



PRO-ADO

Dans ce numéro :

Table des matières 2

**Nouvelles de
l'Association** 3

**Évènements
Scientifiques** 10

**Thème:
Troubles alimentaires**

Article 13

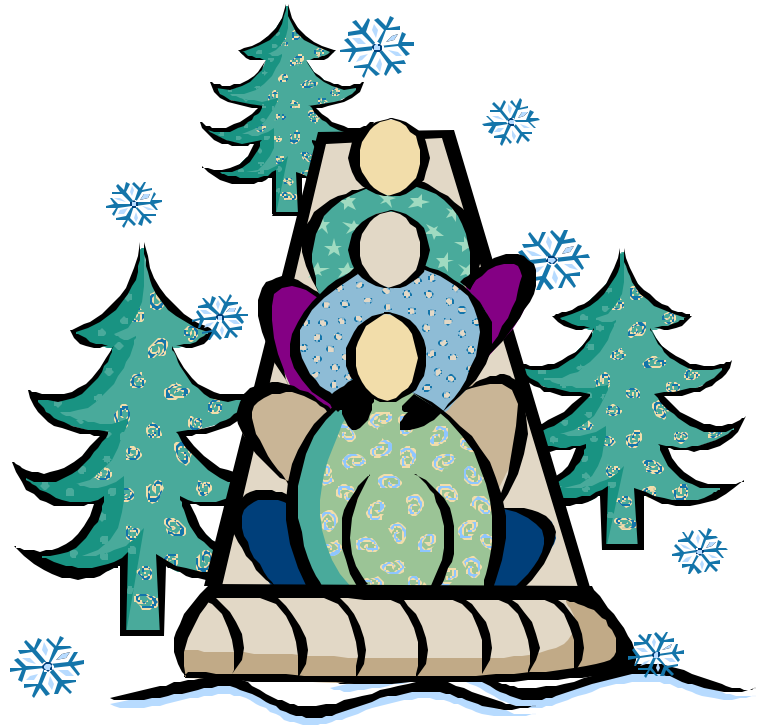
Recherche 30

**Programmes,
Ressources** 32

Publications 35

Article 37

Recherche 40



BONNE ANNÉE !



PRO-ADO

Éditeur : ACSA

Rédacteur en chef

Dr Jean-Yves Frappier

Rédacteurs adjoints

André Malo

Philippe Nechkov

Julia Sheel

ACSA

Section médecine de l'adolescence
Hôpital Ste-Justine, 7^e bloc 2
3175 Côte Ste-Catherine
Montréal, QC H3T 1C5

Tel: (514) 345-4722

Télécopieur: (514) 345-4778

Web: www.login.net/acsa-caah/

E-mail: acsacaah@microtec.net

Comité Exécutif

Président

Dr Jean-Yves Frappier

Vice-Présidente

Dr Eudice Goldberg

Secrétaire-Trésorier

Dr Marc Girard

Représentant des Directeurs

Dr Roger Tonkin

Bureau des directrices et directeurs

Lise Audet (infirmière, retraitée), Montréal

Dr Jean-Yves Frappier, Montréal

Dr Marc Girard, Montréal

Dr Eudice Goldberg, Toronto

Joanne Gusella (Ph.D. psychologie), Halifax

Cheryl Littleton (In Memoriam), Toronto

TABLE DES MATIÈRES

Nouvelles de l'association

Départ de deux fondatrices de l'ACSA	2
Rapport du président:1998	2

Évènements scientifiques

Adolescence et pouvoir: le bogue de l'an 2000	10
Assesment and mangement of substance use disorders during adolescence	11
Drogues par injection: Enjeux pour la société	11
Imagine mon avenir	12
Le Collectif Action Alternative en Obésité (CAAO)	12

Thème de ce numéro:

LES TROUBLES ALIMENTAIRES

Ce symbole indique la présence d'un texte en relation avec le thème.



Article

Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence Suivi et devenir d'adolescentes ayant consulté pour anorexie mentale: une recherche	13
30	



Programmes, Ressources

ANEB Québec	32
Clinique St-Amour	33
Bien dans sa tête, bien dans sa peau	33



Publications

Témoignages, vidéos, films et livres	35
--------------------------------------	----

Article

La prévention au masculin	37
---------------------------	----

Recherche



Nouvelles de l'association

Départ de deux fondatrices de l'ACSA.

Nous tenons à souligner le départ de deux membres du bureau des directrices et directeurs l'ACSA, deux infirmières, Cheryl Littleton et Lise Audet.

Lise Audet était à la retraite depuis 1997 et nous a annoncé son départ de son poste au bureau des directeurs et directrices de l'ACSA pour l'automne 1998. Lise est une des fondatrices de l'ACSA. Elle a fait partie de l'équipe qui a écrit la constitution et signée la demande d'incorporation. Lise est surtout une de celle qui a cru en cette jeune organisation et qui y a mis de son temps et de son talent. Elle a été de l'organisation et du comité scientifique d'une majorité des colloques et congrès de l'ACSA depuis 1994.

Lise a œuvré auprès des adolescents pendant de nombreuses années. Elle a développé des programmes innovateurs, a toujours cherché à améliorer son expertise et a gardé une remarquable ouverture d'esprit. Elle a surtout bien défendu les adolescents et toujours fait valoir leurs droits à des services de qualité. Elle a cru en sa profession d'infirmière et l'a surtout représenté brillamment. Lise est une femme qui a des idées, de la créativité, de l'énergie, et beaucoup de caractère, le tout enrobé de joie et de soif de vivre. C'est tout cela dont elle a fait profité notre Association. Mais Lise est aussi une personne qui s'entoure d'intervenants dans l'action. En 1997, elle a mis sur pied la section Québec de l'ACSA tel que le

stipule notre constitution. Elle a insufflé à ce groupe son énergie, une manière de travailler et une efficacité qui ont fait marque. Ce comité poursuit son travail sur cette lancée, en alliant comme elle nous l'a montré, actions, réflexion et plaisir.

Personnellement, comme président, c'est une fidèle co-équipière que je perd, d'une certaine manière un baromètre, et celle qui savait m'accompagner et m'encourager dans les périodes difficiles; car c'est une optimiste. À l'automne, nous apprenions que Lise avait eu des problèmes de santé. Au moment d'écrire ces mots, le pire semble passé, fort heureusement, et nous lui souhaitons le meilleur. Lise, à l'image de ce qu'elle a fait dans l'ACSA et à l'instar des adolescents avec qui elle a travaillé, sait se ressaisir et trouver une énergie cachée et sans cesse renouvelable. Bonne chance Lise, et merci.

Quant à Cheryl Littleton, infirmière de Toronto et directrice de l'ACSA, elle est décédée en février 1998. C'était aussi une des fondatrices de l'ACSA. Nous avons eu l'occasion de souligner sa contribution dans un journal précédent.

En conclusion, ces infirmières furent deux pionnières, dans l'ACSA et en adolescence. Nous leur devons beaucoup.



Rapport du président : 1998

En 1998, nous avons poursuivi la consolidation administrative de l'ACSA. Le membership continue d'augmenter lentement. La publicité faite à l'occasion du congrès national a attiré de nouveaux membres, comme celle de 1997. Les colloques de 1998 ont été entièrement gérés par notre organisation. Nous avons eu un contrat du *centre national d'information sur la santé des populations*, nouvellement constitué par Santé Canada, afin d'étudier le réseau d'informations sur la santé des jeunes au Canada. Ce contrat nous a été oc-

troyé par l'intermédiaire de la Société Canadienne de Pédiatrie. Un rapport de 278 pages a été remis en mai 1998.

Organisation administrative et activités

La banque des membres:

Le système de mise à jour de notre banque des membres est amélioré et nous avons corrigé

certain détails pour éviter les erreurs. Nous pouvons plus facilement produire un état de cette banque des membres.

Pour la gestion du budget

Nous devons améliorer nos systèmes comptables. Nous payons les taxes TVQ-TPS depuis février 1998, ce qui ajoute à nos frais.

La liste postale de promotion

Nous avons continué de développer cette liste pour le Québec; elle est assez complète (écoles privées et publiques et CEGEP, commissions scolaires, CLSC, santé publique, pédopsychiatrie, centres jeunesse, psychologues, maison de jeunes, CALACS, CAVACS, services de police, anciens membres...). Il faut incorporer les universités.

Nous avons développé la banque des membres de l'Ontario: santé publique et services de santé communautaires et de districts, services de santé mentale, commissions scolaires et écoles privées et publiques, services de toxicomanie, anciens membres, universités, psychologues en partie) Nous aurons complété cette liste en 1999.

Pour les autres provinces, nous avons les commissions scolaires et les services de santé publique ainsi que les universités. Il faudra développer ces listes.

Les colloques

Nous avons mis au point nos procédures et notre organisation pour les colloques. Nous ne faisons

plus appel à une firme extérieure. Cela permet d'économiser et de compter sur une personne qui peut être engagée plein temps pour l'ACSA et travailler dans nos autres dossiers. L'organisation des colloques 1998 a été beaucoup plus facile car les outils informatiques étaient développés depuis 1997 et réutilisables. Nous sommes à écrire nos procédures pour l'organisation d'un colloque.

Le site WEB

Nous avons développé notre site web. Ce site est encore à l'état embryonnaire, mais la structure est en place et nous devrions progresser vers la réalisation d'un site intéressant.

Le journal PRO-ADO

Nous avons une nouvelle équipe. Nous avons souligné le travail de Martin Benny lors de la parution du numéro de septembre. M Benny a été d'une aide précieuse depuis 3 ans au niveau du journal. On reçoit un peu plus d'articles de nos membres. La présentation du journal a changé pour faciliter sa composition. Ainsi, on a fait disparaître plusieurs rubriques qui obligeaient à trouver des articles pour les remplir. Les numéros sont plus souvent thématiques.

Les membres

En 1998, nous avons augmenté notre **membership qui est passé de 863 à 931**. C'est en partie dû à l'annonce de nos colloques de l'automne où nous avons profité des envois postaux pour faire de la publicité. L'état du membership en novembre 1998 était le suivant :

1996 (retirés de la liste)	67 (7%)
1997	175 (19%)
1998 (inscrits et payés en 1998)	604 (65%)
1999 (inscrits et payés depuis septembre 1998)	85 (9%)
TOTAL	931



Cette année, 65% de nos membres ont payé leur cotisation. Il est à noter que les 67 membres de 1996 ne renouvelleront sans doute pas leur adhésion, mais que des 175 membres de 1997, probablement plus de la moitié vont renouveler en 1999.

Nous perdons des membres chaque année : plusieurs de ces membres quittent leur emploi ou ne travaillent plus en adolescence; plusieurs organismes renouvellent l'adhésion pour une seule personne, alors que, par les années passées, l'organisme avait inscrit plusieurs professionnels.

Il y a plus de membres au Québec parce que nous avons fait plus de promotion et de publicité. L'ACSA a été peu publicisée dans les autres provinces. Nous commençons à peine à constituer

une liste postale pour les autres provinces.

On dénombre 81% de femmes et 19% d'hommes; 60% des membres reçoivent leur correspondance en français, 31% en anglais et 9% dans les deux langues.

41% des membres sont des membres individuels. Donc, 59% font partie d'un groupe. Ceci comprend 50% des membres qui ont un abonnement institutionnel (abonnement payé par une institution, comprenant de 4 à 7 membres au tarif de 130 \$). Le mode de paiement est le suivant: paiement par le membre (20%); paiement par une institution (75%); autres modes de paiement ou gratuité (5%).

Membres par provinces	
Québec	661(71%)
Ontario	172 (18,5%)
Colombie Britannique	41 (4,5%)
Nouvelle Écosse	10 (1%)
Alberta	28 (3%)
Saskatchewan	5 (0,5%)
Manitoba	10 (1%)
Terre-Neuve	1
Nouveau Brunswick	2
Yukon	1

N'oubliez pas de renouveler votre abonnement comme membre de l'ACSA.

Votre contribution est importante et appréc-

Professions des membres	
Infirmières	300 (32%)
Médecin de famille	124 (13%)
Autres spécialités médicales	83 (9%)
Travailleur(euse) social(e)	112 (12%)
Psychologues	47 (5%)
Enseignant(e)	12 (1%)
Conseiller(ère) scolaire	25 (3%)
Psycho-éducateur(trice)	31 (3%)
Travailleur(euse) communautaire	26 (3%)
Sexologue	8 (1%)
Coordonateur	36 (4%)
Dentiste	4 (0%)
Bibliothécaire/Documentaliste	18 (2%)
Diététiste	10 (1%)
Autres	84 (9%)
Non réponses	69 (7%)

Lieu de travail (plus d'un choix)	
CLSC	309 (33%)
Bureau privé	81 (9%)
École	239 (26%)
Santé Publique	120 (13%)
Services de santé de district	14 (2%)
Hôpital	172 (18%)
Université	41 (4%)
Organisation communautaire	72 (8%)
Maison de jeunes	14 (2%)
Centres jeunesse (CPEJ, DPJ)	15 (2%)
Centres jeunesse	22 (2%)
Organisation gouvernementale	15 (2%)
Autres	23 (2%)

Type de travail (plus d'un choix)	
Intervention clinique	557(60%)
Enseignement	269 (29%)
Prévention / Promotion	530 (57%)
Éducation à la santé	348 (37%)
Coordination clinique	88 (9%)
Animation de groupe	251 (27%)
Travail communautaire	151 (16%)
Santé publique	162 (17%)
Recherche	77 (8%)
Administration	103 (11%)
Documentation, bibliothèque	31 (3%)
Bénévolat	21 (2%)
Média	20 (2%)
Travail de rue	16 (2%)
Développement de programme	139 (15%)
Autres	21 (2%)
Non répondu	90 (9%)

Champs d'intérêt (plus d'un choix)	
Relations parents / adolescents	671 (72%)
Développement de l'adolescent	590 (63%)
Les problèmes de comportement	623 (67%)
Suicide, tentatives de suicide et dépression	498 (53%)
Violence	564 (60%)
Usage et abus de drogues	599 (64%)
Sexualité, grossesse et contraception	585 (63%)
MTS et SIDA	519 (56%)
Abus sexuel	538 (58%)
Anorexie nerveuse et boulimie	467 (50%)
Nutrition et obésité	347 (37%)
Maladie en général: croissance, dermato, ortho, sport	428 (48%)
Problèmes psychosomatiques	411 (44%)
Handicaps et maladies chroniques chez les	323 (35%)
Problèmes d'apprentissage	409 (44%)
Les droits des adolescents chez les adolescents	383 (41%)
Pas de réponse	90 (9%)

Colloques et congrès

Nous avons eu un colloque régional québécois à Montréal en mai 1998 sur le thème de “ l'intervention au masculin ” qui a attiré plus de 340 participants et conférenciers-animateurs d'ateliers. Le 5ième congrès annuel bilingue qui s'est tenu en octobre 1998 à Montréal sous le thème des “ troubles alimentaires à l'adolescence ” a attiré 305 participants et conférenciers-animateurs d'ateliers. Un colloque régional Ontarien est planifié à Ottawa le 14 mai 1999, sur le thème de “ l'abus des drogues ”, ainsi qu'un colloque régional Québécois en mai 1999 à Montréal autour du thème de “ prendre la parole à l'adolescence ”.

Section Québec

Le comité Section Québec est en fonction depuis une année ; ses membres ont eu comme première tâche d'élaborer le programme du colloque de mai 1998. Il faut souligner le travail de Lise Audet qui a mis sur pied et animé ce comité durant l'année.

On y retrouve Danièle Bouchard, infirmière, Micheline Proteau, infirmière-sexologue, Ginette Ducharme, infirmière, Pierre Chartrand, animateur, Yves Lambert, médecine familiale, Martin Benny, étudiant au doctorat en psychologie, Mélanie Gagnon, étudiante en psychologie et depuis octobre, Danièle Delorme, travailleuse sociale, et Jean-Yves Frappier.

Il serait important que de tels comités soient développés dans d'autres provinces.

Comités

Défense des droits et services

Ce comité se remet en marche depuis peu, avec le Dr. Katherine Leonard qui est revenue d'une année à l'extérieur du pays.

Finances

Abonnement 1999, les coûts augmenteront légèrement.

Budget: rapport du vérificateur 1997

Revenu	\$	Dépenses	\$
En banque	4,254\$	Soutien administratif	21,400\$
Abonnements 1997	11,420\$	Entrée de données	3,490\$
National Meeting	45,460\$	Entretien équipement	80\$
Colloques régionaux	22,700\$	Taxes et permis	92\$
Autres	2,000\$	Journal	12,897\$
		Frais de bureau	1,477\$
		Affranchissement	235\$
		Frais de déplacements	1,543\$
		Frais de représentation	1,175\$
		Amortissement	885\$
		Honoraires professionnels	863\$
		Colloque National	30,749\$
		Colloques régionaux Québec	7,886\$
Total	81,580\$	Total	83,345\$

Budget 1998 approximatif, non révisé			
Revenu	\$	Dépenses	\$
En banque	2,489\$	Secrétaire exécutif	29,000\$
Abonnements 1998	14,000\$		
National Meeting 1997 (Toronto)	4,500\$	Administration	2,500\$
Colloque régional mai 1998 (Montréal)	4,000\$	Journal	15,900\$
Congrès annuel octobre 1998 (Montréal)	5,000\$	Membership, promotion	4,200\$
Dons de Merck Frosst	10,000\$	Exécutif et bureau des directeurs	2,300\$
Contrat Société Canadienne de pédiatrie: Projet centre national d'information sur la santé des populations (CNISP)	20,000\$		
Total	59,989\$	Total	56,900\$

Conclusion

Si l'ACSA veut maintenir et développer ses activités, il faudra trouver de nouveaux modes de financement, comme le contrat fédéral de 1998. L'ACSA devrait se faire connaître au niveau de quelques associations nationales touchant au secteur jeunesse. Il est surtout important que l'ACSA se développe dans les autres provinces.

Nous demeurons une jeune organisation et tout reste à faire. Nous sommes encore une organisation au service des membres plutôt qu'une organisation de défense des droits.

Nous vous souhaitons une bonne année.

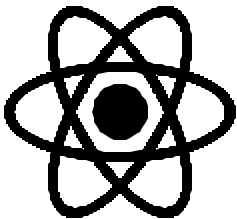
Jean Yves Frappier
Président

Vous avez des textes que vous voudriez publier, contactez-nous. Même si votre version n'est pas définitive, nous pouvons vous aider. Vous faites une intervention ou avez un programme intéressant avec des adolescents, contactez-nous, nous pourrions vous aider à le présenter aux lecteurs du

Événements scientifiques

Adolescence et pouvoir: le bogue de l'an 2000

**11^{ème} colloque régional québécois
de l'Association canadienne pour la santé des adolescents
Montréal, 7 Mai 1999**



Programme préliminaire

C'est sous le thème de la parole et du pouvoir à l'adolescence que le *comité section Québec* de l'ACSA est à réfléchir et planifie le prochain colloque qui se tiendra comme toujours à la Maison Notre Dame.

Les grandes lignes du contenu:

La notion de pouvoir à l'adolescence : formes, définitions, historique, perspectives, perceptions.

Les attitudes de l'adulte par rapport au pouvoir chez les jeunes.

La parole versus le pouvoir.

Comment se négocie le pouvoir, se transmet le pouvoir.

Comment donner la parole, jusqu'où donner du pouvoir.

Comment favoriser chez les adolescents une prise de pouvoir sur leur vie.

Les conférences : on envisage différents thèmes parmi les suivants pour les deux ou trois conférences:

-Pouvoir et adolescence : qu'en est-il?

-Les courants historiques du pouvoir chez les

adolescents.

Les ateliers possibles sont les suivants auxquels s'ajouteront deux ou trois autres thèmes :

- Adolescence : parole et pouvoir : un atelier de réflexion et d'échanges .

- Aspects légaux : jeunesse, droits, responsabilités.

- Citoyenneté et jeunes : zones de pouvoir : que donne l'exercice du pouvoir dans les maisons de jeunes.

- Les groupes d'entraide : pouvoir entre jeunes.

- Relation intervenant-adolescent : écoute et pouvoir.

- Aider les adolescents à prendre du pouvoir sur leur vie : un programme destiné aux adultes.

- Parents-adolescents : le pouvoir au delà des mots.

Pour information : ACSA, section de médecine de l'adolescence, 3175 Côte Ste-Catherine, Montréal QC H3T 1C5, TEL : (514) 345-4722, FAX (514) 345-4778, E-MAIL : acsacaah@microtec.net



Assessment and management of substance use disorders during adolescence

2^{ième} colloque régional Ontarien de l'ACSA (en anglais) Ottawa, 14 mai

Un groupe d'intervenants de plusieurs disciplines et milieux organise ce deuxième colloque régional Ontarien. Cette journée se veut une rencontre d'information et d'échanges sur les milieux et les pratiques. Les thèmes des conférences et panels sont les suivants (préliminaire):

Neuro-biology-neuro-chemistry-neuro-physiology, new developments in addictive disorders.

The process of addiction.

What's special about the management of addictive disorders in adolescents.

Les thèmes des ateliers sont :

Resources : access ; how to use them which resource for which client ?

Assessment process and tools.

Early intervention program in school.

How to manage dropping out of program.

Measures that works to keep drugs off the school

Nurses and drug abuse.

Pour information : ACSA, section de médecine de l'adolescence, 3175 Côte Ste-Catherine, Montréal QC H3T 1C5, TEL : (514) 345-4722, FAX (514) 345-4778, E-MAIL : acsacaah@microtec.net

Drogues par injection : Enjeux pour la société

Palais des congrès de Montréal, du 12 au 14 mars 1998.

La Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal, dans le cadre du 20^e anniversaire de son Certificat en toxicomanies, organise, en collaboration avec l'ensemble des organismes préoccupés par la question, un forum public sur l'état actuel du phénomène de l'usage de drogues par injection. À cette occasion, des intervenants, des chercheurs, d'éminents experts canadiens, européens et internationaux ainsi que des usagers partageront leur expérience et leurs connaissances, en lien avec cette préoccupation sociale majeure à l'aube du 3^e millénaire.

Débats, conférences, ateliers et séances plénières permettront de partager les connaissances actuelles sur la situation des usagers de drogues par injection, de faire connaître des méthodes novatrices dans les domaines de la prévention et du traitement, et de susciter une réflexion collective sur les enjeux liés aux drogues par injection.

Ce congrès s'adresse à toutes les personnes intéressées par la question des drogues par injection, soit les professionnels et intervenants des domai-

nes de la santé et des services sociaux, de la prévention et de la réadaptation, les décideurs politiques en matière de santé et de justice, la communauté scientifique, les étudiants, les usagers et le grand public.

Thèmes abordés:

Enjeux pour la société

Enjeux pour la santé

Enjeux socio-économiques

Enjeux éthiques et légaux

Enjeux politiques

Des stratégies d'action pour l'avenir

Pour information:

Bureau des Congrès Universitaires

3333, chemin Queen Mary, bureau R-320

Montréal (Québec) H3V 1A2

Téléphone : (514) 340-3215

Télécopieur : (514) 340-4440

e-mail : bureau@congresbcu.com

www.congresbcu.com/toxico.htm



Imagine mon avenir

24^e congrès international annuel sur les troubles d'apprentissage les 25, 26 et 27 mars 1999, à l'hôtel Reine-Élisabeth, à Montréal.

Un événement unique de formation et de réseautage pour les intervenants en éducation de santé. Le plus important congrès en éducation spécialisée vous présente un programme qui répond à vos attentes par sa diversité:

- dépistage - évaluation - méthodes d'intervention
- dyslexie
- hyperactivité / trouble déficitaire de l'attention
- habilité en écriture
- fonctionnement du cerveau
- gestion de classe
- troubles du langage
- partenariat entre la famille et l'école
- progrès de la recherche
- nouvelles technologies
- réforme de l'éducation
- méthylphénidate (Ritalin)

- suicide chez les jeunes
- motivation
- multiculturalisme
- trouble du comportement

Trois jours complets de congrès ; plus de 60 ateliers interactifs pratiques. Une cinquantaine d'experts présenteront les dernières nouveautés en matière de matériel éducatif, ainsi que des produits et services à l'intention des éducateurs, parents et intervenants spécialisés.

Ce congrès est organisé par l'AQETA en collaboration avec APEQ et ADOQ, pour de plus amples informations veuillez communiquer avec l'AQETA au (514) 847-1324, télécopieur : (514) 281-5187 ou par courrier électronique : aqeta@sympatico.ca

Le Collectif Action Alternative en Obésité (CAAO) propose une formation destinée aux professionnels de la santé et de l'éducation :

Objectifs

- Approfondir ses connaissances sur le contexte socioculturel de l'alimentation des sociétés de consommation.
- Analyser les déterminants biologiques, culturels et psychosociaux des choix et habitudes alimentaires.
- Explorer les déterminants sensoriels de l'acte alimentaire.
- Identifier le continuum du normal au pathologique des comportements alimentaires.
- Mettre en pratique une approche globale bio psychosociale de la relation alimentaire avec chaque personne (client, patient, toute population visée...).

Thèmes

- Culture et acte alimentaire.
- Dimensions psychosociales de l'acte alimentaire
- Signaux sensoriels dans l'acte alimentaire

- Approche bio psychosociale pour l'acte alimentaire.
- L'acte alimentaire du normal au pathologique.

Informations pratiques

Formation en petits groupes de 12 personnes .

Dates et lieux :

19/20 février 1999 à Montréal

Hôtel Auberge Universel

27/28 mars 1999 à Longueuil Hôtel Holiday Inn

16/17 avril 1999 à Québec Hôtel Normandin

Personne-ressource : Marie Watiez, Ph. D.,

Psychosociologue de l'Alimentation

Coût : 260.00\$ + taxes (299.06\$).

Collectif Action Alternative en Obésité

tél : (514) 270-3779

Marie Watiez, Ph. D., formatrice

tél : (514) 598-9675

ARTICLE



Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence

Jean Wilkins, MD,

Professeur titulaire de pédiatrie,

Université de Montréal

Section de médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine

Généralités

Les troubles des conduites alimentaires que représentent l'anorexie mentale et la boulimie nous touchent tout autant de par l'accroissement de leur fréquence que par leur sens tout à fait particulier à cet âge de la vie, moment crucial au plan biologique, psychologique et social. Par leur contrôle pathologique qui les caractérise et leurs répercussions physiologiques, corporelles, psychiques et sociales, ces troubles des conduites alimentaires évoquent les difficiles enjeux de l'adolescence, que ce soit au plan de l'acceptation de son corps avec ses nouvelles formes et sa sexualisation, de l'obligation de se distancier des autres pour mieux parfaire son processus d'identité de sa socialisation ou de la tâche de développer une compétence personnelle.

À travers l'anorexie mentale et la boulimie, des adolescents nous expriment leur désarroi, nous provoquent, nous interpellent et nous obligent à adapter nos conduites diagnostiques et thérapeutiques et même à innover en leur donnant un sens plus approprié. Ces adolescents s'attaquent plus qu'ils nous provoquent. Il faut comprendre le sens de leur désarroi si l'on veut être significatif pour eux.

Épidémiologie

L'American Psychiatric Association (1994) dans son DSM-IV rapporte une prévalence de l'anorexie mentale entre 0.5 - 1.0% et de la boulimie nerveuse entre 1.0 - 3.0%, ces patientes devant répondre à des critères diagnostiques précis. Voilà un obstacle majeur puisqu'en clinique, et spécifiquement auprès de la population adolescente, nous rencontrons quotidiennement des patientes présentant de toute évidence un trouble de la conduite alimentaire mais chez qui il manque un ou deux critères diagnostiques. À cet effet, Connors et John-

son (1987) et Fairburn et Beglin (1990) rapportent dans leurs études une prévalence des désordres alimentaires sous cliniques, i.e. ne présentant que certaines caractéristiques, beaucoup plus élevée soit entre 5 et 24%.

Au Québec, Ratté et Al (1989) dans une étude auprès de 1144 étudiantes de niveau collégial de la région de Québec et utilisant le EAT-26, un questionnaire très utilisé qui examine la présence d'attitudes et de comportements alimentaires inadaptés, a montré que 16.2% des étudiantes obtiennent un score total au BAT-26 signalant la présence de caractéristiques associées à la boulimie et à l'anorexie mentale. Les auteurs de cette étude estiment qu'environ 8% des jeunes femmes ont vécu des problèmes alimentaires d'intensité clinique au cours des trois dernières années et que 1.5% ont présenté une anorexie mentale véritable.

Bolduc et Al (1993), dans une étude réalisée auprès de 1162 adolescentes de la région de Montréal et portant sur la prévalence des préoccupations et des troubles liés à l'alimentation, démontre que le tiers des filles sont insatisfaites de leur corps et que 14% d'entre elles adoptent des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation. À l'aide de différents critères, ils estiment la prévalence de l'anorexie mentale à environ 0.6% et celle de la boulimie nerveuse entre 0.5 et 2.5%.

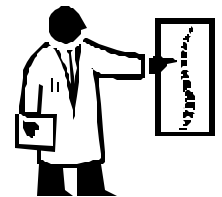
À la clinique de médecine de l'adolescence de l'hôpital Sainte-Justine, nous avons accueilli environ 6 à 10 nouveaux cas par mois au cours de ces 8 années.

Modèle de compréhension

Anorexie mentale :

Maladie multifactorielle (Garfinkel et Garner)

Pour tous les acteurs des milieux spécialisés dans



les troubles des conduites alimentaires, il est impensable d'ignorer la contribution de Garfinkel et Garner pour ce qui concerne leur modèle de compréhension de ces pathologies. En 1982 ils ont proposé un modèle explicatif faisant de l'anorexie mentale une maladie multifactorielle. Pour ces auteurs, l'anorexie mentale résulte de l'interaction, à taux géométrique variable, de trois sous-groupes de facteurs prédisposants, individuel, familial et culturel. Les facteurs précipitants sont noms bien connus mais ils proposent celui de la conduite anorexique comme un élément initial. Et des facteurs perpétuants viennent s'ajouter, relies aux effets psychiques, émotifs et physiques du jeune. Le tout produit une hétérogénéité dans le mode de présentation et dans le devenir de ces patientes. Dans un article plus récent, Garner (1993) fait une revue de la littérature assez extensive concernant les prédispositions individuelles pouvant conduire à une anorexie mentale. Il résume la littérature concernant l'association des troubles des conduites alimentaires avec la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les déficits cognitifs et affectifs, les troubles de l'image corporelle et des traumatismes physiques ou psychiques. Il mentionne la contribution de la génétique, de la vulnérabilité constitutionnelle et physique et des anomalies neuroendocriniennes et métaboliques dans la genèse des troubles des conduites alimentaires.

Les troubles des conduites alimentaires, des troubles de la dépendance (Jeammet)

Jeammet (1989, 1990) propose une compréhension différente du phénomène des troubles des conduites alimentaires. Il émet l'hypothèse qu'il existe des ((liens entre les différents troubles du comportement à l'adolescence : entre anorexie et boulimie bien sûr, mais aussi entre ceux-ci et la toxicomanie, les tentatives de suicide, les conduites d'opposition, de refus scolaire et de désinvestissement des activités)). Ceci est d'autant plus intéressant qu'effectivement ces troubles de la conduite sont aussi à la hausse et remplissent nos consultations. Il pose la question à savoir "pourquoi l'adolescence est-elle la période électorale d'apparition de ces troubles et a t-elle un impact sur leur déclenchement ? " À la recherche d'une hypothèse "d'un élément commun à toutes les personnalités rencontrées et susceptibles, d'une façon ou d'une autre, d'être mis en jeu ou ré activé de façon spécifi-

que par les changements de l'adolescence", il propose de faire de la dépendance cet élément commun et de considérer l'adolescence comme un révélateur spécifique de la problématique de dépendance. Un rapprochement entre les troubles des conduites alimentaires et la toxicomanie s'ensuit. L'anorexie mentale et la boulimie de l'adolescence vue comme des toxicomanies nouvelles plait à l'esprit des intervenants de la première heure en médecine de l'adolescence. Ces patientes se comportent de façon identique aux adolescents toxicomanes rencontrés au cours des années '60 et '70. Par leurs conduites elles obligent les intervenants à innover constamment au plan de l'approche thérapeutique. Voir l'anorexie mentale et la boulimie comme des conduites d'auto sabotage permet d'en comprendre à la fois toute la complexité et les difficiles enjeux de l'intervention.

Jeammet écrit que "c'est avec la toxicomanie que cette notion de dépendance s'est imposée comme étant la plus pertinente pour rendre compte de la nature du lien établi entre le toxicomane et l'objet de sa toxicomanie. Ce lien se définit par son caractère de nécessité : c'est un besoin avec ce que ce terme comporte d'analogie avec les besoins physiologiques indispensables à la conservation du corps, c'est qu'en effet l'énigme des conduites de dépendance serait bien simplifiée Si on pouvait les réduire purement et simplement à la dépendance physique à l'égard d'un produit devenu nécessaire à l'équilibre somatique. Mais la toxicomanie ne se laisse pas assimiler à la seule dépendance physique et le problème se complexifie avec le recours à la dépendance psychologique. Des lors, en effet, on est obligé de faire appel au fonctionnement psychique pour comprendre ce qui pousse le sujet vers des conduites de dépendance, ce qui permet qu'elles se maintiennent, en quoi elles sont nécessaires pour assurer son équilibre, et de quel équilibre il s'agit".

Ayant eu à créer au début des années '70 des services spécifiques et adaptés pour les adolescents présentant un problème d'usage abusif de drogues et ayant suivi les "plus difficiles", il nous devient vite apparent en suivant les anorexiques et boulimiques d'aujourd'hui qu'il existe des similitudes entre ces deux groupes de patients. Les défis sont aussi complexes et nombreux. Le temps et la déception deviennent des éléments de la quotidienneté pour les intervenants. Pour sortir de son



trouble alimentaire, l'adolescente prendra du temps et elle aura nécessairement déçu les autres.

Anorexie mentale et boulimie nerveuse dans un contexte développemental

Ayant une consultation exclusivement réservée aux adolescents, l'idée de comprendre l'anorexie mentale et la boulimie avec une perspective développementale est invitante, ces patientes éprouvent des difficultés à réaliser les tâches développementales propres à cet âge. Que l'on pense à l'intégration des transformations pubertaires et leurs conséquences soit la construction d'une nouvelle image corporelle sexuée et l'acceptation de la sexualité, et le travail de séparation des parents et d'individuation dans le but d'acquiescer sa propre identité.

C'est à partir de ces trois considérations théoriques principales que nous avons orienté tout notre travail clinique auprès des adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires.

Critères diagnostiques

L'évolution de nos connaissances et l'observation clinique répétée permettent maintenant de poser le diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie d'une manière objective en se référant à des critères diagnostiques reconnus et validés. Celui qui utilisera ces critères se rendra vite compte qu'un certain pourcentage de ses patientes ne répondent quand même pas à tous les critères diagnostiques. Une controverse existe quant à la classification de ces patientes chez qui il manque un ou deux critères (tableau 1 et 2).

Vignettes cliniques

Anorexie mentale type restrictif

La présentation d'une vignette clinique pose plusieurs défis dont celui de sa pertinence, son objectivité, sa réalité et il faut éviter le piège de trop l'alourdir. Celle choisie pour ce texte est simple, quotidienne et complète. Les commentaires annexes doivent être considérés comme des interprétations reflétant une expérience de vingt ans auprès de ces patientes.

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation./ Depuis quatre mois, celle-ci a réduit de façon drastique ses apports caloriques quotidiens à moins de 500 calories et est devenue beaucoup plus active/, ce qui a entraîné une perte pondérale de 20%. Elle présente une aménorrhée secondaire depuis trois mois, affirme se sentir bien ainsi et ne pas avoir besoin d'aide/.

“Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation”

L'adolescente n'a pas décidé de cette consultation, elle s'y soumet avec rage le plus souvent et avec le ferme désir de n'offrir aucune collaboration. L'intervenant doit pouvoir anticiper cette réalité et éviter par son approche un affrontement qui ne fera que nuire davantage à l'adolescente. Ainsi, après s'être introduit auprès de l'adolescente, il est important de lui faire part de notre perception de la situation et de notre compréhension de son refus à consulter. Elle n'a pas demandé à venir et elle ne veut probablement pas revenir. Ce contexte très particulier est source de grandes tensions. Les intervenants travaillent en terrain miné. Il faut profiter de cette première rencontre pour faire ressortir l'évidence d'une souffrance parentale probablement clairement exprimée par les parents et notre rôle peut en être un de médiateur pour essayer de soulager la patiente des tensions existantes entre elle et sa famille. Aucune erreur n'est permise lors de cette première consultation d'où l'importance d'un accueil ouvert, d'être à l'écoute, rassurant, simple mais engagé et respectueux. Il peut être rassurant pour les parents de savoir qu'il est habituel qu'ils aient à prendre un rendez-vous puisqu'il est dans la norme que leur fille adolescente n'ait pas voulu consulter d'elle-même.

“Depuis quatre mois celle-ci a réduit de façon drastique ses apports caloriques quotidiens à moins de 500 calories et est devenue beaucoup plus active”.

Il existe toujours un délai entre le début de la symptomatologie et le moment de la consultation. Ce délai peut être long mais nous notons un raccourcissement depuis les dernières années. Pourquoi ce délai ? Ce peut être le mode insidieux de présentation de l'anorexie, le temps nécessaire

pour que les parents remarquent le comportement alimentaire particulier de leur fille et s'en inquiètent, le temps qu'il leur faille pour négocier ce rendez-vous, la non-reconnaissance de ce problème lors d'une consultation antérieure auprès d'un autre intervenant et le plus souvent c'est le cumul de toutes ces causes. La conduite anorexique est franche. L'adolescente, sous le prétexte de vouloir bien s'alimenter, fait des choix alimentaires d'apparence judicieuse mais les quantités ingérées sont tellement limitées que cette insuffisance d'apports rend caduc son discours alimentaire. Elle décompte ses calories et le plus difficile pour son entourage c'est d'être soumis à son besoin constant de contrôler les autres. De nombreux conflits avec les membres de sa famille proviennent de ce besoin de contrôler les autres.

Comme l'adolescente anorexique est habituellement une jeune fille n'ayant jamais présenté de problème et qu'elle performe bien à l'école, son entourage ne croit pas qu'elle va persister dans cette conduite pathologique et on se dit que ça va arrêter. Mais non, ça se poursuit et l'adolescente triomphe par sa conduite anorexique, elle réussit, et l'impasse devient totale. Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire et de lutte contre la faim.

Comme il y a tout lieu de croire que leurs notions sur l'alimentation sont faussées en raison de leur trouble psychologique, il est préférable de s'abstenir de discuter ce sujet avec elle puisque ceci ne peut que conduire à des conflits en raison de différences d'interprétation. Malgré leur grande rigueur, l'anorexique commet des "erreurs de calcul" et de contrôle. Une référence à l'alimentation doit avoir pour objectif simple de lui rappeler ce qu'est une alimentation normale à son âge ou lui démontrer que "dans son contrôle", elle commet des erreurs.

L'hyperactivité est toujours présente, il suffit de l'observer ou de la découvrir. Elle peut être manifeste ou parfois tout à fait clandestine.

"Ce qui a entraîné chez elle une perte pondérale de 20%. Elle présente une aménorrhée depuis trois mois."

La conduite anorexique s'accompagne d'un amaigrissement, lequel peut être léger ou très évident

et saisissant. Il devient important de lui parler de sa maigreur, de lui démontrer les répercussions sur son corps, de lui interpréter la valeur de ses signes vitaux et de sa courbe pondérale par rapport à sa taille. Se servir des signes physiques ou des symptômes qu'elle présente, tels la peau sèche, le lanugo, le ralentissement du temps de remplissage capillaire, les modifications survenues à ses seins, son aménorrhée, sa bradycardie, son hypotension, son hypothermie, sa constipation, son obligation de tout contrôler, pour lui faire prendre conscience de son état actuel s'avère toujours une démarche intéressante et fructueuse. L'aménorrhée secondaire est quasi toujours présente ; Si l'adolescente est encore menstruée, c'est souvent parce qu'elle prend des anovulants.

"Affirme se sentir bien ainsi et ne pas avoir besoin d'aide."

L'anorexique triomphe par sa maigreur, elle en est fière et ne tient pas à l'exhiber aux autres, elle jouit pleinement de se l'exhiber à elle-même. À cause de ce triomphe, il devient normal qu'elle n'éprouve aucun besoin d'aide. Il est important de reconnaître cet état de faits et de le respecter. Leur expliquer pourquoi elle éprouve ces sentiments de satisfaction alors que les autres souhaiteraient qu'elle éprouve le contraire demeure une initiative valable. Mais voilà, c'est ainsi et ça ne changera pas rapidement. Il faut lui expliquer que sa conduite et sa maigreur représentent pour les autres des signes de détresse et que c'est la réalité tout en lui laissant la liberté de diverger d'opinion.

Voilà le mode de présentation classique retrouvé chez la plupart des adolescentes présentant une anorexie mentale de type restrictif. Il peut exister des variantes et la négation affichée par l'adolescente est souvent proportionnelle à son état cachexique. L'impasse est totale puisque pour espérer qu'elle se mobilise efficacement, il faut qu'elle reconnaisse sa maigreur et elle s'y refuse. Elle affiche sa maigreur et nous n'y donne pas accès. C'est quelque chose de réussi et de privé. Dans certaines situations, particulièrement chez les plus jeunes, âgées de moins de 15 ans, il peut exister une plainte somatique telle une algie pharyngée, une nausée persistante, une phobie de vomir, une gastralgie, un tableau de mérycisme, en fait une cause pour dissimuler sa conduite anorexique. Ici se pose le problème de diagnostic et l'obligation



parfois de procéder à une investigation biologique et radiologique.

Presque tout le temps l'adolescente anorexique est amenée en consultation contre son gré ou Si elle était d'accord, il n'est pas surprenant d'apprendre très t& durant l'entretien que son consentement accordé aux parents était de fait faux. La pensée magique joue quelque peu : "j'accepte (l'adolescente) de consulter mais ils (les parents) ne prendront pas de rendez-vous ou le médecin ne se rendra pas compte de mon état, je ne lui dirai rien". Voilà ce qui trotte parfois dans leur tête.

Anorexie mentale type boulimique ou boulimie nerveuse

Pour l'adolescente boulimique la situation diffère sur plusieurs points. Encore faut-il distinguer la boulimie s'inscrivant dans l'évolution d'une anorexie mentale de la boulimie nerveuse non inscrite dans la continuité d'une conduite restrictive. Dans les deux cas le désarroi est grand, le problème aggravé par la durée d'évolution et toute la clandestinité qui l'entoure. Dans le premier cas, la boulimie signifie la perte de son contrôle, la perte de son identité acquise avec tellement d'efforts et de perfection. C'est l'échec, le vide, l'insignifiance. C'est le gain pondéral, le retour des formes, le retour de la féminité, le constat d'un retard au plan de son développement psychologique, les maladresses d'une rébellion adolescente exprimée tardivement mais nécessaire. C'est une tragédie pour l'adolescente mais un soulagement pour ses parents. Un deuxième paradoxe.

Au premier moment de la maladie i.e. lors de la phase restrictive, l'adolescente triomphe et les parents sont atterrés. Lors de la survenue des boulimies et de la reprise pondérale c'est le contraire, les parents affichent leur soulagement pour ne point dire leur bonheur et l'adolescente est atterrée. Un moment capital pour ajuster toute forme de prise en charge déjà en place. Les idées suicidaires et les gestes suicidaires peuvent apparaître à ce moment précis. A aborder absolument avec l'adolescente et là l'entourage de l'adolescente affiche une stupéfaction puisque comment croire qu'elle pense au suicide alors qu'elle va mieux? Mais c'est ça la réalité.

La boulimie non inscrite dans la continuité d'une conduite restrictive diffère beaucoup. L'adoles-

cente est habituellement plus âgée, 17 ans et plus pour la majorité, elle s'adonne à cette pratique depuis longtemps i.e. plusieurs mois, ça s'accompagne de vomissements auto-induits ou d'abus de laxatifs. La demande de consultation peut provenir de la patiente elle-même ou avoir été initiée par quelqu'un de son entourage, un parent, une amie, un ami, une connaissance. Elle est hésitante à consulter mais le plus souvent elle a pris son rendez-vous elle-même tout en étant plus ou moins convaincue de cette nécessité. Elle avouera son problème, recherchera une solution plutôt magique venue de quelqu'un d'autre et elle repart réfléchir, ou elle oubliera qu'elle est venue. Ou bien elle éclatera, incapable de poursuivre ainsi sa vie, détruite par elle-même et sans espoir de s'en sortir. Cette situation peut sembler idéale, il y a une souffrance exprimée et une demande d'aide, mais le défi reste énorme, l'agrippement non forcément réussi lors de ce premier contact.

Le scénario de l'accès boulimique a été bien décrit par Jeammet (1993). Il mentionne son déclenchement brutal, son aspect frénétique, l'état de torpeur à la limite d'un vécu de dépersonnalisation qui suit l'accès boulimique, la fréquence variable de ces accès et ce qui se passe entre les accès. La peur de grossir avec différentes stratégies de contrôle du poids, l'hyperactivité et l'usage du corps devenant obsédante s'associant au scénario, toujours selon Jeammet. Nos observations sont similaires. Le caractère secret ou clandestin et la longue durée de cet état avant la première consultation surprennent.

Connaissant mieux le sens de leur maladie et le caractère particulier de la première consultation, il devient important de bien accueillir cette adolescente et ses parents ou tout autre accompagnant. L'accueil devient le premier geste clé qui sera déterminant pour le suivi de la patiente et de sa famille.

Examen clinique

Accueillir, questionner, écouter, comprendre sont les premières actions à poser. Ça ne peut convenablement se faire que dans une relation d'un à un. Les parents seront rencontrés au temps deux de la première consultation. Après le questionnaire de la patiente, il faut l'examiner. Un examen physique complet est obligatoire. Il n'est pas nécessaire de déshabiller la patiente au complet, ceci



peut et doit être fait par étapes. Sa maigreur est évidente dans sa face, au niveau de ses membres et de sa poitrine maintenant inexistante. Des rides apparaissent autour des commissures labiales, les joues se creusent, le débit verbal est hésitant. Sa peau est sèche, bleutée aux extrémités et parfois caroténémique. Elle est froide et présente un temps de remplissage capillaire allongé. Ce geste d'appuyer sur le bout de son majeur gauche ou droit pour évaluer son temps de remplissage capillaire la surprend, l'intéresse et la captive. Ce geste sera répété à chaque visite ultérieurement pour lui démontrer un impact de sa maladie sur sa physiologie.

La prise de ses signes vitaux est indispensable et doit être expliquée. Par les signes vitaux, nous évaluons les répercussions au niveau cardiaque de sa conduite alimentaire pathologique. Le plus souvent la patiente présente une bradycardie entre 50 et 60/min et une hypotension à 90/60 avec des bruits difficilement entendus. L'utilisation d'un dynamap peut s'avérer utile. L'examen physique se complète progressivement suivant son consentement. Les trouvailles sont évidentes "à vue d'oeil" habituellement. La prise de signes vitaux, la pesée et la mesure de sa taille sont obligatoires lors de cette première visite.

Un bilan de cet examen est établi et expliqué à la patiente dans un premier temps et à ses parents dans un deuxième temps.

Pour la patiente boulimique une attention plus grande sera portée à l'examen de sa cavité buccale, de ses dents, de son oropharynx, à la présence de lésions cutanées au niveau des jointures ou du revers de la main conséquences des auto vomissements provoqués à l'aide de ses mains. Des signes d'automutilation peuvent être présents ailleurs sur son corps. Chez chacune de ces patientes il faut tenter de connaître les moyens qu'elle utilise pour induire ses vomissements, s'il lui est facile de les induire, Si le moyen utilisé est dangereux ou si elle fait abus de laxatifs. Ses réponses peuvent varier d'une visite à l'autre, il faut les reposer jusqu'à notre satisfaction. L'évaluation de la fréquence et de l'intensité des auto vomissements quoique difficile a son utilité dans la mesure ou ça permet à l'examineur d'avoir un aperçu de l'état et de la progression de la maladie. L'arrêt de l'utilisation des vomissements ne survient pas

brusquement, le plus souvent l'intensité d'abord puis la fréquence diminuent et ça devient plus difficile. La perte de "cette compétence" est rassurante d'une certaine manière.

Chez les anorexiques la perte de leurs cheveux les inquiète affreusement. On a l'impression que leurs cheveux se raréfient et s'amincissent, leur chute est évidente mais il est très rare de retrouver des placards d'alopécie. Il faut les rassurer et leur expliquer que tout se corrigera avec la reprise de l'alimentation et du poids... un jour.

Il faut aussi les questionner sur leur usage de l'eau. Elles ont tendance à abuser de l'eau, d'en boire de grandes quantités et certaines sont à risques de s'intoxiquer. Une prévention s'impose.

L'examen physique permet à l'examineur de montrer à la patiente les répercussions de sa conduite alimentaire sur son corps. Lui décoder ces signes et symptômes permet à la longue "qu'elle rétablit le contact entre son esprit et son corps". Voilà peut-être le rôle le plus important du clinicien et une étape indispensable pour le rétablissement de la patiente.

Un examen médical complet, minutieux, par étapes et commenté. L'examen médical devient un art lorsqu'on sait l'adapter à ce type de patientes et qu'on obtient leur collaboration.

Stratégies thérapeutiques en ambulatoire

Le premier contact avec l'adolescente anorexique ou boulimique a lieu en clinique externe de préférence ou à l'urgence Si inévitable. Ce premier contact peut et c'est souvent le cas, avoir été précédé d'un appel téléphonique de détresse de la part des parents, d'un médecin, d'un autre membre de la famille ou d'un(e) ami(e). Notre expérience clinique démontre qu'il est préférable de proposer un rendez-vous en clinique dans un délai maximal de trois semaines depuis l'appel téléphonique de détresse. Un délai plus long est associé à une plus grande fréquence de non-présentation à ce rendez-vous fixé ou à un "magasinage" auprès d'autres organismes pour aboutir souvent à une référence en urgence ou à une hospitalisation pas toujours indiquée. Les ressources humaines et spécialisées étant limitées, il est compréhensible que l'on ne puisse observer ce délai



maximal de trois semaines et souhaitable d'au plus de deux semaines. Là, le médecin de famille ou le pédiatre ou le psychologue scolaire peuvent jouer un rôle intermédiaire, d'accompagnateur vers le centre spécialisé.

Première visite, son déroulement, son importance

Une fois en clinique, la porte d'entrée dans notre programme se fait par le médecin et l'infirmière. Une évaluation a d'abord lieu incluant un examen médical et ceci conduit à la pose d'un diagnostic. Si la patiente répond aux critères diagnostiques reconnus. Cette première rencontre se déroule en deux temps : d'abord la patiente est rencontrée seule et par après avec ses parents en sa présence ou les parents sont rencontrés seuls selon la volonté de l'adolescente.

La première visite aura permis, en plus de l'accueil de la patiente, de poser un diagnostic, ce qui a un effet rassurant pour les parents et ce qui ne surprend guère l'adolescente mais peut la déranger. C'est comme si on dévoilait contre son gré un secret qui lui est précieux. Un bilan médical aura permis également d'évaluer la gravité de son atteinte au plan physiologique et elle en aura été informée la première des résultats avant ses parents. Ce bilan déterminera le contenu de la prescription qui suivra et la fréquence des prochains rendez-vous de même que la nécessité ou non d'une hospitalisation. Habituellement, se faire confirmer qu'on est anorexique ou boulimique et se faire raconter en langage scientifique et clinique dans quel état on se trouve suffisent pour la patiente adolescente. C'est la rencontre de deux forces et de deux faiblesses la force de son symptôme et sa faiblesse i.e. sa vulnérabilité et la force de notre nombre, de notre logique et de nos connaissances et notre faiblesse, résultant de notre impuissance à agir sans son consentement ou sa volonté. Le médecin réalise qu'il a un double rôle : assurer la patiente que l'on respectera son rythme de changement que l'on prévoit lent et rassurer ses parents. Paradoxal en apparence et difficile dans son application mais inévitable comme rôle.

Marge de sécurité obligatoire

Pour poursuivre la prise en charge en ambulatoire, le médecin se doit d'exiger de la patiente une marge de sécurité au plan clinique. Cette marge de sécurité nous la définissons ainsi : présence d'un

rythme cardiaque supérieur à 50/min, une tension artérielle à 90/60 sans manifestations orthostatiques répétées et inquiétantes, une fidélité à se présenter aux rendez-vous fixés soit avec le médecin, l'infirmière, le psychologue ou le psychiatre et l'absence d'anomalies électrolytiques.

La première prescription

Une fois rassurée concernant cette marge de sécurité clinique obtenue, il est possible de proposer un suivi en externe et la première prescription comprend les recommandations suivantes : 1 - Inciter l'adolescente à se questionner sur le sens de sa conduite ; 2- Lui demander à tout le moins de décélérer la vitesse de sa chute pondérale et de façon souhaitable qu'elle reprenne du poids, mais il faut être réaliste 3- Lui retirer le contrôle de la cuisine et y limiter sa présence drastiquement et 4-Demander aux parents de reprendre le contrôle de l'alimentation de la patiente. Cet ensemble de mesures suffit à la fin d'une première visite.

La deuxième visite et les autres.

La deuxième rencontre sera fixée à un intervalle d'une à trois semaines plus tard et servira à faire le bilan de l'impact de la première visite. La patiente sera pesée, réexaminée, questionnée à propos des fruits de sa réflexion sur le sens que prend pour elle sa maladie et les facteurs l'y ayant conduite et finalement les parents rencontrés pour connaître leur point de vue et les réactions de l'adolescente à son exclusion de la cuisine et de la tâche de préparer les repas ainsi que sa réaction aux repas préparés et offerts par eux. Un deuxième bilan est donc établi et une opinion médicale émise avec des recommandations découlant des observations recueillies. Et ainsi de suite le même modèle d'intervention est appliqué à chaque visite dont la fréquence variera en fonction de l'état clinique de la patiente. Les changements sont lents à se produire, il faut être patient. À la deuxième ou troisième visite en ambulatoire une requête de consultation est adressée à la psychologue et discutée une fois par semaine en équipe.

Sur demande de la patiente ou de sa famille elle est référée à la diététiste. Parfois il s'agit d'une prescription médicale.

Synthèse des rôles et tâches des interve-

nantsLe médecin son rôle ses tâches

L'anorexie mentale est une maladie complexe dans sa présentation, son étiologie et son traitement ne sont pas simples. Établir une relation médecin patient efficace constitue la base d'une approche thérapeutique signifiante. Pour y arriver, il faut être à l'aise avec les adolescents et cette pathologie et éviter les interventions susceptibles de créer des impasses, ce que recherche souvent l'anorexique.

Le premier entretien, simple et conventionnel, nous l'avons vu, revêt un caractère d'importance car il permet de poser un diagnostic et le médecin devient, dans la plupart des situations, la première personne extérieure à la famille à confirmer qu'il existe bel et bien un problème et que ce problème a un nom. De fait, il identifie l'adolescente comme porteuse d'une anorexie mentale.

Immédiatement après, le médecin explique l'histoire naturelle de cette maladie, son étiologie pluri-dimensionnelle et les raisons qui peuvent conduire une jeune adolescente à développer ce problème. Le médecin s'adresse en termes généraux et laisse l'adolescente détecter au hasard de cette explication les raisons qui pourront lui être propres à elle.

Les premières rencontres permettent l'accueil de la patiente et de sa famille, la complétude du questionnaire et de l'examen physique, la pose du diagnostic par l'identification des critères diagnostiques, l'explication de notre démarche diagnostique et de l'histoire naturelle de la maladie, la rencontre avec les parents, la prescription à la patiente de la tâche de se questionner sur la signification que revêt pour elle cette maladie, une évaluation de son bilan électrolytique, s'il y a présence d'auto vomissements ou usage abusif de laxatifs ou de diurétiques.

L'adolescente quitte toujours la clinique avec un rendez-vous en mains dans un délai ajusté à son état clinique, à sa fragilité et à la capacité de la famille de tolérer cette situation. S'il est à l'aise avec ce type de patientes, le médecin doit être l'intervenant principal et prendre charge du suivi. La fréquence et le contenu des entrevues varieront

d'une adolescente anorexique à l'autre et s'il sait éviter les impasses, le médecin sera toujours considéré comme la personne ressource souhaitée par la patiente puisqu'il peut à la fois l'informer et comprendre son cheminement personnel tout en surveillant son état physique. Cette complémentarité de tâches est exigeante mais c'est la richesse particulière du rôle du médecin et il faut l'utiliser.

Du médecin au psychologue

La plupart du temps c'est le médecin qui aura le rôle d'accompagner l'adolescente anorexique vers le psychologue. Voilà un rôle déterminant et essentiel à articuler avec l'action du psychologue.

Si le premier acte a été sous la responsabilité du médecin et de l'infirmière de même que de la préposée à l'accueil des patients, le deuxième acte est sous la responsabilité du psychologue. La psychothérapie avec les adolescentes anorexiques s'inscrit dans un contexte développemental qu'il ne faut jamais perdre de vue. Les difficultés expérimentées par l'anorexique sont reliées aux différentes tâches de développement de cette période. Les anorexiques ont de la difficulté à se séparer et à s'individualiser de leurs parents, tâche nécessaire et essentielle à l'adolescence pour arriver à se construire une identité propre.

Les difficultés d'identifications à des images féminines positives et l'incapacité à intégrer les transformations/pubertaires et les remaniements psychiques qu'elles impliquent ont été soulevées par différents auteurs. Par sa conduite anorexique soutenue, l'adolescente régresse à un stade pré-pubère ce qui a très bien été démontré au plan endocrinien. Cette régression ne peut être que temporaire et tôt ou tard l'anorexique sera prise dans son propre piège. C'est comme vouloir traverser son adolescence sans être adolescent.

Les enjeux de la psychothérapie pour l'adolescente et le thérapeute, un modèle

(Wilkins MD et Meilleur, PhD psy)

La tâche du psychologue est parfois complexe avec l'anorexique car dans la majorité des cas l'adolescente ne veut pas consulter, elle vient à la demande de ses parents ou plus souvent à la demande du médecin. L'adolescente est alors réticente et peu collaboratrice, elle ne comprend pas pourquoi elle vient à cette rencontre car elle ne re-



connaît pas son problème d'anorexie et encore moins les difficultés personnelles sous-jacentes impliquées. Une période de négation de la maladie est fréquemment observée chez ces patientes en début de thérapie. Par contre, il arrive que certaines anorexiques se présentent de façon positive et collaboratrice. Ce sont, pour la plupart, des adolescentes qui ont tenté de s'en sortir par elle-même et qui se sont butées à des impasses.

Ces dernières présentent un tableau clinique différent, c'est-à-dire qu'elles reconnaissent leur problème alimentaire et réalisent que des difficultés importantes sous-tendent ce dernier, leur attitude face à la thérapie est plus positive et l'alliance de travail se crée plus rapidement à cause de la collaboration présente.

L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique est essentielle. Le psychologue doit respecter le rythme de l'anorexique tout en ne se laissant pas entraîner dans un discours sans fin axé uniquement sur la nourriture. Par contre, le psychologue doit accepter le "discours alimentaire"¹¹ de l'anorexique qui est particulièrement présent au début de la thérapie. L'alimentation est en général pour l'anorexique son principal intérêt (et parfois même le centre de sa vie et de son univers) et un des seuls aspects de sa vie qu'elle a l'impression de contrôler. Placée devant l'obligation et la nécessité de s'alimenter l'anorexique craint de faire disparaître cet univers qui est le sien et qu'elle croit contrôler. La disparition de l'anorexie signifie pour plusieurs d'entre elles le vide; elles ont l'impression d'être vide, de perdre leur identité, leurs points de repères. Le rôle du psychologue est d'aider l'anorexique à trouver un sens à ses comportements, à ce contrôle alimentaire, et surtout de l'aider à exprimer ses émotions et ses sentiments de façon verbale plutôt que par le truchement de ses symptômes.

Le psychologue doit éviter d'enfermer l'anorexique dans un suivi thérapeutique rigide et déjà tout programmé avec des objectifs pré-établis pour elle. Chaque psychothérapie doit revêtir un caractère individuel adapté à chacune des patientes. Cette individualité est particulièrement importante avec les anorexiques, elle leur permet de réaliser qu'elles ont une identité propre malgré leurs symptômes communs et les oblige à mettre l'accent sur leur personne plutôt que sur leur maladie. Certaines modalités du traitement seront et même devront être décidés par l'anorexique conjointement

avec son médecin et/ou son psychologue (par exemple les objectifs du poids, les projets personnels à réaliser, les aspects à travailler). Placée devant les diverses alternatives possibles, l'adolescente anorexique éprouve de grandes difficultés à arrêter son choix et à l'affirmer. Elle sera tentée dans la majorité des cas de laisser au psychologue le soin de faire les choix à sa place ou encore d'essayer de déceler ce que ce dernier croit qu'il est mieux de faire. Il nous apparaît important que le psychologue s'abstienne de tous commentaires susceptibles d'influencer l'adolescente dans une décision qui ne serait pas sienne. L'anorexique ressentira de l'angoisse devant ce vide d'elle-même, cette incapacité à choisir, à se décider et à s'affirmer. Le rôle du psychologue est de l'amener progressivement à se questionner, à identifier ses désirs et à les exprimer.

Progressivement au cours de la thérapie l'adolescente anorexique délaisse ses préoccupations alimentaires et commence à parler de ses difficultés personnelles dont elle prend conscience. Les difficultés liées à la recherche d'une identité propre sont centrales chez l'anorexique qui est en quête d'elle-même. Dans plusieurs cas l'adolescente anorexique a tenté de répondre de façon quasi parfaite aux demandes et aux attentes parentales réelles et perçues. Elle s'est habituée à se conformer et se mouler aux desirs des autres, à lire ces desirs et à les remplir. Elle est pleine du desir des autres mais vide du sien. L'anorexie est souvent la seule ombre à ce tableau parfait, mais c'est aussi pourquoi elle prend une signification particulièrement importante. La seconde partie de la thérapie est plus orientée vers cette émergence de la personnalité propre de l'adolescente. Le travail de distanciation des parents doit s'amorcer et la déidéalisiation des images parentales aussi.

L'adolescente apprend à reconnaître et différencier ses propres desirs de ceux de son entourage et à les accepter. C'est au travers cette différence que l'adolescente pourra s'exprimer et se trouver une identité propre autre que celle d'anorexique. Tout au long du traitement nous nous efforçons de considérer les autres facettes de la vie de l'adolescente soit sa vie scolaire, sa socialisation, la vie familiale afin de toujours les intégrer dans le cheminement normal et progressif de la patiente.

Il est capital de se rappeler que l'abandon graduel et souvent involontaire du contrôle alimentaire se



traduit chez plusieurs anorexiques par l'apparition d'épisodes boulimiques avec chacune des patientes.

Tout ce travail en ambulatoire se déroule à un rythme individualisé pour chacune des patientes et des "pauses de thérapie sont permises lorsqu'elles sont jugées indiquées par les intervenants et que l'état de la patiente le permet.

La double prise en charge, un atout (Wilkins et Meilleur)

La prise en charge est essentiellement sous la responsabilité de deux intervenants; le pédiatre et le psychologue ou le pédiatre et le psychiatre.

La double prise en charge offre des avantages majeurs. Cette modalité permet à chacun des intervenants de concentrer ses principales interventions sur l'un des deux aspects liés au désordre, soit l'aspect médical ou l'aspect psychique, tout en ayant l'assurance que l'autre volet est aussi travaillé par l'anorexique. Ainsi la double prise en charge permet de s'assurer que les deux aspects du désordre sont travaillés simultanément: le suivi physique de l'adolescente anorexique est assuré par le médecin qui veille à ce que sa santé ne soit pas menacée ce qui permet un travail plus dédoublé du côté psychique. Il apparaît important d'expliquer d'emblée à l'adolescente l'importance pour elle de travailler les deux aspects du désordre. Cette double prise en charge nécessite une collaboration étroite de la part des intervenants et une orientation commune en ce qui concerne les objectifs généraux du traitement.

Du côté de l'anorexique, cette double prise en charge lui offre aussi des avantages précieux. Elle lui permet de maintenir une alliance thérapeutique continue avec au moins un des deux intervenants malgré les nombreux clivages qu'elle peut présenter en cours de traitement. Comme il a été maintes fois souligné, l'anorexique va souvent manipuler les intervenants pour tenter de saboter son traitement et l'amener dans une impasse. La présence de deux liens thérapeutiques différents mais congruents permet à l'anorexique d'exprimer de l'agressivité ou de la colère face à un intervenant tout en pré servant intacte sa relation avec l'autre intervenant. Évidemment les intervenants doivent s'abstenir de prendre part ou de répondre

à ces clivages. Ils doivent les entendre, les écouter et en discuter avec la patiente. L'expression ou la manifestation verbale et ouverte d'agressivité de la part d'une anorexique n'est jamais facile pour elle. Toutefois dans bien des cas elle témoigne chez cette dernière d'un certain mieux-être dans le sens d'une plus grande affirmation de soi et de ses sentiments propres autrement que par son anorexie.

Une question souvent posée par l'adolescente concerne la durée totale du traitement. La réponse donnée est toujours la même : "nous vous accompagnerons jusqu'au retour de vos menstruations"... ce qui prend quelques années. Évidemment l'intensité de l'intervention variera en fonction de l'évolution.

Les quatre temps de l'anorexie mentale

Depuis vingt ans, nous avons accueilli et suivi à différents temps de leur maladie plus de 700 adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire.

Depuis le temps que nous observons ces adolescentes par le biais de la clinique, nous sommes tentés de proposer un modèle de compréhension de l'anorexie mentale à l'adolescence divisant l'évolution de cette maladie en quatre temps différents. Pour que notre action soit pertinente et efficace il faut une approche thérapeutique particulière à chacun de ces temps.

Le temps 1, un temps actif de restriction

Pour une ou plusieurs raisons, connues et inconnues, l'adolescente s'engage dans une conduite alimentaire restrictive intense et envahissante qui occupera tout son temps et lui procurera un plaisir sublime lequel atteint son paroxysme au moment où elle a le sentiment de contrôler son corps. Son rêve ou son ambition, se réalise et sans qu'elle sache trop pourquoi et comment elle se retrouve dans cette situation. Elle se fixe un objectif pondéral qu'elle dépasse, ce qui lui procure encore une plus grande satisfaction et la rassure dans sa conduite. L'anorexique triche en moins. Le plaisir lui est tellement grand, elle est comblée, elle n'a jamais été aussi comblée de sa vie³. Ce plaisir lui procure un sentiment de grande puissance et une



allure triomphante qu'elle affiche lors de la première consultation. Elle nie avoir une conduite dommageable puisqu'elle y est bien là-dedans. Elle contrôle tout. Elle ne ressent aucune souffrance et ceci explique en partie le délai existant entre le début de sa conduite pathologique et le moment où elle est amenée à une première consultation.

Sa perte pondérale s'immobilise habituellement une fois que l'adolescente anorexique a perdu entre 10% et 40% de son poids initial. Son nouveau poids la comble et lui procure une grande satisfaction de réussite mais en même temps elle en est fragilisée. En effet, Si elle est mise en contact avec d'autres patientes anorexiques plus minces qu'elle, ces dernières deviennent soit des rivales ou soit des modèles et sa réussite tantôt célébrée prend alors une tournure d'échec et un sentiment d'incompétence l'envahit. Cette tragédie inattendue la ravage et rend momentanément caduque tout discours ou toute proposition ayant pour but de l'amener à améliorer son poids, discréditera tout intervenant qui, à ses yeux, n'aura pas su comprendre ce que représente ce choc pour elle.

Durant cette phase le poids de l'adolescente anorexique passe d'un maximum qu'il était avant le début de sa conduite anorexique à un minimum aussi appelé son poids plancher. Cette phase dure entre 2 et 6 mois en général et le plus souvent l'adolescente résiste à toute proposition ayant pour objectif de la guérir de cette maladie dont elle nie l'existence. Ainsi il sera coutume d'observer peu de changement au début d'une prise en charge. Et Si par nos actions nous arrivons tout simplement à faire en sorte que la patiente ne perde plus qu'un demi kilo entre chaque visite plutôt qu'un, voilà que nous avons été utiles, même si la résultante s'affiche en négatif une décélération de la chute pondérale précède d'ailleurs presque toujours une stabilisation ou une reprise du poids.

Une phase où l'important consiste d'abord à poser un diagnostic et à expliquer à la patiente pourquoi nous croyons à ce diagnostic. La première prescription se doit d'être simple et précise à la fois : l'amener à se questionner sur le sens que revêt pour elle sa conduite anorexique et à se sortir de la cuisine la où elle exerce un contrôle pathologique camouflé sous un discours convaincant dans lequel est valorisée la nécessité selon elle d'adopter des habitudes et des choix alimentaires meilleurs, argument valable et bien reçu par les membres de

son entourage. Son discours est très persuasif, difficilement attaquant, et l'approbation reçue de la part de son entourage la renforce dans sa conduite anorexique.

Le temps 2, un temps de stagnation dynamique

Ce temps de la maladie est particulièrement complexe. Il peut durer quelques semaines, quelques mois et parfois quelques années. La patiente a atteint un poids plancher dont elle est fière et elle veut le conserver mais elle doit affronter ses parents et différentes autorités qui vont l'inciter à abandonner son contrôle en omettant de considérer que cette tâche d'abandonner son contrôle lui est impensable. Pour elle ceci correspond à devoir changer son identité du moment. L'adolescente anorexique ainsi pressée se protégera de ces attaques en adoptant une conduite et Un discours où le mensonge et la tricherie domineront. Malgré les promesses de l'adolescente et les plans de traitement logiques et rassurant, elle demeure au même poids, en perd ou en gagne un peu, mais c'est toujours peu considérant tous les efforts déployés par l'équipe traitante et c'est sans compter les coûts engendrés par la mobilisation de tous ces intervenants.

L'adolescente anorexique nous signifie tout simplement qu'elle n'est pas prête à quitter le confort de son anorexie, un faux confort dira-t-on, mais non pour elle, c'est sa réussite.

Nous croyons qu'une stratégie thérapeutique appropriée doit respecter le rythme de changement de cette adolescente lequel, nous le savons, sera lent et même si son évolution donne l'impression de stagner il faut reconnaître que tout est quand même dynamique. C'est par "miettes" qu'elle s'améliore. Malheureusement les outils disponibles pour mesurer en cours de suivi les progrès effectués par l'adolescente tant au plan physique que psychique manquent de précision et peuvent même devenir pervers. Un poids maintenu peut être un meilleur signe que s'il augmente, si par exemple ce gain pondéral n'est utilisé par la patiente que pour échapper à un plan de prise en charge qu'elle refuse.

C'est le moment où les effets iatrogéniques des différentes interventions risquent le plus de compliquer la situation clinique et de produire des impasses catastrophiques. C'est le moment des tri-

cheres comme La prise excessive d'eau avant la pesée avec les risques reliés d'une dilatation gastrique aiguë ou d'une intoxication à l'eau avec convulsions. Plus on insistera et plus l'adolescente se voit obliger de tricher. Une escalade avec ses dangers malgré la poursuite d'un objectif thérapeutique tout à fait louable.

La marge de manœuvre pour tout intervenant est alors mince et il est important qu'il ne rate pas son action puisqu'une erreur ou une mauvaise manœuvre de sa part renforcera l'adolescente anorexique dans sa conduite anorexique et aggravera son isolement. Elle sera encore moins atteignable. Des interventions maladroites, même si elles semblaient remplies de bonnes intentions, contribuent à prolonger cette phase de stagnation d'où l'importance de réviser régulièrement les plans de traitement et de les ajuster dans l'intérêt de l'adolescente anorexique.

Le temps 3, le temps de la reprise pondérale

Voilà le moment où l'adolescente anorexique, poussée par une force intérieure "plus forte qu'elle" dira-t-elle, perd le contrôle de son contrôle alimentaire. Elle mange sans arrêt, passe de fringales en fringales et n'arrive plus à se limiter. Les boulimies envahissent sa pensée, la déstabilisent, la peinent, elle est dévastée. Elle ressent un profond sentiment d'échec et de vide intérieur.

Son poids change, il augmente malgré qu'elle veuille l'empêcher d'aller dans cette direction. Elle a perdu cette compétence de le dominer jusque là si précieuse pour elle.

Son poids revient à ce qu'il était avant le déclenchement de sa conduite anorexique ou tout près et au plan hormonal la patiente connaîtra par après une "deuxième puberté".

Cette période de reprise pondérale non désirée s'accompagne de moments tristes, de découragements et parfois d'idées suicidaires. Une souffrance psychique réelle et globale envahit l'adolescente. La tâche qui est sienne et difficile consiste à trouver sa nouvelle identité. Dans la vidéo *Ma jolie Prison*, nous l'avons imagée de la façon suivante : *c'est comme devoir faire le puzzle de ce qu'elle est, sans connaître au préalable l'image finale*. Un cheminement rempli de tâtonnements et d'incertitudes mais une fois terminée elle éprouvera une grande fierté et de la joie.

Il est paradoxal de constater que parents et intervenants, soulagés par la reprise pondérale, ont tendance à se distancier d'elle à ce moment bien particulier où soudainement la souffrance change de camp. Bien au contraire, les intervenants doivent rapprocher les rendez-vous et permettre une intervention du psychologue ou du psychiatre que la patiente aura, la plupart du temps, refusé de rencontrer ou abandonné en cours de suivi. Les groupes d'entraide sont souvent recherchés par les patientes au cours de cette phase et représentent une précieuse alternative.

Le temps 4, c'est l'après

C'est tout ce qui vient après l'anorexie suite à la prise de conscience de la présence d'une fragilité, de "ce qui a fait que je suis devenu anorexique". Plusieurs aspects de sa vie affective, scolaire et professionnelle sont remis en question.

La jeune fille anorexique peut éprouver de la difficulté à s'investir dans une relation affective, un réapprentissage de sa sexualité exige temps et attention, tout comme le choix d'une carrière ou d'une profession ne lui paraît pas évident lorsque son identité personnelle n'est pas encore consolidée mais plutôt ébranlée et questionnée. Les questionnements abondent, les réponses manquent, les erreurs se commettent. Un réapprentissage de la vie s'impose, il faut le permettre et accueillir les maladresses qui risquent d'être commises par une jeune fille qui souvent n'a montré depuis sa naissance que perfection.

Commentaires et interrogations

L'expérience clinique acquise auprès de cette clientèle depuis les quinze dernières années amène nécessairement le médecin à relever des faits et à se questionner sans cesse par rapport à ces adolescentes, leur maladie et le type d'approche préconisée. Voici énumérés quelques constats qui suscitent un questionnement et pourraient prendre la forme de projets de recherche clinique éventuellement.

L'importance de décoder le sens de cette maladie

Chez chacune des adolescentes atteintes, leur anorexie a un sens lequel peut varier entre autres en fonction de l'âge de l'adolescente. Au début



de la puberté, l'intégration des transformations pubertaires semble chez certaines représenter un facteur déterminant dans le déclenchement de la maladie alors que chez celles dont la maladie apparaît après 15 ans cette réaction à la puberté est moins évidente. Chez les gymnastes, les ballerines et autres sportives chez qui la minceur et le statut pré pubertaire représentent un atout certain, il faut comprendre que chez elles la survenue de la puberté les confronte à une réalité imprévue i.e. un corps remodelé lequel peut être responsable d'une baisse de leur performance. Elles pourraient ainsi être tentées d'éviter ceci en pratiquant une conduite alimentaire restrictive qui aura pour effet de bloquer leur puberté. Leur activité étant leur identité, l'anorexie mentale devient un moyen de tricherie parfois non seulement accepté mais favorisé par les organisations auxquelles elles appartiennent. L'anorexie mentale restrictive s'accompagne d'une régression hormonale aux divers stades pré pubères selon le moment du début de la maladie. Bloquer sa puberté peut représenter un objectif souhaité par certaines.

L'émaciation triomphante comme moyen d'avoir une identité à soi et non plus "celle des autres" devient un bonheur qu'il est difficile d'abandonner.

L'anorexie mentale a un sens pour chacune des adolescentes qui en est atteinte. Le découvrir, le décoder, ce n'est pas chose simple. Il faut du temps, il faut questionner et requestionner. Une étape essentielle dans la prise en charge.

Les rythmes de changement à respecter

Accueillir les patientes anorexiques, les questionner, les examiner et poser le diagnostic, même si ce n'est pas toujours facile, ça demeure une démarche médicale connue et intégrée. Là où ça se complique c'est lorsque nous voulons prescrire un traitement efficace et rapide. Quitter l'anorexie prend du temps. Chacune a son propre rythme qu'il faut respecter en autant que nous ayons une marge de sécurité au plan clinique et physiologique. Brusquer leur rythme de changement peut conduire à des impasses et à des effets iatrogéniques aggravants. D'où l'importance d'une approche en équipe de sorte que si la patiente décide de rompre son lien avec un membre de l'équipe traitante, un autre peut intervenir et cheminer avec la patiente. Nous sommes tous responsables en fait

de faire cheminer l'anorexique d'un point A à un point B, moment où il devient nécessaire qu'un autre intervenant agisse ou que l'approche thérapeutique soit modifiée. L'accompagnement thérapeutique de ces patientes oblige une adaptation dynamique constante des intervenants qui doivent considérer nécessairement l'état physique de la patiente.

Le rôle du médecin est donc capital au début, après quoi il doit faciliter l'entrée en scène des autres intervenants au moment le plus justifié. Exercice difficile mais réalisable et en ayant toujours comme objectif d'éviter des manœuvres qui pourraient nuire plutôt qu'aider l'anorexique. Est-il préférable qu'un intervenant désigné (le médecin) soit l'acteur principal pendant quelques semaines avant que les autres intervenants agissent ou est-il préférable que dès le départ l'adolescente soit soumise à toute une batterie d'évaluations par tous les intervenants intéressés ? Deux modèles d'action sans doute valables, lequel est préférable ?

L'hospitalisation, nécessaire ou pas

Les unités de médecine de l'adolescence, partout en Occident, sont débordées par la présence des anorexiques en trop grand nombre par rapport aux ressources humaines et physiques disponibles sur ces unités. Nous avons apprivoisé leur hospitalisation mais elle demeure de longue durée et leur coût s'élève dramatiquement au moment où le discours économique devient prédominant dans le réseau de la santé. Aurons-nous pour longtemps encore les moyens de les traiter ? Comment rationaliser ? Comment être plus performant ?

Nous avons raffermi et précisé au cours des années nos critères d'hospitalisation (tableau 6) et il faut continuer. Maintenant il faut questionner le lieu d'hospitalisation. Une unité générale de médecine de l'adolescence nous a toujours semblé présenter des avantages certains. L'action des pairs, non mesurée cependant, nous a quand même toujours apparu très importante. Créer un lieu thérapeutique exclusif, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, composé d'une équipe inter et multidisciplinaire serait peut-être une alternative intéressante. Des projets existent déjà mais peu pour les adolescents. Des maisons pour anorexiques... à considérer ?



Les malaises gastro-intestinaux lors de la reprise de l'alimentation

La reprise de l'alimentation s'accompagne presque toujours de plaintes digestives diverses. Une sensation de plénitude après quelques bouchées, une satiété précoce, un inconfort post-prandial, une sensation de gonflement de l'abdomen, une constipation sont les plaintes habituellement formulées par l'adolescente. Ces plaintes ont une cause physiologique découlant des répercussions de l'anorexie restrictive sur la motilité du tube digestif. Ces plaintes disparaîtront avec la reprise alimentaire et le gain de poids. Un fractionnement des apports caloriques quotidiens en plusieurs petits repas peut parfois être nécessaire.

Les adolescentes aux prises avec ces malaises doivent être rassurées et comprendre que c'est en mangeant qu'elles guériront.

La surveillance de l'utilisation de l'eau et des troubles électrolytiques

Il existe chez les anorexiques une fascination pour l'eau et l'usage qu'elles en font oblige une surveillance. Au plan physiologique Gold et Al (1983) ont démontré que la plupart des patientes anorexiques présentent des taux anormaux d'arginine vasopressine dans leur plasma qui se corrigent lentement avec la reprise de poids. Leur régulation de l'eau est compromise et ce qu'il faut prévenir c'est l'intoxication à l'eau pouvant provoquer des crises convulsives et même des décès.

L'eau joue pour elles plusieurs rôles. Elle sert à diluer les calories, à les noyer. Elle sert comme inducteur ou facilitateur de vomissements, ou comme trompe la faim, pour tromper la pesée ou encore pour récupérer l'intérieur de son corps, le rincer.

La surveillance des troubles électrolytiques reste un défi malgré les connaissances acquises. Quand et à quelle fréquence doit-on faire un bilan ionique chez la patiente qui fait usage abusif d'eau, de laxatifs ou qui se fait vomir demeure un geste encore arbitraire. Cependant on ne peut nier les risques découlant de ces troubles et la difficulté de bien les identifier étant donné leur caractère clandestin.

Les enjeux liés à l'hypoestrogénémie prolongée, l'aménorrhée et l'ostéoporose

La littérature médicale s'est faite abondante sur ces sujets depuis les derniers dix ans. Un problème est posé celui de l'ostéopénie comme complication majeure de l'anorexie mentale avec son risque notable de fractures pathologiques. Alvin et Al (1994) dans un éditorial paru dans les Archives de Pédiatrie résume très bien ce problème. Ils diront avec justesse que bien que les arguments en faveur d'une prévention précoce de cette nouvelle morbidité soient convaincants, ses indications et ses modalités restent à préciser. Les indications d'un traitement hormonal demeurent imprécises. En pratique il faut éviter qu'un traitement hormonal "permette" à la patiente d'exclure toute autre thérapeutique et la prise en charge psychologique. Et souvent ce traitement est refusé par la patiente explicitement ou implicitement (Maugars 1994).

Dans notre pratique, le traitement hormonal comprenant les anovulants est plus facilement accepté à la suite d'une reprise de poids et dans le contexte où il y a à la fois une persistance de l'aménorrhée et la nécessité d'une pratique contraceptive souhaitée par la patiente qui ne désire pas une grossesse et chez qui on ne peut prévoir le retour de son ovulation.

Difficultés au plan de leur vie affective et de leur choix de carrière

L'accompagnement des adolescentes anorexiques tout au long de leur maladie nous fait découvrir deux situations de vie où elles semblent éprouver plus de difficultés que la moyenne des autres adolescentes. Établir une relation amoureuse et s'investir dans une relation affective pose problème. Trop souvent avons-nous rencontré des jeunes filles dont la vie amoureuse et sexuelle n'étaient qu'imitation et fausseté.

En ce qui concerne leur choix de carrière, elles sont hésitantes entre un choix provenant d'elle et un autre dicté par leur entourage soit familial ou scolaire. L'influence des autres lui est en quelque sorte trop souvent hélas obligatoire. Aussi l'abandon du symptôme et le retour à un poids normal



s'accompagne d'une socialisation plus grande et parfois d'une baisse du rendement académique. Le retour à la normale fait que parfois elle n'est plus le même "espoir" pour elle et son entourage. Un deuil ou une adaptation à faire.

Conclusion

Maintenant que nous connaissons davantage le sens de cette maladie et sa lourde morbidité, il faut tout mettre en œuvre pour réduire cette morbidité. L'approche thérapeutique suggérée est une approche bio-psycho-éducative individualisée, c'est-à-dire, ajustée au rythme de changement de l'adolescente mais en ayant soin de la protéger et de se protéger en exigeant d'elle une marge de sécurité au plan clinique, laquelle est indispensable tout au long de leur suivi.

Il est de la responsabilité de tous ceux impliqués auprès de ces adolescentes en difficultés de poser un diagnostic puis de favoriser une prise en charge qui tienne compte dans ces cas bien précis d'accepter de cheminer avec elles et d'ajuster constamment son approche à leur évolution. Ce défi est exigeant et aucun intervenant ne peut s'y soustraire.

Bibliographie

Bolduc, D., Steiger, H., Leung, F., 1993. Prévalence des Attitudes et Comportements Inadaptés face à l'alimentation chez des Adolescents de la Région de Montréal, Santé Mentale du Québec, XVIII, 2, 183-196.

Crisp, A.H., 1980. Anorexia Nervosa: Let Me Be, London, Academic Press.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M., 1982. Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective, New York Brunner/Mazel.

Garner, D.M., 1993. Pathogenesis of Anorexia Nervosa, The Lancet, 341:1631-1635.

Jeammet, P., 1993. Anorexie Mentale et Boulimie de l'Adolescence. Diagnostic, Traitement, Revue Praticien 43, 17, 2289-2293.

Jeammet, P., 1990. Les destins de la dépendance A l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance, 38, 190-199.

Jeammet, P., 1989. Psychopathologie des Troubles des Conduites Alimentaires A l'Adolescence. Valeur Heuristique du Concept de Dépendance. Confrontations Psychiatriques, 31, 177-202.

Ratté, C., Pomerlean, G., Lapointe, C., 1989. Dépistage des troubles de la conduite alimentaire chez une population d'étudiantes de niveau collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales, Revue canadienne de Psychiatrie, 34, 892-897.

Wilkins J. : Anorexie Mentale et Boulimie. Un modèle d'intervention qui tient compte des enjeux de l'adolescence. Revue québécoise de psychologie 1995 ; 16(3) : 133-158.

Jeammet P.: Psychopathologie des troubles de la conduite alimentaire à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. Confrontations Psychiatriques 1989 ; 31 : 177-202.

Brisac G. : Petite. Ed. de l'Olivier. 1994 pp.121.

Ma Jolie Prison. Vidéo. Fondation de l'hôpital Sainte-Justine. Prod. Pixcom. 1996. 28 min.

Tableau 1**ANOREXIE MENTALE****Critères diagnostiques DSM-IV**

A– Refus de maintenir un poids corporel à au-dessus d'un poids normal pour l'âge et la taille. Par exemple, perte de poids visant à maintenir un poids corporel à moins de 85% de la normale;

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

C- Perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi ou déni de la gravité de l'amaigrissement.

D- Chez les femmes post-pubères, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Une femme est considérée comme aménorrhéique si ses règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple des œstrogènes.

SPÉCIFIER LE TYPE

Type restrictif: Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, la personne ne présente pas d'épisodes récurrents de frénésie alimentaire (boulimie) ou de conduites purgatives.

Type boulimique purgatif: Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, la personne présente des épisodes récurrents de frénésie alimentaire (boulimie) ou des conduites purgatives (vomissements auto-induits, abus de laxatifs, de diurétiques ou de lavements).

Tableau 2**BOULIMIE NERVEUSE****Critères diagnostiques DSM-IV**

A– Épisodes récurrents de frénésie alimentaire. Un épisode de frénésie alimentaire répond aux deux caractères suivants:

Consommation, en une période de temps limitée (par exemple en moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes consommeraient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

(2) Un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation pendant l'épisode (sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger, ni contrôler ce que l'on mange ou combien l'on mange)

B- Présence d'un comportement compensatoire récurrent et inapproprié afin de prévenir le gain pondéral, tels l'auto-induction de vomissements, l'usage abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou d'autres médicaments, le jeûne ou l'excès d'exercices (hyperactivité).

C- Au moins deux épisodes boulimiques avec comportement compensatoire inapproprié par semaine en moyenne pendant au moins trois mois.

D- L'estime de soi est indûment influencée par l'aspect corporel et le poids.

E- Le trouble ne survient pas exclusivement durant les épisodes d'anorexie mentale.

SPÉCIFIER LE TYPE

Type purgatif: Durant l'épisode actuel de boulimie, la personne se fait vomir, abuse de laxatifs ou de diurétiques ou de lavements.

Type non-purgatif: Durant l'épisode actuel de boulimie, la personne a utilisé d'autres comportements compensatoires inappropriés tels le jeûne ou l'excès d'exercices mais n'utilise pas les conduites précédentes.

**Tableau 3****LES INDICATIONS D'UNE HOSPITALISATION**ABSOLUES:

- 1- En présence d'une bradycardie < 50/min et/ou d'une hypotension artérielle sévère avec phénomènes orthostatiques répétés.
- 2- En présence d'une détérioration clinique rapide avec épuisement général et incapacité à fonctionner au plan scolaire et social.

RELATIVES:

- 3- En présence d'une perte pondérale supérieur à 25% du poids initial.
- 4- En présence de troubles électrolytiques chez une patiente faisant abus de laxatifs et d'auto vomissements.
- 5- En présence d'une détérioration socio-psychologique et incapacité familiale à assumer la surveillance de la patiente.

* Les caractères absolus et relatifs de ces indications sont évidemment en fonction de la capacité des intervenants à prendre convenablement en charge ces patientes sur une base ambulatoire.

RECHERCHE



Suivi et devenir d'adolescentes ayant consulté pour anorexie mentale : une recherche

Jean-Yves Frappier, Jean Wilkins, Bérengère Beauquier, et al
 Médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine
 Michael Westwood
 Programme santé des adolescents, Montreal Children's hospital

Objectifs

1) Évaluer le devenir médical, psychologique et social de jeunes femmes ayant consulté, plus de 5 ans auparavant, pour anorexie mentale à l'adolescence, et déterminer les facteurs associés à un bon ou mauvais pronostic

2) Décrire les caractéristiques démographiques, médicales, sociales et psychologiques, ainsi que les modalités thérapeutiques chez ces adolescentes avant et pendant leur prise en charge par les deux services pédiatriques montréalais spécialisés dans le traitement de l'anorexie mentale.

Résultats préliminaires

Lors du projet pilote pour tester les instruments des recherches et le déroulement, 23 jeunes femmes ayant été suivies à l'hôpital Ste-Justine avant 1989, lorsqu'elles étaient adolescentes, ont été rencontrées en 1993-94, donc au moins 5 ans après leur première visite pour anorexie nerveuse. De plus, en 1998, nous avons revu 14 jeunes femmes dont le suivi a débuté entre 1990 et 1993.

Nous leur avons demandé quels conseils elles donneraient aux intervenants et aux adolescentes. Voici leurs réponses.

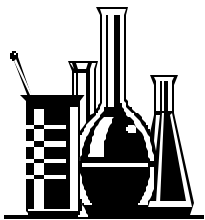
En général :

être patient, ne pas forcer;
 changer les idées, ne pas se concentrer sur sa maigreur;
 ne pas parler que du poids;
 développer une relation de confiance et personnalisée;
 essayer de voir les autres problèmes et s'y attarder;

diminuer la fréquence des pesées;
 ne pas avoir de préjugés;
 écouter, prendre au sérieux;
 diminuer les affrontements par rapport à la nourriture;
 se servir de l'entourage et des amis;
 faire confiance à l'adolescente et le lui manifester;
 la rendre consciente et responsable;
 anorexie est un appel, besoin de sentir que la parole vaut quelque chose par rapport à l'apparence;
 comprendre comment la personne se sent;
 Reprendre du poids est une lutte par rapport à ce qu'elle s'impose;
 important d'expliquer les boulimies et la prise de poids;
 forcer un peu;
 développer plus d'organisme pour les parents;
 ne pas apprendre aux gens comment être anorexique;
 témoignage marque plus que paroles;

Médecin:

développer une relation de confiance et personnalisée;
 rassurer sur ce qui reste confidentiel;
 encourager, dialoguer;
 la voir souvent, être disponible;
 être compréhensif;
 être patient, tolérant, respecter son rythme;
 avertir des dangers et des conséquences de son état;
 brasser un peu;
 être strict au début puis compatissant quand on voit qu'elle veut s'en sortir;
 s'informer du reste de son état, pas le poids seulement;





donner des conseils à la famille;
 utiliser l'entourage;
 être sensible et attentif au besoin de chaque individu, pas de recette miracle;
 expliquer maladie et moyen pour aider;

Psychologue

être calme;
 ne pas juger;
 être patient, être compréhensif, écouter;
 Encourager;
 mettre à l'aise;
 voir souvent;
 développer une relation de confiance et personnalisée;
 l'aider à découvrir la (les) source(s) du problème;
 l'aider à prendre confiance;
 l'aider à développer d'autres intérêts;
 responsabiliser la personne;
 utiliser cette période pour mieux se comprendre, devenir soi-même;
 faire réaliser ce qu'elle est en train de faire;
 tolérance dans la relation;
 aider à trouver des solutions concrètes;
 besoin d'être rassurée sur ses pensées;
 guider plutôt que dire quoi faire;
 investiguer du côté de la famille;

Diététiste:

développer une relation de confiance et personnalisée (tenir compte de ses goûts, répondre aux questions, tenir compte de ce qu'elle sait déjà, trouver un terrain d'entente);
 expliquer les conséquences de son comportement sur son métabolisme;
 expliquer les déficiences en vitamines et en minéraux;
 voir souvent si désiré;
 aider à garder poids normal;
 être compréhensive;
 apprendre à manger équilibré, expliquer les menus;
 répéter souvent, donner une liste sur papier;

Infirmier(ère) de l'unité d'hospitalisation

encourager;
 être présente, communiquer;
 respecter;
 développer une relation de confiance et personnalisée;

prendre au sérieux;
 être indulgente;
 être disponible;
 ne pas mettre anorexique avec des patients qui vont mourir;
 reconnaître anorexie comme une maladie;

Parents:

ne pas forcer, ne pas en faire une guerre de pouvoir, diminuer affrontement;
 encourager à se prendre en mains;
 reprendre le contrôle de la cuisine;
 aller chercher de l'aide;
 préparer ce qui lui plaît, si possible, sans trop se faire manipuler;
 ne pas rentrer dans le jeu de mettre l'accent sur la nourriture;
 tenter de trouver le vrai problème;
 montrer leur amour;
 la supporter;
 être compréhensif avec l'ado qui ne comprend pas elle non plus, perdue;
 trouver pourquoi, essayer de comprendre, pour eux même aussi ;
 ne pas juger;
 ne pas la considérer comme une personne malade, mais comme quelqu'un qui va changer
 se demander ce qu'il y a de mieux à faire;
 essayer de parler, de mettre en confiance pour la faire parler;
 écouter, être disponible, le leur faire sentir;
 être patient, Ne pas trop espérer que ça va se faire du jour au lendemain;
 faire de choses ensemble qu'elle aime;
 diminuer l'attente qu'on met en elle, ne pas inciter à faire régime;
 accepter l'identité propre des enfants, les respecter;
 dire ce qu'il pensent sans imposer leurs idées;
 en parler en groupe ;
 ne pas se décourager;
 ne pas ignorer le problème;
 ne pas se sentir trop coupable;
 être attentif surtout quand elle va mieux;
 considérer l'anorexie comme une maladie, pas comme un choix;

Adolescentes

consulter le plus tôt possible, on ne s'en sort pas seule;
 en parler, s'ouvrir;

trouver d'autres intérêts, se valoriser autrement et se changer les idées;
 apprendre à se connaître et à s'accepter à l'aide de thérapie;
 garder ses amis ou sa famille, rester près de ceux qui l'aiment;
 ne pas croire aux régimes miracles;
 casser la routine et les jeux de pouvoir déjà existants;
 sortir du milieu quelques temps si possible;
 essayer de trouver la raison du trouble et y travailler;
 s'accepter soi-même;
 il faut qu'elle réalise leur valeur (perfectionnistes);
 état destructif, ne pas se laisser détruire;
 avoir confiance en la vie, être forte, ne pas lâcher, ne pas désespérer;
 leur donner de l'espoir, leur dire qu'il est possible

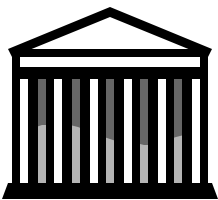
de s'en sortir;
 casser le besoin de contrôle, laisser revenir l'intuition et la spontanéité.;
 ne pas se laisser dominer par "cette petite voix"
 "chacune de nous a une place, souvent on est à côté mais pas loin", lui faire sentir qu'elle a sa place ;
 trouver d'autre moyen d'être heureuse;
 on peut apprendre des autres, leur raconter son expérience;
 c'est un chemin qu'elle a à faire vers la guérison, c'est un bagage pour plus tard
 plus on attend, plus le chemin est long dans l'autre sens
 une des phrases qui m'a le plus aidé "tu ne pourras jamais être la plus anorexique"
 la chronicité est un vrai danger



PROGRAMMES, RESSOURCES



ANEB Québec



Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'**A**norexie **N**erveuse **E**t de **B**oulimie

ANEB Québec vient en aide aux personnes affectées d'un trouble de l'alimentation, en prévoyant entre autres :

des soirées d'information tenues en collaboration avec l'Unité des troubles de l'alimentation de l'hôpital Douglas ;

des groupes de soutien qui se rencontrent dans divers endroits à Montréal et les environs et qui s'adressent aux personnes directement atteintes ;

des groupes d'entraide qui offrent des

conseils pratiques aux familles et aux amis ;
Images, un bulletin trimestriel rempli d'informations, d'articles pertinents et de suggestions de lecture ;

des programmes d'éducation et de prévention dans les écoles et les milieux d'affaires de même que des conférences dans les écoles secondaires, les cégeps et les universités ;

une écoute sympathique et active.

ANEB Québec

114, boul. Donegani
 Pointe-Claire (Qc)
 H9R 2W3
 TEL : (514) 630-0907
 FAX : (514) 630-1225

Clinique St-Amour



Programme général

La Clinique ST-AMOUR offre un programme de traitements spécialisés aux personnes souffrant de différents troubles du comportement alimentaire.

Ces services sont offerts par des professionnels de la santé spécialisés qui comprennent. Nous fournissons les outils concrets nécessaires pour permettre de faire les changements qui s'avèrent importants pour la santé et le bien-être. Les éléments suivants font partie du programme:

Rencontre d'évaluation
Évaluation et suivi médical
Thérapie individuelle
Suivi psychologique
Lectures et outils psychoéducatifs
Thérapie sur l'image corporelle
Thérapie interpersonnelle
Supervision alimentaire
Accès aux différents groupes psychothérapeutiques
Supervision de l'activité physique

Programme pour adolescents

Notre programme pour adolescents contient tous les éléments nécessaires afin de permettre au jeune et à sa famille d'obtenir les soins et l'aide nécessaires à son état de santé. Les éléments suivants font partie du programme:

Éléments du programme général
Suivi pré-hospitalier
Suivi post-hospitalier (prévention des rechutes)
Groupe de soutien ADOS
Groupe de thérapie ADOS
Rencontre avec la famille
Groupe de soutien et de thérapie pour la famille

Contactez nous au : 1-418-832-0574
Demandez l'unité des troubles de l'alimentation de la Clinique ST-AMOUR.

Bien dans sa tête, bien dans sa peau.

Un projet de promotion d'une image corporelle saine en milieu scolaire, au secondaire.



Le contexte social valorisant l'extrême minceur ne favorise pas, surtout à l'adolescence, une image corporelle saine ainsi que l'acceptation et l'estime de soi. De plus, les préoccupations par rapport au poids et la recherche obsessionnelle de moyens pour en assurer le contrôle sont des phénomènes observés dans une partie importante de la société.

Tenant compte de ces réalités, le projet "bien dans sa tête, bien dans sa peau" se veut un programme de promotion d'une image corporelle saine (et non un projet de prévention des troubles de l'alimentation) ciblant autant les adultes que les jeunes du milieu scolaire.

Des données locales

Le questionnaire prétest au projet "bien dans sa tête, bien dans sa peau", distribué auprès de 1290 jeunes des écoles pilote et témoin (secondaire 1,3 et 5), nous informe entre autres choses que 57% des adolescentes ont déjà tenté de maigrir, que 15% des gars et 50% des filles ont l'intention de perdre du poids dans les deux prochains mois et que pour y arriver certains peuvent emprunter des moyens peu orthodoxes. Par exemple 46% des gars et 61% des filles affirment avoir sauté des repas dans le but de maigrir. Aussi, on a relevé que 75% des filles et 60% des gars ne sont pas satisfaits de leur corps. Ces comportements et cette préoccupation quant à leur apparence physique risquent d'affecter leur estime de soi et consé-



quemment leur intégration au groupe, leurs relations interpersonnelles, leur motivation et leur confiance face à la réussite scolaire..., en plus d'avoir des répercussions sur leur croissance et leur santé.

Approche

Privilégiant l'approche écologique, le projet "bien dans sa tête, bien dans sa peau" aborde le milieu scolaire en tant que "milieu de vie". On déborde le cadre de la classe pour agir sur les attitudes tant des personnels enseignants et non-enseignant, des parents, que de la communauté et des jeunes : approche globale, multistratégies, multicanales.

Quelques moyens utilisés et activités organisées

Un stand identifié au projet et installé dans la cafétéria est la scène d'activités interactives animées par l'intervenante du projet à l'heure du midi, sur des sujets tels que : les trucages dans les photos de modes, l'effet des régimes sur le corps, le végétarisme, l'évolution des critères de beauté à travers les âges...

Une production écrite, intégrée au cours de français à partir de sujets en lien avec le projet "bien dans sa tête, bien dans sa peau", prend différentes formes selon les niveaux : journal intime, texte expressif, texte d'opinion.

Des rencontres en classe avec les étudiants dans le cadre des cours de Formation personnelle et sociale (au secondaire 1,3 et 5), s'inscrivant à trois volets : celui sur la perception du modèle idéal, celui de la santé et celui de la séduction.

Des rencontres de formation avec les enseignants, des bulletins d'information à l'intention des parents.

Résultats attendus

Les jeunes, leurs parents et les enseignants auront :

- acquis des connaissances sur les méthodes appropriées et non appropriées de contrôler leur poids,
- modifié leurs croyances sur les déterminants du poids et de la physiologie,
- pris conscience des modèles corporels véhiculés dans les médias.

De plus, les jeunes auront :

- amélioré leur estime de soi et la perception de leur image corporelle,
- développé des habiletés de résistance à la pression des pairs.

Les parents et les enseignants auront :

- pris conscience de leur rôle comme modèle auprès des jeunes,
- développé des habiletés de soutien auprès des jeunes.

Étapes franchies et perspectives du projet

Le projet "bien dans sa tête, bien dans sa peau" en est à sa troisième année d'expérimentation. L'évaluation des effets de l'An 1 et 2 devrait donner lieu à des publications d'ici peu. Par ailleurs l'évaluation d'implantation a été produite sous forme de rapports, pour l'An 1 et l'An 2. La production d'un guide fait l'objet d'une nouvelle demande de subvention.

Pour information : Monique Ducharme, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1000 boul. Ste-Anne, 5^e étage c, St-Charles-Borromée, J6E 6J2, Tél : (450) 759-1157 poste 4421, Télécopieur : (450) 759-5149.



PUBLICATIONS



Troubles du comportement alimentaire : témoignages

- BRISSAC Geneviève, **Petite**. Édition de l'Olivier, Paris, 1994.
- BRUCH Hilde, **L'énigme de l'anorexie, la cage dorée**. Presses Universitaires de France, France, 1979.
- DELORME Sophie, **Maigrir à en mourir**. Édition 1, Paris, 1996.
- SARFATI Sonia, **Comme une peau de chagrin**. Édition La Courte Échelle, Montréal, 1995.
- VALÈRE Valérie, **Le pavillon des enfants fous**. Stock, Paris, 1979.



Troubles du comportement alimentaire : vidéos et films

La peau et les os.

Aska Film, Une réalisation de Johanne Prément, ONF, Canada, 1988.

Ma jolie prison...

...une vidéo sur l'anorexie

Pour mieux comprendre l'anorexie, pour mieux aider les anorexiques.
 Découvrez les 4 phases de cette maladie...
 Découvrez la qualité des témoignages qui facilitera la compréhension de cette maladie...
 Découvrez les caractéristiques de l'anorexie et apprenez à mieux la dépister...
 Découvrez un mode d'approche et d'accompagnement de l'adolescente anorexique.

1 vidéocassette couleur de 29 minutes comportant un document d'accompagnement, une production de l'hôpital Ste-Justine et Pixcom, Montréal, Canada, 1996.

Audiovidéothèque hôpital Ste-Justine: 3175 chemin de la Côte Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1C5; Tél: (514) 345-4677, Fax (514) 345-4631, email: perrice@hotmail.com
 Web : <http://brise.ere.umontreal.ca/~lecomptl/avt.htm>



Troubles du comportement alimentaire : livres

Anorexies à l'adolescence

ALVIN Patrick, Collections Conduites, Doin, Paris, 1996

Patrick Alvin et son équipe ont une longue expérience de cette problématique et il nous livre leur expertise de manière succincte, pratique et précise. Un petit livre de moins de 100 pages : évaluation, diagnostics, complications médicales, interventions médicales et psychothérapeutiques.

Distribué au Québec par Somabec
BP 295, 2475 Sylva Chaplin, St-Hyacinthe QC J2S 7B6
(450) 774-8118
FAX : (450) 774-3017

La santé des adolescents: approches, soins, prévention

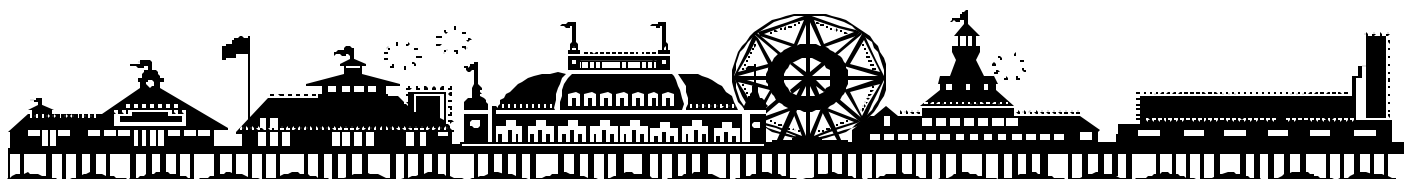
(sous la direction de P.-A. Michaud, P.Alvin, J.-P. Deschamps, J.-Y. Frappier, D.Marcelli et A. Tursz)

Quel livre intrigant, par son sujet d'abord mais plus encore par son traitement. La collaboration franco-qubécoise se fait sentir, de façon fort heureuse d'ailleurs, tout au long de la lecture. À prime abord, la grande diversité de la table des matières peut surprendre. Cependant elle illustre bien le large éventail des aspects traités en profondeur par les auteurs, sans tomber toutefois dans de longues dissertations sur chaque sujet.

Facile à consulter, ce livre donne des conduites pratiques dans des situations médicales et psychosociales touchant des adolescents, spécifiques à ce groupe d'âge. Avis à tous ceux qui travaillent avec des adolescents, cet outil pourrait vous être très précieux!

Volume de 638 pages des Éditions Payot (Lausanne), Doin (Paris) et Les Presses Universitaires de Montréal, disponible au coût de 62\$, taxes et frais de manutention en sus.

Distributeur: Gaëtan Morin, 171 boulevard de Mortagne, Boucherville (Québec) J4B 6G4;
Téléphone: (514) 449-7886, Télécopieur: (514) 449-1096.





ARTICLE

La prévention au masculin

Gilles Forget, Paule Masson, Marguerite Paiement,

Direction de la santé publique de Montréal-Centre



La prévention et la promotion de la santé sont des domaines qui touchent particulièrement les jeunes. En effet, il est reconnu qu'agir précocement contribue à l'adoption de comportements, d'habiletés et d'attitudes favorables à la santé et réduit les risques inhérents à certaines morbidités parmi les plus prévalentes chez les jeunes. Cependant, chercheurs et intervenants s'interrogent de plus en plus sur la capacité de ces différentes expériences à rejoindre et influencer les garçons comme les filles. Le présent article veut, à sa façon, contribuer à cette réflexion.

La santé et le bien-être des jeunes, le genre a-t-il une importance ?

Si les hommes et les femmes sont des êtres égaux, ils ne sont pas cependant des êtres semblables. Il existe bien sûr des différences d'ordre biologique et physiologique. Mais aussi, on remarque des différences entre les hommes et les femmes au niveau économique et social. Enfin, certaines de ces différences relèvent davantage de schèmes culturels propres à chacune des sociétés. S'il est facile de reconnaître ces différences chez les adultes, qu'en est-il lorsqu'il est question des jeunes ? L'étude des données socio-sanitaires chez les jeunes de 5-24 ans nous donne certains indices. Les mortalités dues au suicide touchent presque ex-

clusivement les garçons. On retrouve davantage de troubles de comportements, de violence et de difficultés de socialisation chez les garçons. Par contre, la proportion de jeunes filles présentant des phobies, des dépressions et des idées suicidaires est plus importante comme l'illustre le tableau suivant (voir tableau 1).

Ces données proviennent principalement de l'état de situation de la santé et du bien-être des jeunes montréalais, Direction de la santé publique de Montréal-Centre 1995.

Ces données nous amènent à penser que les garçons seraient plus affligés par des problèmes d'externalisation (violence, décrochage) que les filles. Est-ce que les programmes de prévention et de promotion de la santé doivent tenir compte de ces différences ?

La capacité des interventions à rejoindre les garçons

Un même programme peut-il rejoindre les filles et les garçons, les faire participer tout autant et obtenir les mêmes résultats peu importe le genre ? Pour répondre à ces questions, nous avons complété une revue de la littérature ainsi que réalisé des entrevues téléphoniques auprès d'informa-

	Garçon	Fille
Suicide	+++	
Phobie		++
Dépression majeure		+
Trouble mental		++
Idées suicidaires		++
Hyperactivité	+	
Troubles de comportement	+	
Trouble d'opposition	++	
Violence envers autrui	++	
Retard scolaire	++	



teurs clé.

Il est important de souligner que peu de recherches insistent sur l'analyse différenciée selon le genre. De la centaine d'articles portant sur l'évaluation de programmes de prévention auprès des jeunes, une vingtaine seulement nous informent sur les variations de la participation et des résultats des programmes selon le genre.

Comme la quasi-totalité des programmes évalués se déroulent à l'école, auprès d'une clientèle captive mixte, il est difficile de saisir leur capacité d'intéresser et de toucher autant les garçons que les filles. Disons en premier lieu que les différences en termes de participation semblent se manifester surtout à partir de l'école secondaire bien qu'on ait noté des différences selon le genre dans certains programmes destinés aux enfants du préscolaire et du primaire. De façon générale, les filles participent davantage surtout lorsque les programmes abordent certains sujets intimes tels la sexualité, les MTS et la contraception. Pour les informateurs clé, cette différence est possiblement due à la maturité plus précoce des filles et à leur capacité plus grande d'introspection. Pour les garçons, ces derniers seraient plus à l'aise lorsqu'on aborde les sujets d'une façon plus instrumentale, plus technique. La littérature et les entrevues mentionnent aussi des différences au niveau des comportements. Les garçons sont davantage turbulents et confrontants. Ils considèrent que les filles, contrairement à eux, ont tendance à répondre ce que les intervenants veulent entendre. Il ne faut pas oublier par contre que certaines différences ne concernent pas uniquement le genre. Par exemple, la diversité des cultures peut aussi faire varier la participation des jeunes aux interventions.

Des différences similaires sont constatées lorsqu'il s'agit des effets des programmes de prévention et de promotion de la santé. Il semble que ces programmes augmentent davantage les connaissances des filles que celles des garçons. La même tendance s'observe lorsqu'on évalue les attitudes et les comportements des jeunes, leurs effets semblent plus limités chez les garçons.

Des facteurs explicatifs

L'information recensée insiste peu sur les facteurs explicatifs des différences constatées. Nous pro-

posons de regrouper ceux répertoriés lors de cette enquête selon les trois catégories suivantes : les facteurs liés à l'individu, aux interventions ou à la société en général.

Premièrement, les individus se développent différemment et à un rythme qui leur est propre. Il est donc difficile pour des interventions qui considèrent les adolescents comme un tout homogène d'intégrer ces différences dans une même intervention. Deuxièmement, en ce qui concerne les programmes eux-mêmes, la littérature et les évaluations portent principalement sur les programmes développés et implantés en milieu scolaire. Peu d'évaluations nous informent sur la portée des interventions en prévention et en promotion de la santé réalisées ailleurs dans la communauté. Il nous faut donc s'interroger sur la capacité d'autres types d'interventions de rejoindre, de faire participer et d'influencer les garçons tout comme les filles. De plus, on remarque que les programmes sont généralement développés et implantés par des femmes. Comment alors les garçons peuvent-ils s'identifier à des modèles masculins ? Et, est-il nécessaire que les garçons aient un modèle à qui s'identifier ? Finalement, au niveau social, les stéréotypes sexuels demeurent très importants et touchent aussi les programmes de prévention et de promotion de la santé. Comme le remarque certains auteurs, si les attitudes demeurent stéréotypées chez les jeunes, c'est que la société continue à véhiculer un double message par rapport aux rôles sexuels. Par exemple, la société veut que les garçons parlent davantage de leurs sentiments tout en leur demandant de masquer ceux-ci derrière l'image de l'autonomie et de la force masculine.

Des indications pour l'intervention

S'il existe des différences selon le genre, comment tenir compte de ces différences lorsque nous planifions, implantons et évaluons les programmes de prévention et de promotion de la santé ? De la littérature, des entrevues et des expériences, certaines pistes de solutions émergent et méritent d'être mis à l'épreuve surtout au moment où "l'Amérique s'inquiète pour ses petits garçons" (le devoir, 29 mai 98) à la suite d'événements (tueries dans les écoles) ou de révélations statistiques troublantes (les enfants Ritalins, le décrochage scolaire, etc.)



Au moment de la planification, la mixité des intervenants lors de la conception de programmes, permet de réfléchir davantage sur les stéréotypes véhiculés et d'éviter le matériel culpabilisant. Au niveau de l'implantation des activités, certains suggèrent de séparer les garçons et les filles pour certaines problématiques ou, à certains moments et ce, surtout au niveau des programmes offerts au secondaire. D'autres proposent, selon l'intervention, de favoriser l'animation soit par des hommes, soit par un couple mixte, soit par les pairs (garçons). Finalement, tous insistent sur l'importance de sensibiliser les intervenants à la question des différences selon le genre. Pour ce qui est de l'évaluation des programmes, celle-ci devrait inclure une analyse différenciée selon le genre et considérer l'ensemble des stratégies utilisées en prévention et en promotion de la santé. Cette réflexion sur la prévention au masculin interpelle les intervenants mais aussi l'ensemble des secteurs de la société, le milieu familial, le milieu scolaire, etc. La recherche de l'équité ne doit pas se faire au détriment des différences. Les milieux doivent connaître, reconnaître et accepter les différences des garçons et des filles et s'assurer qu'il y a place à valoriser ces différences, mais aussi à les transcender.

Bibliographie

Antil Thomas (1995), "L'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales", service de la condition féminine, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Boehm, K.E., Schondel, C.K., Marlowe, A.L. & Rose, J.S. (1995). Adolescents calling a peer-listing phone service: variations in calls by gender, age, and season of the year. *Adolescence*, 30 (120), 863-871.

Carver, V.C., Kittleson, M.J. & Lacey, E.P. Adolescent pregnancy: a reason to examine gender differences in sexual knowledge, attitudes and behavior. (1990) *Health Values*, 14 (6), 24-29
 Clements, K., Gleghorn, A., Garcia, D., Katz, M. & Marx, R. (1997). A risk profile of street youth in northern California: implications for gender-specific human immunodeficiency virus prevention. *Journal of Adolescent Health*, 20, 343-353.

De Gaston, J., Weed, S. & Jensen, L. (1996). Un-

derstanding gender differences in adolescent sexuality. *Adolescence*, 31 (121), 217-231

DeJong, W. (1987). A short-term evaluation of project dare (drug abuse resistance education): preliminary indications of effectiveness. *J. Drug Education*, 17 (4), 279-294

Drolet, M. (1996). L'évaluation d'une intervention préventive auprès d'adolescents et d'adolescentes ou Quand les garçons nous font nous interroger. *Service social*, 45 (1), 31-60

Forget, G. (1996). Conscience et responsabilités reproductives chez l'adolescent: enjeux pour une paternité à part entière. In J. Broué & G. Rondeau, *Père à part entière* (136-154). Montréal, Qc; Éditions Saint-Martin.

Gfellner, B. & Hundleby, J.D. (1994). Development and gender differences in drug use and problem behaviour during adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3 (3), 59-74.

Goodstadt, M.S. (1986). School-based drug education in north America: What is wrong? What can be done? *Journal of School Health*, 56 (7), 278-281.

Grossman, F.K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L. & Flaherty, M. (1992). Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21 (5), 529-550.

Horwitz, A.V. & Raskin White, H. (1987). Gender role orientations and styles of pathology among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (June), 158-170.

Langevin, F. & Lindsay, J. (1993). Analyse d'un programme d'éducation sexuelle administré auprès des garçons en difficulté d'adaptation. *Service social*, 42 (2), 127-141.

Mills, R. & Mills, R. (1996). Adolescent's attitude toward female gender roles: implications for education. *Adolescence*, 31 (123), 741-745

Overholser, J., Evans, S. & Spirito, A. (1990). Sex differences and their relevance to primary prevention of adolescent suicide. *Death Studies*, 14, 391-402.

Pederson, L.L. & Lefcoe, N.M. (1985). Cross-section analysis of variables related to cigarettes smoking in late adolescence. J. Drug Education, 15 (3), 225-240.

Raskin White, H. (1992). Early problem behavior and later drug problems. Journal of Research in Crime and Delinquency, 29 (4), 412-429.

Shamai, s. (1994). Possibilities and limitations of a gender stereotypes intervention program. Adolescence, 29 (115), 665-680.

Turner, S., Norman, E. & Zunz, S. (1995). Enhanc-

ing resiliency in girls and boys: a case for gender specific adolescent prevention programming. The Journal of Primary Prevention, 16 (1), 25-38.

Villeneuve, C. Bérubé, H., Ouellette, R. & Delorme, A. (1996). Prevention concerning mental health: the adolescent's perspective. Can J Psychiatry, 41 392-399.

RECHERCHE

Besoins de santé et attentes des services des collégiens/nes

Claire Boiteau, inf., Msc.



C'est à partir d'une remise en question des services de santé scolaires que se situe la recherche. La situation sociale actuelle et l'évolution observée dans les problématiques de santé des jeunes suscitent une réflexion sur l'adéquation entre les besoins de santé des collégiens/nes et les services actuellement offerts dans leur milieu de vie.

La santé et le bien-être des collégiens/nes sont influencés par la combinaison de multiples facteurs (individuels, environnementaux et socio-culturels). Les problèmes d'adaptation sociale, les traumatismes (intentionnels, non intentionnels), les maladies transmissibles sexuellement et les habitudes de vie sont les principaux éléments qui affectent la santé des jeunes⁽¹⁾. Les tentatives de suicide et les suicides chez les jeunes sont les manifestations les plus dramatiques de leurs souffrances intérieures. Au Québec, 355 jeunes de moins de 30 ans s'enlèvent la vie en moyenne à chaque année (1994 : 304 garçons, 58 filles). Le taux record de suicide est détenu par les garçons de 20 à 24 ans, lequel est le plus élevé dans la population québécoise et dans les pays occidentaux.

Les jeunes ont aussi enregistré les plus hauts taux de para-suicides de la population. Au Québec, en 1992-1993, 14 123 jeunes de 15 à 24 ans ont posé un geste suicidaire⁽²⁾.

Objectif

L'objectif de la recherche que nous avons menée en 1996, visait à améliorer nos connaissances sur la perception qu'ont les jeunes des services de santé en milieu collégial, de leur faire préciser leurs attentes et de connaître le point de vue des intervenants/tes sur ces mêmes services. Le choix d'un cadre de référence a permis de privilégier une approche globale de la question. Des cégépiens/nes ont ainsi été rencontrés pour connaître leurs opinions sur les services des collèges et leurs besoins de santé globaux au-delà de manifestations et de symptômes physiques. La parole leur a été donnée sur différentes dimensions et non seulement sur le besoin explicite de la demande de services.

Le cadre de référence que nous avons utilisé postule que la position occupée dans l'échelle sociale

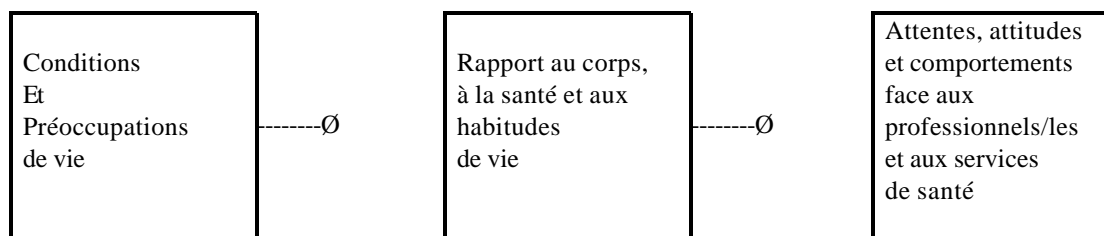


(différences économiques, sociales) et les préoccupations de vie des jeunes conditionnent leur recours aux services, mais que des facteurs intermédiaires (représentations de la santé, habitudes de vie) influencent également leurs attitudes et leurs comportements face aux professionnels/les et aux services de santé⁽³⁾.

que leur rapport à la santé et aux services.

Représentations de la santé

Les collégiens/nes interviewés se représentent la santé selon un concept global, en fonction de dimensions physique et fonctionnelle autant que psychologique et sociale. *"L'équilibre entre le physique, le mental pis tout le côté socio-affectif là, c'est plus ça." "Ben être capable d'accomplir ce*



Méthodologie

Cette étude de type exploratoire et faisant appel à une démarche qualitative⁽⁴⁾ a été réalisée en 1996 auprès de jeunes et d'intervenants/tes de deux collèges de la région de Québec. Cinquante-neuf collégiens/nes ont participé à des groupes de discussion et six intervenants/tes ont été rencontrés en entrevues individuelles. Le recrutement a été fait selon plusieurs stratégies : sollicitation dans les salles de cours, référence par d'autres jeunes, approches discrètes dans les lieux collectifs, etc. Les groupes de cégépiens/nes étaient composés en parts quasi équivalentes de filles et de garçons, en majorité de 17 à 20 ans et de début d'études collégiales, de statut scolaire pré-universitaire et technique et de milieu de scolarisation antérieur public et privé. La clientèle à l'étude était différente dans les deux collèges, à cause de sa situation géographique et des programmes d'études disponibles. Quelques données socio-démographiques ont été recueillies auprès des participants/tes concernant leurs conditions de vie (habitation, sources de revenus, ...). Le matériel a fait par la suite l'objet d'analyse de contenu thématique⁽³⁾.

Résultats

Quelques résultats sont présentés. Ils concernent les représentations de la santé, les problèmes de santé et les conditions des cégépiens/nes ainsi

qu'on a à faire dans une journée, sans trop être fatiguée le soir. Pas juste physiquement, mentalement aussi."

Les jeunes ont aussi comme opinion qu'une personne peut être en santé, malgré la présence de déficiences, dépendamment de la perception qu'elle s'en fait ou de la stabilité de son état.

"[...] je pense que la définition de la santé [...] la personne qui [...] en regardant ses limites quand même peut faire un peu qu'est ce qu'a veut, qu'a l'a pas trop de restrictions physiques, mentales."

"C'est quelqu'un qui arrive à maintenir un état idéal, par rapport à ce que son corps peut lui permettre, par rapport aussi à ce que ses émotions et son intellectuel va lui permettre. ... Comme quelqu'un qui naît avec la fibrose kystique pour lui c'est sa santé."

Les cégépiens/nes rencontrés mettent l'emphase sur la dimension sociale et son influence sur leur santé psychologique.

"J'sais pas si ça m'est déjà arrivé, à mes amis là, je peux pas donner, ben, c'est, c'est que des fois que t'arrives là, c'est le parfait bonheur là, t'as une blonde, t'as une job, des affaires de même. Tout s'écroule en même temps. T'as l'impression que de vivre ça sert pus à rien, t'es déprimé, tu suis pus tes cours, là t'as des mauvais résultats. Là, ça te déprime encore plus, pis ..."

"Tu sais, si ton père vient de mourir, pis t'es capa-

ble de courir cinq kilomètres, ben t'es pas en santé parce qu'il y a quelque chose. ... Je serai pas en santé parce que je mangerai plus, pis dormirai plus, je pleurerai tout le temps."

Ils réfèrent aussi à l'importance de bonnes habitudes de vie pour le maintien de la santé et ils s'attribuent une responsabilité dans leurs comportements.

"Physique pis mental, si t'es ben physiquement, ben c'est évident, t'as ben beau avoir une bonne attitude mentale, si tu manges mal, tu fumes, tu dors pas bien, n'importe quoi, c'est assuré que ton mental va en subir les conséquences."

"C'est ce que tu fais à ton corps et à ta tête, qui fait, qui fait que t'es en santé ou que tu ne l'es pas."

Les représentations que les jeunes interviewés ont de la santé correspondent aux propositions théoriques de l'étude de Collin et al. (1992) établissant des liens entre les conditions sociales, les préoccupations de vie et les rapports à la santé et aux habitudes de vie⁽³⁾. La situation qui les amène à ressentir des besoins auxquels pourraient répondre les services de santé, influence leur santé mentale, intervient dans leurs habitudes de vie et trouve ses fondements dans les conditions socio-économiques et environnementales. Le vécu des jeunes tel qu'ils nous l'ont décrit se révèle complexe : leurs propos permettent de dégager les différents facteurs qui semblent contribuer à l'apparition des problèmes qu'ils vivent et qui se résumement à l'expérience d'un certain déséquilibre.

Problèmes de santé

Les témoignages des collégiens/nes interviewés indiquent que des difficultés familiales, socio-économiques et de cheminement d'études leur font vivre du stress, influencent leurs habitudes de vie et portent atteinte à leur santé mentale. Les informateurs clés confirment les propos des jeunes.

"Tu sais, y a tellement de questions que tu te poses. [...] C'est stressant, pis le stress, c'est pas ben, ben bon. [...] Pis tu dors pas. Moi, sérieusement, j'fais peut-être cinq heures par nuit de sommeil [...] pis minimum ça m'en prend huit pis neuf pour dormir une bonne nuit, pis être réveillé

comme du monde le matin."

"En conclusion, moi j'dirai qu'on a assez de choses stressantes à l'âge qu'on a là. On vit dans une ..., on s'en va de chez nos parents, on commence à vivre en appartement, on a une blonde, on sait pas si on doit tu suite s'en aller habiter avec, on a assez d'agents stressants, sans avoir à se soucier si notre choix de cours est bien rempli."

Les facteurs socio-économiques agissent sur la santé et le bien-être des individus et influencent leurs réponses d'adaptation aux situations⁽⁵⁾.

"Mettons que tu craques au bout d'une session, t'es en train de virer fou. T'as quasiment envie de tuer tout le monde qui passe, tu deviens agressif." "Je ne dis pas que je ne lève jamais le coude, c'est pas vrai, mais y en a qui abusent là."

La condition sociale

La vie familiale est leur source de tracas notamment lorsque des bouleversements surviennent dans les familles, cela crée des difficultés d'adaptation.

"Quand tes parents se séparent, souvent j'sais pas quand t'es jeune, t'as deux, trois ans, au début tu t'en rends pas compte, tu t'habitues tranquillement. Comme moi, j'ai été habitué à vivre avec mes deux parents jusqu'à l'âge de dix-sept ans, pis quand y se séparent tu fais euh ! Gros blocage là, t'es tu seul dans ton monde, tu veux pus rien savoir de personne. C'est l'enfer."

Selon Tousignant et al. (1986), une ambiance de mésentente conjugale perturbe le jeune et le climat qui existe au cours de l'adolescence est plus déterminant de la santé mentale du cégépien/ne que la séparation en soi avec un ou deux parents. Une accumulation d'événements critiques qui s'inscrivent dans une dynamique familiale perturbée ou chaotique peut amener le jeune au suicide⁽⁶⁾.

"Y a encore des difficultés familiales aussi. T'as eu tes dix-huit ans, r'garde c'est l'âge des fois. On sait qu'y en a qui sont poussés. R'garde, c'est tes bagages, pis tu t'en vas."

Les collégiens/nes associent aussi une bonne part de leurs problèmes aux conditions économiques



de la famille.

"Ben, problèmes de santé, si on rentre la santé peut-être mentale là, entre parenthèses là, des problèmes, mettons famille, problèmes financiers, pis là ses parents sont plus agressifs, des affaires de même, n'importe quoi où l'adolescent se r'trouve pus."

Bon nombre de collégiens/nes rencontrés disent avoir des préoccupations financières.

"[...] Ceux-là qui mangent pas bien pis tout, t'sais des affaires de même. Ceux-là qui n'ont pas toutes leurs affaires, comme j'sais pas, ben ça ressemble à ça là. ... B. Ceux qui ont rien à manger [...]."

"T'sais des fois, nous autres, on en a, y sont tombés sans connaissance, y te le disent, c'est parce que j'ai pas mangé."

"Y en a qui arrêtent carrément l'école parce qu'y ont pas d'argent là."

L'éloignement du milieu de vie naturel de cégépiens/nes (25%), les problèmes d'intégration sociale et les troubles affectifs sont de grandes sources de stress et d'insécurité pour les jeunes.

"Ou ben t'es partie de ton p'tit village là, pis tu t'en vas en ville. [...] Mais, t'sais, juste le fait de partir de chez-nous, pis de m'en aller en appartement, pis en plus rentrer au cégep, ça déjà là ... une grosse adaptation là."

"Ben, y en a aussi qui se sentent rejetés. Y arrivent ici, y connais-sent pas personne, sont timides. T'sais supposons que y sont pas dans une concentration comme travail social parce que c'est plus des p'tits groupes y arrivent en sciences humaines. T'es avec [...] avec n'importe qui là. Trouver quelqu'un à qui t'attache là."

Les cégépiens/nes ont exprimé que des relations interpersonnelles et amoureuses harmonieuses sont essentielles à leur équilibre psychologique mais qu'elles sont souvent altérées à cause de leurs conditions et préoccupations de vie.

"[...] Mettons que je viens de me faire trahir par une bonne copine, façon de parler là, non je ne serai pas en santé, je ne serai pas en forme là."

"[...] tu casses avec une relation, que ça soit un gars ou une fille [...] ça peut être traumatisant pour quelqu'un, y peut se sentir coupable, y peut

même arriver de quoi, mettons un viol. [...]."

Selon Duclos et al. (1995), l'anxiété, la dépression et le suicide sont des phénomènes régulièrement associés à l'âge de l'amour. Plusieurs jeunes sont vulnérables sur le plan de leur vie amoureuse dû au fait qu'ils présentent une faible estime d'eux-mêmes qui les empêche d'établir des relations d'intimité⁽⁷⁾. Selon Tousignant et al. (1986), le désespoir consécutif à une peine d'amour commence à s'édifier avant même que l'adolescent ne s'engage profondément dans une relation amoureuse. La précarité psychologique du jeune peut être déterminante dans l'attente démesurée investie dans un rapport qui devrait combler toutes les lacunes de l'estime de soi. La solitude apparaît comme un facteur d'influence sur la santé mentale des jeunes. Ce sentiment est souvent au centre des préoccupations du cégépien/ne lors d'une crise suicidaire, non dans le sens qu'il ne se sent pas accompagné mais surtout qu'il ne se sent pas en communication ou en contact de façon solide avec les gens de son entourage⁽⁶⁾.

Bien que l'isolement social ne soit pas nécessairement présent, on peut formuler l'hypothèse que les cégépiens/nes vivent un isolement affectif du fait qu'ils veulent s'en sortir seuls, conséquence d'un milieu familial dans lequel ils ont appris très jeunes qu'ils devaient se débrouiller seuls dans la vie. On croit que les jeunes suicidaires n'ont pas été habitués dans leur famille à recevoir du soutien et ils ont ainsi développé un mode de résolution de problèmes qui exclut cette stratégie⁽⁶⁾.

"Ben je me dis, ben ça c'est ce qu'on se dit, j'ai pas besoin, d'aide "callin", je vais être capable de m'en sortir tout seul, mais à un moment donné, tu vas frapper un mur, tu vas dire là j'ai plus le choix."

La condition d'étudiant/te

Les collégiens/nes rencontrés ont affirmé avoir de sérieux problèmes en ce qui concerne leur cheminement d'études, ce qui leur occasionne de l'anxiété pouvant même les conduire jusqu'à de la détresse psychologique.

"Ah! Y a pas d'ouverture, j'aime-tu vraiment ça? S'tu la même chose dans la réalité? [...] Plus t'es incertain, plus tu stresses, plus tu stresses, moins

t'es bon à l'école, moins t'as d'ouvertures, pis moins t'as d'ouvertures, plus tu stresses encore. "
"Moi là, j't'ais tellement découragée, j'ai fait mise à niveau, justement, accueil et intégration parce que j'savais pas quoi faire, pis, ben au milieu de la session l'année dernière là, j'ai trouvé un programme que ça me tentait de faire. J'tais en train de faire tous mes cours pour aller en sciences pures, pis ce que je voulais faire, c'tait en sciences humaines. J'ai appelé pour aller là-bas, pis t'sais, y m'a vraiment dit qu'y, [...] doutait de mes capacités scolaires vu que j'étais en accueil intégration, t'sais. [...] Mise à niveau, t'es pas bon. Accueil-intégration, t'es poche, c'est vrai, c'est de même."

Les difficultés de choix de carrières et d'avenir professionnel sont au cœur des préoccupations des jeunes.

"C'est juste parce que j'savais pas quoi faire. J'ai jamais su quoi faire, j't'ais au secondaire, j'ai dit bon, j'vas aller en accueil et intégration. [...] T'es quasiment mieux de te garocher en sciences humaines ou en n'importe quoi, pis changer après."
"Ça retarde aussi quand tu sais pas dans quoi t'en aller, tu te retardes d'un an, deux ans, trois ans, pis là t'es pu sûr. [...] Tu changes de branche tout le temps."

Ils attribuent leurs problèmes de cheminement d'études à un manque de soutien dans les milieux d'éducation : des ressources d'orientation en milieu scolaire secondaire, des services pédagogiques des collèges.

"Tantôt, je rencontre une fille, elle est rentrée en même temps que moi. A me dit, y me reste trois ans. Jdis pourquoi ? A fait un changement de programme, bon, y a deux cours qu'à pas pris, ça la retarde d'un an, c'est parce qu'elle a été mal renseignée."

"J'sais ce que je veux faire, mais ça te prend trois mois à savoir ce que ça te prend [...]. Si on était bien renseigné, on ne serait pas tous dans le bureau de l'API."

Pour les informateurs-clés rencontrés, les problèmes de cheminement d'orientation des cégépiens/nes peuvent aussi être dus à un manque d'autonomie qui les empêche de faire les démarches nécessaires pour répondre à leurs besoins. Des jeunes interviewés ont également exprimé des propos

en ce sens.

"Oui, apprendre à prendre tes responsabilités, tu seul." "Surtout des fois quand on pense qu'y en a, y en a qui ont déjà une certaine maturité, y en a qui font comme la découvrir, la prendre, cette maturité là, pis apprendre à aller voir tes ressources tu seul. [...] C't'une certaine autonomie."

"Oui pour l'avoir vécu, pour l'avoir vu chez des copains en plus, chez plusieurs personnes, je me dis que c'est une notion qui ne vient pas automatique [...]."

D'après les auteurs Duclos et al. (1995), le début de la scolarité collégiale coïncide avec un élargissement des horizons, de la pensée et l'émergence de centres d'intérêts variés chez les cégépiens/nes. Les choix sont parfois ardu, mêlés et difficiles à faire et les jeunes qui n'ont pas appris à être suffisamment autonomes vivent des doutes inhibiteurs dans ces moments-là. Ils doivent apprendre à se connaître, à identifier leurs forces, leurs ressources intérieures et leurs motivations, car c'est par ces perceptions qu'ils en arriveront à faire des choix éclairés et à envisager l'avenir avec optimisme⁽⁷⁾. Selon une étude du Conseil supérieur de l'Éducation (1989), les facteurs individuels, académiques et sociaux influencent le choix d'orientation des collégiens/nes. L'équilibre du cégépien/ne peut être rompu par une intégration manquée en milieu collégial et devenir le point de départ d'un cheminement erratique, composé de changements de programme en série et conduisant même pour certains jusqu'à l'abandon scolaire. Les collégiens/nes deviennent coincés entre une multitude de possibles et d'impossibles, à cette période de la vie où ils doivent faire face à leurs propres limites, celle des autres, de la société et ils doivent s'y adapter⁽⁸⁾.

Les rapports à la santé

Par l'analyse des échanges avec les jeunes, nous constatons que leurs problèmes de santé sont de nature sociale et environnementale, qu'ils influencent leur comportement, lequel se traduit par l'adoption d'habitudes de vie néfastes à leur santé (alimentation, tabagisme, activité physique, sommeil, sexualité, alcool, drogues, médicaments).

"Ben, les problèmes reliés à la pilule, grossesse, M.T.S." "C'tout des problèmes de même, soit que c'est des problèmes reliés avec le sexe là ou que



c'est des problèmes mentals plus."

"Tu regardes ceux qui sont plogués sur les wake up toute la journée, y en a pas mal. [...] Vous étiez pas là vous autres quand le monde est rentré, pis que ça fumait des joints. Ils buvaient des p'tits cafés feelings [...] Les p'tits cafés feelings purs ... sont pas rares ici dedans."

Selon l'étude du Conseil permanent de la Jeunesse (1997), la consommation abusive de médicaments, d'alcool, de drogues ou un mélange de ces substances est un facteur de risque majeur de suicide et de tentatives de suicide chez les jeunes. Elle prédispose aux gestes suicidaires en affectant l'ensemble du fonctionnement affectif, cognitif, social, familial et comportemental de l'individu ou entraîne progressivement un jeune jusqu'au suicide en provoquant ou en aggravant un état dépressif ou agressif et en favorisant une rupture de ses liens sociaux ou affectifs significatifs. Utilisée souvent comme moyen compensatoire pour oublier ou fuir les difficultés ou des carences, la consommation de psychotropes ne fait qu'enfoncer davantage la personne dans ses problèmes. L'abus de ces substances facilite le passage à l'acte suicidaire en atténuant les mécanismes naturels d'inhibition soit ceux de protection contre les gestes d'autodestruction⁽²⁾.

Les rapports aux services

Les conditions et les préoccupations de vie des collégiens/nes constituent la variable la plus déterminante de leurs réalités quotidiennes et par extension de leurs consultations des services des collèges, sur une base personnelle. C'est à travers leur condition sociale, leur condition d'étudiant/te et leurs habitudes de vie qu'on retrace les facteurs qui les amènent à recourir aux services de santé. L'enjeu principal des cégépiens/nes face à leur santé se résume à celui de gérer leur stress. L'analyse du discours des collégiens/nes a mis en relief que l'organisation des services pédagogiques des collèges et leur orientation actuelle et plus largement, le contexte social dans lequel ils évoluent ont un impact sur leur état de bien-être, ce qui explique leur décision de consulter les services de santé.

Le vécu des jeunes est complexe et l'ensemble des problèmes qu'ils vivent affecte leur santé. Leur situation génère de la détresse. Dans ce contexte, ils recherchent une réponse immédiate à leurs dif-

ficultés, une écoute respectueuse et compréhensive.

"C'est maintenant que c'est un besoin, c'est peut-être urgent. Mettons qu'y a quelqu'un qui pense au suicide, y veut voir [...], y veut pas voir une secrétaire."

"C'est là que t'as besoin [...]. Dans deux jours, t'sais, ta question a va peut-être être correcte. C'est tout de suite que tu paniques là, que t'as vraiment une question à [...] poser. Tu te demandes c'est quoi que t'as. Si tu stresses, deux jours avant d'avoir ta réponse, tu stresses pas mal. "

Les services de santé sont actuellement, pour les jeunes en milieu collégial, la porte d'entrée pour obtenir le soutien qu'ils recherchent, peu importe la nature des problèmes qu'ils présentent. Les services pédagogiques (conseillers d'orientation, aides pédagogiques individuels, psychologues) ne semblent pas perçus comme aptes pour répondre à leurs demandes. Le manque d'appui de ces ressources qu'ils ressentent, les amène à vivre de l'anxiété et à avoir le sentiment de ne pas être en santé.

"Mais moi, je ne pense pas, mettons que t'es triste ou n'importe quoi, je ne pense pas que j'irais voir le psychologue de l'école là faudrait que le problème soit extrême. [...] Ben, il faudrait que ça soit extrême là."

"Au niveau du psychologue, moi ce que je trouve plate, c'est quand qu'y a des urgences, pis que tu vas là, pis qu'a te dit, Ah bon! tu reviendras dans deux semaines. ✕... ✕ Ben là, là, là, je file vraiment pas, peut-être pas pour me tirer une balle, t'sais, quasiment ça. ✕... ✕ Faut quasiment que tu prévoies tes problèmes qui arrivent. [...] Faut quasiment que tu prennes un rendez-vous avec la psychologue, pis ça va bien, tu l'annules."

"Aussi, les API ça prend deux mois avant d'en avoir un."

Ils consultent donc les services de santé en situation de crise ou de détresse où ils cherchent refuge pour trouver soulagement au trop grand stress qu'ils vivent. Les cégépiens/nes recherchent aussi les services des aidants naturels (équipes secouristes) pour l'accessibilité, l'entraide et l'adaptation que leurs pairs leur permettent.

"Ben, y offrent ✕... ✕ service santé, ça peut in-

clure psychologue, travailleuse sociale R... R."
"C'est une bonne idée des jeunes qui écoutent du monde. Parce que, premièrement, le gars va se sentir plus en confiance si c'est quelqu'un de son âge, à peu près, qui vit à peu près la même situation que lui."
"J'étais dans le bureau de [...], les deux me soutenaient. J'ai trouvé ça intéressant que quelqu'un chemine avec toi, parce que comme rendu à l'hôpital, pour que quelqu'un vienne me chercher, c'est elle qui a fait les démarches. C'est ta première année au cégep, c'est un milieu inconnu, tout ça, ça m'a mis en confiance tout de suite, fait que, j'sais que si jamais j'ai besoin encore, j'aurai pas peur."

Pistes de réflexion et d'action

Le recours aux services de santé dépend donc des réalités quotidiennes et des habitudes de vie des collégiens/nes d'une part, de leur environnement et de l'organisation des services des collèves d'autre part.

La réduction des problèmes de santé des cégépiens/nes ne peut dépendre uniquement de l'efficacité des services et des programmes sans que ne soient considérés les facteurs qui les rendent vulnérables. Il est difficile d'agir sur les conditions de vie nocives à la santé des jeunes, mais nous pouvons toutefois en atténuer les conséquences par des moyens sur lesquels nous avons l'emprise. L'analyse des multiples interactions entre tous les facteurs en cause, qu'ils soient individuels, environnementaux ou organisationnels, permet de faire quelques suggestions à ces différents niveaux.

Facteurs individuels

Les collégiens/nes ont démontré au cours des discussions, qu'ils s'attribuent une responsabilité dans leurs comportements face à leurs habitudes de vie, ce qui constitue une bonne base pour construire des interventions. Améliorer leurs connaissances sur les risques et les conséquences associées à leurs habitudes de vie, peut favoriser la prise en charge de leur santé.

Facteurs environnementaux

L'amélioration de l'environnement social des collégiens/nes est nécessaire pour leur permettre de

trouver un soutien face aux difficultés, dans leur milieu de vie. Dans ce contexte, nous privilégions des actions auprès des parents et des pairs. Les parents devraient être intégrés de façon plus étroite en milieu collégial. Ils devraient être associés aux démarches effectuées par le milieu scolaire et associés aux activités qui s'y tiennent. Une concertation entre les parents et les enseignants/tes devrait être favorisée. Étant donné l'importance des pairs pour les jeunes et la confiance qu'ils leur accordent, nous suggérons de développer l'aide informelle dans la communauté étudiante afin de rendre les collégiens/nes aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités quotidiennes et ainsi favoriser leur adaptation.

Facteurs organisationnels

Les cégépiens/nes recherchent chez les intervenants/tes non seulement la compétence humaine mais avant tout la compétence professionnelle (compréhension, absence de jugement, confiance, respect). Les attitudes propices, si elles ne sont pas spontanées, peuvent être favorisées et développées chez les intervenants/tes par une formation adaptée à la connaissance et à la compréhension de ce que vivent les jeunes. Suite à l'analyse des propos recueillis auprès des cégépiens/nes et des informateurs clés nous suggérons des améliorations concernant l'information qui est diffusée sur les services. On devrait rendre accessibles aux cégépiens/nes des sources d'information sur l'éventail des programmes d'études collégiales offerts et sur les ressources internes et externes pouvant leur venir en aide au plan personnel. On devrait prioriser des services pour les élèves en difficulté et qui, dans cette étude, se retrouvent dans l'une ou l'autre des situations suivantes : 1^{ère} année d'études (1^{ère} session), statut scolaire pré-universitaire (arts, lettres, sciences humaines), en situation de monoparentalité, de provenance de milieux éloignés des collèves (résidence étudiante, appartement), financièrement totalement autonomes, en changement de programme et en difficulté scolaire. La participation des cégépiens/nes à la conception et à la gestion des services est un gage de réussite, car ils en savent beaucoup sur ce dont ils ont besoin. Ils devraient donc être impliqués. La participation des ressources de nature pédagogique est également indispensable. Le dépistage par les enseignants/tes des élèves en difficulté permettrait une intervention précoce



et la prévention de problèmes sociaux et de santé chez les jeunes.

Le travail en équipe est sans doute une voie d'action à privilégier. Des modèles d'intervention devraient être préconisés. Cette notion présuppose que les différents fournisseurs de services des collègues s'entendent non seulement pour se coordonner mais davantage pour viser l'intégration complète de la planification et de la prestation de services avec les ressources externes, pour ainsi répondre à l'ensemble des besoins des jeunes.

La complexité du vécu des collégiens/nes nous amène à suggérer que les services concernés se donnent ensemble des mécanismes pour confirmer et préciser la nature des besoins des jeunes et pour identifier les moyens par lesquels ils peuvent y répondre. Les jeunes devraient être placés au cœur de l'intervention et les services devraient viser à harmoniser les ressources existantes et consolider leurs complémentarités. Le fondement des interventions devrait s'inscrire dans la perspective de donner un avenir à nos jeunes par le moyen de "préserver leur santé". Ainsi, on devrait viser à améliorer de façon significative la situation sociale des collégiens/nes, leur donner une place en matière de protection et de prévention de leur santé et leur offrir des services adaptés à leurs besoins.

Bibliographie

1. Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Priorités nationales de la santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS.

2. Conseil permanent de la Jeunesse (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse!*, Québec, Gouvernement du Québec.

3. Collin, C., F. Ouellet, G. Boyer et C. Martin (1992). *Extrême pauvreté, Maternité et santé*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin.

4. Mayer, R. et F. Ouellet (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin Éditeur.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS.

6. Tousignant, M. et D. Hanigan (1986). *Comportements suicidaires et entourage social chez les cégépiens*, Montréal, Université du Québec.

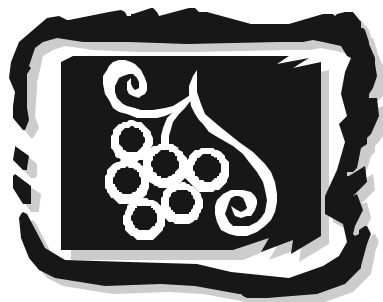
7. Duclos, G., D. Laporte, J. Ross (1995). *Besoins, défis et aspirations des adolescents, vivre en harmonie avec les jeunes de 12 à 20 ans*, Saint-Lambert, Les Éditions Héritage.

8. Conseil supérieur de l'Éducation (1989). *Rapport annuel 1988-1989 sur l'état et les besoins de l'Éducation, l'orientation scolaire et professionnelle*. Par delà les influences, un cheminement personnel, Québec, Gouvernement du Québec.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'une maîtrise en santé communautaire sous la direction académique de M^{me} Maria De Koninck, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, 1998.

Claire Boiteau, inf., Msc.
CLSC Sainte-Foy – Sillery
3108, Chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy (Québec) G1X 1P8

Téléphone :
(418) 651-2572



Vous avez des textes que vous voudriez publier, contactez-nous. Même si votre version n'est pas définitive, nous pouvons vous aider. Vous faites une intervention ou avez un programme intéressant avec des adolescents, contactez-nous, nous pour-



MERCK FROSST

Division Vaccins

Les activités de l'ACSA bénéficient du soutien généreux de Merck Frosst, Division Vaccins.

**Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Canada ISSN 1201-5466**