamentaux d'un réseau de soins et permet de collecter certaines informations concernant son environnement médical. À partir du recueil de ces données, le partenariat avec les professionnels de santé désignés par le patient peut s'organiser. En effet, le réseau a été en partie construit sur l'idée d'intégrer le médecin traitant au suivi et au traitement du jeune souffrant de troubles alimentaires. Le médecin est invité à participer aux réunions de synthèse clinique hebdomadaires, où sont présents tous les membres de l'équipe, acteurs du réseau. Des documents de synthèse du suivi et les résultats de l'évaluation clinique lui sont régulièrement envoyés.

Cette évaluation vient marquer le début de chaque prise en charge avec une réévaluation annuelle. Elle se compose du questionnaire semi-structuré *Eating Disorder Examination* (EDE), issu d'une pratique anglo-saxonne, traduit et validé par F. Monneyron, de l'Institut mutualiste Montsouris, à Paris, qui a formé et validé les psychologues

cliniciens du réseau. L'EDE évalue la psychopathologie spécifique des troubles du comportement alimentaire par une approche dimensionnelle et catégorielle.

Dans un second temps, une psychothérapie individuelle est systématiquement proposée. Elle vient soutenir la personne dans sa démarche de recherche d'une solution qui lui permette de se dégager de l'enfermement de la répétition.

Thérapies familiales, relaxation, art-thérapie et groupes de parole

Les thérapies peuvent être un outil pour travailler sur les automatismes alimentaires et leurs conséquences dans la vie quotidienne (difficultés relationnelles, professionnelles, baisse de l'estime de soi, dépression). Cette approche est réalisée en individuel ou en groupe, selon les besoins.

Les thérapies familiales sont proposées pour allier les parents, les frères, les sœurs, l'entourage du patient, au système de soins. Elles visent à aider chaque famille à reconnaître et développer ses propres ressources en vue

d'atteindre un nouvel équilibre dans cette période de crise. L'intervenant construit un cadre rassurant pour permettre de travailler avec la famille sur son vécu actuel, son mode de communication, son fonctionnement et son histoire, afin d'orienter le patient vers un changement. Grâce au soutien de la Fondation de France, un groupe multifamilial complétera cette approche dans le courant de l'année.

Des séances individuelles de travail corporel peuvent également être proposées aux patients ; le médiateur utilisé étant la relaxation. Le projet global de ces séances est d'aider ces jeunes à se réapproprier leur corps côté plaisir.

Les groupes d'art-thérapie, à dominante arts plastiques, sont orientés vers la redécouverte d'une saveur existentielle, essentiellement véhiculée par le « plaisir de faire ». Dessin, peinture, sculpture, etc., des domaines où l'imaginaire s'inscrit dans la réalité, pour aider à aller mieux.

Le groupe de parole de patients les invite à s'interroger sur leurs difficultés, à échanger sur leur vécu, à repérer ce

qui leur est identique, ce qui les différencie, à mettre en évidence des liens entre ce qui se dit, ce qui se ressent. Les émotions, les pensées sont verbalisées et contribuent à mettre en paroles les souffrances pour mieux s'en dégager.

Ainsi, le réseau Dabanta permet au patient d'être au cœur d'un système de soins intégrant le médecin traitant. Il met en œuvre également des actions de prévention à destination des partenaires de santé, des jeunes et des structures qui les accueillent. En conclusion, le travail en amont du réseau permet de réduire nettement le nombre d'hospitalisations, inhérentes à cette pathologie.

Gilles Bibette

Psychiatre, animateur,

Philippe Nicolas

Coordinateur administratif,
réseau Dabanta, Bayonne.

Pour en savoir plus

Réseau Dabanta

Tél. : 05.59.63.16.40

Courriel : resodabanta@pep64.org

Entretien avec le docteur Gilles Bibette, psychiatre et animateur du réseau Dabanta.

« Nous devons agir vite, efficacement et en réseau »

Le docteur Gilles Bibette anime l'un des réseaux pionniers de prise en charge de l'anorexie, situé en région Aquitaine. Il souligne combien le jeune anorexique a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, incluant un accompagnement psychothérapeutique et psychiatrique.

La Santé de l'homme : *Vous animez, avec d'autres professionnels de la santé, un réseau pour prendre en charge ce que vous appelez les « désordres alimentaires boulimiques et anorexiques ». Pourquoi un tel réseau ?*

Gilles Bibette : Cela fait maintenant quelques années que je m'occupe des troubles du comportement alimentaire. Et si, à l'époque, j'ai très vite ressenti, dans mon exercice de médecine libérale, le besoin d'entourer le patient d'une

approche pluridisciplinaire, aujourd'hui je vous répondrai avec certitude que le réseau Dabanta, né en 2005, est une nécessité. D'abord, bien sûr, au profit du malade, mais aussi pour le plus grand bénéfice des professionnels de santé qui interviennent ensemble.

S. H. : *C'est-à-dire ?*

Le jeune anorexique a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, comme il en existe parfois dans les centres hospitaliers universitaires ou dans cer-

tains services spécialisés. Et nous savons aussi que face à l'anorexie, comme face à la boulimie d'ailleurs, nous devons agir vite et avec efficacité. Mettre en place une prise en charge ambulatoire, comme notre réseau le propose, c'est réagir non seulement d'une manière forte par la mobilisation d'un certain nombre de gestes et de savoirs médicaux mais également précocement. Une jeune fille suivie pour des troubles alimentaires au Pays basque ou dans les Landes commence à maigrir dangereusement. Elle pourra alors bénéficier d'un

accompagnement psychothérapeutique, psychiatrique. Le médecin généraliste, qui est souvent à l'origine de l'alerte médicale, va être rapidement intégré dans l'équipe. Nous pourrions fournir de la relaxation, de la thérapie familiale, toutes sortes de suivis, afin d'éviter que l'amaigrissement se poursuive. Notre objectif est d'éviter ainsi l'hospitalisation. Si celle-ci s'avère absolument nécessaire – dans les tranches d'âge des 12-25 ans, nous y sommes confrontés deux ou trois fois chaque année –, l'équipe se déplace à l'hôpital et nous transformons ainsi un service de pédiatrie ou un service général en un service spécialisé puisque les soins se poursuivent à l'hôpital.

S. H. : *Agir vite, précocement, en pluridisciplinarité sont certaines des raisons que vous évoquez pour justifier ce réseau. Ces raisons ne sont-elles pas valables pour toutes formes d'interventions médicales ? En d'autres termes, en quoi sont-elles particulièrement adaptées à l'anorexie ?*

Cette question est importante. Nous nous occupons de quatre cents personnes environ dont quarante à cinquante patientes de 12 à 25 ans souffrant d'anorexie ou de boulimie. Notre territoire va du sud des Landes à la côte basque et un peu à l'intérieur du Pays basque, soit

un bassin de 350 000 habitants. Si nous voulons répondre à notre défi, nous devons compter, d'abord, sur nos propres forces. Et aussi sur le fait que le travail pluridisciplinaire est indispensable pour faire reculer les symptômes liés à la maladie. Que savons-nous de cette maladie ? Souvent, il y a eu un accident d'ordre relationnel, une séparation, une rupture avec des copines qui a été difficile, un frère, très présent, parti faire ses études ailleurs. Du coup, la jeune fille se retrouve un peu trop cernée par les parents. Ce qui se passe, c'est qu'elle est envahie par des idées alimentaires. Une anorexique ? Ce n'est pas parce qu'elle ne mange pas qu'elle n'y pense pas. Elle y pense tout le temps. Elle a remplacé l'objet relationnel par un objet alimentaire. Ensuite, elle fait ce qu'elle n'a pas réussi à faire avec l'autre, c'est essayer de maîtriser. Cela devient une addiction. Plus elle maigrit, plus elle a besoin de maigrir.

S. H. : *Qu'est-ce que le réseau lui propose ?*

Nous lui proposons deux choses : lâcher l'objet alimentaire et, en même temps, réinvestir des objets affectifs « neutres » en la personne des thérapeutes. Nous allons essayer d'éviter le problème qu'elle a eu, c'est-à-dire de trop se fixer sur une seule personne,

en présentant un éventail d'accompagnement. Chacun dans le réseau pourra apporter sa pierre à l'édifice. Voilà pourquoi nous parlons d'approche pluridisciplinaire. Une manière de travailler ensemble, une habitude de partager et de confronter notre avis clinique.

S. H. : *En tant que médecin référent du réseau, quels sont selon vous le point fort, et a contrario, le point faible du réseau ?*

Vous l'avez compris. Le réseau Dabanta est, à mes yeux, fort car il a été conçu pour permettre à un médecin généraliste, un endocrinologue, à tout professionnel de santé qui s'occupe de l'anorexie en général de pouvoir, en même temps qu'il suit son patient, bénéficier d'une supervision pluridisciplinaire gratuite, avec des réunions de synthèse qui ont lieu tous les jeudis de 11 heures à 13 heures. Son point faible demeure le financement. Nous avons des financements seulement pour trois ans (financement sanitaire du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, *Ndlr*). Et, vis-à-vis du personnel (dix-sept salariés correspondant à huit « équivalents temps-plein »), il faut être motivé.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

Patients anorexiques : un duo pédiatre-pédopsychiatre pour la prise en charge

Le service pédiatrique du CHU de Nantes s'occupe des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire. La prise en charge est effectuée par un généraliste traitant ou un pédiatre pour l'aspect somatique, et par un pédopsychiatre pour les questions psychiques. Privilégiant le suivi hors hospitalisation, ambulatoire, en lien avec les professionnels libéraux extérieurs et intégré dans un travail en réseau, cette démarche intéressante est malgré tout difficile à mettre en œuvre.

L'accueil fréquent, en service de pédiatrie, d'adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA) nous conduit à réfléchir sur l'organisation des soins. Les adolescents pris en charge sont essentiellement des filles (95 %) présentant un tableau d'anorexie restrictive, c'est-à-dire non associée à une boulimie et uniquement basée sur une restriction alimentaire. Nous constatons que cette affection débute à un âge de plus en plus précoce, prépubertaire ou au tout début de la puberté. Cette pathologie impose aux soignants une adaptation permanente pour répondre aux critères d'une médecine transdisciplinaire axée sur un groupe d'âge et non un système.

Du premier contact à la prise en charge, un réseau s'installe autour de l'adolescent. Les unités pédiatriques accueillant des adolescents se sont intégrées à ce réseau de soins centré sur les TCA.

La phase du diagnostic

Le premier contact est souvent médical, somatique. La première rencontre se fait autour des signes cliniques : amaigrissement rapide, arrêt du développement pubertaire (plus fréquent que l'aménorrhée), troubles somatiques divers cachant l'anorexie. Le médecin traitant, pédiatre ou généraliste, est le premier contacté. Le symptôme anorexique n'est pas toujours évident. Le réseau initial va chercher à affirmer le diagnostic et à éliminer les autres causes d'amaigrissement important : maladie inflammatoire du tube digestif, tumeur, etc. Pour les adolescents jeunes

que nous recevons, c'est le parcours pédiatrique qui est d'abord activé, avec une demande d'avis ou d'hospitalisation en milieu pédiatrique. Très rapidement, le bilan confirme l'anorexie restrictive. L'orientation actuelle de notre unité permet d'emblée une prise en charge bifocale somatique et psychique, avec intégration des dimensions culturelles et sociales (approche biopsychosociale), dans un véritable réseau de soins constitué autour des adolescentes et de leurs parents.

L'orientation et les premières prises en charge

Après cette phase diagnostique, la prise en charge sera adaptée à la gravité, au retentissement somatique et aux capacités familiales. Elle évoluera dans le temps suivant les aléas de la maladie et ses conséquences sociales. L'anorexie se déroule en quatre actes : perte de poids, stagnation dynamique, reprise pondérale et les suites de la pathologie. Pour chaque acte, le réseau de soins doit s'adapter et proposer des orientations personnalisées.

Nous privilégions les suivis ambulatoires. Une collaboration étroite des structures concernées est nécessaire. L'équipe hospitalière propose des consultations régulières qui sont pour nous des consultations conjointes, alliant un pédiatre et un pédopsychiatre, recevant l'adolescent, puis les parents et l'adolescent. Cet aspect est capital car il permet le double regard essentiel à cette pathologie qui met en jeu le corps et la psyché. Il faut oser cet abord qui révolutionne les pratiques !

Des thérapies de groupe sont associées, le psychodrame et le groupe de parole. Un suivi extérieur est organisé autour de la psychothérapie individuelle, souvent pratiquée en pédopsychiatrie de secteur, et d'un accompagnement régulier du médecin traitant. La poursuite de la scolarisation impliquera un travail de liaison avec la médecine scolaire et une adaptation du rythme de travail.

L'adaptation à l'évolution

L'hospitalisation est souvent nécessaire à un ou plusieurs moments de l'évolution. Les motifs sont liés à la gravité et à la dénutrition ainsi qu'aux difficultés des familles. Elle se fait parfois par un passage aux urgences au moment de crises insupportables aiguës. L'hospitalisation s'effectue dans une unité de médecine de l'adolescent au sein d'un service de pédiatrie, au milieu d'autres adolescents malades.

L'augmentation de l'incidence de cette pathologie implique l'adaptation des équipes. De véritables réseaux de prise en charge internes doivent être organisés car les soignants sont pris dans la tourmente de cette pathologie. Pour tous, le défi à relever va être de transformer un sentiment d'impuissance en une puissance agissant pour le bien de l'adolescent. Les infirmières-puéricultrices et les auxiliaires de puériculture sont au plus près de la réalité physique. Avec les médecins, elles définissent les règles de sécurité et le cadre, avec ou sans contrat. Éducateurs, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et co-thérapeutes sont associés. Les activités

de groupe se poursuivent suivant l'état clinique de l'adolescent. Dans un milieu pédiatrique, la question du sens de l'hospitalisation est posée régulièrement. Les séjours prolongés sont de gestion difficile pour les soignants. Un travail de réflexion commune de ce réseau interne est nécessaire mais souvent insuffisant. L'assemblage nécessite un travail sur la notion du temps, différente pour les psychiatres et les pédiatres. Le réseau interne hospitalier est confronté aussi à la gestion de l'échec, de la rechute et de l'impression du « tout cela ne sert à rien ».

La confrontation à la résistance aux propositions de l'équipe soignante caractérise cette maladie mais est inhabituelle pour les soignants, et elle les oblige à une adaptation du discours. L'étape de résistance fait partie de la trajectoire de la maladie et des ressources des adolescentes (1).

L'équipe s'est habituée à cette problématique. La coordination est essentielle, basée sur un soutien mutuel fort, sans confusion des rôles et des places. En particulier, l'équipe doit résister aux conflits générés en son sein par l'adolescente anorexique elle-même, conflits à l'origine de certains échecs de la prise en charge.

La famille

Sa prise en charge est inscrite dans le fonctionnement pédiatrique. Nous ne pratiquons pas d'isolement de l'adolescent. Il n'a, *a priori*, pas fait la preuve de son efficacité et pourrait être à l'origine d'une surpathologie psychologique chez le jeune adolescent. Les visites sont donc régulières. Les rencontres des parents avec l'équipe sont également régulières.

Des groupes de parole destinés aux parents sont organisés par l'unité d'addiction « Adulte » et nous les incitons à y participer. Le réseau familial est éprouvé par cette maladie, comme par toutes les maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent, mais aussi très culpabilisé. Une prise en charge des fratries est organisée. Des thérapies familiales sont souvent indiquées.

La relation avec le réseau d'addiction

L'unité de médecine de l'adolescent est en relation avec l'unité d'addiction qui reçoit les adolescents de plus de 16 ans et les adultes. Un réseau départemental a été créé : Abela (Anorexie Boulimie En Loire-Atlantique). Une coordination de la prise en charge est prévue, avec un temps de discussion autour de dossiers difficiles ; des repré-

sentants des familles sont associés. L'organisation de la transition de la prise en charge pédiatrique vers les structures adultes est une préoccupation permanente du réseau.

Conclusions et souhaits

L'anorexie mentale de l'adolescente est une pathologie complexe et une vraie maladie chronique. La prise en charge pédiatrique des adolescents implique un travail relationnel intense, le plus précoce possible. L'association des moyens internes hospitaliers et des ressources externes permet une prise en charge soutenue dans un contexte inhabituel de résistance. Le réseau de prise en charge doit éviter de laisser seuls les parents et les professionnels face à cette pathologie inquiétante. Le milieu pédiatrique est sans doute adapté à la prise en charge de la plupart de ces adolescents car l'abord conjoint de la psyché et du soma y est habituel. L'inclusion de nos structures dans un réseau de prise en charge des TCA est très souhaitable et permet une meilleure coordination des soins et de la formation des professionnels. Les équipes soignantes disposent de ressources pour agir et pour maintenir le lien thérapeutique. Une analyse épidémiologique et une évaluation des prises en charge sont nécessaires pour soigner cette maladie et doivent être intégrées à cette contribution collective.

Georges Picherot

Pédiatre, chef du service de pédiatrie,
CHU de Nantes.

Contact

Courriel : georges.picherot@chu-nantes.fr

Cet article est inspiré d'*Anorexie et adolescence : concordances ou discordances autour de la prise en charge*. 8^{èmes} Journée du DIU de médecine et santé de l'adolescent et de la Société française pour la santé de l'adolescent – Nantes, le 9 décembre 2006.

► Références bibliographiques

(1) Darmon M. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris : La Découverte, coll. La Découverte poche/Sciences humaines et sociales n° 270, 2008 : 350 p.

Les familles face à l'anorexie

L'anorexie est la résultante de facteurs multiples, pourtant les familles sont encore parfois tenues pour responsables de la pathologie de leur enfant. Les familles ne doivent pas être tenues à l'écart de la prise en charge par les professionnels mais être partie prenante, accompagnées, déculpabilisées et valorisées. État des lieux des connaissances et conseils aux professionnels.

Dès l'identification de l'anorexie mentale, au XIX^e siècle, les parents ont été jugés responsables de cette maladie chez leur fille adolescente, et le XX^e siècle a vu émerger des théories dont la caractéristique essentielle est de véhiculer une vision pathologique de la famille ou de certains de ses membres. Les mères, puis les pères, puis les familles entières ont ainsi été successivement impliqués dans la survenue des troubles du comportement alimentaire (TCA). Ce « folklore professionnel », comme certains psychiatres anglo-saxons l'appellent, s'est autorenforcé au fil des décennies pour déboucher sur un certain nombre de pratiques thérapeutiques consistant soit à tenir la famille à l'écart de la jeune patiente (hospitalisation assortie d'une séparation du milieu familial), soit à l'impliquer dans un travail familial destiné à réparer ses défaillances (thérapie familiale). Ces pratiques entraînent malheureusement en résonance avec le doute et la culpabilité des familles, renforçant une atmosphère d'inquiétude et d'incompétence peu propice à la mobilisation des ressources de la famille.

Quelle responsabilité familiale ?

Au cours des quatre dernières décennies, de nombreux cliniciens ont avancé l'existence de perturbations ou particularités familiales censées favoriser l'émergence des TCA. Par exemple, on a longtemps pensé que la famille d'une anorexique présentait une structure particulière, caractérisée par un niveau socio-économique élevé, des parents plus âgés que la moyenne, un taux de divorce faible comparé à la population générale et une prépondérance du nombre de filles dans la fratrie. Certains cliniciens d'orientation psychodynamique ont émis l'hypothèse de relations précoces défaillantes entre la mère et la future patiente, qui encou-

rageraient précocement l'enfant à satisfaire les besoins de sa mère au détriment des siens propres (1). Enfin, certains pionniers de la thérapie familiale, notamment S. Minuchin (2) et M. Selvini-Palazzoli (3), ont affirmé, dès les années 1960-1970, l'existence d'une famille dite psychosomatique ou anorexigène, marquée par l'enchevêtrement relationnel, la surprotection, la rigidité, l'évitement du conflit et une tendance à impliquer la future patiente dans des conflits conjugaux latents. Le symptôme alimentaire permettrait de détourner l'attention familiale de cette mésentente parentale et de maintenir le consensus, protégeant ainsi la famille de tout changement ou de toute séparation. De nombreux thérapeutes familiaux ont adopté cette conception des familles d'anorexiques et proposé un travail familial visant à modifier ces transactions pathogènes.

Depuis les années 1980, les travaux scientifiques qui ont cherché à vérifier l'existence de ces particularités familiales n'ont pas pu les confirmer (4). Les familles d'anorexiques se caractérisent par une grande diversité de fonctionnements, souvent non pathologiques, même si elles tendent à montrer plus d'insatisfaction et de détresse que les familles dites normales (5). En revanche, il a été démontré que *la qualité du fonctionnement familial est un facteur de guérison non négligeable* et que la manière dont la famille réagit à l'anorexie après sa survenue influence beaucoup l'évolution de la maladie (6). La notion de cause familiale doit donc être remplacée par celle, plus nuancée, de *facteurs familiaux de risque ou de protection, de maintien ou d'amélioration*, dans un continuum de fonctionnement allant d'optimal à très perturbé. La plupart des familles se situent vraisemblablement au milieu de ce continuum (ni

exceptionnelles ni délétères), avec des dysfonctionnements inévitablement amplifiés par la crise de l'anorexie mais aussi avec des compétences pouvant contribuer à la guérison. Ce sont ces ressources que l'accompagnement familial doit chercher à mobiliser, tout en aidant les familles à résoudre les dysfonctionnements risquant de pérenniser ou d'aggraver le trouble.

Familles et thérapies

La thérapie familiale a très tôt été identifiée comme étant particulièrement efficace dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'enfant (7). Il est actuellement établi que la famille, y compris la fratrie, doit toujours être impliquée dans la prise en charge du jeune anorexique (8). Il ne s'agit plus de rechercher un problème familial à réparer mais au contraire de construire un partenariat solide avec la famille, qui lui donne un rôle de « cothérapeute » plutôt que de « copatient ».

En s'appuyant sur cette alliance thérapeutique, il est important d'aider la famille à re-trouver un sentiment de compétence et d'efficacité, souvent mis à mal par les symptômes alimentaires et les conflits qu'ils génèrent. Qu'est-ce qu'une famille compétente ? C'est une famille cohésive et structurée, empathique vis-à-vis de l'adolescente, ouverte au changement et à la remise en question. Les parents doivent être informés sur le trouble, ses causes, ses répercussions et ses mécanismes essentiels. Ils doivent également comprendre l'idée que l'anorexie représente pour leur fille une solution, certes inadéquate et dangereuse, mais une solution quand même, à un grand mal-être psychologique et relationnel qui, pour diverses raisons, n'a pas pu s'exprimer autrement. Cette vision les aidera à mieux accepter le refus et le déni inhérents à

l'anorexie mentale : refus de nourriture, refus de reconnaître la maladie, déni de la maigreur, et refus d'aide et de soins. Les parents doivent également former une équipe solide qui s'implique dans la résolution des symptômes alimentaires sous des formes variant selon l'âge et les besoins de leur fille. Ils doivent apprendre à ne pas se rendre complices de certains comportements symptomatiques : la tyrannie alimentaire (« Je ne mangerai de féculents que si ma mère en mange »), l'achat de yaourts à 0 %, les promenades forcenées à 11 heures du soir, etc. Enfin, ils doivent développer dans la durée un positionnement patient, confiant et empathique vis-à-vis des difficultés de leur fille, tout en restant attentifs aux besoins des autres membres de la famille. Tout cela ne s'invente pas, même si certaines familles ont plus de facilité que d'autres à adopter cette posture dans la durée.

Quelques repères

- *Les équipes scolaires peuvent être les premières à repérer les signes avant-coureurs du trouble.* Il est important qu'elles fassent part de leurs observations à la famille en évitant d'être critiques ou de rechercher des défaillances familiales. L'enseignant devra rester dans son rôle professionnel et éviter de devenir le thérapeute de l'enfant.
- *Il est important que les professionnels concernés ne se mettent pas en concurrence avec la famille* et ne cherchent pas à démontrer à la famille qu'« ils vont réussir là où la famille a échoué ». Cela est particulièrement vrai dans les relations avec les équipes scolaires et hospitalières (infirmières, médecins scolaires, professeurs, équipes de soins, etc.).
- Dans la mesure du possible, *les professionnels de santé doivent écouter la culpabilité, l'impuissance, le sentiment d'échec, mais aussi l'agressivité et le déni des familles et de la jeune anorexique, et soutenir* tout mouvement permettant d'apaiser ce vécu difficile. Écoute et soutien favoriseront la construction d'une prise en charge appropriée sans perte de temps, une mobilisation des compétences familiales et une meilleure empathie de la famille vis-à-vis des difficultés de la patiente.
- *Les professionnels de la santé et de l'éducation doivent être suffisamment informés sur la maladie, son étiologie, son devenir, et le rôle que peut jouer la famille dans l'amélioration des troubles,*

pour pouvoir *partager ces informations avec la famille* et ainsi contribuer à une vision plus commune et déculpabilisée des processus anorexiques. Ce type de guidance psychoéducative redynamise la famille et aide à créer une alliance thérapeutique de qualité (9).

- Les processus impliqués dans l'anorexie et sa guérison sont complexes et plurifactoriels. Ils nécessitent une équipe pluridisciplinaire pour y faire face, et *la famille doit faire partie de cette équipe.*
- Dans la mesure du possible, les professionnels impliqués doivent *encourager la famille à engager un travail familial* avec un thérapeute familial ayant l'expérience des TCA et s'appuyant sur des modèles de thérapie familiale visant à mobiliser la famille en tant que facteur d'amélioration (10).
- Si la jeune fille a été hospitalisée pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, le retour à une vie normale génère souvent de nombreuses angoisses. *Une bonne collaboration entre la famille, l'équipe soignante et l'équipe scolaire permet de préparer le retour à l'école* et aide la jeune fille à gérer ou résoudre des craintes souvent très fortes concernant le regard des autres, sa réintégration sociale, son rattrapage scolaire et son retour à la cantine. Les

enseignants doivent également savoir que le chemin vers la guérison passe souvent par une diminution des tendances perfectionnistes, notamment dans le travail scolaire.

Nous devons garder à l'esprit que l'anorexie, une maladie grave dont l'évolution se fait souvent dans la durée, malmène fortement les forces vives de la famille y compris de la fratrie, paralyse les trajectoires familiale et individuelles et imprime à la famille une identité morbide, au détriment de processus plus sains, souples et ouverts au changement. Quelle que soit la qualité de vie familiale avant l'anorexie, il est impossible pour une famille de vivre l'anorexie au quotidien sans en être perturbée. Les risques de cercles vicieux relationnels et de découragement sont infinis. L'accompagnement familial est une nécessité, que ce soit sous forme de thérapie familiale, de groupes multifamiliaux en milieu associatif ou hospitalier (11), de psychoéducation parentale ou de rencontres informelles entre professionnels et familles.

Solange Cook-Darzens

Docteur en psychologie, thérapeute familiale, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Bruch H. *Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique.* Paris : Payot, 1975 : 446 p.
- (2) Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard university press, 1978.
- (3) Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa.* New York: Jason Aronson, 1978.
- (4) Eisler I. Family models of eating disorders. In: Szukler G., Dare C., Treasure J. (sous la dir.). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* New York: Wiley, 1995.
- (5) Cook-Darzens S., Doyen C., Falissard B., Mouren M.-C., *Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy.* European Eating Disorders Review 2005; 13: 223-36.
- (6) Strober M., Freeman R., Morrell W. *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study.* Int J of Eat Disord. 1997 ; 22(4) : 339-60.
- (7) Russell G.F., Szukler G.I., Dare C., Eisler I. *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry 1987 ; 44(12) : 1047-56.
- (8) Nice. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.* Londres: National Institute of Clinical Excellence, 2004.
- (9) Doyen C., Cook-Darzens S. *Anorexie, boulimie : vous pouvez aider votre enfant.* Paris : Dunod-Interéditions, coll. Vivre sa vie, 2004 : 264 p.
- (10) Cook-Darzens S. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée.* Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2002 : 264 p.
- (11) Cook-Darzens S., Doyen C. *Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique: une expérience ambulatoire.* In : Cook-Darzens S. (sous la dir.). *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques.* Ramonville Saint-Agne : Érès, coll. Relations, 2007 : 384 p.

Entretien avec Marie-Élisabeth Saillet, présidente de l'association Allo anorexie boulimie.

« Nous les écoutons et leur redonnons confiance »

L'association Allo anorexie boulimie, à Nantes, accueille les parents d'enfants souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sa présidente, Marie-Élisabeth Saillet, elle-même mère d'une jeune fille anorexique à l'adolescence, explique le sens de l'accompagnement psychologique, de l'écoute, l'intérêt des groupes de parole. Elle relate aussi les difficultés et la détresse des parents.

La Santé de l'homme : Quel soutien proposez-vous ?

Marie-Élisabeth Saillet : L'association Allo anorexie boulimie a mis en place pour les parents de jeunes souffrant d'anorexie-boulimie et autres troubles du comportement alimentaire :

– une permanence téléphonique les 2^e et 4^e lundi soir de chaque mois de 18 h 30 à 20 h au numéro suivant : 06 37 48 84 80 ;

– un accueil pour le ou les parents, le premier lundi de chaque mois de 17 h 30 à 19 h. Ils parlent de leur situation, certains pleurent, cela les soulage, beaucoup de choses se passent à ce moment-là.

S. H. : Dans quel état d'esprit se trouvent les parents ?

Ils sont complètement désespérés. Souvent, ils n'ont pas consulté de médecin ou, s'ils ont consulté, la pathologie de leur fille n'a pas été identifiée. Avant d'envisager une prise en charge, ils viennent nous voir. Ils sont perdus, veulent savoir ce que l'on en pense, ce qu'ils doivent faire. Ainsi, par exemple, ce couple venu nous voir récemment : le médecin généraliste avait préconisé d'attendre, l'anorexie mentale n'avait pas été repérée. Bien entendu, nous leur conseillons une prise en charge, les encourageons à prendre rendez-vous pour leur enfant avec un psychiatre. Et nous les incitons à participer aux groupes de parole organisés au CHU.

S. H. : Que leur apportez-vous ?

Nous ne soignons pas. Nous les écoutons et tentons de leur redonner

confiance. Notre objectif est que les parents puissent se débarrasser de leur culpabilité, accepter d'être pris en charge, ils ont besoin d'un suivi, ce peut être par un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue. C'est important pour eux... et pour leur enfant ! On a longtemps culpabilisé les parents et en particulier la mère, accusée entre autres d'avoir trop « couvé » son enfant, de ne pas lui avoir laissé suffisamment d'espace, d'indépendance. C'est vrai qu'en tant que parent – je suis moi-même mère d'une fille anorexique – on se culpabilise, on se dit que l'on n'a pas bien fait. Et les parents qui viennent nous voir traînent le même sentiment de culpabilité et ils nous le disent. C'est là-dessus – entre autres – que nous travaillons et dialoguons : on les aide à dépasser cette culpabilité qui empêche d'avancer.

S. H. : Avoir un enfant anorexique, est-ce difficile à admettre ?

Absolument. « *Ma fille a une anorexie mentale* » : le jour où le parent réussit à qualifier l'état de son enfant avec ces mots, il est sacrément allé de l'avant. C'est tout l'intérêt du dialogue que nous avons avec les parents. Ils se sentent mieux compris, ils viennent rechercher la confiance, ils savent qu'ils ont en face d'eux des parents qui ont vécu la même situation. Ils se mettent en ordre pour entrer ensuite dans une dynamique de prise en charge pour leur enfant. Par contre, ils viennent souvent chercher le miracle, la guérison rapide, dans les groupes de paroles qui sont organisés à l'hôpital et auxquels nous sommes associés. Ils veulent savoir ce

qu'il faut faire, combien de temps va durer l'anorexie. Pour ce qui est de ma propre situation, ma fille a été prise en charge par l'espace Barbara du CHU de Nantes et j'ai eu la chance de pouvoir participer rapidement aux groupes de parole mensuels. Cela m'a beaucoup aidée.

S. H. : Comment travaillez-vous en lien avec les groupes de parole qui se déroulent en milieu hospitalier ?

Tout d'abord, il y a des groupes de parole pour les parents et pour les jeunes souffrant de troubles. Nous intervenons, en amont, en orientant les parents vers ces groupes et, en aval, en poursuivant les discussions. À souligner que ces groupes sont ouverts aux parents qui sont en attente de la prise en charge de leur enfant, car le délai de prise en charge peut parfois dépasser trois mois. Nous travaillons donc en lien étroit avec le service du CHU qui assure la prise en charge, nous faisons partie du réseau Abela qui est en train de se mettre en place à Nantes avec l'ensemble du corps médical, paramédical, les enseignants et les personnels de santé de l'Éducation nationale, les associations.

S. H. : Votre fille de 22 ans souffre d'anorexie depuis plusieurs années. Comment se porte-t-elle aujourd'hui ?

Pas mal. Elle a un poids correct, 50 kg pour 1,65 m, sachant qu'elle était descendue jusqu'à 35 kg. Elle travaille depuis quelques mois et vient de prendre son indépendance ; nous restons

vigilants car chez le jeune anorexique-boulimique, les changements peuvent être perturbants et sources de déséquilibre.

S. H. : Comment a-t-elle été prise en charge et comment son état s'est-il amélioré ?

Suite à un rendez-vous avec le responsable du service compétent au CHU de Nantes, elle a été prise en charge à l'hôpital un jour par semaine, avec un suivi psychiatrique en ville. Cette prise en charge a été un premier élément fort. Second élément : elle n'en pouvait plus, elle avait envie de s'en sortir avec une forte conscience de la pathologie qu'elle avait. Elle est entrée dans le jeu du suivi des repas à prendre ensemble, ce suivi a fait son chemin et elle a réussi à reprendre un peu de poids. Le suivi à l'hôpital de jour a duré un an, avec des hauts et des bas : elle a repris du poids assez rapidement, puis son poids a stagné et elle a voulu tout arrêter parce qu'elle considérait que cela allait bien et qu'elle était guérie. En fait, cela n'allait pas du tout, il fallait qu'elle continue et que la situation soit consolidée. Puis elle a pu arrêter la prise en charge par l'hôpital de jour et elle a participé aux groupes de parole « jeunes » tous les quinze jours. Quelques mois plus tard, la psychiatre qui la suivait lui a dit : « *Maintenant, tu peux passer à autre chose* ».

Autre facteur, autre déclic : j'ai réussi à m'occuper de moi, je suis allée voir un psychiatre, j'ai réussi à prendre de la distance avec ma fille. J'ai ainsi pu sortir la tête de l'eau, car on se noyait toutes les deux. Le fait d'arriver un peu à se séparer, à se faire suivre et à reprendre chacun sa vie a été central. Quand elle est allée mieux, elle m'a dit qu'elle avait l'impression de renaître après une sorte de coma de deux à trois ans ; d'ailleurs, elle ne se rappelait plus du tout de certaines choses ! Comme une grande absence. Les parents qui viennent nous voir témoignent d'un vécu similaire.

En fait, on a tendance, en tant que parent, à protéger tellement son enfant anorexique que l'on n'assume plus son rôle de mère ! On a tellement peur que l'on ne sait que dire à son enfant et on ne dit plus rien, on se laisse complètement déborder. C'est valable aussi pour le père. Or, pour améliorer les chances de guérison, il faut que chacun reprenne sa place. C'est ce qui s'est passé dans notre cas et cela a été l'un des déclics de l'amélioration de l'état de notre fille.

S. H. : Peut-on prévenir l'anorexie ?

Je ne formulerai qu'un avis personnel modeste. C'est très difficile. Nous intervenons dans quelques lycées et collèges à Nantes pour témoigner car l'anorexie est de plus en plus précoce chez les jeu-

nes. En tant qu'association, nous n'avons pas de moyens de travailler en amont. En revanche, dans les collèges et lycées, les personnels – en particulier les infirmières scolaires – peuvent intervenir et elles font d'ailleurs partie du réseau qui s'est mis en place à Nantes. Elles voient ces jeunes qui ont des conduites à risque, certains parmi eux veulent maigrir : nombre de cas d'anorexie ont commencé par un régime amaigrissant.

La prévention peut aussi s'exercer au niveau parental, en épaulant justement les parents : leur anxiété a tendance à étouffer l'adolescent, or il faut lui laisser de la liberté même si cela fait peur ; ne pas avoir aussi d'exigences trop élevées sur le plan scolaire. Je parle en connaissance de cause. Si j'avais une orientation à indiquer à des jeunes mamans, je leur dirais : « *laissez l'enfant grandir, admettez parfois que les choses n'aillent pas, ne faites pas toujours les choses pour lui* ». Ma fille n'a pas fait de crise à l'adolescence, j'étais tellement fière, tout allait tellement bien... trop bien peut-être. Un jour l'adolescent peut dire stop, et il va décompenser brutalement via l'anorexie, la drogue ou l'alcool. C'est cette situation de décompensation qu'il faut essayer de prévenir.

Propos recueillis par **Yves Géry**

Pour en savoir plus
marieelisabeth.saillet@laposte.net

Fil Santé Jeunes : écouter et orienter pour rompre l'isolement

Elles ont de 14 à 20 ans, elles appellent les médecins et les psychologues du service téléphonique Fil Santé Jeunes en désespoir de cause, la honte chevillée au corps, n'osant pas en parler à leur famille ou à un médecin. Les écoutants de Fil Santé Jeunes tentent d'aider ces jeunes filles à mieux accepter leur corps, les déculpabilisent et les incitent à se faire soigner. Un échange précieux et quelques témoignages édifiants sur la solitude ressentie par ces jeunes anorexiques ou boulimiques.

Le dispositif téléphonique Fil Santé Jeunes a été créé, en 1995, à l'initiative du ministère de la Santé. Il a été confié à L'École des parents et des éducateurs d'Ile-de-France et fonctionne actuellement sous l'égide de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de la Direction générale de l'action sociale (DGAS). En 2001, un site Internet est venu compléter ce dispositif. Ces deux structures ont pour mission d'écouter, d'informer et d'orienter les jeunes qui se posent des questions dans le domaine de la santé, sur des aspects psychiques, sociaux, juridiques, ou autres, et qui n'osent pas rencontrer des professionnels. L'équipe d'écoutants est constituée de spécialistes : médecins, psychologues, conseillers conjugaux et familiaux, juristes. Fil Santé Jeunes répond en moyenne à 700 appels par jour. Les appels se répartissent de la façon suivante :

- sexualité et contraception (42,6 %) ;
- problèmes relationnels (19,2 %) ;
- difficultés psychologiques, mal-être, troubles du comportement alimentaire (18,3 %) ;
- questions somatiques (12,8 %) ;
- contenu juridique et social (7,1 %).

Une écoute bienveillante

À Fil Santé Jeunes, en moyenne, sept appels par jour relèvent des troubles des conduites alimentaires. Ce sont presque exclusivement des filles qui abordent la question de l'alimentation et des problèmes qui l'accompagnent. Cette problématique prend place dans la complexité des fonctionnements psychiques et nécessite une écoute spécifique de la part de l'équipe. Les jeunes filles abordent cette question principa-

lement à partir de leur souhait de maigrir, mais pas seulement. Certaines sont déjà dans une démarche de soins mais ne se sentent pas écoutées par les équipes qui les suivent, comme cette jeune fille de 16 ans qui a appelé en pleurs car elle venait de faire une nouvelle crise de boulimie alors même qu'elle était hospitalisée !

Alors qu'elles expriment toutes une immense difficulté à en parler de visu à leur entourage où à leur thérapeute, elles trouvent en Fil Santé Jeunes un dispositif permettant de dépasser leur honte, leur gêne et la peur d'être jugées. La garantie de l'anonymat contribue à rendre accessible la parole. Par téléphone ou par écrit via le site <http://www.filsantejeunes.com>, elles déposent un profond mal-être : « *Depuis un mois ça m'arrive de manger sans pouvoir m'arrêter, après j'ai honte et puis... je me fais vomir... ça ne m'arrivait pas avant ... ça me fait très peur, c'est la première fois que j'en parle à quelqu'un. J'ai décidé d'essayer d'avouer au médecin tout ce que je fais, toutes mes conneries, ma boulimie, mais bien sûr j'ai pas le courage de le dire en face. J'espère qu'il ne dira rien à mes parents. J'aurais trop honte déjà que c'est très dur et une angoisse immense que d'avouer ça au médecin, j'ai tellement honte de moi.* »

Le travail de l'écoutant consiste à essayer de sortir ces jeunes filles de leur isolement car elles redoutent en premier lieu d'en informer leur famille. Elles ont l'impression qu'elles vont pouvoir s'en sortir seules, combattre la maladie sans aide extérieure. Pourtant, même si elles le nient, le simple fait de solliciter Fil

Santé Jeunes montre qu'elles sont en situation de détresse. Les aider à prendre conscience de cela est l'enjeu majeur de l'appel.

Ce corps qui les fait souffrir

Leur comportement alimentaire excessif peut être aussi associé à un sentiment d'ennui ou une absence de ressenti corporel où les sensations sont annihilées : « *Je mange surtout au goûter en rentrant chez moi quand je suis toute seule et que je m'ennuie* » ; « *Je mange un peu tout le temps, des biscuits, du chocolat, mais je ne peux pas m'en empêcher, j'ai souvent faim, vous pouvez m'aider ?* » Les replacer dans une dynamique sociale d'échanges et d'ouverture à des activités de loisirs (sport, atelier artistique) fait partie des ressources utilisées dans une démarche de ré-appropriation de leur corps ; ce corps qui les fait tant souffrir et qu'elles font tant souffrir. Elles ont besoin d'être guidées dans le cheminement qui va les mener à réhabiliter cette enveloppe, ce contenant qu'est leur corps. L'ennui peut traduire ici un manque de confiance en soi et une insuffisance de dialogue familial ; manger leur permet de remplir un vide.

« Non, je ne suis pas malade ! »

Un appel peut démarrer sur une simple demande de technique pour mincir : « *Si je ne mange que le soir un yaourt et une pomme, je vais maigrir ? Parce que je fais 49 kilos pour 1,76 mètre et je me trouve grosse.* » Un autre appel peut être lié à une pathologie alimentaire lourde déjà prise en charge : « *Je suis anorexique boulimique vomisseuse depuis neuf ans. Je vomis environ quinze fois*

par jour et j'aimerais savoir si je vais mourir bientôt en continuant comme ça et en sachant que j'ai un potassium qui est entre 1,5 et 2 depuis environ six ans et que je ne prends aucun médicament pour réguler mon potassium. » La mise à distance par le recours aux chiffres (nombre de calories, taux de potassium, indice de masse corporelle) et le déni du risque de se sous-nourrir permettent aux appelants de faire écran. Les jeunes filles se cachent derrière l'intellectualisation et le dispositif Fil Santé Jeunes exacerbe ce phénomène par l'anonymat, la non-visibilité physique et la distance. C'est alors le rôle de l'écouter d'accompagner l'appelant vers une reconnaissance de sa souffrance, de son ressenti de détresse et de solitude. L'objectif de l'écoute proposée à Fil Santé Jeunes est de per-

mettre à la jeune fille de reconnaître qu'elle souffre et que l'isolement ne va pas l'aider. Cette acceptation se fait difficilement car le sentiment de honte est prégnant. Amener la personne qui appelle à reconnaître sa souffrance et son besoin d'être aidée fait partie des objectifs majeurs du professionnel qui participe à l'entretien.

On retrouve ce déni dans la relativisation des propos de cette jeune fille : « Je ne prends pas de petit déjeuner le matin, ça m'écoeure et j'ai pas le temps, les repas de la cantine sont assez mauvais. » Elle se présente en victime d'une inappétence subie. L'écouter tente alors de l'amener à se détacher du factuel pour l'aider à explorer les raisons de son inappétence. Des questions générales sur sa situation actuelle per-

mettent souvent de mettre en avant d'autres types de conflits, relégués au second plan par la jeune fille. Ainsi des problèmes familiaux sont souvent évoqués, des pressions sociales : « Ça m'énerve, et mes copines ont des corps parfaits et tout, et moi mon ventre est flasque, il est pas ferme, mes copines ne font pas de sport et moi je fais quand même trois heures de sport. » Leur permettre de se recentrer sur leur désir propre et non sur des diktats extérieurs fait partie du travail d'écoute.

Les effets thérapeutiques

Le dispositif Fil Santé Jeunes ne prétend pas guérir ces jeunes filles. L'ambition serait illusoire et vouée à l'échec car le cadre de travail n'envisage pas de suivi psychothérapeutique. Cependant on peut observer, dans certains cas, les effets thérapeutiques de la rencontre téléphonique. Il arrive que plusieurs appels, plusieurs échanges écrits soient nécessaires pour que les jeunes filles acceptent l'idée d'entreprendre une démarche de soins ou de reprendre celle abandonnée il y a quelque temps. Mais l'indication de soins se fait toujours ailleurs, à l'extérieur, dans un lieu physique avec une rencontre réelle. Des proches peuvent également solliciter Fil Santé Jeunes : « Voilà, je m'inquiète pour une amie, j'ai remarqué qu'elle mange de moins en moins, elle dit que la nourriture la dégoûte, elle a changé, elle a l'air triste, qu'est-ce que je peux faire pour elle ? » car la maladie les désarme et les inquiète. Il est nécessaire alors d'insister sur l'importance de passer le relais à des personnes compétentes afin que les proches ne se sentent pas responsables de la situation ou investis d'une mission de soin qui les dépasse.

Enfin, il arrive parfois que sur un ton léger de plaisanterie des jeunes filles téléphonent en disant : « Bonjour, c'est pour un questionnaire santé, il faut manger de la viande et des œufs quatre fois par semaine, dès qu'on en a envie, quatre fois par mois... ? » À travers ces « petits jeux » téléphoniques, ces adolescentes demandent à être rassurées sur leur santé, c'est alors la mission de prévention du dispositif qui prend toute sa dimension.

Magali Jablonski

Psychologue écoutante,
Fil Santé Jeunes (0800 235 236).

Pour en savoir plus

Les troubles du comportement alimentaire ont donné lieu, ces dernières années, à de très nombreuses publications. On trouve, en particulier, beaucoup de témoignages d'anciens boulimiques et anorexiques. Nous avons écarté ce type d'ouvrages pour nous consacrer à des publications de soignants et de sociologues qui apportent leur expertise sur ces pathologies. Nous avons choisi d'orienter cette rubrique selon quatre axes qui complètent le dossier thématique de ce numéro. Une rubrique Généralités mentionne des publications qui décrivent les pathologies, leurs effets sur le malade, son environnement familial et social. Viennent ensuite quelques données épidémiologiques, puis des éléments de réflexion sur l'image corporelle et l'influence de l'environnement. Enfin, la section bibliographique est complétée par des publications sur les modalités et l'efficacité des prises en charge qu'elles soient médicales, psychologiques ou sociales. Une liste d'outils, de sites et d'organismes ressources conclut la rubrique.

Les adresses des sites Internet mentionnés dans ce *Pour en savoir plus* ont été consultées et vérifiées le 20/02/2008.

► BIBLIOGRAPHIE

Généralités

- Alvin P. *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Paris : Doin, 3^e édition, coll. Conduites, 2007 : 194 p.
- Boucher B., Rigal N. *Il mange un peu, trop, pas assez...* Villeneuve-d'Ascq : Marabout, 2005 : 218 p.
- Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescence*. Paris : Puf, 4^e édition, coll. Que sais-je ? n° 2603, 2004 : 128 p.
- Chambry J. *L'anorexie mentale masculine, une réalité méconnue*. La revue du praticien 2008 ; 58 (2) : p. 179.
- Corcos M., Agman G., Bochereau D., Chambry J., Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. In : Encyclopédie médico-chirurgicale [37-215 B-65]. Paris : Elsevier, 2002 : 15 p.
En ligne : http://www.elsevier.fr/html/fichiers_news/grdprix-09.pdf
- Darmon M. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris : La Découverte, coll. Textes à l'appui, 2003 : 348 p.
- Jeammet P., Bochereau D. *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris : La Découverte, 2007 : 223 p.
- Jeammet P. *Anorexie boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette, coll. Essais, 2005 : 241 p.
- Nef F., Simon Y. *Comment sortir de l'anorexie ? Et retrouver le plaisir de vivre*. Paris : Odile Jacob, coll. Guide pour s'aider soi-même, 2002 : 221 p.
- Perroud A. *Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie*. Paris : Favre, coll. Tout savoir sur, 2000 : 176 p.
- Pommereau X., de Tonnac J.-P. *Le mystère de l'anorexie*. Paris : Albin Michel, coll. Essais doc, 2007 : 53 p.
- Rigaud D. *Anorexie, boulimie et autres troubles du comportement alimentaire*. Paris : Milan,

coll. Les essentiels Milan, 2002 : 63 p.

- Schasseur B. *La boulimie. Un suicide qui ne dit pas son nom*. Bruxelles : Oxalis, 2002 : 188 p.
- Senninger F. *L'anorexie. Le miroir intérieur brisé*. Paris : Jouvence, 2004 : 96 p.
- Vénisse J.-L. Pertinence du concept d'addiction dans les troubles du comportement alimentaire [Chapitre 100]. In : Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion, 2006 : 650-4.
- Vénisse J.-L., Chupin M., Sarantoglou Y. *L'anorexie mentale* Paris : Puf, 2^e édition, coll. Psychiatrie ouverte, 2000 : 90 p.
- Vincent T. *L'anorexie*. Paris : Odile Jacob, coll. Poches pratique, 2006 : 254 p.

Épidémiologie

- Godart N., Perdereau F., Jeammet P. *Données épidémiologiques : boulimie chez l'adolescent*. Journal de pédiatrie et de puériculture 2004 ; 17 (6) : 327-30.
- Guilbert P., Choquet M., Arwidson P., et al. *Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone*. Santé publique 2001 ; 13 (2) : 112-23.

Image du corps

- Darmon M. *Variations corporelles. L'anorexie au prisme des sociologies du corps*. Adolescence 2006 ; n° 56 : 437-52.
- Fricker J., Houziaux A., Sicard D., de Tonnac J.-P. *Le corps, un plaisir ou un poids ?* Ivry-sur-Seine : Éditions de l'atelier, 2006 : 118 p.
- Marty F. *Transactions narcissiques à l'adolescence*. Paris : Dunod, coll. Inconscient et culture, 2002 : 168 p.
- Meidani A. *Les fabriques du corps*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail-Toulouse, coll. Sociologiques, 2007 : 280 p.
- Series C., Mainhagu P., Bernard M., et al. *L'illusion alimentaire, quel avenir ? Comment comprendre les troubles du comportement alimentaire et la tyrannie du poids ?* Diététique et médecine 2005 : 85-94.

Prise en charge

- Berg K.M., Hurley D.J., Mc Sherry J.A., Strange N.A. *Les troubles du comportement alimentaire, une approche centrée sur le patient*. Paris : De Boeck, 2005 : 318 p.
- Cirillo S., Selvini M., Selvini-Palazzoli M., Sorentino A.-M. *Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale*. Chêne-Bourg (Suisse) : Médecine & Hygiène, 2002 : 223 p.
- Combe C. *Comprendre et soigner la boulimie*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2004 : 280 p.
- Combe C. *Soigner l'anorexie*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2002 : 272 p.
- Cook-Darzens S. *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2002 : 264 p.
- Corcos M. *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod, coll. Psychismes, 2005 : 314 p.
- Corcos M. *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires*. Paris : Dunod, coll. Psychismes, 2000 : 344 p.
- Flament M., Jeammet P. *La boulimie : comprendre et traiter*. Paris : Lavoisier, coll. Médecine et psychothérapie, 2002 : 220 p.
- Troubles des conduites alimentaires. In : Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm, 2001 : 553 p.
En ligne : http://ist.inserm.fr/basisrapports/troubles_mentaux/chap17.pdf
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Psychothérapies : trois approches évaluées*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2004 : 553 p.
En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>
- Jeammet P., Flament M. *La boulimie. Réalités et perspectives*. Paris : Masson, 2000 : 394 p.

OUTILS

- *Fourchettes & baskets. Outil d'intervention en éducation pour la santé 6^e, 5^e, 4^e et 3^e.* Saint-Denis : INPES, 2006, 1 cd, 1 livret, 10 pl., 26 cartes.
- Voir notamment le chapitre 5 intitulé « Alimentation et relation aux autres, relation à soi » et sa fiche activité 41 : « Analyser l'influence des émotions sur leur alimentation ».
- Bertin M., Bertin R. *Journal sans faim.* Paris : Rageot, coll. Métis, 2004 : 128 p.
- De Saint-Mars D., Bloch S. *Marlène grignote tout le temps.* Paris : Calligram, coll. Ainsi va la vie, 2003 : 45 p.
- Luneau S. Valériane. *L'affirmation de soi* (volume 2). *Construire l'estime de soi au primaire* [coffret pédagogique]. Montréal : hôpital Sainte-Justine, 1997.

SITES ET ORGANISMES RESSOURCES

- **Afdas-TCA**
L'association est constituée de professionnels du soin, de la prévention, de la formation et de la recherche dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Elle vise au développement de soins cohérents et organisés à l'intention des personnes souffrant de conduites anorexiques et boulimiques.
Buts de l'association :
– améliorer les actions de prévention, de dépistage précoce et de soins à l'intention des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire ;
– prendre en compte la souffrance de l'entourage et lui offrir information, aide et/ou soins ;
– favoriser l'action concertée des associations de familles et d'usagers ;
– permettre à ces patients de bénéficier de soins de qualité au plus près de leur domicile ;
– optimiser les partenariats indispensables avec l'ensemble des professionnels impliqués dans ces prises en charge ;
– favoriser une meilleure coordination des équipes impliquées sur le territoire national auprès de ces populations aussi bien en termes de projet de soins que de formation et de recherche.
Afdas-TCA
Service d'addictologie – CHU – 9 bis, rue de Bouillé – 44000 Nantes
Tél. : 02 40 20 66 44 – Fax : 02 40 20 66 41
E-mail : contact@afdass-tca.fr
En ligne : <http://www.anorexieboulimie-afdass.fr/>

- **Association d'aide aux anorexiques et boulimiques**
L'association d'aide aux anorexiques et boulimiques se dote d'un comité d'éthique afin de

garantir les règles de respect dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

- L'association propose :
- une écoute ;
 - une information ;
 - des groupes de parole animés par des psychothérapeutes spécialisés ;
 - l'orientation vers des consultations individuelles ;
 - un site Internet avec la possibilité d'échanges et un groupe de discussion ;
 - des programmes de formation.

Association d'aide aux anorexiques et boulimiques

151, rue d'Alésia – 75014 Paris
Tél. : 01 45 41 38 49
E-mail : info@boulimie.com
En ligne : <http://www.boulimie.com>

Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire

Portail de onze associations regroupées autour de la fédération. Le site Internet de la fédération signale quelques manifestations et congrès.
En ligne : <http://fna-tca.objectis.net/>

- **Gefab**
Le Gefab, association fondée en 1983 et régie par la loi de 1901, se propose de mieux comprendre la pathologie du comportement alimentaire dans le but d'en améliorer les traitements spécifiques.
Sur le site Internet sont proposés une information succincte concernant les troubles du comportement alimentaire ainsi que les services qui sont offerts au sein de l'association.
Gefab recueille, contrôle et redistribue l'information :
– aux patients et à leur entourage, pour indiquer les moyens de sortir de la clandestinité et du malaise générés par ces comportements ;
– aux thérapeutes ;
– au public et aux organismes officiels dans un but de prévention.

L'association diffuse aux adhérents, sur simple demande, des brochures destinées aux parents, ainsi qu'une liste bibliographique remise à jour régulièrement. Le Gefab tient une permanence, chaque mardi, de 14 h 30 à 16 h 30 à la Maison des usagers du centre hospitalier de Sainte-Anne.

Gefab
54, boulevard Raspail – 75270 Paris Cedex 06
En ligne : <http://asso.gefab.free.fr>

Céline Deroche
Sandra Kerzanet
Documentalistes,
centre de documentation de l'INPES.

Enquête sur les accidents de sport

Les bénéfices pour la santé d'un exercice physique modéré ne sont plus à démontrer. Néanmoins, l'activité sportive engendre des accidents et une traumatologie conséquente. Quelles sont exactement l'ampleur, la nature et la gravité de ces atteintes corporelles ?

Les enquêtes sur les accidents de la vie courante constituent une source de données intéressantes car elles permettent de dresser un panorama de la situation en France. Outre le Baromètre santé de l'INPES qui vient d'être publié (*voir article p. 45*), les principales enquêtes disponibles en France sont :

- l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Entre 1999 et 2001, elle a permis d'analyser plus de 140 000 accidents de la vie courante à travers l'activité d'urgence de sept hôpitaux ;

- le système permanent de recueil des accidents de la vie courante (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – Cnamts).

Basé sur une enquête postale auprès d'un échantillon représentatif de 222 300 ménages d'assurés sociaux (soit 614 000 personnes), il prend en compte les accidents de la vie courante survenus dans les douze derniers mois et ayant nécessité au moins un soin (47 200 accidents de la vie courante ont ainsi été recensés) ;

- l'enquête santé et protection sociale (ESPS), de l'Institut de recherche et documentation en économie de santé (Irdes) et de l'InVS. Elle consiste à prendre en considération les accidents de la vie courante survenus lors des trois derniers mois au sein des ménages (7 338 ont ainsi été sondés en 2002).

Toutes ces enquêtes désignent les accidents de sport comme la deuxième source d'accidents de la vie courante, derrière les accidents domestiques. L'ESPS indique ainsi que les accidents de sport (20 % des cas) se classent devant les accidents de loisirs (17 %). L'Epac confirme que de 18 à 20 % des accidents de la vie courante sont d'origine sportive. Une tendance semble de surcroît émerger depuis 1990 (1) : la baisse du nombre d'accidents domestiques, combinée à une hausse des acci-

dents de sport (2). Ce sont les sports et les loisirs qui engendrent les accidents de la vie courante les plus graves.

Populations touchées

La fréquence des accidents sportifs est inversement proportionnelle à l'âge, puisque plus on vieillit, moins on est exposé (3). Les moins de 30 ans sont concernés dans 87 % des cas (4). L'enquête de la Cnamts va dans le même sens, car 63 % des 8 661 accidents de sport recensés entre 1987 et 1995 concernent les 10-24 ans. Ces accidents représentent 44 % des accidents de la vie courante de cette tranche d'âge, se hissant devant les accidents domestiques. 4 % des jeunes sont ainsi victimes d'accidents de sport chaque année (5).

Les sportifs sont par ailleurs plus exposés que les sportives (3). L'ESPS avance un taux d'incidence trimestriel des accidents de sport de deux à trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes. Les accidents de sport concernent des hommes dans 72 % des cas, selon Thélot *et al.* (4). Cette surrexposition masculine s'explique en partie par une fréquence de pratique plus élevée. Elle tient aussi à la nature des sports pratiqués (5) car les blessures survenant lors de la pratique de sports collectifs comme le football et le rugby, qui génèrent à eux seuls plus du tiers des sinistres sportifs, impliquent des hommes dans 95 % des cas. On retrouve cette surmorbidity masculine à propos du cyclisme, des sports de contact, du tennis et des sports mécaniques, qui

obéissent eux aussi à une diffusion sexuée. À l'inverse, les jeunes filles sont deux et quatre fois plus exposées que les hommes en équitation et en gymnastique, sport dans lesquels elles sont nombreuses (6). Elles sont également plus souvent blessées aux sports d'hiver (7).

Mécanismes accidentels

Six accidents de sport sur dix sont liés à une chute et quatre sur dix à un choc, souvent contre une autre personne (5). Cette structure accidentelle présente une différence significative avec les accidents domestiques, seulement dus pour 45 % à une chute. Au-delà de cette moyenne, des spécificités apparaissent. Les accidents de ski et de cyclisme sont dus à des chutes dans 94 % et 90 % des cas, en revanche, les chutes expliquent seulement 45 % des accidents de sports collectifs et 54 % des accidents de sports de contact.

L'impact traumatologique

Toutes les enquêtes convergent pour désigner l'entorse comme la blessure sportive par excellence. Plus largement, comparativement aux autres accidents de la vie courante, les atteintes musculo-articulaires ou vertébrales caractérisent les accidents de sport (1). Les fractures sont moins nombreuses mais indissociables de la traumatologie sportive (5).

Le taux et la durée d'hospitalisation sont des indicateurs de la gravité des blessures. D'après ces critères, c'est en cyclisme, ski alpin, sports mécaniques, équitation et tennis que les accidents les plus graves se produisent (6). L'équitation et les sports mécaniques induisent par exemple une hospitalisation pour quatre accidents, soit le double du taux moyen observé (5). Les accidents sportifs génèrent un recours massif aux soins et à la rééducation, ainsi qu'un taux non négligeable d'hospitalisations. D'après l'enquête Epac, 6 % des accidents de sport entraînent une hospitalisation, dont la moitié pour une courte durée. La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (enquête morbidité hospitalière de 1993) avance des chiffres plus alarmants. Selon elle, les accidents de sport et de loisirs présentent des taux d'hospitalisation plus élevés que les autres accidents de la vie courante. Les données de la Cnamts vont dans le même sens, puisque, sur l'ensemble des accidents sportifs, 11,1 % auraient nécessité une hospitalisation. Enfin, la nature de la traumatologie sportive engendre un recours à la kinésithérapie pour 12 à 20 % des blessés, avec une durée moyenne de vingt-trois séances. Les taux élevés de suspension d'activité à la suite d'un accident de sport reflètent également la gêne importante occasionnée.

Outre les traumatismes, les douleurs intenses (tendinites, lumbagos, sciatiques, etc.) sont nettement plus présentes dans la vie des sportifs à la pratique intensive que chez les non-sportifs et les sportifs modérés (3).

En conclusion, il convient de rester prudent quant à la portée de ces informations. Cet état des lieux ne fournit pas une photographie de l'accidentologie sportive mais permet surtout de cerner quelques tendances caractéristiques des accidents. En matière de prévention, l'affichage des risques corporels inhérents à l'activité sportive constituerait un premier pas. Pour aller plus loin, des analyses sectorielles mettant en avant des scénarios accidentels types dans chaque discipline pourraient être un support privilégié d'élaboration de campagnes de prévention ciblées.

Bastien Soulé

Maître de conférences,
université de Caen – Basse-Normandie –
Craps, Caen.

► Références bibliographiques

- (1) Garry F. *Les accidents de la vie courante en France selon l'enquête Santé et Protection sociale 2000*. BEH 2004, n° 19-20 : 81-2.
- (2) Thélot B. *Épidémiologie. Accidents de la vie courante*, Le Concours médical 2003 ; 125-24 : 1372-6.
En ligne : <http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/Publications/concours%2024-2003%201372-1376.pdf>
- (3) Rengot M., Lacoste O. *Sport et santé. Bilan de la problématique. Données disponibles et propositions*, ORS Nord-Pas-de-Calais, 2001 : 53 p.
En ligne : http://www.orsnpsc.org/etudes/132277_101-4.pdf [consulté le 12/04/2007]
- (4) Thélot B. (dir.). *Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 1999-2001. Réseau Epac*. Institut de veille sanitaire, département maladies chroniques et Traumatismes, 2003 : 96 p.
- (5) Garry F. *Les accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans*. Paris : Cnamts, 1999, Point Stat, n° 14.
- (6) Enquête de la Cnamts réalisée par vingt-huit caisses primaires d'Assurance Maladie entre 1987 et 1995.
- (7) Laporte J.-D. *Accidentologie du ski. Étude descriptive*. Cahiers du CSSM 1999; n° 11 : 31-7.

Focus : les accidents de sport dans le Baromètre santé 2005

L'enquête Baromètre santé 2005 menée auprès des personnes âgées de 12 à 75 ans est une source de données pertinentes pour les accidents de sport et de loisirs. Selon cette enquête (1), près d'une personne sur dix (9,8 %) déclare avoir subi, au cours des douze derniers mois, au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné une consultation médicale. Les hommes sont les plus touchés (12,1 % chez les hommes vs 7,7 % chez les femmes) et les plus jeunes (15,7 % chez les 12-25 ans vs 8,1 % chez les 26-75 ans)

Les accidents de sport et de loisirs, dont les accidents de vélo, représentent la troisième cause d'accidents déclarée au cours des douze derniers mois avec 2,9 % de personnes concernées (Tableau 1), derrière les accidents de travail ou d'atelier (3,4 % parmi la population exposée) et les accidents liés à l'utilisation de deux-roues motorisés (3,3 % parmi la population exposée) mais devant les accidents domestiques (2,1 %) et les accidents de voiture (1,0 %).

Au total, les accidents de la vie courante (regroupant entre autres les accidents domestiques, de sport et de loisirs) constituent la première cause des accidents déclarés au cours des douze derniers mois. Plus précisément, les accidents de sport et de loisirs sont en proportion plus souvent déclarés chez les hommes (4 % chez les hommes et 1 % chez les femmes) et ils sont prépondérants avant 26 ans.

Par ailleurs, 13,9 % des personnes interrogées victimes d'un accident au cours des douze derniers mois déclarent qu'il a eu lieu sur un terrain de sport. Les chutes (47,3 %) et les chocs (42,6 %) sont les deux principales conséquences déclarées lors de ce dernier accident.

Les sports d'équipe avec ballon, tels que le foot, le basket et le rugby, sont particulièrement représentés parmi les sports incriminés lors du dernier accident (Figure 1) ; le football constituant de très loin le premier sport déclaré par les victimes (21,6 %). Le ski représente également une activité à fort potentiel accidentel (8,4 %), ainsi que la course à pied, le vélo, la pratique d'un art martial, ou encore la gymnastique.

Les sports incriminés sont très différents selon l'âge. Les 12-25 ans sont davantage victimes

d'accident lors de la pratique d'un sport d'équipe comme le football (23,5 % contre 18,7 % parmi les 26-75 ans), alors que les 26-75 ans sont plus touchés lors de la pratique d'un sport individuel : 11,5 % pour le ski et 5,2 % pour la randonnée contre respectivement 6,3 % et 0,4 % chez les 12-25 ans.

Christophe Léon
Statisticien, chargé d'études et de recherche, INPES.

► Référence bibliographique

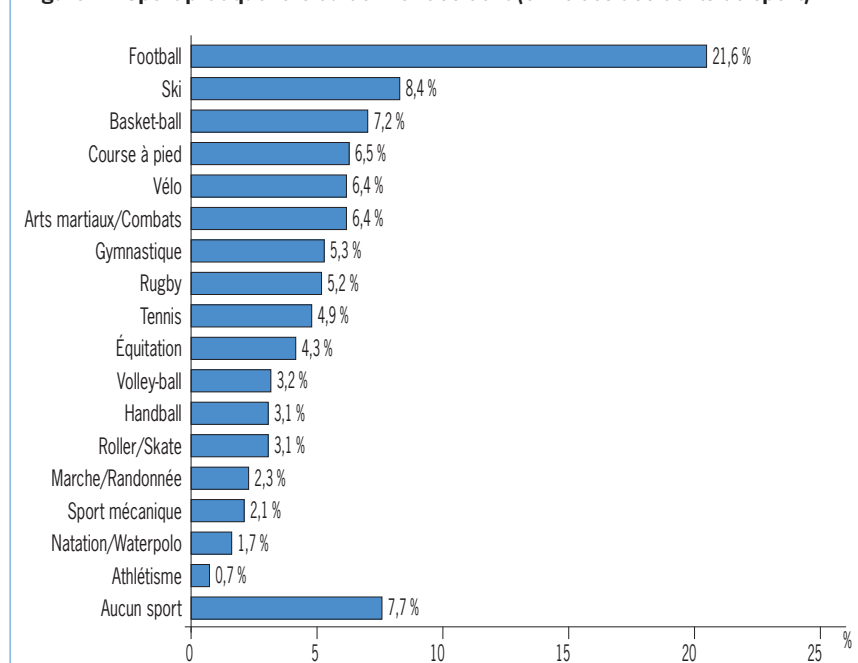
(1) Bourdessol H., Thélot B. Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 378-412.

Tableau 1 : Répartition de la fréquence des différents accidents par sexe

	Ensemble	Hommes	Femmes
Ensemble des accidents (n= 26 672)	9,8 %	12,1 %	7,7 %
Accidents de sport et de loisirs (dont vélo)	2,9 %	4,0 %	1,8 %
Accidents domestiques	2,1 %	2,0 %	2,3 %
Accidents de travail, d'atelier*	3,4 %	4,7 %	2,0 %
Circulation/voie publique dont			
Accidents de moto, mobylette, scooter**	3,3 %	4,2 %	1,5 %
Accidents de voiture	1,0 %	1,0 %	1,1 %
Autres accidents sur la voie publique	0,1 %	-	0,2 %

* Sur la base des actifs âgés de 16 à 65 ans (n= 15 879).
** Sur la base des personnes déclarant avoir fait de la moto, du scooter, ou de la mobylette au cours des douze derniers mois (n= 4 619).

Figure 1 : Sport pratiqué lors du dernier accident (en % des accidents de sport)



Enseignement adapté : les difficultés de l'éducation à la sexualité

Une recherche menée dans les régions Rhône-Alpes et Auvergne sur l'éducation à la sexualité dans les sections d'enseignement général et professionnel adaptée (Segpa) révèle les difficultés rencontrées. Si les aspects biologiques sont suffisamment traités, ce n'est pas le cas des problématiques psychologiques et relationnelles. Les enseignants se déclarent peu formés et regrettent de ne pas suffisamment travailler en relation avec les médecins et les infirmiers scolaires. Parmi les principaux objectifs : aider les élèves à construire leurs compétences plutôt que de transférer les savoirs, centrer le cours sur la personne et son développement.

La recherche¹ conduite, en 2005, auprès des acteurs d'éducation à la sexualité (professeurs, infirmiers scolaires, médecins, cadres de l'Éducation nationale) travaillant en classes de 4^e et 3^e de Segpa (structure d'accueil des élèves en grande difficulté scolaire) montre que les pratiques d'éducation à la sexualité sont centrées principalement autour de l'apport d'informations biophysiques. Ces cours occultent partiellement la prise en compte de la sexualité dans ses aspects psychologique, relationnel et personnel. L'ana-

lyse des résultats des questionnaires recueillis et des entretiens effectués confirme que l'approche de l'éducation à la sexualité est peu engagée dans une approche globale et reste limitée à un cadre transmissif dans une visée notamment de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). La dimension sociale, les normes et les règles du groupe social, les aspects juridiques et politiques, et l'influence culturelle semblent peu abordés. Ce cadre psychosocial semble même susciter une crainte forte et constituer le principal

obstacle à la généralisation de l'éducation à la sexualité.

Si la dimension psychologique liée à la construction psychique de chaque individu (en tant que fille ou garçon, puis femme ou homme), l'image de soi, la personnalité, apparaît comme une préoccupation chez les professionnels, elle est peu visible dans les dispositifs pédagogiques mis en place. Les compétences psychosociales sont globalement laissées de côté dans l'enseignement, même si l'on peut relever quelques actions liées à l'affect et à la communication (sentiments, expressions de l'amour, du désir et des émotions). Pourtant, les instructions officielles engagent fortement les formateurs à privilégier cet aspect du développement de la personne dans le cadre de leur mission éducative.

Les contenus proposés aux élèves sont significatifs de ces difficultés et diffèrent notablement selon les intervenants. Les enseignants privilégient majoritairement la prévention des IST et du sida (64,2 %), les aspects biologiques (59,4 %), la grossesse et la contraception (59,4 %). Les personnels de santé évoquent en plus les interdits sociaux et légaux (94,7 %), l'identité et les orientations sexuelles (78,9 %), la violence et la sexualité (100 %).

Dans toutes les actions décrites, les personnels de santé semblent davantage impliqués que les enseignants. Une

majorité des enseignants (56,7 %) déclare cependant avoir mis en place l'éducation à la sexualité dans le cadre d'une progression pédagogique. Cette éducation à la sexualité est essentiellement limitée à des séquences pédagogiques régulières pour les enseignants (67 %) et à des participations ponctuelles (32 %) ou dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (78 %) pour les personnels de santé.

Sur la forme, l'éducation à la sexualité prend une dimension informative avec des séquences de demi-classes, très largement laissées aux bons soins des personnels de santé. Ces derniers apparaissent souvent comme des prestataires de services, intervenant comme des spécialistes sur une question particulière où les enseignants peuvent se sentir en difficulté.

De nombreux obstacles

L'étude a souligné les obstacles conduisant à la mise en place de façon concrète des dispositifs pédagogiques. Certains dépendent directement des acteurs de cette éducation (crainte de la réaction des parents, images et présupposés sur l'origine culturelle des élèves, absence de pratiques pédagogiques chez de nombreux enseignants) ; d'autres difficultés sont liées au contexte institutionnel et à la pratique même de l'éducation à la sexualité (contenus basés principalement sur le biologique et la prévention, partenaires encore insuffisants ou réduits au rôle de prestataires de services, manque de formation et résistance de certains enseignants, de parents et de cadres de l'Éducation nationale, etc.).

Les réponses obtenues montrent les liens étroits entre ces obstacles et les dispositifs pédagogiques décrits et mis en place. Les enseignements centrés sur les contenus biophysiques et l'apport d'information comme modalité pédagogique a minima permettent de satisfaire les exigences institutionnelles des programmes mais ont pour conséquence la réduction des aspects psychosociaux, pourtant indispensables.

Cette étude montre que l'éducation à la sexualité pose problème à l'ensemble des acteurs chargés de la mettre en œuvre. Parce que les contenus d'enseignement y sont flous, s'intéressent à

l'intime, obligent à se pencher sur le développement personnel de l'individu dans ses aspects affectifs et psychologiques, les formateurs se cantonnent à une approche biophysique plus proche des formes scolaires habituelles, avec des savoirs clairement fixés, donc rassurants.

L'analyse des deux corpus étudiés montre que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) ne font pas encore partie d'une culture commune des personnels de collège. 31 % seulement des personnes interrogées par questionnaire déclarent travailler dans le cadre d'un projet d'établissement, le plus souvent au niveau de la Segpa, et seulement 14 % au niveau des Cesc. Les actions des Cesc se limitent souvent aux interventions des personnels de santé, palliant ainsi le faible engagement des enseignants. Les partenaires extérieurs sollicités assument alors une mission à laquelle ils ne sont pas forcément destinés (prestation de service d'enseignement, par exemple).

Les entretiens démontrent également que l'institution elle-même produit des obstacles. Il a été rencontré bon nombre de personnels de l'Éducation nationale volontaires et motivés par l'éducation à la sexualité en Segpa, mais aussi des enseignants en difficulté sur

ces sujets, peu à l'aise et insuffisamment formés.

Des interventions frileuses

L'institution semble faire preuve d'une crainte excessive des opinions prêtées aux familles et de leur réaction éventuelle. Dans leur préoccupation à préserver la sérénité des établissements et éviter les conflits éventuels avec les familles, les cadres déclarent qu'il faut protéger ce qui relève de l'intime et des choix familiaux, y compris dans l'apport d'informations, le développement des compétences psychosociales et la dimension sociale de la sexualité (entre autres, la question du genre). Il s'agit d'éviter ce qui peut poser problème et être source de conflit potentiel. L'évocation des convictions religieuses des familles revient comme argument d'une probable difficulté nécessitant une grande prudence. Il en est de même de la particularité du public des Segpa, perçu comme particulièrement difficile.

Cette posture est une des résistances importantes au développement et à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité. La relation est complexe entre les textes officiels, les circulaires, les documents pédagogiques et les propos des cadres de l'Éducation nationale. L'institution craint l'intervention intempestive des parents, voire des médias,

dans un domaine jugé sensible, et donc le trouble éventuel de la paix scolaire qui pourrait en découler, d'autant plus qu'il s'agit des Segpa.

Culture pédagogique et représentations sociales

L'étude met en évidence l'importance de la formation pour les personnels en éducation à la santé et à la sexualité. Il existe un lien fort entre le niveau de formation, d'une part, et les pratiques pédagogiques, d'autre part. La formation doit favoriser une approche davantage centrée sur l'élève et sur l'ensemble des composantes de la sexualité, notamment dans ses aspects psychologiques et affectifs. L'acquisition d'une culture commune pour les équipes pédagogiques (1) lors de sessions de formation peut s'opérer par le travail en équipe et en partenariat, avec la découverte des spécificités et des compétences de chacun. Éduquer à la santé et à la sexualité est d'abord un travail pédagogique et éducatif. Sur les plans techniques didactiques, pédagogiques et sur la connaissance du public visé, les enseignants disposent de compétences particulières. En complémentarité, les personnels de santé scolaire, médecins et infirmiers, apparaissent comme les plus à même de se positionner dans un rôle de conseillers techniques pour l'accompagnement des projets et le soutien méthodologique.

La sexualité humaine est intimement liée à la personne, aux affects, aux valeurs, aux émotions, aux expériences et à l'imaginaire. Elle participe à la construction de l'être humain et à sa socialisation. La sexualité est fondée sur un ensemble complexe de représentations sociales construites tout au long de la vie, qui interagissent au quotidien dans la relation à l'autre et dans la construction identitaire de chacun. Face à une population adolescente très hétérogène, parfois en situation de handicap, en difficulté scolaire majeure, issue pour un grand nombre de l'immigration et de familles défavorisées socialement et culturellement, les enseignants de Segpa sont particulièrement concernés et mobilisés par la question du développement de leurs élèves.

L'information ne suffit pas

Aujourd'hui, l'éducation à la sexualité en Segpa n'est pas encore totalement mise en place dans tous les éta-

blissements, mais elle se développe. Si l'approche par les connaissances et l'information sur les risques est privilégiée, elle doit nécessairement intégrer une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques ; le tout devant se fonder sur des valeurs humanistes de tolérance, de liberté, de respect de soi et d'autrui.

Cette éducation doit intégrer les notions de sentiments amoureux, de plaisir, de respect mutuel, et ne doit pas être réduite à une prévention des risques (VIH, IST, grossesses précoces, etc.). Elle a toute sa place dans une stratégie globale d'éducation à la vie en cohérence avec l'éducation à l'environnement et à la citoyenneté. Cette démarche s'intègre pleinement aux activités des Cesc, dans le cadre d'une charte en éducation à la sexualité (2).

Les textes officiels existent, il reste à mobiliser davantage encore les nombreux acteurs (enseignants, services de santé, parents) dans cette démarche.

Jean-Claude Rochigneux

Professeur des écoles spécialisé en Segpa, Ipsef, université Lyon-2, Lyon.

Dominique Berger

Psychologue, maître de conférences, IUFM Lyon-1, Saint-Étienne, laboratoire PAEDI.

1. Cette recherche est conduite dans le cadre du laboratoire - Processus d'action des enseignants, déterminants et impacts - (PAEDD), JE 2432 de l'IUFM d'Auvergne et de l'Institut des pratiques d'éducation et de formation (Ispef) de l'université Lyon-2.

Pour en savoir plus

- Conseil national des programmes. *Qu'apprend-on au collège ?* Paris : CNDP, XO éditions, 2002 : 185 p.
- Rochigneux J.-C., Berger D., Jourdan D., Courty P. *Éducation à la sexualité et Segpa : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques*. Revue Carrefours de l'éducation 2007 ; n° 24 : 73-88.

► Références bibliographiques

- (1) Pelège P., Picod C. *Éduquer à la sexualité. Un enjeu de société*. Paris : Dunod, coll. Enfances, 2006 : 272 p.
- (2) Morand J. *Éduquer à la sexualité pendant les années collège*. La Santé de l'homme 2005 ; n° 379 : 17-8.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n°233 avril 2008

Initiatives

Les messages sanitaires dans les publicités alimentaires sont efficaces

Engraisser les actionnaires
Patrick Mullie

Manger et bouger à l'école
Christian De Bock

Les jeunes et le porno
Frédérique Herbigniaux

La sécurité des enfants en Belgique

Réflexions

Collaboration et partage du secret professionnel
Céline Ego

Stratégie

Les nuisances sonores dans les milieux festifs

Conseil supérieur de promotion santé

Outil

Le tabac à l'école secondaire : pistes pour l'action au premier cycle

Données

Éducation Santé : bon bulletin
Christian De Bock

Documentation

L'interface relative au Plan communautaire opérationnel de la Communauté française
Karine Verstraeten et Dominique Doumont

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé - Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé
Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be.
L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, l'abonnement coûte 50 € pour 2 ans (22 numéros).
Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse <http://www.educationsante.be/es/newsletter/inscription.php?page=abo> ainsi que d'une preuve de paiement.
Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 : <http://www.educationsante.be>

Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007

Isabelle Godin, Patrick De Smet, Damien Favresse, Nathalie Moreau, Florence Parent



Ce tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique a été réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé (Sipes). Il dresse un état des lieux de la santé et propose un aperçu des politiques de prévention et de promotion de la santé. Il a vocation à servir d'outil d'aide à la décision, à la formulation de priorités et de politiques de santé aux différents intervenants en promotion de la santé en Communauté française de Belgique.

Il est basé sur les six priorités définies dans le plan communautaire opérationnel de 2005 : le dépistage du cancer du sein ; la promotion de la vaccination ; la prévention du sida et des IST ; la lutte contre la tuberculose ; la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité ; la promotion de la santé cardio-vasculaire.

Ce document est disponible en ligne sur le site de la Communauté française de Belgique, dans la rubrique « Publications et périodiques », thème « Promotion de la santé – prévention ». En ligne : <http://www.sante.cfwb.be/> [dernière consultation le 20/02/2008]

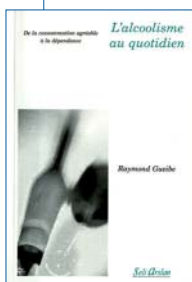
Céline Deroche

Bruxelles : Service communautaire en promotion santé – Sipes, 2007, 167 pages.

L'alcoolisme au quotidien

De la consommation agréable à la dépendance

Raymond Gueibe



Depuis trente ans, Raymond Gueibe travaille comme psychiatre dans un hôpital général en Belgique. Il accompagne les patients consommateurs d'alcool dans leurs difficultés à faire face aux répercussions de cette addiction sur leur psychisme. Il se définit comme un psychiatre « de liaison » : lien entre le corps et l'esprit du patient, d'une part, entre les soignants et les soignés, d'autre part. L'ouvrage traite en particulier de l'alcool dans notre culture, de la place de l'alcool dans la famille, de l'alcool au travail, de la prévention et du traitement.

Paris : Seli Arslan, 2008, 156 pages, 19,50 €.

La petite enfance

Entre familles et crèches, entre sexe et genre

Coordonné par Nathalie Coulon et Geneviève Cresson



Consacré à la petite enfance, ce livre entend alimenter la réflexion sur la parentalité. Nathalie Coulon, maître de conférences en psychologie à Lille 3 et Geneviève Cresson, professeur de sociologie à Lille 1, explorent ensemble, depuis plusieurs années, les « rapports sociaux de sexe dans le contexte de la naissance d'un premier enfant ». Elles ont rassemblé les contributions de professionnels de la petite enfance et de chercheurs en sciences humaines (sociologues, ethnologue, docteur en sciences de l'éducation). L'ouvrage est scindé en trois parties : les enfants à la crèche, les professionnels et la place des pères. Leur conclusion : « l'inégalité entre pères et mères ne peut être comprise qu'en tenant compte de l'ensemble des rapports entre les hommes et les femmes dans la société ».

Paris : L'Harmattan, coll. logiques sociales 2008, 232 pages, 23 €.

Les pathologies de l'excès

Marc Valleur, Jean-Claude Matysiak



Pourquoi et comment en arrivons-nous à trop aimer ? N'y a-t-il pas un fonctionnement psychologique commun entre les « accros » à l'amour et les « accros » aux drogues, à l'alcool, au tabac, aux jeux vidéo ? Où se situe la frontière entre les mauvaises habitudes et les réelles dépendances, entre le normal et le pathologique, l'aliénation, la souffrance ? Cet ouvrage entend apporter un éclairage sur les « pathologies de l'excès ». Les auteurs analysent le mécanisme de la dépendance, ses origines, les logiques de la reproduction

d'un comportement, en partant d'histoires réelles d'addictions. Une partie de l'ouvrage évoque le lien possible entre résilience et addiction.

Paris : J.-C. Lattès, 2006, 262 pages, 17 €.



Traité d'addictologie

Michel Reynaud (dir.)

Paru fin 2006, cet ouvrage présente une approche commune des addictions. La première partie est consacrée à la définition des concepts et à l'exploration de leurs mécanismes neurobiologiques.

La deuxième partie aborde les aspects sociaux et législatifs : épidémiologie, politiques de prévention, analyse critique des dispositifs de soins. Les autres parties de l'ouvrage traitent de l'approche thérapeutique des addictions, des thérapies familiales, de la prévention de la rechute, etc. Outre les produits psychoactifs (alcool, drogues, dopage, médicaments, etc.), l'ouvrage inclut une analyse des addictions aux jeux.

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 800 pages, 115 €.

Vous vous posez plein de questions sur la contraception?

Ça tombe bien, ici on a plein de réponses.



Informations et conseils

0 800 235 236

Appel gratuit depuis un poste fixe

www.choisirsacontraception.fr