



Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

Livret d'information pour les familles et les proches

Ce livret a pour objectif d'en dire un peu plus sur ces troubles. Il s'adresse en priorité aux parents, dont un enfant, une fille le plus souvent, ado ou jeune adulte, a été diagnostiqué(e) anorexique ou boulimique. Mais l'essentiel des propos ici s'applique à l'entourage d'une jeune femme ou d'un jeune homme. Le cas des anorexies précoces n'est pas abordé ici.

gettyimages®



Les TCA en quelques mots :

On appelle troubles du comportement alimentaires (TCA), les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socio culturel, induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles.

Les TCA sont la première cause de mortalité psychiatrique en France et probablement la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, juste après les accidents de la route.

Symptômes d'un malaise profond chez ceux et celles qui en souffrent (en grande majorité des femmes), ces troubles prennent en ce début du XXIème siècle un caractère quasi épidémique. Bien qu'il n'existe toujours pas de statistiques fiables sur l'ampleur de ce fléau en France, les spécialistes s'accordent à penser qu'une femme sur dix a été, est, ou sera concernée par un désordre alimentaire plus ou moins sévère.

Plan

I /QUE SONT CES TROUBLES ?

1/ L'ANOREXIE MENTALE, UNE PATHOLOGIE DU REFUS

- a/ Arrivée de l'anorexie
- b/ Que peuvent remarquer les parents ?

2/ LA BOULIMIE, UN MAL SOUVENT TRES DISCRET

Que peuvent remarquer les parents ?

II /LES FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DE TCA

- a/ Le culte de la performance
- b/ La question des places
- c/ Les non dits
- d/ La restriction alimentaire : les régimes

III /LES CONSEQUENCES DES TCA ET LES RISQUES

- a/ Polarité anorexique
- b/ Polarité boulimique

IV / COMMENT SE FAIRE AIDER

- a/ Une prise en charge multidisciplinaire par des professionnels de soin, spécialistes des TCA
- b/ La psychothérapie est la thérapie de choix
- c/ Les différents types de psychothérapie
- d/ L'hospitalisation

V/ CE QUE PEUT L'ENTOURAGE

- a/ Les proches ont entièrement leur place dans le processus de guérison d'un enfant
- b/ Garder son bon sens et renforcer l'alliance parentale
- c/ Se remettre en question et s'informer sur la maladie

VI/ POUR L'AIDER SUR LE PLAN ALIMENTAIRE

- a/ Avoir un comportement alimentaire normal
- b/ Les principes à appliquer
- c/ Particularités pour l'anorexie
- d/ Particularités pour la boulimie
- e/ Pour conclure

QUELQUES LECTURES UTILES

QUELQUES ADRESSES UTILES

I / QUE SONT CES TROUBLES ?

1/ L'ANOREXIE MENTALE, UNE PATHOLOGIE DU REFUS :

Certains patients ont perdu la faim et l'appétit, à la suite d'une maladie infectieuse, chronique, d'un cancer.

Pour d'autres, c'est une perte d'appétit, une perte du désir de manger, dues à une dépression, un deuil. Quand on parle d'anorexie mentale, on parle d'autre chose : on parle d'un refus de s'alimenter alors même que la faim, le besoin de s'alimenter est là.

En quelques mots, **ce qui pourrait résumer l'anorexie mentale c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim.**

Ce refus peut se colorer de différentes nuances, par exemple :

- refus du plaisir de manger,
- peur d'être gros (se), et pour les jeunes filles, peur des formes féminines, avec une focalisation sur certaines parties du corps comme les fesses et les seins.
- obsessions de pureté, avec pratique de régimes alimentaires particuliers (macrobiotiques, végétalisme, jeunes divers).

a/ Arrivée de l'anorexie :

L'anorexie se déclenche majoritairement chez les jeunes filles pré ou post pubères, ayant vécu une enfance apparemment sans problème, sans pathologie somatique particulière.

La jeune fille développe des conduites de restriction alimentaire (anorexie), ou d'hyperphagie incontrôlée (boulimie), accompagnées ou non, de comportements d'élimination, comme l'hyperactivité physique, vomissements, ou utilisation de laxatifs à outrance, et de vérification (la patiente peut se peser fréquemment).

Ces obsessions alimentaires vont finir par gouverner toute sa vie.

Son estime de soi sera directement liée à son poids.

S'il y a une lune de miel avec l'anorexie les premiers temps, très vite le malaise revient en même temps que s'installe une dépendance au manque, au vide, au rien.

Il s'agit d'un comportement inconscient, qui entraîne malheureusement la patiente dans une spirale infernale qu'elle ne contrôle absolument pas, et qui la détruit.

Le diagnostic d'anorexie mentale est confirmé quand on repère chez une jeune fille pubère les 3A (restriction alimentaire, amaigrissement, aménorrhée). Chez un jeune garçon ou chez une jeune fille pré pubère, ce sera surtout la perte de poids rapide, avec cassure de la courbe de poids, qui alertera.

b/ Que peuvent remarquer les parents ?

Restrictions alimentaires :

La jeune fille sélectionne les aliments dans son assiette. Elle élimine certaines catégories d'aliments.

Elle soupire qu'elle n'a vraiment pas faim. Elle se plaint d'être écoeurée par un aliment qu'elle consommait sans problème jusqu'à présent. Les repas deviennent tendus.

Elle se plaint de douleurs diverses, mais surtout au niveau de l'abdomen. Elle multiplie sa consommation de boissons chaudes, surtout le café.

A table, quand elle n'a pas trouvé le moyen de la désertier, elle trie, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille les aliments, cache et consomme un minimum.

Amaigrissement :

Elle maigrit. Quelquefois beaucoup et très vite. Cet amaigrissement peut atteindre 20 à 30 % de son poids en quelques mois. Elle se trouve trop grosse et s'en plaint. Même si ce n'est pas le cas. Elle éprouve une peur intense à l'idée de prendre du poids. Elle ne se voit de toute façon, que « trop grosse ». La rationalité n'a aucune prise sur elle. Il est tout à fait vain d'essayer de la sermonner, d'essayer de lui faire entendre raison. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absolu d'être incompris(e) pour l'enfant.

Aménorrhée :

Ses cycles sont perturbés, elle n'a souvent plus ses règles.

Signes complémentaires

Elle se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle affectionnait avant. Elle se referme sur elle-même, ne sort plus, s'enferme pour travailler, surinvestit ses études.

Toute son activité psychique, intellectuelle est absorbée par les pensées autour du poids, de la minceur, et des stratégies pour déjouer la faim, et refuser l'alimentation.

En famille, elle veut régenter tout ce qui concerne la nourriture, elle fait des listes de courses, elle cuisine pour les autres, mais ne touche à rien.

Elle pourra aussi se plaindre d'insomnies, de frilosité, de perdre ses cheveux ... conséquence directe de la dénutrition.

2/ LA BOULIMIE, UN MAL SOUVENT TRES DISCRET :

La boulimie s'exprime souvent sur le même terrain que l'anorexie, bien qu'elle apparaisse généralement plus tard que l'anorexie mentale, souvent à la suite d'un régime qui peut être compris a posteriori comme un épisode anorexique.

Elle touche des jeunes filles post pubères, anxieuses, perfectionnistes, souvent très insatisfaites d'elles mêmes, et ayant des préoccupations excessives par rapport à leur idéal de minceur. La jeune fille boulimique met beaucoup d'énergie à cacher son trouble, et semble psychologiquement et socialement, plutôt bien adaptée. En réalité, elle doute souvent atrocement d'elle, craint le rejet et passe son temps à essayer de plaire aux autres. Bien souvent, l'entourage ne perçoit pas l'immense malaise et l'immense détresse, dans lesquelles ces personnes se trouvent.

Pour la personne boulimique, la nourriture est une véritable obsession. Elle va passer ses journées à se demander ce qu'elle va manger et quand, comment le cacher à son entourage et comment se débarrasser de ce qui a été absorbé.

La boulimie est caractérisée par la répétition de crises de gavage (entre 2 et quelques dizaines par semaine), assez classiques d'un boulimique à l'autre. Elles sont souvent déclenchées par une contrariété, une sensation de tension interne, de vide, qui crée de l'anxiété. La personne boulimique « sent monter la crise ». Elle lutte contre le passage à l'acte, ce qui augmente son anxiété.

Lorsqu'elle est seule, à l'abri de tout regard extérieur, elle cède avec l'impression de ne plus contrôler ses gestes, de devenir spectateur de ce corps qui ingurgite rapidement et brutalement des quantités très importantes de nourriture.

Elle consomme généralement ce qu'elle trouve, le plus souvent des aliments faciles d'accès, parfois non cuisinés, voire non consommables (comme des épiluchures).

Le but est de se remplir et non de satisfaire un plaisir gustatif (contrairement à un épisode de fringale ou de compulsions alimentaires, dont le but est de satisfaire un goût salé ou sucré, suivi d'un sentiment d'apaisement et réconfortant).

Cela se passe le plus souvent en dehors des repas, à la fin de la journée. Après ce raz de marée, la personne se sent abattue, éprouve des remords. Un profond sentiment de dégoût d'elle-même apparaît. Dans la moitié des cas, elle se fait vomir, ce qui peut l'amener à une deuxième crise. Il n'y a pas de lien entre la boulimie et l'obésité parce que bien souvent, hors des crises, les jeunes filles font tout pour ne pas prendre de poids (diètes draconiennes, hyperactivité physique, diurétiques, laxatifs, vomissements provoqués, ...)

Malheureusement, ces comportements compensatoires augmentent la fréquence d'apparition des crises boulimiques.

Que peuvent remarquer les parents ?

Le problème de la boulimie, c'est que contrairement à l'anorexie, elle se voit moins à l'œil nu. La jeune fille, bien souvent conserve un poids normal. Elle passe pour une jeune fille sans problème. Or, le danger est bien là.

Les proches seront alertés par :

- Une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment s'ils pratiquent une discipline où la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'excès (gymnastique, athlétisme, ...)
- La présence de nourriture dans sa chambre.
- La disparition fréquente, et en grande quantité, de nourriture dans les placards, voire d'argent.
- Les signes de conduites purgatives : achat de laxatifs, sport à outrance, vomissements dans les toilettes ...
- Des scarifications, des mutilations dans les situations les plus extrêmes.
- Sur les mains des jeunes filles, quelquefois on peut voir des durillons dus à la position des dents sur la main utilisée pour s'aider à vomir.

En famille, c'est un fonctionnement dans les extrêmes qui peut alerter :

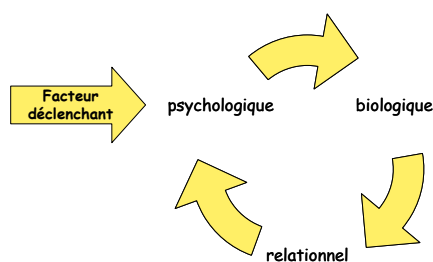
- Elle veut tout de vous, mais peut vous rejeter violemment.
- Elle est en super forme, mais peut être en même temps complètement déprimée.
- Elle vous adore et vous déteste, à tour de rôle, voire en même temps.
- Elle peut briller en société, puis tout à coup se sentir la plus misérable du monde.

II / LES FACTEURS FAVORISANT LES TCA :

L'idée que la famille puisse être l'unique cause du déclenchement de la maladie est complètement dépassée.

Les causes de ces maladies sont multifactorielles. Elles sont d'ordre biologique, psychologique, environnemental. On ne peut définitivement incriminer une seule cause déclenchante.

Une spirale aggravante



En revanche, il existe des comportements intra familiaux susceptibles d'entretenir des troubles. On ne les retrouve pas dans toutes les familles où il y a un enfant souffrant d'un TCA mais lorsqu'ils sont présents, il est vraiment important de les repérer, car c'est là que les parents peuvent être actifs et aidants.



a/ Un surinvestissement de la réussite, de la performance :

Un des premiers comportements sur lesquels il est intéressant de réfléchir et de travailler, c'est la valorisation à outrance de la performance, la compétition, l'excellence. S'il est éducatif d'encourager l'enfant à faire de son mieux, il ne faudrait pas le juger uniquement sur ses réussites scolaires, sportives, ou intellectuelles. Le perfectionnisme à outrance est l'ennemi du développement harmonieux de l'enfant. Il induit trop de tension, et d'anxiété. L'enfant va développer un sentiment intense d'insécurité interne, et s'il n'est pas encouragé à verbaliser son mal être par rapport à « ses insuffisances », il risque de l'exprimer par de l'auto agression, et c'est en général le corps qui est visé.

Il importe de montrer à son enfant qu'on le reconnaît, qu'on l'aime, de manière inconditionnelle, quelles que soient ses performances réalisées. Lui montrer qu'on l'aime, même « imparfait », qu'on l'aime pour ce qu'il est, et non pas pour ce qu'il fait.

On sera également vigilant à ne pas encourager un enfant à la rigidité et au perfectionnisme.



b/ La confusion des places, les relations fusionnelles :

Il existe des familles, très fusionnelles, où la place de chacun, n'est pas franchement définie. Tout le monde se mêle de tout. On s'aime tellement que chacun se sent concerné et encouragé à intervenir dans la vie de l'autre. Il n'existe pas d'espace psychique propre.

Ou alors, lorsque les parents sont en grande détresse (deuil, chômage, divorce...), pour ne pas alourdir la difficulté rencontrée par ses parents, l'enfant peut inverser les rôles et se mettre en situation de protéger ses parents. Il s'interdit alors d'exprimer ses doutes, ses souffrances, ses peurs.

Dans ces deux situations, l'enfant perd son sentiment d'exister par lui-même, il n'a plus de place propre. Il a dû grandir trop vite et se retrouve dans un monde trop vaste et inquiétant pour lui. Le contrôle du corps et de l'alimentation lui permet alors de se rassurer face à une intensité émotionnelle trop forte.



c/ Les non dits, les souffrances transgénérationnelles :

Quelquefois, les familles sont construites sur des « non dits », c'est-à-dire des histoires indicibles, traumatiques, parfois honteuses ou transgressives, souvent anciennes, qui se transmettent en dehors de la parole et qui ressortent sous forme de malaise, plusieurs générations plus tard. Les troubles alimentaires évoquent bien souvent ces transmissions inconscientes au sein des familles où l'on retrouve d'ailleurs des grand mères ou des mères qui ont aussi souffert de TCA.



d/ La restriction alimentaire et la banalisation des régimes :

Les jeunes filles qui ont des préoccupations importantes à propos de leur poids, de leurs formes, et qui alignent les conduites de restriction alimentaire plus ou moins strictes en vue de mincir risquent par ce comportement de basculer dans la boulimie. Plus on se restreint, plus on accroît le risque de compulsions. Plus le régime est sévère, plus la compulsions et l'obsession alimentaire risquent d'être majeurs.

Il est donc essentiel de ne pas glorifier la minceur à outrance et de ne surtout pas encourager la jeune fille à suivre un régime. Il conviendrait plutôt de l'encourager à se fier à ses sensations de faim et de satiété, et à ne bannir aucun aliment de son alimentation.

III / LES CONSÉQUENCES DES TCA ET LES RISQUES :

Il existe des conséquences communes à l'anorexie et à la boulimie.

Sur le plan physiologique, la dénutrition entraîne des carences dommageables pour le fonctionnement des muscles (dont le cœur), pour les os, pour le fonctionnement hormonal et aussi pour le cerveau (altération de certains fonctionnements neuro-biologiques et cognitifs).

Sur le plan psychique, la dénutrition et la dysmorphophobie (image déformée de son corps) participent à une aggravation du manque d'estime de soi, de l'hypersensibilité, de l'impulsivité, des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression.

Sur le plan social, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolement, repli sur soi, parfois interruption dans les études.

D'autres conséquences sont plus caractéristiques de l'une ou l'autre des polarités anorexique ou boulimique.

a/ Polarité anorexique

Les conséquences somatiques sont, bien entendu, à mettre en perspective avec la durée de la maladie.

Pour l'anorexie, les risques somatiques sont rapidement majeurs, même si la plupart du temps, les bilans sanguins ne paraissent rien révéler d'alarmant, hormis quelques carences en fer. On peut aussi noter l'augmentation du cholestérol sanguin, qui donne l'envie de faire un régime pour le corriger, ce qui augmente la restriction, alors que la reprise d'une alimentation normale améliore cela. L'aménorrhée est la première conséquence somatique détectable de l'amaigrissement excessif (même si elle précède l'amaigrissement), avec en corollaire, la baisse de la fertilité et l'aggravation du risque d'ostéoporose précoce plus tard.

Si l'épisode anorexique se prolonge, le risque cardiaque se majore ; les risques d'ostéoporose immédiate deviennent plus importants. Et des troubles de la fertilité peuvent apparaître.

Enfin, les études récentes démontrent un risque de mortalité anticipé par arrêt cardiaque, qui perdure après la reprise d'un poids « normal », en lien avec la durée et la sévérité de la maladie.

b/ Polarité boulimique :

Moins que l'amaigrissement, ce sont certaines conduites compensatoires qui sont le plus dommageables.

Tout d'abord, l'émail des dents est mis à mal par les vomissements répétés. Il se fragilise et devient cassant. Les dents deviennent poreuses et peuvent prendre des colorations dues aux aliments (thé, café, vin). Et les caries peuvent proliférer. A terme, on peut craindre des problèmes parodontaux, et des déchaussements des dents.

Les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à un arrêt cardiaque. On sera très vigilant à réaliser un dosage régulier (tous les 15 jours environ) en potassium. Ces dosages ne nécessitent pas d'ordonnance et ne coûtent que quelques euros. La personne n'a pas besoin d'être à jeun.

Les vomissements font fonctionner les glandes salivaires plus que de coutume, et donnent à la jeune fille un visage gonflé.

Les vomissements entraînent des remontées acides, qui peuvent entraîner des ulcères, des saignements.

Enfin, si la personne compulse trop gravement et se remplit l'estomac de façon trop importante, on peut craindre une rupture de la poche stomacale. C'est néanmoins très rare.

Un des plus grands dangers de la boulimie reste le passage à l'acte suicidaire, par honte de l'impuissance face à ce symptôme, et par désespoir d'être enfermée dans son image de jeune personne qui va bien (rigolote, forte, ...).

IV / COMMENT SE FAIRE AIDER :

Une des premières difficultés auxquelles les proches sont confrontés, quand ils ont compris que leur enfant ou leur proche allait mal, c'est de lui faire accepter l'idée de s'engager dans la voie du changement et du soin. Pourquoi ?

La personne en souffrance s'est engagée dans cette voie, depuis des semaines, des mois, des années, luttant sans cesse contre la faim, organisant avec la plus grande minutie sa stratégie, se noyant dans une frénésie d'activités physiques ou intellectuelles, et jouissant de sa perte de poids. Elle n'est pas prête à renoncer du jour au lendemain. Surtout que si ce comportement n'est plus là, que reste-t-il ? Qui est-elle ? Elle qui s'est construite autour de ce TCA, s'angoisse à l'idée de l'abandonner. D'autant que les traitements visent tous à une reprise de poids, ce qui est inenvisageable pour elle, pour le moment. Donc, elle va s'agripper coûte que coûte, du moins au début, à sa maladie. C'est ce qu'on appelle le déni.

Pourtant, une prise en charge rapide évite des souffrances inutiles et améliore le pronostic. Amener la personne à consulter est un défi pour l'entourage et constitue en soi un grand pas sur le chemin de la guérison. Les associations d'entraide peuvent être très utiles dans cette phase.

a/ Une prise en charge multidisciplinaire par des professionnels de soin, spécialistes des TCA :



La prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire est une vraie spécialité. Il vaut mieux chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé, de préférence un pédopsychiatre quand l'enfant est jeune, spécialisé dans les TCA. Le meilleur moyen de trouver ce spécialiste, est de se référer aux associations, comme la FNA-TCA, ou l'AFDAS-TCA.

Ce médecin spécialisé va chapeauter les soins, et éventuellement faire appel à d'autres intervenants, qui pourront traiter l'aspect nutritionnel et somatique.

- ∨ Dans l'anorexie, l'objectif principal de la prise en charge, sera de restaurer un poids normal pour sa taille et son âge, et de mettre en route une psychothérapie.
- ∨ Dans la boulimie, l'objectif principal sera de mettre en route une psychothérapie pour faire disparaître les crises de boulimie et les stratégies compensatoires.

Le médecin référent peut être amené à prescrire des antidépresseurs ou des anxiolytiques. Ces médicaments traitent, la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil.

Bien évaluée, cette prescription qui n'est pas systématique, peut être aidante pour l'enfant, et le ramener à un état plus stable afin de commencer la thérapie. (Pour d'éventuelles contre indications, le médecin peut se référer aux recommandations émises par la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de l'anorexie mentale, recommandations accessibles sur le site www.has-sante.fr).



b/ La psychothérapie est la thérapie de choix :

En tant que parents, nous ne sommes jamais préparés à ce que notre enfant aille mal et encore moins à laisser notre enfant aux bons soins d'un intervenant dont nous connaissons peu le domaine d'action, un « psy », qui risque de nous amener à nous questionner : « Ai je failli ? ».

Le rôle du psy est d'écouter, parfois d'expliquer, mais en aucun cas de distribuer les bonnes et mauvaises notes. Il se peut même qu'il vous demande de vous impliquer dans le processus thérapeutique car l'enfant, surtout s'il est très jeune, a besoin de votre soutien et de votre propre évolution pour guérir.

La psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires. Mais la psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant, sinon ses facultés d'évolution peuvent être amenuisées. Lorsque le poids est trop bas, on pratiquera une psychothérapie de soutien dont l'objectif sera d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'angoisse qui ne manquera pas d'émerger.

c/ Les différents types de psychothérapie :

De manière générale, on utilisera des thérapies de type **psycho dynamique**, pour un travail de fond, pour que la jeune fille comprenne ce qui l'a amenée là où elle en est aujourd'hui. Pour qu'elle réalise ce qui la freine, l'entrave, la fige dans ce comportement destructeur. Pour qu'elle puisse remplacer ses comportements toxiques par une solution plus juste et plus adaptée pour elle. C'est un travail de longue haleine, qui prend quelques fois des années, mais dont des progrès peuvent s'exprimer dès les premières séances.

On a également recours à des approches de type **cognitivo comportemental**, qui agissent à plusieurs niveaux. Le premier étant souvent un niveau d'éducation à la nutrition, pour bien en comprendre les enjeux. Le second, plus comportemental, permettra à la patiente de mieux gérer l'affirmation de soi, de mieux être en relation avec les autres. De laisser tomber des attitudes de soumission/domination. De se libérer des croyances négatives sur soi et sur les autres, de retrouver suffisamment de sécurité intérieure pour aller vers la relation avec autrui. L'autre ne sera plus considéré comme potentiellement dangereux. Cela permettra également, de « lâcher » un peu, de travailler sur l'anxiété, de mieux résister à l'exposition, donc de mieux gérer les crises. Ces thérapies sont très utiles parfois, pour dénouer un moment de crispation et de stagnation dans le processus thérapeutique

On travaille beaucoup aussi, avec des thérapies dites **familiales**, qui impliquent l'enfant, un, ou les deux parents, et quelquefois la fratrie. Ces thérapies sont particulièrement indiquées lorsque les problèmes relationnels et de communication sont majeurs, ou lorsque le système familial est en danger. Ou bien pour de jeunes patients amenés à vivre encore plusieurs années dans un système familial qui doit absolument apprendre à accompagner son processus de guérison. S'il est essentiel que l'enfant prenne du soin, il est tout aussi essentiel que l'environnement dans lequel il vit, soit accompagné et aidé. Tous ensemble, on avance mieux et plus vite. C'est tout l'intérêt de ces thérapies.

On pourra également proposer à votre enfant des **groupes de parole**, avec d'autres jeunes concernés par la maladie. Ces groupes seront encadrés par des professionnels de santé, des bénévoles impliqués dans la lutte contre les TCA. Ces groupes permettent à chacun d'exprimer son ressenti, son vécu, par rapport à la maladie. Ils permettent au jeune de comprendre qu'il n'est pas seul, que d'autres peuvent vivre la même chose que lui, mais avoir un regard différent. Et donc, de partager, d'échanger, d'adopter un autre angle de vue. Ces groupes sont très riches, et dynamisants.



d/ L'hospitalisation :

Ce n'est plus le recours absolu pour tous les cas. On privilégie vraiment le soin dans l'environnement habituel du patient.

L'hospitalisation est devenue rare mais se justifie lorsque le pronostic vital du patient est engagé, ou lorsque la famille est épuisée et a besoin de souffler un peu pour débloquer la situation. Elle permet de parer le plus pressé, c'est à dire de stopper la dénutrition, d'aider à contenir un trop plein d'angoisse ou de dépression.

La rupture de l'hospitalisation permet à certains patients, qui n'y arrivent pas dans leur cadre familial, de sortir de la spirale infernale de la maladie et de trouver une motivation à la guérison.

Si l'hospitalisation était il y a quelques années, synonyme de traumatisme, **elle a beaucoup évolué**, notamment grâce à l'exemple de services spécialisés qui ont développé une prise en charge de ces troubles à la fois compétente et respectueuse de l'alliance thérapeutique :

- ∨ Parce qu'une hospitalisation sans consensus serait non productive, l'hospitalisation doit être discutée avec le patient lui même et avec sa famille. On va préparer le patient et sa famille au travers d'entretiens d'information et de visite du service.
- ∨ Pendant l'hospitalisation dans un service spécialisé, la patiente va être entourée, accompagnée du personnel soignant. On va bien sur lui proposer un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques quotidiens, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art thérapie, des ateliers de psychodrame, du sport, des activités culturelles etc....
- ∨ La séparation avec le système familial doit être modulée selon l'âge, expliquée, accompagnée. En cas de séparation (qui n'est plus un isolement), les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant, des visites sont programmées.
- ∨ Dans tous les cas, l'entourage aussi sera accompagné dans ce qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens, ...).



V/ CE QUE PEUT L'ENTOURAGE :

a/ Les proches ont entièrement leur place dans le processus de guérison d'un enfant :

Dans le domaine de l'anorexie et de la boulimie, les parents ont longtemps été tenus à l'écart de leur enfant pendant les soins.

Désormais, on se rend compte qu'ils peuvent être de précieux alliés sur le chemin de la guérison. Mieux, souvent les familles ont de multiples compétences pour aider la jeune fille, et contribuent très largement à la guérison lorsqu'elles sont systématiquement associées à l'action des personnels de soin.

b/ Garder son bon sens et renforcer l'alliance parentale :

Deux règles d'or, bien difficiles à tenir :

1. Un des plus grands dangers serait de se comporter avec la jeune fille comme avec une très grande malade : la couvrir, la surprotéger, faire les choses à sa place, lui parler avec la plus grande diplomatie, tenter à tout prix de la préserver de tout...et se soumettre aux injonctions de sa maladie. Il importe donc de faire confiance à son bon sens de parent, ne pas oublier son rôle éducatif, fixer des limites, et de protéger autant que faire se peut la fratrie quand elle existe qui souffre aussi beaucoup.
Il est tout aussi essentiel de ne pas s'isoler de ses amis et de sa famille. C'est très important pour tout le monde de continuer à vivre sa vie, et de pouvoir s'appuyer sur des ressources amicales et familiales.
2. Les TCA sont très éprouvants pour tout le monde. Plus l'enfant est en grande détresse, plus la l'alliance parentale est mise à rude épreuve : quelle conduite tenir devant le déni de la maladie ? comment réagir face à ses comportements tyranniques (qui parlent en réalité de la tyrannie que la maladie exerce sur elle/lui) ?
La maladie s'engouffrera dans la moindre faille parentale ou du système soignant, s'il en existe une. Un des enjeux majeurs pour les parents est donc de garder un cap commun et de privilégier la cohérence de leur position parentale à la perfection de cette position.

c/ Se remettre en question et s'informer sur la maladie

L'enfant ne fait pas exprès d'être malade, de ne pas manger. Il a juste trouvé là le seul moyen pour lui de résister à un cataclysme identitaire et structurel. Pour le moment, il lui est impossible de faire autrement, tout seul.

Il est cependant évident que la maladie d'un enfant contraint la famille à se remettre en question. C'est d'ailleurs très souhaitable. C'est pour cette raison que l'entourage doit prendre un maximum d'information sur la maladie.

Parce que cette maladie renvoie l'entourage à son impuissance, le danger serait de s'enfoncer dans la culpabilité, en ruminant, et en cherchant dans le passé la «possible faute» à l'origine de ce désastre. C'est un comportement non productif, qui, bien au contraire, pourrait être néfaste au cheminement vers la guérison. Il faut que la famille soit à tout moment dans l'instant présent. Et les yeux braqués sur l'avenir.

Il existe des groupes de parole de soutien pour les proches et la famille qui sont de bonnes ressources pour cela. Si vous souhaitez les rejoindre, vous trouverez des adresses auprès des associations et des services hospitaliers spécialisés.



VI/ POUR L'AIDER SUR LE PLAN ALIMENTAIRE :

Vous tenterez d'appliquer ces principes, mais selon vos possibilités, et selon le stade de la maladie de votre fille.

a/ Avoir soi-même un comportement alimentaire normal :

Cela implique que vous n'ayez vous-même pas de troubles du comportement alimentaire.

Manger normalement consiste à manger lorsque l'on a faim, et à s'arrêter lorsque l'on est rassasié. On mange ce qui nous fait envie, afin d'avoir du plaisir et soulager notre faim. Et tout cela sans penser aux calories ni aux conséquences sur notre poids. De cette façon l'alimentation est régulée, équilibrée, et le poids reste stable, à son point d'équilibre.

Des études scientifiques montrent que nos envies correspondent à un réel besoin physiologique. Cela signifie que lorsque nous avons faim, et envie d'un bon morceau de fromage, c'est que nous avons probablement besoin du calcium et des acides gras saturés qu'il contient. Répondre à une envie revient à dire que l'on répond à un besoin naturel, à un besoin physiologique. Alors pourquoi culpabiliser ?

L'appétit fluctue d'un jour à l'autre, selon les circonstances. Parfois il nous arrive de manger sans avoir faim, par ennui, fatigue, tristesse ou bonheur. Cela reste sans conséquence dans la mesure où vous allez ensuite vous laisser guider par vos sensations de faim et de rassasiement. Ainsi, demain matin, vous aurez moins faim, mangerez moins, voire pas du tout. Votre corps a cette faculté de se réguler tout seul.

En revanche, certaines croyances alimentaires nous éloignent d'un comportement régulé : s'obliger à faire 3 repas par jour, finir ses assiettes pour ne pas gâcher, manger 5 fruits et légumes par jour, éviter les féculents et le fromage le soir, ne boire qu'en dehors des repas... favorise la restriction, nous empêchent de manger à notre faim, induit de la culpabilité, de la frustration et prépare le terrain des troubles du comportement alimentaire.

Pour votre fille, vous représentez un modèle, et il est essentiel que vous mangiez tout à fait normalement : selon votre faim et vos envies, sans crainte pour votre poids.

Si vous-même êtes en difficulté avec votre propre relation aux aliments, si vous êtes parfois ou souvent au régime, si vous ne savez pas ce que « manger de tout sans grossir » signifie, n'hésitez pas à rencontrer un thérapeute spécialisé qui vous permettrait de faire la paix avec les aliments et avec votre corps.

b/ Les principes à appliquer pour l'anorexie et la boulimie :

Il s'agit de bon sens : en tant que parent, vous êtes responsables de l'éducation alimentaire de votre enfant.

Les repas seront pris à heures régulières.

La ponctualité des repas apaise votre fille, et diminue son anxiété. Elle a particulièrement besoin de repères.

Ce sont les parents qui font les courses et les menus.

Votre fille ne sait plus ce qui est bon pour elle. Si vous la laissez en décider, vous tenterez d'accéder à toutes ses demandes, qui n'en finiront jamais de changer (elle exigera que vous achetiez le nouveau yaourt à 0% de matière grasse qui est nettement mieux que l'ancien), ce qui intensifiera son anxiété et vous, votre découragement.

Attention, l'alimentation n'est pas taboue, mais les critiques autour du sujet sont à éviter. Cependant, il peut être utile de l'encourager à manger une bouchée de plus, en lui affirmant que c'est bon pour sa santé. Mais n'insistez pas, et si elle refuse, ne faites pas de commentaires.

Les repas sont pris en famille, dans une ambiance détendue.

Malgré l'extrême tension de certains repas, il est très important de partager les repas ensemble, de créer une atmosphère détendue et positive, et d'aborder tout autre sujet que le trouble du

comportement alimentaire : cinéma, voyage, amis... Pour votre fille, les repas sont très anxiogènes. Une ambiance sereine l'aidera à surmonter ce moment difficile. Et si votre fille refuse de manger, invitez-la à s'asseoir à table avec le reste de la famille. Avec le temps, votre fille baissera la garde et sera moins sur la défensive. Si elle le souhaite, vous pouvez dans un premier temps accepter qu'elle mange dans une autre pièce, mais au même moment que vous.

Après le repas, restez une demi-heure ensemble.

La culpabilité d'avoir mangé, d'avoir cédé et les douleurs abdominales éventuellement associées participent à l'anxiété de votre fille. Pour la soulager et lui témoigner votre soutien et votre détermination, prévoyez une activité agréable (jeu de société, film, promenade...). Cela distraira tout le monde.

Comment l'empêcher de se faire vomir ?

Invitez-là à aller aux toilettes avant le repas, de cette manière elle n'aura aucune raison de s'y rendre ensuite. Et étant ensemble une demi-heure après le repas, cela l'aidera à surmonter son envie d'aller se faire vomir.

Si malgré tout elle s'est faite vomir, ne la blâmez pas, ne la jugez pas. Elle se sent suffisamment honteuse comme cela.

En revanche, vous pouvez lui demander de laisser les toilettes propres.

c/ Particularités pour l'anorexie :

Ce sont les parents qui cuisinent :

Les jeunes filles qui souffrent d'anorexie font tout pour contrôler leur alimentation. Soit elles surveillent au gramme près les matières grasses que vous ajoutez dans les plats, soit elles décident de mitonner d'excellents petits plats pour toute la famille, auxquelles elles ne toucheront pas.

Ceci étant une manifestation de la maladie, il est important de lui expliquer que tant qu'elle ne sera pas guérie, elle ne décidera pas des menus, de la façon de cuisiner, ni ne cuisinera pour les autres. Elle reprend ainsi sa place dans la fratrie, et mange ce que les parents ont préparé.

Vous servirez votre fille dans son assiette, et déciderez des quantités. (Faites-vous éventuellement aider d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) diététicien(ne) pour déterminer les quantités nécessaires à sa reprise de poids. Servez-la avant qu'elle n'arrive à table.

Laissez-la manger sans intervenir. Au bout de 30 minutes, retirez l'assiette, qu'elle ait mangé ou non, sans aucune remarque.

d/ Particularités pour la boulimie :

Lors d'une crise de boulimie, une importante quantité d'aliments peut être consommée. Afin de ne pas léser les autres membres de la famille, vous devez lui préciser que c'est à elle de remplacer les aliments qui ont servi à faire une crise.

e/ Pour conclure :

Afin d'accompagner votre fille sur le chemin de la guérison, soyez fermes, solidaires, mais aussi attentifs et à l'écoute. Vous n'êtes plus seuls face à la maladie !

QUELQUES LECTURES UTILES

APFELDORFER Gérard : *Maigrir, c'est dans la tête*. Odile Jacob Ed. Paris, 1997.

APFELDORFER Gérard : *Je mange donc je suis*. Surpoids et troubles du comportement alimentaire. Payot, 1991.

APFELDORFER Gérard : *Anorexie, boulimie, obésité*. Flammarion 1995.

BRUCH Hilde : *Conversation avec des anorexiques*, Petite Bibliothèque Payot.

CALIPPE Catherine : *Aidez vos proches à surmonter l'anorexie*, sous la Direction de Jérôme Palazzolo, Hachette Pratique.

CORCOS Maurice : *Le corps absent*, Dunod.

COLLECTIF SOUS LA DIRECTION DE THIERRY VINCENT : *La jeune fille et la mort*, Eres.

DODIN Vincent et TESTARD Marie Lyse : *Comprendre l'anorexie*, Seuil pratique.

DOYEN Catherine et COOK- DARZENS Solange : *Anorexie, boulimie, vous pouvez aider votre enfant* Interéditions, Dunod, 2004

GORDON Richard A : *Anorexie et boulimie, anatomie d'une épidémie sociale*. Stock-Laurence Pernoud, 1992.

HERVAIS Catherine : *Vivre et communiquer avec un proche boulimique - anorexique* Interéditions, Dunod, 2007

LOUPIAS Annick : *La tortue sur le dos* aux Editions de l'Homme

MEGGLE Virginie : *Face à l'anorexie*, Eyrolles.

MEGGLE Virginie : *Tractatus Emotivus Anorexicus*, Manuscrit.com.

SIMON Yves, NEF F : *Comment aider votre fille à sortir de l'anorexie*, Odile Jacob, 2009.

SIMON Yves, NEF F : *Comment sortir de la boulimie*, Odile Jacob, 2004.

POMMEREAU Xavier et de TONNAC Jean-Philippe : *Le mystère de l'anorexie*, Albin Michel.

ROTH Geneen : *Lorsque manger remplace aimer*, Editions de l'homme, Stanké.

SHANKLAND Rebecca : *Les troubles du comportement alimentaire*, Dunod.

SCHMIDT Ulrike, TREASURE Janet. : *La boulimie, s'en sortir repas après repas*, Estem, 2000.

SANCHEZ-CARDENAS Michel : *Le comportement boulimique*. Masson, 1990.

de TONNAC Jean-Philippe : *Anorexia*, Albin Michel.

VINCENT Thierry : *L'anorexie*, par, Odile Jacob.

VINCENT Thierry : *La boulimie, une indication pour se perdre - Considérations psychopathologiques et thérapeutiques*, (Préfacier), Eres.

WAYSFELD Bernard : *Le poids et le Moi*, Armand Colin.

ZERMATI Jean-Philippe : *Maigrir sans régime, est ce possible ?* Odile Jacob, Paris, 2002.



QUELQUES ADRESSES UTILES

Association AFDAS-TCA :

Le site met à disposition des internautes un annuaire assez complet, dont les structures sont classées en 3 catégories : lieux de soin, réseaux de santé et associations : <http://www.anorexiebulimie-afdas.fr/ou-s-adresser.cfm>

A.F.T.C.C. (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive) :

Pour avoir les coordonnées d'un thérapeute comportementaliste (France entière) :

100, rue de la Santé - 75014 Paris

☎ : 01 45 88 78 60

Envoyer une lettre en y joignant une enveloppe timbrée pour la réponse

Association G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) :

Président : Bernard WAYSFELD – Psychiatre, médecin nutritionniste

BP 20033 – 75362-Paris cedex 8

☎ : 01 53 76 32 20 - email : gros@gros.org Site : www.gros.org

Association ENFINE :

Présidente : Catherine Calippe

enfine@enfine.com

Permanence téléphonique : 01 40 72 64 44 le soir, de 21H à 22H30, sauf mardi

Fédération d'associations FNA-TCA :

Cette fédération a pour but d'aider, en lien avec les associations constituées, les personnes concernées par les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) : malades, ex malades, familles et proches. Pour cela, elle se donne comme objet, de fédérer les savoirs, les expériences et les ressources afin de pouvoir dialoguer d'égal à égal avec les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les financeurs. Elle s'interdit toute attache avec un parti ou une confession.

<http://www.fna-tca.com>

Contact : Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles du Comportement Alimentaire

Email : fna-tca@laposte.net

HAUTE AUTORITE DE SANTE :

www.has-sante.fr