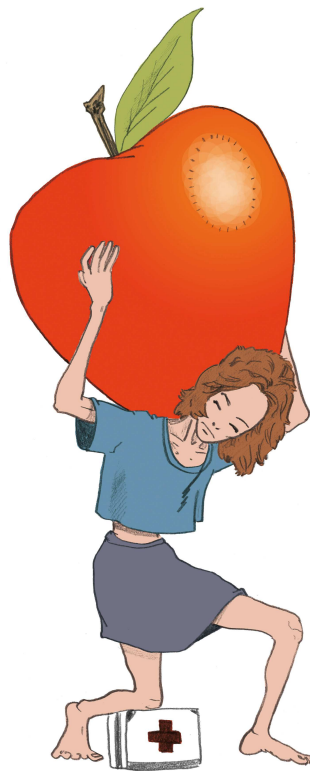


# Systemes de soins: Troubles du comportement alimentaire Genève, Vaud, Valais



- *Lucie Barras et Carole Schick,  
Etudiantes 2<sup>ème</sup> BSc, HEdS filière diététique*
- *Christelle Theytaz et Frédéric Vuilleumier,  
Etudiants 3<sup>ème</sup> année médecine*
- *Jocelyne Depeyre, tutrice*

## Remerciements

Nous tenons à remercier notre tutrice de travail, **Madame Jocelyne Depeyre** et **Madame Magali Volery**, diététicienne et psychologue spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire pour leur aide précieuse, leurs conseils et leur soutien.

Ainsi que toutes les personnes qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur temps. Leur aide nous a été indispensable pour réaliser notre travail.

Mesdames et Messieurs,

Chiappini, Romana, psychologue

Carrard, Isabelle, psychologue

Chastonay, Philippe, responsable de l'unité Immersion en communauté

Cornut, Stéphanie, psychologue

Guignet, Boris, pédopsychiatre

Galati, Marilina, Office fédéral de la statistique (OFS)

Gebhard, Sandra, psychologue

Halfon, Olivier, pédopsychiatre

Jacques, Laget, médecin adjoint

Lyon, Isabelle, psychiatre et psychothérapeute

Michaud, Pierre-André, médecin chef de l'UMSA

Michlig Nathalie, pédopsychiatre

Morreale, Calogero, psychiatre et psychothérapeute

Narring, Françoise, pédopsychiatre

Penalosa, Begona, psychiatre

Perroud, Alain, psychiatre, psychothérapeute et expert en thérapie cognitivo-comportementale

Pont, Marrie Pierre, médecin

Stephan, Philippe, pédopsychiatre

Tabin, René, pédiatre

Arthur Bourquin pour l'illustration originale de la page de titre.

<b>Introduction :</b> .....	5
1.1. « Immersion en communauté » .....	5
1.2. Choix du thème .....	5
<b>2. Problématique</b> .....	6
2.1. Hypothèse : Un réel manque .....	6
2.2. Choix des cantons .....	6
2.3. Pourquoi l'adolescence .....	7
<b>3. Développement théorique de la problématique</b> .....	8
3.1. L'adolescence : une période de vie particulière .....	8
3.1.2. Les changements corporels .....	8
3.1.3. Les éléments typiques de l'adolescence .....	8
3.2. TCA : diagnostics et définitions .....	9
3.2.1. Indice de masse corporelle (IMC = BMI) .....	9
3.2.2. Anorexie mentale .....	10
3.2.3. Boulimie .....	11
3.2.4. Hyperphagie boulimique .....	11
3.3. Le cercle vicieux (privation-compulsion) .....	12
3.4. Epidémiologie de la maladie .....	13
3.4.1. Prévalence .....	13
3.4.2. Incidence (nombre de nouveaux cas par année) .....	13
3.4.3. Morbidité .....	13
3.4.4. Mortalité .....	14
3.4.5. Autres statistiques intéressantes .....	14
3.5. Facteurs de risque .....	14
3.6. Traitements .....	16
3.6.1. Thérapie cognitivo-comportementale .....	16
3.6.2. Approche psychanalytique .....	17
3.6.3. Thérapie familiale .....	17
3.6.4. Hospitalisation .....	17
3.6.5. Médicaments et suivi diététique .....	17
3.6.6. Méthodes de relaxation individuelles .....	17
3.6.7. Prise en charge idéale .....	18
3.7. Conséquences de la maladie .....	18
3.7.1. Anorexie .....	18
3.7.2. Boulimie .....	20
3.8. Coûts .....	21
<b>4. Méthodologie</b> .....	22
4.1. Choix de la problématique .....	22
4.2. Journal de bord .....	22
4.3. Choix des intervenants .....	22
4.4. Elaboration de notre questionnaire (ANNEXE I) .....	22
4.5. Contenu du questionnaire .....	23
4.6. Déroulement des entretiens et récolte des données .....	23
4.7. Mise en commun et expression des données .....	23
<b>5. Résultats de l'enquête d'observation</b> .....	24
5.1. Professionnels interrogés .....	24
5.2. Forme de la présentation des résultats .....	25
5.3. Résultats des entretiens .....	26
5.3.1. Question 1 .....	26
5.3.2. Question 2 .....	28
5.3.3. Question 3 et 4 .....	28

5.3.4.	Question 5 et 6 .....	29
5.3.5.	Question 7 .....	30
5.3.6.	Question 8 .....	30
5.3.7.	Question 9 .....	31
5.3.8.	Question 10 .....	32
5.3.9.	Question 11 .....	33
5.3.10.	Questions 12 .....	34
5.3.11.	Question 13 .....	34
5.3.12.	Question 14 .....	35
5.3.13.	Question 15 .....	36
5.3.14.	Question 16 .....	37
5.3.15.	Question 17 .....	37
5.3.16.	Question 18 et 19 .....	38
5.3.17.	Question 20 .....	38
5.3.18.	Question 21 .....	38
6.	<b>Complément : structures observées en Valais</b> .....	41
6.1.	<b>Organisation : Médical et <i>non-médical</i></b> .....	41
6.1.1.	CVPEA .....	41
6.1.2.	UPEA .....	42
6.1.3.	CDTEA .....	42
6.1.4.	Cabinets privés .....	42
6.2.	Prise en charge générale .....	42
6.3.	Prise en charge des TCA .....	43
6.3.1.	Thérapies complémentaires .....	43
7.	<b>Prévention : Le projet français</b> .....	45
7.1.	Extraits de document français, .....	45
7.1.1.	Roselyne Bachelot ministre de la famille, France .....	45
7.1.2.	Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, France .....	45
7.2.	Le PNNS .....	45
7.2.1.	1 <sup>ère</sup> thématique .....	46
7.2.2.	2 <sup>ème</sup> thématique .....	46
7.3.	Proposition de stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) .....	46
8.	<b>Discussion et analyse</b> .....	48
8.1.	Possibilités de prise en charge .....	48
8.1.1.	Prise en charge hospitalière .....	48
8.1.2.	Prise charge ambulatoire : prévention secondaire .....	49
8.2.	Formation des professionnels .....	50
8.3.	Prévention primaire .....	50
8.4.	Coûts .....	50
9.	<b>Conclusion</b> .....	52
9.1.	Limites du travail .....	52
9.2.	Notre enquête .....	52
9.3.	Perspectives futures .....	52
9.4.	Nos suggestions pour la suite .....	53
9.5.	Satisfaction .....	53
10.	<b>Bibliographie</b> .....	54
10.1.	Ouvrages .....	54
10.2.	Articles/Revue .....	54
10.3.	Documents non publiés .....	54
10.4.	Documents électroniques: sites Web .....	55
11.	<b>Annexes :</b> .....	56

## **Introduction :**

### **1.1. « Immersion en communauté »**

Ce dossier est le fruit d'une collaboration entre deux étudiantes diététiciennes et deux étudiants en médecine.

L'unité « Immersion en communauté » existe à la Faculté de Médecine depuis plus de 10 ans. Pour la première fois cette année, la filière diététique de la Haute Ecole de Santé de Genève et la Faculté de Médecine de Genève se sont unies. Le mélange des professions est un plus de part le regard interdisciplinaire qu'il apporte.

Ce module/unité a pour but de traiter d'un sujet touchant la communauté. Les étudiants sont invités à s'« immerger » dans la population avec la plus grande autonomie. Prendre contact avec des professionnels du terrain ainsi que des bénéficiaires de soins est une des activités principale demandée.

Ce module se déroule sur 4 semaines. Au terme de cette période, le présent dossier ainsi qu'un poster et une présentation orale doivent avoir été élaborés.

### **1.2. Choix du thème**

Certain d'entre nous ayant effectué des stages passionnants en pédiatrie, d'autre étant depuis toujours intéressés par les enfants, le domaine de la pédopsychiatrie s'est imposé comme une évidence. Nous souhaitons qu'une composante nutritionnelle entre dans notre projet. Le thème des troubles du comportement alimentaire (TCA)<sup>1</sup>, plus spécifiquement l'anorexie mentale et la boulimie, a alors été proposé. Tous étaient d'accord pour traiter ce sujet particulièrement d'actualité.

---

<sup>1</sup>Selon la définition du DSMIV pour la boulimie et l'anorexie mentale

## 2. Problématique

*Les systèmes de soins existant dans les cantons de Genève, Vaud et Valais couvrent-ils les besoins en matière de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les adolescents de moins de 18 ans ?*

Cet objectif s'est dessiné à la lumière de nos expériences en stage et de nos lectures.

### 2.1. Hypothèse : Un réel manque

Le magazine « oh » édité par l'association ABA (association boulimie-anorexie) explique que des manques inacceptables existent en Suisse dans le domaine de la prise en charge spécifique des patients atteints de troubles du comportement alimentaire. Les patients sont par conséquent pris en charge par des services inappropriés (médecine, psychologie générale, etc.).

Le psychiatre Alain Perroud, spécialiste en troubles du comportement alimentaire explique que l' « [...] on sait que placer les patients dans des services non adaptés ne fait pas avancer les choses et peut même les aggraver. » (Revue « oh », n°26, ABA, octobre 2007).

Le pronostique de guérison dépend d'une prise en charge précoce et spécifique. En effet, le personnel soignant devrait être spécialisé dans ce domaine pour éviter la manipulation par le patient. Il serait nécessaire que l'encadrement soit strict et cohérent. Chaque intervenant devrait aller dans le même sens afin de donner des repères clairs au patient<sup>2</sup>.

L'auteur de l'article de « Oh », Nathalie Getz, journaliste et membre du comité d'ABA, insiste en précisant que cela ne semble pas préoccuper les responsables de la santé publique. En effet, en Suisse, aucune réflexion n'est menée par les autorités. Sur le site de l'Office Fédéral de la santé publique, peu d'article ne traite de boulimie ou d'anorexie. Le problème semble passer inaperçu en Suisse.

Nous avons souhaité faire un état des lieux de ce qui existe réellement sur le terrain en Suisse romande, une sorte d'étude de marché. Il nous semble important de voir comment, sans volonté politique, les patients sont pris en charge.

### 2.2. Choix des cantons

Le choix des cantons a été arbitraire : nous ne pouvions investiguer toute la Suisse romande pour des raisons de logistique. En effet, il est difficile en 4 semaines d'explorer plus de trois cantons s'il l'on veut effectuer un travail complet. Les déplacements sont chronophages et coûteux. De plus, les professionnels sont

---

<sup>2</sup> *Approche interdisciplinaire des troubles de la conduite alimentaire*, Chamay et. al. 2000.

difficilement disponibles dans un si court délai. C'est pourquoi notre sélection s'est alors portée sur nos lieux d'habitation respectifs (arc lémanique).

### **2.3. Pourquoi l'adolescence**

Les TCA apparaissent en majorité lors de cette période de vie. Le thème coïncidait donc avec nos centres d'intérêts. Bien que l'adolescence continue parfois au-delà de 18 ans, nous avons fixé cette limite car elle correspond à la majorité légale en Suisse.

### 3. Développement théorique de la problématique

#### 3.1. L'adolescence : une période de vie particulière

L'adolescence est définie par le petit Larousse<sup>3</sup> comme la « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté ». Elle apparaît en général entre 10-11 ans chez les filles et 11-12 ans chez les garçons<sup>4</sup>. Sa fin se situe autour de l'âge de 20 ans dans notre société. La puberté est le développement des caractères sexuels primaires et secondaires.

Il existe des livres qui développent en détail cette période de vie. Nous nous sommes limités aux grandes lignes qui permettent d'expliquer le lien avec la survenue des TCA.

##### 3.1.1. Le manque de repères

L'adolescence est une période charnière dans la vie d'un individu et un passage obligé qui n'est pas des plus aisés.

Cette période rend l'individu fragile. Les repères manquent et une grande ambiguïté survient. L'adolescent est tiraillé entre le fait de devenir plus grand, de prendre son indépendance et par les peurs diverses quant à son avenir, à un environnement adulte peu connu.

##### 3.1.2. Les changements corporels

Le deuil de l'enfance est à faire. Le corps change beaucoup, l'individu doit s'habituer à sa nouvelle apparence : une reconstruction de l'image corporelle est nécessaire et l'estime de soi est parfois ébranlée. Le jeune ne s'aime plus et attribue souvent la cause de ses problèmes à son image corporelle (dysmorphobie : « si j'avais plus de ceci ou moins de cela, tout serait parfait »).

Selon R. Cloutier, psychologue, (1996)<sup>5</sup> : « le corps est le premier point de repère de notre existence. [...] les premières représentations et activités mentales se construisent à partir de l'exploration du corps et des effets de son activité dans l'environnement ». A la lumière de cette explication on comprend mieux la place importante que le corps tient durant l'adolescence.

##### 3.1.3. Les éléments typiques de l'adolescence

Durant l'adolescence des comportements de dépendance peuvent apparaître (tabac, alcool, drogue). Les TCA entrent dans la même dynamique.

Les éléments encourageant la survenue de ce type de comportement sont les suivants :

- La crise d'identité

---

<sup>3</sup> *Le petit Larousse*, 2003

<sup>4</sup> *L'ombre de toi-même, Anorexie et boulimie*, ABA, 2003

<sup>5</sup> *Psychologie de l'adolescence*, R. Cloutier, 1996, p. 64



- Les conduites autodestructrices
- L'image corporelle distordue et la sexualité naissante mal vécue
- La dépression et les facteurs associés.

Les autres facteurs de risques sont développés plus bas dans ce travail.

### 3.2. TCA : diagnostiques et définitions

L'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont considérées comme des pathologies psychiatriques. Il existe plusieurs définitions reconnues (CIM 10, ...) pour diagnostiquer les TCA. Le DSMIV est le plus adapté pour dépister les TCA chez les enfants et les adolescents. C'est pourquoi nous l'avons utilisé dans notre travail.

L'indice de masse corporelle est très souvent utilisé en pratique. Il aide à se faire une idée sur la gravité du contexte rencontré.

#### 3.2.1. Indice de masse corporelle (IMC = BMI)

C'est une manière simple d'évaluer la situation d'un point de vue du poids recommandé pour une taille donnée : poids (kg)/taille (m<sup>2</sup>).

Ce calcul peut être réalisé pour les personnes âgées de 18 ans et plus à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent, des personnes gravement malades et de celles très musclées comme les athlètes par exemple. Les normes pour les personnes âgées (plus de 65 ans) sont légèrement supérieures aux normes des adultes. L'indice de masse corporelle peut également être utilisé chez les adolescents. Il permet de donner une idée sur la gravité de l'état d'un patient anorexique par exemple (IMC<15 inciterait à l'hospitalisation). Pour les enfants et les jeunes adolescents, les normes de l'IMC changent à chaque âge. C'est donc des courbes d'IMC qui sont utilisées et non des normes universelles.

Ce calcul est donc utile pour chiffrer une insuffisance ou un excès pondéral. Le résultat permet ensuite d'évaluer le nombre de kilos à perdre ou à gagner pour améliorer sa santé. Cette manière de faire est toutefois à nuancer car elle n'exprime pas en compte la répartition grasseuse et la masse musculaire.

Classification de l'OMS	Indice de masse corporelle (kg/m <sup>2</sup> )	Risque de maladies
Maigreur extrême	Moins de 16	Élevé
Maigreur	Moins de 18,5	Augmenté
Poids normal	18,5 à 24,9	Faible
Surpoids	25,0 à 29,9	Augmenté
Obésité, classe 1	30,0 à 34,9	Élevé
Obésité, classe 2	35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité, classe 3 (obésité morbide)	40 ou plus	Extrêmement élevé

Tableau 1 : Classification de l'OMS pour les valeurs d'indice de masse corporelle de l'adulte et association avec les risques de maladie

Classification correspondant aux critères de prise en charge de l'anorexie<sup>6</sup>

IMC de 25 à 19	Zone de poids moyen normal
IMC de 17,5	Critère diagnostique de l'anorexie
IMC de 16	Soins nécessaires
IMC de 15	Hospitalisation
IMC de 14	Hospitalisation contrainte
IMC de 13	Réanimation souvent utile
IMC ≤ 12	Zone de décès possible

Tableau 2 : Sévérité de l'anorexie en fonction de l'IMC

### 3.2.2. Anorexie mentale

Selon la définition du DSM-IV-TR (diagnostic and statistical manual) 2004

*«a. Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).*

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

*c. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle*

*d. Chez les femmes post pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes). »*

On distingue 2 types d'anorexie mentale : restrictif et compensatoire

#### 3.2.2.1. Restrictif

Type restrictif : la personne ne présente pas de périodes d'hyperphagies incontrôlées et donc pas de comportements compensatoires pour éviter la prise de poids (diurétiques, laxatifs, sport intense, vomissements provoqués).

#### 3.2.2.2. Compensatoire

Type boulimies/vomissements : la personne présente des hyperphagies incontrôlées accompagnées de comportements compensatoires afin d'éviter une prise de poids.

<sup>6</sup> *Faire face à l'anorexie, Une démarche efficace pour guérir*, A. Perroud, 2003, p. 27

### 3.2.3. Boulimie

Bulimia nervosa : Ce terme est utilisé pour définir les individus boulimiques qui conservent un poids aux alentours de la normale grâce à des comportements compensatoires (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, exercices à outrance...). La crise boulimique se déroule le plus souvent dans un état second, avec une perte de contrôle.

Selon la définition du DSMIV (diagnostic and statistical manual) 2004

*« a. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :*

- 1. absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances*
- 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)*

*b. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.*

*c. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.*

*d. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.*

*e. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale (Anorexia nervosa).»*

### 3.2.4. Hyperphagie boulimique

Tandis que la personne boulimique parvient à contrôler son poids plus ou moins bien par un mécanisme compensatoire, l'hyperphagique boulimique n'utilise pas une telle technique et est donc la plupart du temps en surpoids.

Selon la définition du DSMIV (diagnostic and statistical manual) 1996

*« a. Épisodes récurrents de crises de boulimies (" binge eating ").  
une crise de boulimie répond aux 2 caractéristiques suivantes :*

- 1. Absorption, en une courte période de temps (moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture dépassant notablement ce que la plupart des personnes mangent dans le même temps et dans les mêmes circonstances.*

2. *Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce qu'on mange ou la quantité de ce qu'on mange).*

b. *Durant les crises de boulimie, au moins trois des critères suivants d'absence de contrôle sont présents :*

1. *alimentaire nettement plus rapide que la normale.*
2. *L'individu mange jusqu'à l'apparition de sensations de distension abdominale inconfortable*
3. *Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation physique de faim.*
4. *Prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées.*
5. *Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir mangé*

c. *Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.*

d. *Le comportement boulimique survient en moyenne au moins 2 fois par semaine sur une période de 6 mois.*

e. *Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple vomissements, prise de laxatifs, exercice physique intensif), ne survient pas au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa). »*

### 3.3. Le cercle vicieux (privation-compulsion)

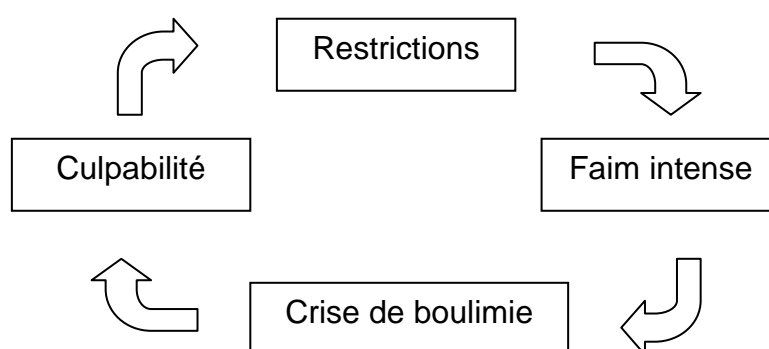


Figure 1 : Schéma du cercle vicieux de la restriction

La plupart des individus souffrants de troubles du comportement alimentaire sont victimes de ce cercle vicieux et en souffrent énormément. La seule façon de s'en sortir est de briser ce cercle qui les tient prisonniers. Les crises sont souvent le résultat de la restriction et d'une angoisse. C'est pourquoi il faut essayer de les gérer en trouvant leur(s) cause(s).

### 3.4. Epidémiologie de la maladie

#### 3.4.1. Prévalence

On estime que 1% des adolescentes souffrent d'anorexie mentale. Il faut cependant considérer ce chiffre comme étant probablement une sous-estimation : la maladie est sous diagnostiquée. En effet les patients éprouvent souvent de la honte et n'en parlent pas. De plus, la boulimie n'est par exemple pas toujours visible physiquement.

Ceci sans compter les variantes cliniques (patients ne présentant pas exactement le tableau clinique typique). Parmi les anorexiques, 90% sont des femmes. En outre, la maladie apparaît le plus souvent lors de deux périodes : entre 12 et 14 ans et entre 18 et 20 ans. Les jumeaux homozygotes ainsi que les apparentés au premier degré présentent plus facilement des TCA que la population générale<sup>7</sup>.

La boulimie, quant à elle, survient le plus souvent après la puberté (entre 18 et 20 ans en moyenne). Elle touche environ 2% à 5 % des femmes de 15 à 45 ans. Pour un garçon atteint, 5 à 7 filles souffrent de boulimie.

Une étude révèle que, sur 1960 adolescents entre 14-15 ans, 17.9% de filles et 6.5% de garçons souffrent de TCA<sup>8</sup>

	Filles 14-15 ans	Garçons 14-15 ans
<b>TCA tous confondus</b>	<b>17.9%</b>	<b>6.5%</b>
Anorexie mentale	0.7%	0.2%
Boulimie nerveuse	1.2%	0.4%
Hyperphagie boulimique	1.5%	0.5%
Autres	14.5%	5.0%

Tableau 3<sup>9</sup> : Epidémiologie différentielle : exemple récent (Kjelsas, 2004)

#### 3.4.2. Incidence (nombre de nouveaux cas par année)

Dans la population générale, l'incidence de la maladie est de 1 cas pour 100'000 habitants. Chez les femmes de 15 à 45 ans il y a 20 à 30 cas pour 100'000 habitants<sup>10</sup>.

#### 3.4.3. Morbidité

Les rechutes sont fréquentes ; elles concernent 50% des anorexiques.

La morbidité de l'anorexie mentale est de 1 pour 200 parmi les adolescentes des sociétés occidentales. L'anorexie mentale peut induire un défaut d'acquisition du pic de masse osseuse et/ou une perte osseuse accélérée. En effet, entre 20% et 50% des anorexiques souffrent d'ostéoporose ; leur risque de fractures est élevé (surtout

<sup>7</sup> Selon l'Académie Nationale française de Médecine, 2002

<sup>8</sup> *Prevalence of eating disorders in female and male adolescents*, Kjelsas et. al., 2004

<sup>9</sup> *Anorexies et Boulimies à l'adolescence*, P. Alvin, 2007

<sup>10</sup> *Approche interdisciplinaire des troubles de la conduite alimentaire*, Chamay et. al. 2000.

de fractures non vertébrales). Selon une étude, le risque de fracture non vertébrale serait multiplié par 4 à 7 par rapport à la population saine<sup>11</sup>.

#### 3.4.4. Mortalité

La mortalité et liée strictement à l'anorexie mentale est de 0,5% par année. 5 à 9 % des anorexiques décèdent, la plupart du temps suite à un désordre métabolique ou arrêt cardiaque (par trouble de conduction).

#### 3.4.5. Autres statistiques intéressantes

Il se trouve que relativement peu d'études probantes portant sur les TCA ont été réalisées en Suisse. En 1997, L'OFS a pourtant orchestré une étude où ont été investigués entre autres le nombre de personnes ayant eu recours aux vomissements ou encore à la restriction alimentaire (ANNEXE I). Bien que les chiffres ne soient pas statistiquement significatifs, ils reflètent toutefois une tendance.

### 3.5. Facteurs de risque

L'origine des TCA est multifactorielle. Plusieurs facteurs de risques ont été mis en évidence : facteurs environnementaux, sociaux et culturels, prédispositions psychologiques, vulnérabilité biologique. Toutefois, il est encore difficile de définir précisément les origines du déclenchement de cette pathologie.

Quelques exemples de contextes/déterminants que l'on peut trouver chez une personne souffrant de TCA :

- Puberté précoce
- Surpoids, obésité
- Pressions sociales et culturelles → **Images du corps idéal (mannequins, stars, publicités, ...)**
- Contexte social → **Environnement immédiat anormal :**
  - éducation en institution
  - situation parentale difficile (famille monoparentale, parents adoptifs, familles recomposées, famille d'accueil, enfant illégitime élevé par d'autres que les parents biologiques...)
  - famille isolée (sans soutien social de personnes hors de la famille avec lesquelles ils auraient des relations harmonieuses et de confiance)
  - conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque (conditions socio-économique défavorables...)

---

<sup>11</sup> *Anorexie mentale et ses conséquences osseuses : une prise en charge difficile*, Trombetti et. al. 2007

**→ Evènements de vie aigus :**

- perte d'une relation amoureuse
- retrait du foyer entraînant un contexte de menace significatif
- évènement entraînant la perte de l'estime de soi
- abus sexuel (extrafamilial)
- expérience personnelle négative marquante

**→ Stress sociaux :**

- persécution ou discrimination hostile
- migration ou transplantation sociale

**→ Stress interpersonnel chronique lié au milieu scolaire/professionnel :**

- trouble de la relation avec les pairs
- désignation comme bouc-émissaire d'un enfant/adolescent par les enseignants ou les supérieurs du milieu professionnel
- malaise en situation scolaire/professionnelle

**→ Difficultés à communiquer et à exprimer ses émotions****→ Importance de l'apparence**

- Sexe : femmes plus prédisposées sauf pour l'hyperphagie boulimique qui touche autant les hommes que les femmes

## • Facteurs familiaux

**→ Perturbation des relations intrafamiliales :**

- manque de chaleur affective dans les relations parent-enfant
- discorde familiale entre les adultes
- hostilité envers un enfant désigné comme bouc-émissaire
- sévices physiques
- abus sexuels (intrafamilial)

**→ Trouble mental, déviance ou handicap dans l'entourage immédiat de l'enfant :**

- trouble mental/déviance parentale
- handicap/incapacité parentale
- incapacité dans la fratrie

**→ Communication intrafamiliale inadéquate ou distordue (messages confus et contradictoire, querelles ne débouchant sur rien, incapacité de régler les conflits, secrets non partagés)**

**→ Modes anormaux d'éducation :**

- surprotection parentale
- surveillance/contrôle parental inadéquat
- privation d'expériences
- pression parentale inappropriée

**→Enfant « parentifié »**

- Sports : gymnastique, danse, patinage artistique, etc.
- Facteurs psychologiques : dépression, anxiété
- Personnalité : perfectionniste, mauvaise estime de soi, forte sensibilité
- Souci de plaire et d'être aimé
- Difficulté à s'affirmer
- Susceptibilité génétique (il s'agit là d'une théorie)

Tous ces facteurs jouent un rôle incontestable dans la survenue des TCA particulièrement chez les adolescents qui sont dans une période de vie fragile. Les TCA sont le reflet d'un mal être profond.

Facteurs protecteurs mis en évidence :

- Bonne estime de soi
- Etat émotionnel stable
- Bonnes relations au sein de la famille

### **3.6. Traitements**

Il existe plusieurs types de traitements, aucun n'a d'effet miracle. Ils se complètent les uns les autres. Il est important de mentionner que le patient a un rôle prépondérant à jouer dans son traitement. Sa volonté et sa collaboration sont décisifs dans la réussite du traitement.

Ci-dessous sont succinctement présentés les principaux.

#### **3.6.1. Thérapie cognitivo-comportementale**

La thérapie cognitivo-comportementale cherche à découvrir puis modifier les schémas de pensées et à corriger ultimement les comportements inappropriés résultants de croyances distordues. Il s'agit de contrecarrer des raisonnements incohérents. Cette thérapie peut s'accompagner de consultations nutritionnelle et diététique. Il s'agit d'une thérapie à court terme qui ne cherche pas à connaître les causes profondes des pensées irrationnelles mais à les transformer.



### **3.6.2. Approche psychanalytique**

Ce traitement vise à rechercher les sources inconscientes des pensées et comportements inappropriés. Les thérapies de groupe de type analytique sont très efficaces dans le traitement de la boulimie. En effet, ce genre d'approche permet aux personnes de vaincre leur isolement et de sortir du secret de leur maladie. En outre, cette méthode aide à améliorer la perception du corps en offrant des repères.

### **3.6.3. Thérapie familiale**

La famille a très souvent un rôle clé dans le développement et le maintien des TCA. Cette méthode, utilisée pour traiter l'anorexie mentale mais aussi la boulimie ou encore l'hyperphagie, a pour but de repérer les conflits familiaux afin d'en travailler les causes. Chaque membre de la famille doit participer activement et peut même se voir attribuer des prescriptions. Certains praticiens proposent même des séances autour d'un repas.

### **3.6.4. Hospitalisation**

Dans certains cas et notamment lorsque les patientes refusent de se faire soigner, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire. Dans les cas extrêmes la réalimentation par sonde naso-gastrique ou même la réhydratation par voie intraveineuse s'impose. Le patient est soumis à des restrictions (contrats patient-soignants sur le mode « donnant-donnant »), lesquelles pourront être levées lorsque le soignant notera des améliorations tant sur le plan physique que psychologique.

### **3.6.5. Médicaments et suivi diététique**

L'aide diététique et les médicaments ne sont en aucun cas suffisants dans le traitement des TCA. Ils ont leur sens lorsqu'ils sont intégrés dans un programme thérapeutique plus vaste.

#### **3.6.5.1. Aide diététique**

Les repas ne sont pas enrichis. Dans certains cas, lorsque la prise de poids s'avère difficile, on aura recours à des suppléments nutritifs hypercaloriques. Le suivi par un(e) diététicien(ne) spécialisé(e) peut aider au ré approvisionnement de l'alimentation. Le lien thérapeutique est important.

#### **3.6.5.2. Aide médicamenteuse**

Les praticiens ont entre autre recours à différents psychotropes dont les antidépresseurs, les neuroleptiques et les anxiolytiques. Les neuroleptiques agissent contre l'anxiété, facilitent la prise de poids et combattent les difficultés cognitives face à la nourriture. Les anxiolytiques contre l'anxiété et l'angoisse.

En cas de troubles digestifs majeurs, l'utilisation d'antiémétiques, de laxatifs ou encore de facilitateurs du transit peut être envisagée. Divers compléments alimentaires (potassium, calcium, fer,...) sont disponibles. Une substitution hormonale est quelques fois prescrite pour les femmes.

### **3.6.6. Méthodes de relaxation individuelles**

En règle générale, les techniques de relaxation contribuent au bien-être de la personne. En tant que telles, elles réduisent le stress et permettent d'adopter un comportement rationnel.

En ce qui concerne les TCA, elles ont leur importance lorsqu'il s'agit du contrôle des vomissements, des crises et de l'affirmation de soi.

Il existe plusieurs manières de se relaxer : La respiration lente, la manœuvre de Valsalva, training autogène...<sup>12</sup>

### 3.6.7. Prise en charge idéale

Selon le professeur Corcos et l'équipe du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'institut mutualise Montsouris à Paris, « [...] l'important s'est c'est la prise en charge personnalisée et ininterrompue. [...]. La réponse thérapeutique doit être graduée et adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution. Toutefois, il est important, dans tous les cas et dès le départ, de garantir la cohérence et la continuité thérapeutique par la détermination d'un intervenant référant coordonnateur de la prise en charge. [...] c'est bien cette cohérence et cette continuité du projet thérapeutique qui en garanti l'efficacité. »<sup>13</sup>

## 3.7. Conséquences de la maladie

### 3.7.1. Anorexie

La perte de poids induite par la privation alimentaire aboutit à une dénutrition qui se traduit par des carences en vitamines, minéraux et oligo-éléments. La dénutrition provoque des dérèglements et des dommages sur l'organisme.

#### 3.7.1.1. Signes cliniques

Les principaux signes cliniques de l'anorexie mentale sont :

- Restriction alimentaire (réduction de l'apport calorique, élimination des hydrates de carbones, des graisses, des protéines, ... planification de régimes très stricts),
- Amaigrissement (perte de plus de 15% du poids initial),
- Aménorrhée

On parle de la "triade" des 3 A (anorexie, amaigrissement, aménorrhée) qui s'installe progressivement.

#### 3.7.1.2. Physique

A court terme :

- Anémie (due au taux de renouvellement cellulaire diminué)
- Perte de cheveux
- Constipation
- Difficulté à se concentrer
- Fatigue ou trouble du sommeil
- Malaise
- Hyperactivité (physique et intellectuelle)
- Etc.

---

<sup>12</sup> Pour plus d'informations : « Faire face à l'anorexie » de Dr Alain Perroud

<sup>13</sup> LA Santé de l'homme, 2008.

*A long terme :*

- Ostéoporose précoce (due à la réduction du pic de masse osseuse et/ou de la densité osseuse)
- fractures spontanées
- Fonte musculaire
- Hypotension
- Arythmie
- Bradycardie
- Œdèmes (dus à la dénutrition)
- Hypo albuminémie
- Aménorrhée, risque d'infertilité
- Signes cutanés ex. lanugo (duvet recouvrant le torse et les joues suite à l'hypothermie), ichtyose (modification pathologique de l'aspect des ongles)
- Troubles ioniques
- Hypercholestérolémie
- Lithiases rénales
- Complications neurologiques (atrophie cérébrale, crise convulsive, neuropathie périphérique)
- Perte de connaissance
- Anomalie de la régulation thermique (sensation de froid)
- Dépression du système immunitaire (voir aplasie médullaire)
- Déficit staturo-pondéral
- Etc.

Les dérèglements physiques peuvent, à terme, menacer la vie de la personne.

#### 3.7.1.3. Psychologiques

- Dépression ou humeur dépressive
- Dévalorisation
- Diminution du plaisir
- Perception déformée de son image corporelle
- Anxiété, angoisse
- Irritabilité
- Changement d'humeurs
- Suicide
- Etc.

#### 3.7.1.4. Sociales

- Isolement, retrait social
- Perte d'emploi
- Perte de cercle social
- Relations amoureuses difficiles
- Relations interpersonnelles difficiles
- Etc.

#### 3.7.1.5. Économiques

- Coûts élevés pour l'hospitalisation
- Manque à gagner en cas d'hospitalisation
- Coûts élevés pour l'achat de produits diététiques, laxatifs, diurétiques
- Etc.

### 3.7.2. Boulimie

#### 3.7.2.1. Signes cliniques

Les signes cliniques de la boulimie sont :

- Episodes récidivants de gavage
- Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire
- Purges fréquentes ou restrictions alimentaires sévères (vomissements, laxatifs, diurétiques ...)
- Préoccupation excessive au sujet du poids et de l'apparence,
- Sentiment de honte, de dévalorisation, de culpabilité et de dégoût profond
- Etc.

#### 3.7.2.2. Physiques

*A court terme :*

- Fatigue
- Trouble du sommeil

*A long terme :*

- Dentition détériorée
- Œsophagite
- Ulcération gastrique
- Dysphagie → pneumopathie
- Dilatation, rupture de l'estomac
- Irrégularité menstruelle
- Œdème aux joues (enflure)
- Déséquilibre du système hydro électrolytique (potassium et magnésium)
- Troubles ioniques
- Intoxication à l'Ipéca (plante à propriété émétique)
- Hypertrophie parotidienne
- Etc.

#### 3.7.2.3. Psychologiques

- Dépression, humeur dépressive
- Dévalorisation, dépréciation
- Perception déformée de l'image corporelle
- Anxiété, angoisse
- Changement d'humeurs
- Etc.

#### 3.7.2.4. Sociales

- Isolement, retrait social
- Perte du cercle social
- Relations amoureuses difficiles
- Relations interpersonnelles difficiles
- Etc.

#### 3.7.2.5. Économiques

- Coût élevé pour la nourriture (crise de boulimie)
- Coût associé à l'achat de laxatifs, diurétiques...
- Etc.

### 3.8. Coûts

Malheureusement, en Suisse, il existe très peu de données concernant les coûts de prise en charge des TCA ainsi que ceux sur le long terme si les patients ne sont pas pris en charge (absentéisme, dépression, ...). Cependant une étude prenant en compte l'aspect financier des traitements de différentes maladies révèle les chiffres pour la rééducation lors des troubles du comportement alimentaire. Toutefois, ces informations ne sont pas assez détaillées et complètes pour notre travail. De plus elles ne s'appliquent pas à toute la Suisse.

Pourrait-on en conclure que cette situation est représentative de la place accordée aux TCA en Suisse ?

## 4. Méthodologie

### 4.1. Choix de la problématique

Lors de la rencontre initiale avec notre tutrice Jocelyne Depeyre, nous avons élaboré une première problématique reflétant les aspects discutés lors de la séance. Par la suite, nous avons davantage ciblé notre sujet. Notre problématique finale est la suivante :

*Les systèmes de soins existant dans les cantons de Genève, Vaud et Valais couvrent-ils les besoins en matière de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les adolescents de moins de 18 ans ?*

### 4.2. Journal de bord

Nous avons décidé de tenir un journal de bord, dans lequel figurent toutes nos tâches. Il nous a permis de nous organiser la répartition de notre travail en fonction du temps.

### 4.3. Choix des intervenants

Il nous a semblé judicieux d'établir à l'avance la liste des personnes susceptibles de contribuer à notre projet. Pour cela nous avons rencontré Mme Magali Volery (psychologue et diététicienne spécialisée dans le traitement des TCA) durant la première semaine. Suite à ses conseils nous avons orienté nos choix vers quatre environnements de soins, à savoir les hôpitaux, les cliniques, les cabinets privés et les organismes de prévention. Ainsi, nous pensons avoir pu prendre en compte toutes les dimensions de ce problème de santé communautaire. Les divers professionnels choisis sont tous en contact avec des patients atteints de TCA et plus ou moins spécialisés dans cette branche.

Par la suite, nous les avons contactés par le biais de courriers électroniques et/ou appels téléphoniques afin de pouvoir les rencontrer sur le terrain.

### 4.4. Elaboration de notre questionnaire (ANNEXE I)

Notre première ébauche traitait de plusieurs dimensions et ce sous forme de questions ouvertes. Ce questionnaire s'adressait à la fois aux professionnels et aux patients. A la suite d'un entretien avec Mme Magali Volery, nous avons décidé de le modifier. Nous avons alors établi des questions fermées de sorte à pouvoir les traiter sous forme de graphiques. Nous avons également supprimé un certain nombre de questions afin de cibler au mieux notre problématique.

Vu la sensibilité du sujet et notre manque d'expérience dans le milieu, nous avons préféré abandonner la partie du questionnaire réservée au patient.

En ce qui concerne la forme du questionnaire et son déroulement, nous avons le choix entre l'entretien de type qualitatif et le questionnaire quantitatif. Nous avons étudié les avantages et inconvénients de chacun. Lors d'un entretien qualitatif, il est plus difficile de quantifier les informations récoltées mais d'un point de vue descriptif, la richesse des renseignements est plus importante. Le questionnaire quantitatif permet d'obtenir des réponses aux questions fermées davantage traitables. Malheureusement, il y a clairement une perte d'information complémentaire.

Finalement, nous avons opté pour l'entretien dirigé qui nous a semblé être un compromis satisfaisant.

#### **4.5. Contenu du questionnaire**

Les points traités dans notre questionnaire sont principalement voués à répondre à la problématique posée. La définition de système de soins<sup>14</sup> nous a aidé à aborder les différents axes de ce système dans notre questionnaire.

Nous avons décidé d'approfondir certains aspects de notre problématique à l'aide de relances sur certaines questions. Ceci a permis d'amener un complément à nos observations.

#### **4.6. Déroulement des entretiens et récolte des données**

Nous nous sommes rendus chez les différents professionnels. Chaque entretien a duré en moyenne 30 minutes pendant lesquelles ils ont répondu à nos différentes questions. Nous avons enregistré tout l'entretien, afin de ne perdre aucune information complémentaire au questionnaire.

En ce qui concerne le Valais, un d'entre nous a eu l'opportunité de rester toute une semaine dans le service de pédopsychiatrie de Sierre. Son rôle a surtout consisté à observer les différentes activités du Centre Valaisan de Pédopsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CVPEA), ce qui lui a permis de se faire une idée d'ensemble des soins dans ce canton. Quant au questionnaire, il l'a soumis à divers professionnels travaillant dans ce service, dont des pédopsychiatres, des infirmiers (ères), une diététicienne et des éducateurs.

#### **4.7. Mise en commun et expression des données**

Nous avons ensuite procédé à la mise en commun des données. Pour cela, nous avons transcrits certaines informations choisies sur Excel en vue de réaliser différents graphiques (secteurs). Quant aux autres questions, nous les avons rapportées sous forme de texte.

---

<sup>14</sup> « Structure et mode d'organisation qui coordonne l'activité des professions de la santé avec celles des différents partenaires qui contribuent au financement des soins, afin de répondre à la demande de santé d'une population ». Chichignoud B., *Fonctionnement du système de santé suisse*, 2008

## 5. Résultats de l'enquête d'observation

### 5.1. Professionnels interrogés

Ci-dessous la liste des contacts où figure l'ensemble des professionnels interrogés. Malheureusement, quelques milieux n'ont pas pu être investigués dans certains cantons.

- A Genève, en ce qui concerne la prévention, nous avons pris contact avec le Service Santé Jeunesse. Il ne pouvait pas répondre à nos demandes.
- Dans le canton de Vaud, nous n'avons pas pu explorer le milieu clinique. Nos tentatives d'obtenir un rendez-vous avec un professionnel travaillant à la clinique n'ont pas fait suite.
- En ce qui concerne le Valais, Isabelle Carrard, psychologue, nous a conseillé de nous intéresser à la clinique Malévoz. Malheureusement, cette clinique reçoit uniquement des adultes. Nous n'avons donc pas pu l'intégrer dans notre travail. En ce qui concerne la prévention, il n'existe aucun organisme prenant en compte les TCA en Valais. Faute de disponibilité des professionnels lié à notre bref délai, nous n'avons pas pu investiguer le milieu privé.

#### Valais

	Lieu de travail	Profession	Nombre d'années d'expérience dans le traitement des TCA
<i>Nom, Prénom</i>			
Calogero Morreale	CVPEA	Psychiatre et Psychothérapeute	6ans
Marie-Pierre Pont	CVPEA	Médecin	2 ans
Boris Guignet	CVPEA	Pedopsychiatre	6ans

#### Vaud

	Lieu de travail	Profession	Nombre d'années d'expérience dans le traitement des TCA
<i>Nom, Prénom</i>			
Jacques Laget	SUPEA	Médecin adjoint	20 ans
Isabelle Lyon	Cabinet	Psychiatre	3 ans
Romana Chiappini	ABA	Psychologue	7 ans



**Genève**

	<b>Lieu de travail</b>	<b>Profession</b>	<b>Nombre d'années d'expérience dans le traitement des TCA</b>
<i>Nom, Prénom</i>			
Françoise Narring	Consultation Santé Jeunes	Médecin de l'adolescence	14 ans
Alain Perroud	Clinique Belmont, Clinique des Vallées.	Psychiatre, psychothérapeute et expert en TCC	15 ans
Begoña Peñalosa	Cabinet	Psychiatre	11 ans

Tableau 4 : Liste des personnes rencontrées

**5.2. Forme de la présentation des résultats**

Pour certaines questions, nous avons décidé d'exprimer les résultats sous forme de graphique (secteurs). Ces derniers permettent en effet d'afficher clairement et visiblement les résultats obtenus, alors que pour d'autres nous avons préféré retranscrire textuellement les données.

Quant aux autres questions ouvertes, elles ne pouvaient pas être traitées de la sorte. Nous les avons donc retranscrites.

Lorsque les résultats des différents cantons divergent fortement, nous avons réalisé des secteurs supplémentaires spécifiques à chacun. De cette manière nous pouvons plus aisément illustrer les disparités.

Il faut tout de même préciser que les pourcentages indiqués sont relatifs à des échantillons très petits. Il ne faudra donc en aucun cas considérer ces chiffres comme statistiquement représentatifs. Nous avons opté pour les pourcentages pour des raisons de clarté.

## 5.3. Résultats des entretiens

### 5.3.1. Question 1

*Pouvez-vous répondre à toutes les demandes de prise en charge ?*

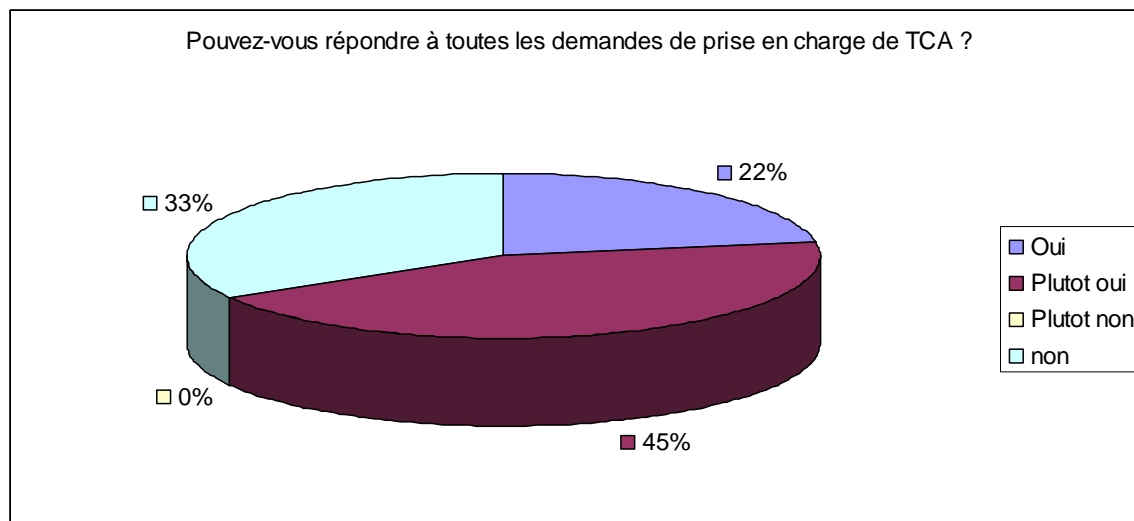


Figure 2 : Capacité de prise en charge des TCA dans les cantons du Valais, de Vaud et de Genève

Ce diagramme présente les diverses réponses à la question. On remarque qu'il y a une prédominance de « oui » en ce qui concerne la prise en charge d'urgence. Près d'un tiers ne peuvent répondre aux demandes de prise en charge. Il s'agit surtout du milieu ambulatoire lorsque la situation ne demande pas encore d'hospitalisation forcée.

Concernant l'Association Boulimie-Anorexie (ABA), s'agissant d'un organisme d'informations, il n'y a pas de prise en charge. Elle reçoit des personnes de toute la Suisse romande. L'association réoriente, soutient les patients et met en place des groupes de parole et d'écoute destinés aux parents et patients.

Madame Françoise Narring, pédopsychiatre au service des consultations ambulatoires au HUG et les médecins Calogero Morreale et Boris Guignet, pédopsychiatres au centre Valaisan de pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CVPEA) relèvent qu'il est difficile de répondre aux demandes au niveau des consultations ambulatoires des patients souffrant de TCA.

Détails de la question 1 par cantons :

<p style="text-align: center;">Valais</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	33%	Plutôt oui	67%	Plutôt non	0%	Non	0%	<p>Valais : De manière globale les intervenants disent qu'ils peuvent répondre à toutes les demandes. Toutefois il n'y a qu'un tiers qui répondre « oui » de manière évidente.</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	33%										
Plutôt oui	67%										
Plutôt non	0%										
Non	0%										
<p style="text-align: center;">Genève</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>34%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	34%	Plutôt oui	33%	Plutôt non	33%	Non	0%	<p>Dans le canton de Genève, un tiers des personnes interrogées affirme qu'ils ne peuvent pas répondre à toutes les demandes de prise en charge. Les autres tiers pensent équitablement « oui » et « plutôt oui ».</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	34%										
Plutôt oui	33%										
Plutôt non	33%										
Non	0%										
<p style="text-align: center;">Vaud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	0%	Plutôt oui	33%	Plutôt non	67%	Non	0%	<p>Quant au canton de Vaud il se distingue des cantons du Valais et de Genève par le fait que plus de la majorité répondent « non » à cette question. Personne n'a répondu clairement « oui ».</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	0%										
Plutôt oui	33%										
Plutôt non	67%										
Non	0%										

### 5.3.2. Question 2

*Avez-vous une liste d'attente pour la prise en charge des TCA ?*

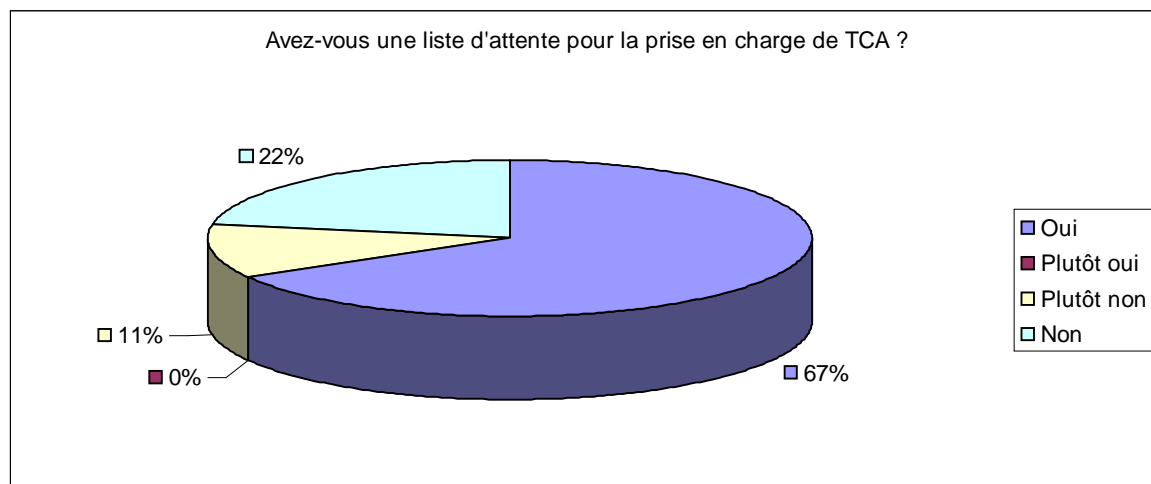


Figure 3 : Existence d'une liste d'attente pour la prise en charge des TCA dans les cantons du Valais, de Vaud et de Genève

Ce diagramme démontre clairement un grand pourcentage de « oui », ce qui signifie que la majorité des professionnels rencontrés a une liste d'attente pour la prise en charge de TCA.

Moins d'un tiers n'en a pas.

Concernant la clinique Belmont à Genève, ils ont spécifié que la liste d'attente était de 2 à 3 semaines.

Madame Isabelle Lyon, psychiatre en cabinet privé à Lausanne, précise que sa liste d'attente atteint plusieurs mois.

La liste d'attente de Madame Françoise Narring, correspond en moyenne à une semaine pour obtenir un rendez-vous. En cas d'urgence une ou deux places sont toujours disponibles.

En grande partie, tous les professionnels ont une liste d'attente. Cependant ils se disent en majorité capables de répondre à toutes les demandes de prise en charge de TCA. Qu'en est-il des prises en charge précoces ?

### 5.3.3. Question 3 et 4

*Y a-t-il des critères d'hospitalisation pour les patients souffrants de TCA ?*

*Si oui, lesquels ?*

*Les critères sont-ils respectés pour une prise en charge d'urgence de TCA ?*

En ce qui concerne le Valais il n'y a pas de critères stricts. L'hospitalisation est donc décidée de manière concertée entre le pédopsychiatre et le pédiatre. L'évaluation se

base sur le niveau de gravité de l'IMC, sur la vitesse d'évolution de la courbe de poids, sur la décompensation familiale et sur les problèmes somatiques associés.

Dans l'ensemble ces critères sont respectés lors d'une prise en charge d'urgence grâce aux services de pédiatrie et de médecine interne qui se chargent d'une première hospitalisation. Dans certains cas un transfert au CVPEA peut être envisagé.

Pour le canton de Vaud, il y a des critères d'hospitalisation variables (p.ex. trouble électrolytique, IMC < 14 ou 13, grande rapidité de perte de poids, automutilation, idées suicidaires, troubles électrolytiques majeures, crise psychiatrique et familiale, etc)

Monsieur Jacques Laget, médecin adjoint dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Lausanne, mentionne que les critères d'hospitalisation ne sont pas respectés étant donné le manque de places disponibles en milieu hospitalier. Le seul critère maintenu est celui de la sévérité de l'état de santé du patient.

Madame Isabelle Lyon explique que les critères de prise en charge sont de plus en plus sévères pour répondre à la demande. Ainsi, même si l'on devait hospitaliser les patients ayant un IMC à 15, il arrive souvent que l'on doive attendre une diminution de l'IMC jusqu'à 13 par manque de place.

A Genève, Madame Françoise Narring spécifie que les critères de diagnostic et d'hospitalisation sont établis à partir du livre « Anorexie et boulimie à l'adolescence » de Patrick Alvin (2007). Ces critères sont toujours respectés car il y a la possibilité d'hospitaliser les patients dans d'autres services (pédiatrie).

#### **5.3.4. Question 5 et 6**

*Combien de lits spécifiques aux TCA avez-vous à disposition?*

*Le nombre de lits spécifiques aux TCA vous semble-t-il suffisant ?*

En ce qui concerne le Valais, il y a 8 lits dans l'unité hospitalière de pédopsychiatrie, mais ils ne sont pas spécifiques. Cependant, d'après les pédopsychiatres B. Guignet et C. Morreale, cela suffit dans le cadre de l'hospitalisation des TCA.

Pour Lausanne, le nombre de lits spécifiques aux TCA est de 2 à 3 dans le service psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHUV. Monsieur Laget cite que ce nombre lits est clairement insuffisant. De plus un manque de personnel spécialisé dans les TCA est évident.

À Genève, la pédopsychiatrie dispose de 6 lits non spécifiques pour les plus de 16 ans. Ceci n'est pas un frein à l'hospitalisation des patients souffrant de TCA car il y a toujours l'opportunité de les placer dans d'autres services comme la médecine interne. Pour les patients plus jeunes, on trouve des lits non spécifiques en pédiatrie.

### 5.3.5. Question 7

*En cas d'hospitalisation des TCA, quelle est la durée moyenne du séjour ?*

En Valais, la durée moyenne d'hospitalisation est de 3 à 6 mois, pour le canton de Vaud elle est d'environ 3 mois et pour le canton de Genève elle est de 3 à 6 mois (maximum 2 ans). Cela montre une certaine homogénéité entre les trois cantons.

### 5.3.6. Question 8

*Dans votre réseau (extérieur à l'établissement) combien y a-t-il de :*

*-cabinets privés*

*-institutions (hôpitaux publics)*

*-cliniques*

*-organismes de prévention*

*pour la prise en charge de patients atteints de TCA ?*

	<b>Valais</b>	<b>Vaud</b>	<b>Genève</b>
<b>Cabinets privés</b>	6 pédopsychiatres, 15 pédiatres	2 à 3 psychiatres spécialisés en TCA ; autres psychiatres non spécialisés, pédiatres	Environ 30 professionnels spécialisés dans les TCA (psychiatres, psychologues, généralistes)
<b>Hôpitaux</b>	Services de pédiatrie et de médecine interne à Sierre et Sion ;  Le Centre Valaisan de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CVPEA) à Sierre.	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV),  Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents (UMSA),  Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA),  Hôpital de l'Enfance, Lausanne (HEL),  Unité de Nutrition Clinique (UNC)	Hôpital Universitaire de Genève (HUG),  Pédopsychiatrie,  Service Médico- Pédagogique (SMP)

<b>Cliniques</b>	Clinique de Malévoz (surtout adultes)	Clinique de la Lignièrès (surtout adultes),  Clinique des Vallées (surtout adultes)	Clinique de la Métairie,  Clinique Belmont (surtout adultes)
<b>Organismes de prévention</b>	ABA (internet + permanence téléphonique)	ABA	ABA (internet + permanence téléphonique)

Tableau 5 : Réseau de prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans les cantons de Genève, de Vaud et du Valais

Concernant ABA, l'association dispose de toutes les adresses citées ci-dessus, voir davantage, vu qu'il s'agit d'un organisme gérant toute la Suisse romande.

### 5.3.7. Question 9

*Quels sont les différents intervenants dans votre établissement lors la prise en charge des patients souffrant de TCA ?*

Le CVPEA met à disposition de ses patients 5 pédopsychiatres, ainsi que 9 infirmiers, 4 éducateurs, 2 diététiciennes, 1 interniste et 1 enseignant (école à l'hôpital).

Le SUPEA (canton de Vaud), travaille avec des diététiciennes, des psychomotriciens, des médecins, des psychologues et des psychiatres. Ce service collabore étroitement avec l'UMSA, un service ambulatoire offrant des thérapies de groupe et des consultations psychiatriques au patient allant de 14 à 30 ans. Les enfants de moins de 14 ans sont pris en charge par l'hôpital de l'enfance qui n'a par ailleurs aucun service spécialisé.

En cabinet, la psychiatre Isabelle Lyon travail en collaboration avec 2 psychologues qui s'occupe des thérapies familiales et de couples. Cette composante lui semble indispensable au bon fonctionnement du traitement. Un médecin généraliste et un pédopsychiatre son à disposition pour une aide complémentaire lorsque nécessaire.

ABA a, au sein de son équipe de 9 personnes des psychologues, psychiatres, une journaliste, une secrétaire, ainsi qu'une maman dont l'enfant a vécu une période de TCA. Il y a uniquement des femmes.

La consultation Santé-Jeunes de Genève (HUG) comprend dans son équipe 2 psychiatres, 2 gynécologues, quelques infirmières formées en comportement et diététique ainsi qu'un médecin d'adolescents.

La psychiatre Begoña Peñalosa collabore avec un interniste qui s'occupe des aspects somatiques de la maladie. Elle partage son cabinet avec Magali Volery.

A la clinique Belmont, les différents professionnels sont les suivants : un psychiatre spécialisé dans les TCA, deux infirmières, cinq psychologues ainsi qu'une stagiaire

psychologue. Toutefois, il s'agit uniquement de vacataires. Le psychiatre, psychothérapeute A. Perroud a fait de la prise en charge des TCA sa spécialisation et consulte deux fois par semaine à Genève.

### 5.3.8. Question 10

*Avez-vous suffisamment d'adresses pour rediriger les patients atteints de TCA ?*

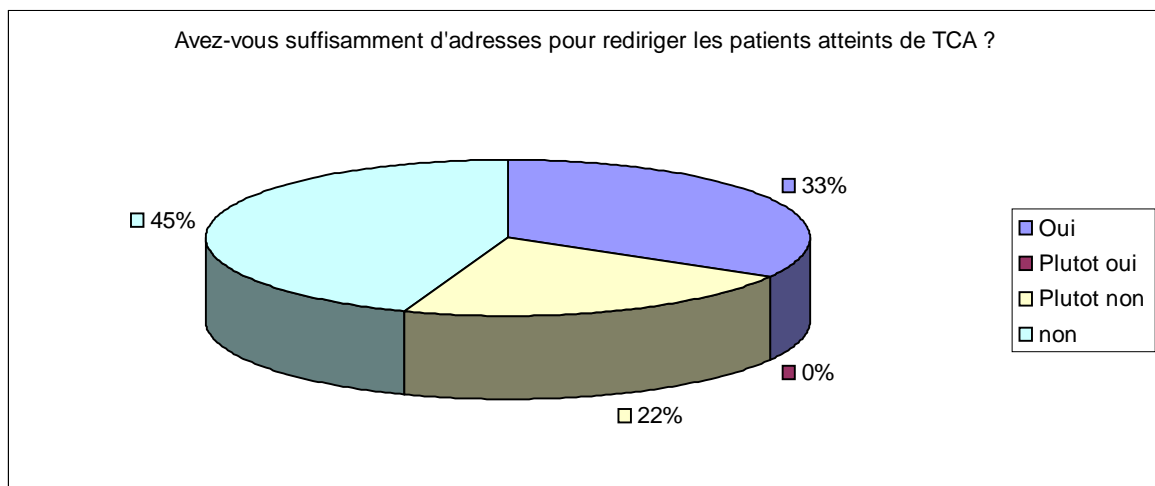


Figure 4 : Capacité des différents professionnels des cantons du Valais, de Vaud et de Genève à rediriger les patients

On observe qu'une nette majorité des professionnels (67%) estiment ne pas avoir suffisamment d'adresse pour rediriger leur patient. Néanmoins, 33% savent systématiquement où rediriger leurs patients.



**5.3.9. Question 11**

*D'une manière globale pensez-vous que les structures de prise en charge soient suffisantes en cas de TCA ?*

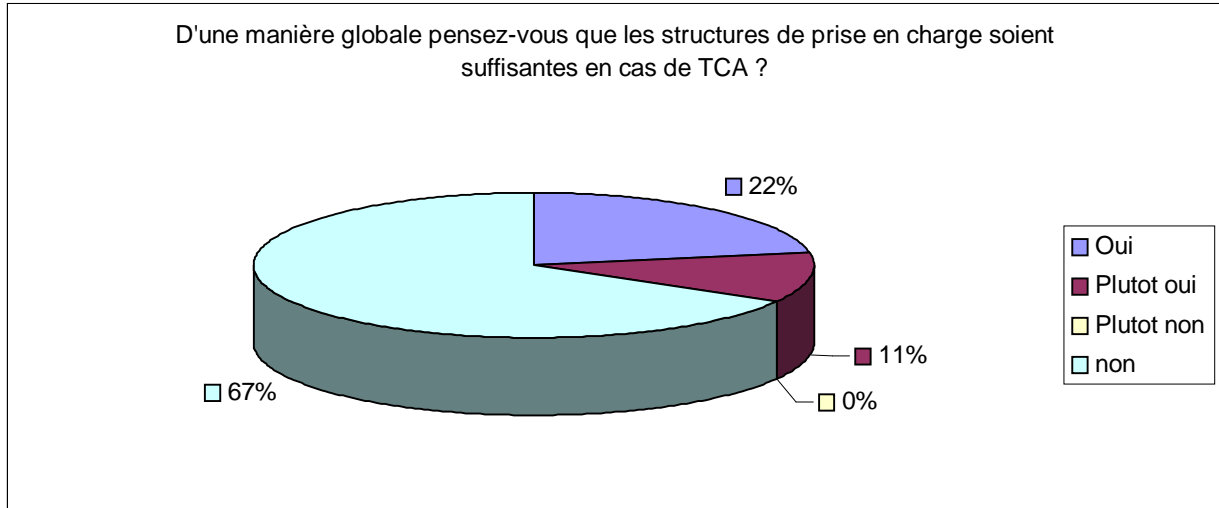


Figure 5 : Capacité globale des structures en matière de prise en charge des TCA dans les cantons de Genève, Vaud et du Valais

Dans l'ensemble, la plupart des professionnels estime l'offre insuffisante et dénoncent le manque de structures. La perception en fonction des cantons est différentes comme le souligne clairement les deux schémas ci-dessous :

<p>Valais</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	67%	Plutôt oui	33%	Plutôt non	0%	Non	0%	<p>Valais : les professionnels du Valais ne relève aucun manque en milieu hospitalier.</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	67%										
Plutôt oui	33%										
Plutôt non	0%										
Non	0%										
<p>Genève et Vaud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	0%	Plutôt oui	0%	Plutôt non	0%	Non	100%	<p>Genève et Vaud : les professionnels interrogés sont unanimes : une augmentation des structures est indispensable.</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	0%										
Plutôt oui	0%										
Plutôt non	0%										
Non	100%										

Il faut noter que malgré une satisfaction de l'offre en milieu hospitalier, en Valais, un manque est relevé au niveau ambulatoire. Dans le canton de Vaud ce manque est présent partout.

**5.3.10. Questions 12**

*Les systèmes de soins sont-ils capables de faire face en cas de rechutes des patients souffrant de TCA ?*

Au vu de la mauvaise compréhension générale de la question et la difficulté à définir clairement le terme de « rechute » par opposition à guérison, nous avons décidé de ne pas traiter cette question.

**5.3.11. Question 13**

*Les traitements permettent-ils de limiter le nombre de récurrences pour les patients atteints de TCA ?*

La prise en charge générale en Valais se fait de la manière suivante : d'une part un suivi régulier (1x/semaine) par des pédopsychiatres (thérapie individuelle et familiale) et le médecin traitant et d'autre part, un encadrement strict sur le plan alimentaire (ANNEXE III).

Dans le canton de Vaud, Isabelle Lyon explique que les traitements existent et que menés dans des conditions optimales (structures, soins et suivi adéquat), ils mènent régulièrement à la guérison de la maladie. Elle ajoute un bémol en disant que les conditions ne sont actuellement pas réunies. Le Docteur Laget de même qu'ABA abondent en ce sens.

A Genève, la Dresse F. Narring confère un rôle important au dépistage précoce de la maladie par le médecin généraliste qui n'est généralement pas effectué par manque de formation. Elle donne une place importante à la prévention secondaire. Ces deux éléments permettraient, selon elle, de limiter le risque de rechute en freinant la progression de la maladie.

Le docteur Perroud va dans le même sens que les intervenants du canton de Vaud et relève la carence.

La doctoresse Peñalosa estime qu'il est difficile de répondre à cette question de part le manque de définition du mot « rechute ».

**5.3.12. Question 14**

*Avez-vous observé une augmentation de la demande de prise en charge de TCA ?  
Si oui, depuis quand (en année) ?*

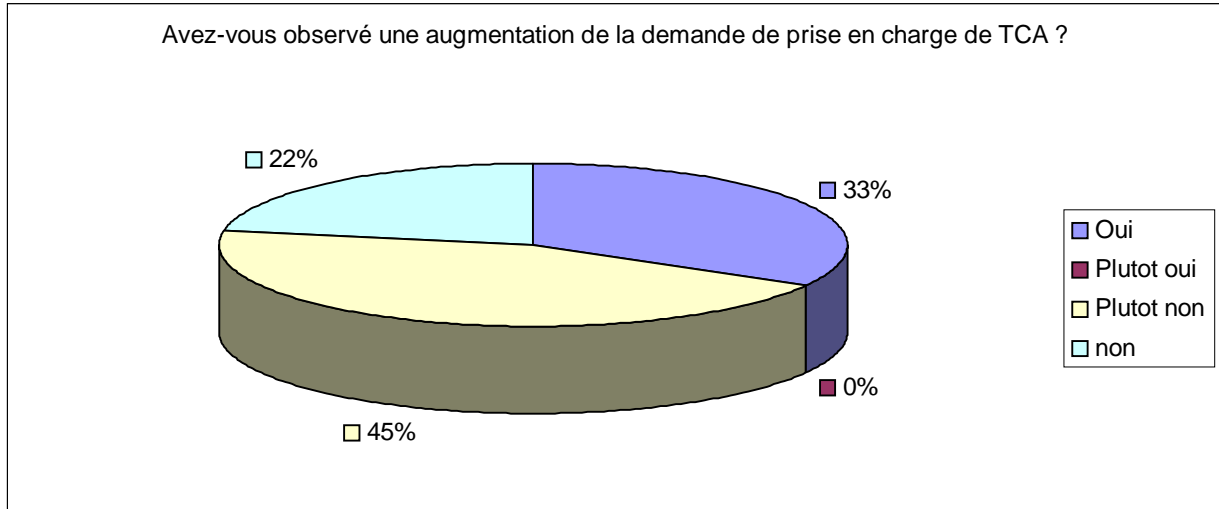
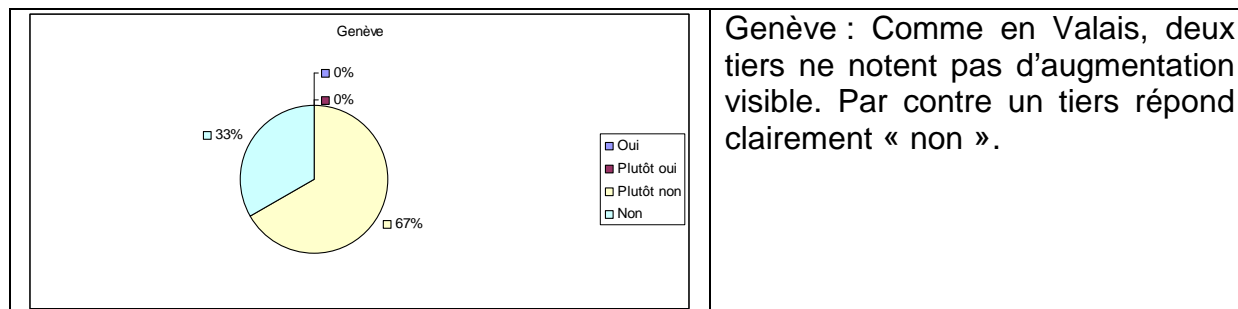


Figure 6 : Etat de la demande pour la prise en charge des TCA ces dernières années dans les cantons du Valais, de Vaud et de Genève

En majeure partie la demande de prise en charge des TCA ne semble pas être en augmentation selon les professionnels interrogés. Les cantons de Valais et Genève indiquent tous deux une stabilité de la demande depuis quelques années alors que Vaud note une augmentation. Aucun canton ne relève une diminution de la demande.

<p>Valais</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	33%	Plutôt oui	0%	Plutôt non	67%	Non	0%	<p>Valais : les professionnels sont partagés. Un tiers estime clairement qu'il y a une augmentation alors que deux tiers notent plutôt une stabilité.</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	33%										
Plutôt oui	0%										
Plutôt non	67%										
Non	0%										
<p>Vaud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt oui</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Plutôt non</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	Oui	67%	Plutôt oui	0%	Plutôt non	0%	Non	33%	<p>Vaud : deux tiers notent une grande augmentation de la demande et une personne une stabilité.</p>
Réponse	Pourcentage										
Oui	67%										
Plutôt oui	0%										
Plutôt non	0%										
Non	33%										



D'une manière générale les professionnels s'accordent pour dire qu'il est difficile de savoir si l'augmentation des demandes est le reflet de l'augmentation des cas ou simplement d'une plus grande sensibilisation (notamment de la part des médias) qui pousse les personnes déjà atteinte à consulter.

### 5.3.13. Question 15

*Existe-t-il à votre connaissance des programmes de prévention des TCA déjà mis en place dans votre canton ?*

Pour cette question, certains professionnels (11%) n'ont pas su répondre. C'est pourquoi nous avons ajouté la rubrique « ne sait pas ».

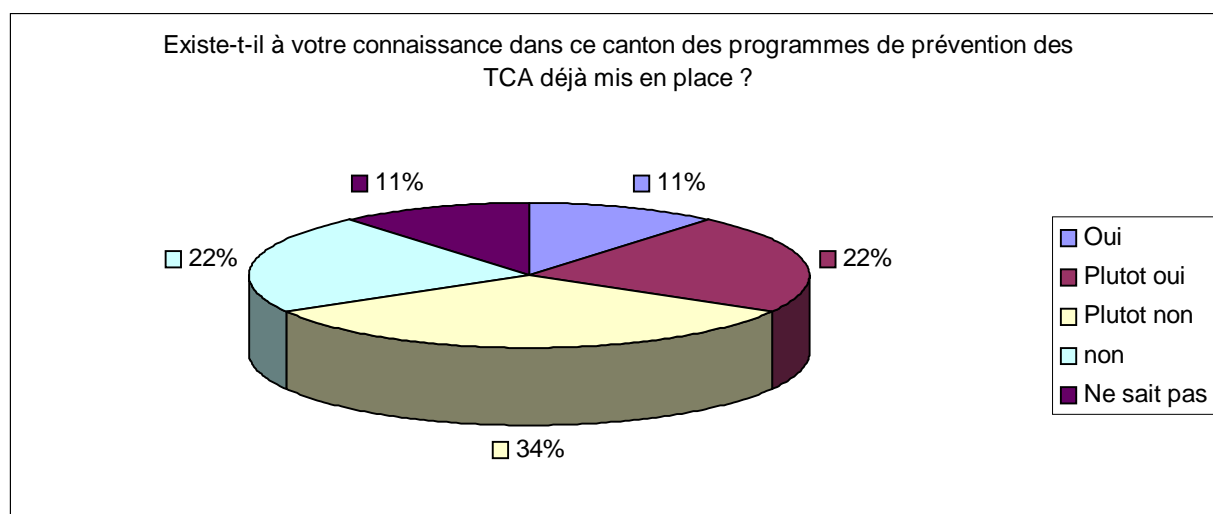


Figure 7 : Présence de programme de prévention pour les TCA dans les cantons du Valais, de Vaud et de Genève

La majorité (67%) des personnes consultées n'a pas connaissance de programme de prévention primaire des TCA chez un jeune public. L'association ABA intervient dans les écoles mais uniquement sur demande. Elle s'est déjà penchée sur la question. En effet, Mme Chiappini qui travaille à l'association cite que c'est difficile de concevoir des programmes de prévention pour les TCA car il faut réfléchir sur qu'est-ce qu'on veut véhiculer et quel message transmettre.

D'après Mesdames Peñalosa, Narring, Lyon et Monsieur Perroud l'utilité de la prévention primaire est controversée.

Selon Françoise Narring, elle pourrait même s'avérer contreproductive quand elle est ciblée sur les TCA. Néanmoins les professionnels pensent qu'une campagne de prévention qui ciblerait plus l'approche respectueuse du corps, l'estime de soi et les sensations corporelles pourrait être bénéfique contre les troubles du comportement alimentaire et contre l'obésité. Ces maladies partagent le même type de thérapeutique en ce qui concerne l'image de soi.

#### 5.3.14. Question 16

*Si oui : l'offre en matière de prévention des TCA est-elle suffisante?*

La majorité des personnes n'ayant pas connaissance de programme ou pensant qu'il n'en existe pas (67%, voir question 15), nous ne développerons pas cette question pour des raisons évidente de cohérence.

#### 5.3.15. Question 17

*Les médias (TV, presse, radio, internet) permettent-ils de renseigner sur les structures d'accueil pour les personnes souffrant de TCA ?*

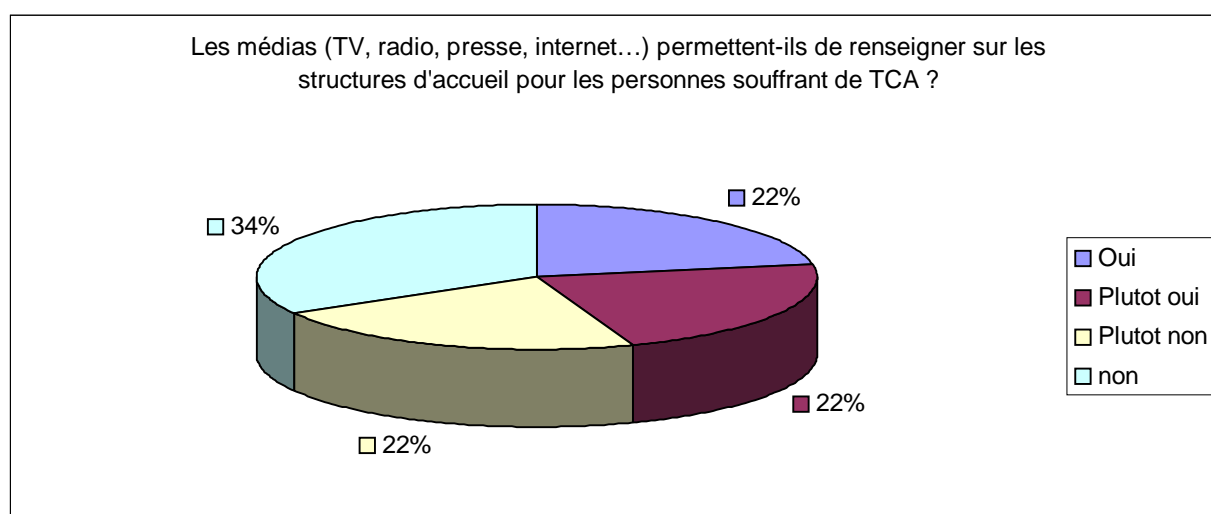


Figure 8 : Existence d'un rôle des médias en ce qui concerne l'information pour les patients

Il n'y a pas d'avis majoritaire parmi les professionnels ; 44% pensent que les médias contribuent effectivement à l'information des patients souffrant de TCA et les 56 % restants pensent le contraire.

Pour les professionnels ayant répondu oui, ils précisent qu'Internet joue un rôle très important, notamment via les sites [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) et [www.aba.ch](http://www.aba.ch).

Monsieur Morreale a déjà participé à différentes interventions à la radio, dans les journaux et dans les collèges afin de sensibiliser les gens à ce problème de santé communautaire.

Madame Lyon a participé à une émission diffusée sur la Télévision Suisse Romande en février ainsi qu'un article dans la tribune de Genève.

Madame Chiappini pense que l'Association Anorexie Boulimie est visible. Toutefois elle pense qu'il est difficile pour une personne qui a besoin d'aide de s'y retrouver parmi les différentes les structures hospitalières existantes. Les patients ont accès aux grandes structures tel que le CHUV des HUG. Pourtant, il est difficile de savoir après qui s'adresser, à qui téléphoner. Un des rôles d'ABA est de faire office de centrale pour ensuite orienter les patients auprès des bonnes personnes et des structures adéquates.

#### **5.3.16. Question 18 et 19**

*Les programmes de prévention de l'obésité de Promotion Santé Suisse (PSS) intègrent-ils la prévention des TCA ?  
Ce programme peut-il selon vous induire des TCA ?*

*La plupart des professionnels n'ont pas pu répondre à ces questions car ils estimaient ne pas connaître ce programme assez en détails. Nos résultats ne sont donc pas assez suffisants pour être présentés.*

#### **5.3.17. Question 20**

*Quels sont les modalités de remboursement par les assurances (base VS complémentaire) ?*

Les psychiatres et les médecins sont remboursés par l'assurance maladie de base (LAMal), ce qui n'est pas systématiquement le cas pour les psychologues, psychothérapeutes, diététiciens, physiothérapeutes ou autres médecines alternatives; il en est de même pour les cliniques. Les professionnels interrogés relèvent le frein au traitement que cela peut engendrer pour des personnes n'ayant pas de moyens financiers suffisants.

#### **5.3.18. Question 21**

*Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?*

Sont reportées ici les diverses remarques des professionnels.

### **Valais**

#### Mme M.-P. Pont

*« La prise en charge des TCA s'inscrit dans un réseau de soins global, spécialisé mais non spécifique à cette pathologie en particulier. Cela me paraît correct et suffisant. »*

## Vaud

### M. Laget

« Trois lits spécifiques, c'est vraiment très limite. [...]. Les trois places sont toujours occupées. [...]. Cela représente peu de ressources hospitalières au niveau cantonal. Donc il y a un certain nombre de situation que l'on aimerait hospitalier mais qu'on ne peut pas ! [...] et on attend souvent que la situation se dégrade, avec des BMI souvent très bas ce qui augmente le temps d'hospitalisation. [...].

[...]. Il y a des projets pour le canton de Vaud de développer des prestations de jour pour les adolescents et les adultes atteints de TCA. C'est-à-dire entre l'hospitalier et le suivi ambulatoire que les patients aient la possibilité d'avoir un soutien soit la demi-journée ou deux trois jours par semaine, soit pendant les repas, ceci pourra être modulé en fonction des besoins. [...]. »

### Mme I. Lyon

« L'hospitalisation se fait à partir d'un BMI inférieur à 13, en sachant qu'à partir d'un BMI à 12 il y a un risque d'arrêt cardiaque extrêmement élevé [...].

[...] en pratique, en consultation, on voit des patients perdre du poids mais comme on ne peut pas les hospitaliser en milieu psychiatrique (il n'existe pas de service spécialisé, ndlr), on va attendre qu'elles aient perdu 5 à 10 kg supplémentaires pour se retrouver en urgence (soins intensif, ndlr). Ce qui est une aberration ! [...]

Pour les boulimiques il y a des états de mal boulimique (crises de boulimie jusqu'à 15-20x/ jour, ndlr) et où là il faut une hospitalisation pour casser ce rythme. Et là aussi, pour que ça soit efficace, il faudrait que ça soit des hospitalisations dans des milieux spécialisés parce que dans les hôpitaux psychiatriques non spécialisés, non habitués à la pathologie, ils sont complètement perdus, ils n'ont pas de programme spécialisés pour ça et ne savent pas très bien comment prendre en charge les patients. Alors la réalité est que nous n'avons déjà pas assez de lit pour les anorexiques, en pratique on hospitalise jamais une boulimique pour des états de mal boulimique. Donc elles se débrouillent toutes seules à la maison. [...]

[...] la question de savoir quand, comment et où on hospitalise les patients dépend directement de l'offre de soins existante mais PAS des critères médicaux ! (étude Belge, ndlr)

[...] le combat serait de vraiment sonner plus le signal d'alarme par rapport au manque

[...] si les assurances refusent de payer, on est vite bloqué, d'où l'utilité d'avoir des structures publiques.

[...] c'est vraiment un gros problème. Je trouve cela extrêmement préoccupant. ».

Mme R. Chiappini

« On sait que les traitements fonctionnent parce qu'il y a un programme spécifique. [...].

[...] Il y a quelques années les critères d'hospitalisation demandaient un BMI inférieur à 15, maintenant on hospitalise à partir d'un BMI parfois à 12. Parce qu'on prend les personnes les plus mal au point.[...] Il arrive vraiment dans des états catastrophiques, c'est ça la réalité [...]. Il n'y a pas de place. [...]. »

**Genève**M. A. Perroud

« On essaie de développer depuis quelques temps un travail en réseau, c'est-à-dire, de regrouper tous les professionnels des TCA, pour tenter de se connaître les uns et les autres et de structurer le travail entre nous. L'idée est partie d'ici et il y a un bon écho donc on va probablement réussir à fédérer les personnes qui s'occupent des TCA autour d'objectifs communs, des règles du jeu. Ça va prendre du temps. Et de savoir qui fait quoi, d'orienter efficacement les gens. D'avoir un réseau qui soit cohérent ».

Mme F. Narring

« L'accès aux soins devrait se faire par le MPR (médecin de premier recours, ndlr) (pédiatre, généraliste). Certains n'ont pas vraiment de médecins traitants, ils vont alors souvent en urgence, permanence. Le dépistage demande une relation de confiance. On ne peut pas traiter l'anorexie sans s'intéresser à la famille ; il faut s'occuper de l'inquiétude des parents. Ici on essaie de développer des compétences de thérapies de famille »

Mme B. Peñalosa

« Vous savez, moi je pense qu'il faudrait investir dans un hôpital de jour [...]. Ce qu'il faudrait aussi c'est des endroits pour se former... Former les gens ! [...]. Les gynécologues ! Ils voient des personnes qui sont en aménorrhée et ils leur donnent la pilule ! Ils ne se posent pas la question de savoir pourquoi une femme de 18 ans elle est tout à coup en aménorrhée... [...] Dans la boulimie beaucoup de honte, de l'anorexie beaucoup de déni. Donc ce n'est pas facile à faire le diagnostic pour le médecin [...] Tout la faute n'est pas au médecin, c'est des pathologies difficiles à gérer. [...] »



## 6. Complément : structures observées en Valais

Nous avons profité de la semaine en Valais pour étudier en détail le fonctionnement du système de soins en pédopsychiatrie. Nous souhaitons faire figurer ces précieuses informations. Nous n'avons pas eu l'occasion de réaliser les mêmes observations dans les cantons de Vaud et Genève.

### 6.1. Organisation : Médical et *non-médical*

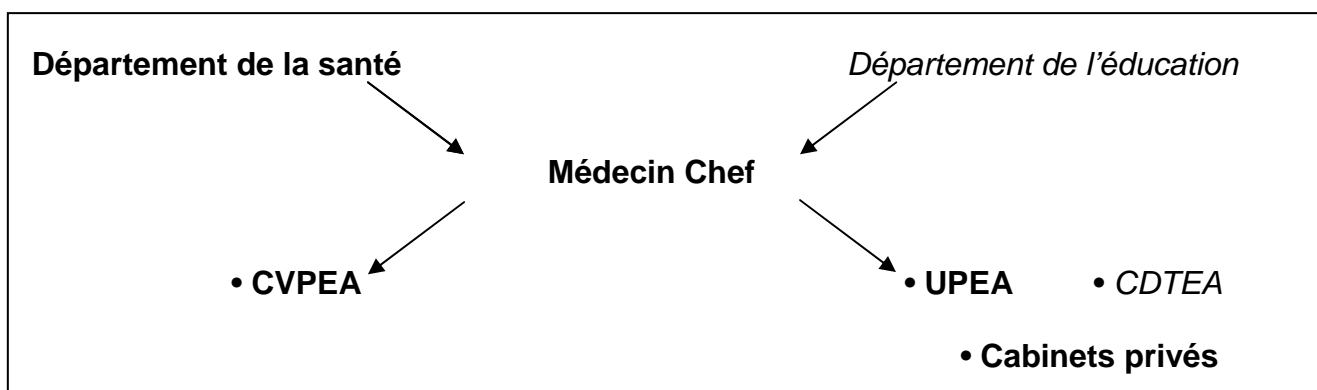


Figure 9 : Réseau de soins pédopsychiatriques en Valais

#### 6.1.1. CVPEA

##### Centre Valaisan de pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Ce service comprend unité hospitalière, unité de liaison ainsi qu'une petite unité ambulatoire, il n'y a donc pas d'unité d'urgence. Celle-ci est « remplacée » par les Unités Hospitalières de Pédiatrie et de Médecine Interne dans lesquelles la Liaison se met en place. La prise en charge peut donc tout de même commencer en attendant une hospitalisation, si nécessaire, dans l'Unité Hospitalière du CVPEA.

Le personnel du CVPEA se compose de pédopsychiatres, d'infirmiers(ères) spécialisé(e)s ou non en psychiatrie, d'éducateurs, d'une enseignante, de deux diététiciennes.

##### 6.1.1.1. L'Unité Hospitalière

Elle se trouve à l'Hôpital de Sierre et comprend 5 chambres (3 à deux lits et 2 à un lit). Cette unité peut donc accueillir au maximum 8 patients. C'est un service qui se dit de « *Pédopsychiatrie générale* » car étant donné qu'il s'agit du seul service de ce genre en Valais. Il a pour mission de prendre en charge tout type de patient souffrant d'un problème pédopsychiatrique.

##### 6.1.1.2. L'Unité de Liaison

Elle permet à certains pédopsychiatres du CVPEA de commencer à mettre en place une prise en charge plus spécifique pendant que le patient est encore hospitalisé en pédiatrie ou en médecine interne à Sierre ou à Sion.

### 6.1.1.3. L'ambulatorio

Les consultations et les autres prises en charge se font à « La Villa ». Il s'agit d'une maison située à côté de l'Hôpital. Par sa structure et le fait d'être séparée du milieu purement hospitalier, elle fournit un cadre plus agréable pour les patients, venant consulter ou y faire différents ateliers organisés par le service, et les médecins, qui y ont leurs bureaux. L'Ambulatoire consiste à fournir un suivi au patient après leur hospitalisation ainsi qu'une première prise en charge de jeunes ayant été amené à consulter pour différentes raisons sans pour autant être hospitalisés.

Le CVPEA fournit ce service pour essayer de combler le manque réel de pédopsychiatres installés (uniquement 5-6 à Sion pour tout le Valais).

### 6.1.2. UPEA

#### Unité de Pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Elle comprend les différents médecins de Sierre et Sion (pédiatres, pédopsychiatres...)

Cette unité se charge donc plus spécifiquement de l'ambulatorio.

### 6.1.3. CDTEA

#### Centre de Développement Thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent

Il comprend des psychologues, des psychothérapeutes, des psychomotriciens, des logopédistes (personnel non médical).

Ce centre se charge lui aussi de ce qui a attiré à l'ambulatorio.

### 6.1.4. Cabinets privés

Il s'agit des 5-6 cabinets de pédopsychiatres installés à Sion et des autres cabinets comme ceux des pédiatres, généralistes.

## 6.2. Prise en charge générale

La prise en charge se base sur deux axes :

- Il n'y a pas de spécialisation pour tel ou tel trouble pédopsychiatrique. Le CVPEA est une Unité Hospitalière Générale pour tout le Valais. Ce service connaît et tient compte des différentes « guideline » existantes. Cependant il n'existe pas de traitement défini des troubles du comportement alimentaire. C'est pourquoi le deuxième axe est essentiel.
- La prise en charge, elle, est « spécifique » car elle se fait au cas par cas. La situation est évaluée et les choses peuvent ainsi se mettre en place en fonction de l'ensemble du contexte.

Exemple de *ligne de suivi* :

- « Time out » : il est important d'éloigner le patient de son lieu habituel de vie, des stress qu'il a pu rencontrer, qui ont pu influencer sa maladie...

- Ceci peut se faire par exemple lors de l'hospitalisation en Pédiatrie ou Médecine Interne.
- Unité de Liaison met en place un début de prise en charge efficace.
- Dans un troisième temps, une hospitalisation peut se faire à l'Unité Hospitalière du CVPEA si une place est disponible.
- Par la suite un suivi ambulatoire pourra être mis en place afin que tout se passe bien lorsque le patient sera sorti de l'Hôpital.

### 6.3. Prise en charge des TCA

Quelques éléments complémentaires à la prise en charge « standard » s'ajoutent pour ce type de patients afin de les aider aux mieux.

Le patient peut se retrouver dans le service suite à différentes situations (arrivée en ambulatoire, redirigé par les services de pédiatrie ou médecine interne, poussé par la pression parentale). L'adolescent pense que cela n'est pas nécessaire ; c'est pourquoi il ne consulte rarement spontanément. A son arrivée, son poids est évalué, ainsi que ses signes vitaux et son statu général (prise de sang,...). Pendant 1 ou 2 jours les soignants observent son comportement. Ensuite, une diététicienne se charge d'établir un cadre alimentaire pour la personne concernée. 3 repas et 1 collation fixes sont établis : petit déjeuner, midi, 16h et soir. Le patient a le droit de choisir 3 aliments qu'il n'aime pas et ne souhaite donc pas dans ses repas. Un total des calories est également calculé.

Il y a deux données strictes additionnelles :

- 1) Le patient doit consommer tout ce qui se trouve sur le plateau quel que soit le temps que cela lui prend.
- 2) Un membre de l'équipe soignante doit rester avec lui durant la prise de repas, ainsi que l'heure qui suit. Il y a interdiction de se rendre aux toilettes durant ce temps.

Selon une infirmière du CVPEA, ce genre de patient doit énormément être contrôlé et surveillé pour éviter qu'il triche et négocie pour se nourrir. Le fait de leur imposer des règles alimentaires strictes leur permet également de lâcher prise. C'est uniquement dans un cas ultime que les médecins pourraient juger utile que leur patient soit nourri par sonde.

#### 6.3.1. Thérapies complémentaires

Pour les patients souffrant de TCA différentes formes de thérapies sont mises en place. Par exemple : Le repas à l'aveugle, vidéo d'un repas en famille à l'Hôpital, etc.

##### 6.3.1.1. Le repas à l'aveugle

Le patient convient avant tout avec le soignant qu'il n'y aura pas de quantité plus importante de nourriture que d'habitude dans son assiette et pas d'aliments qu'il n'aime pas. Cette expérience se fait uniquement lorsque le soignant et son patient ont une bonne relation de confiance afin que tout se passe bien. Celui-ci mange ensuite les yeux bandés. Cette activité permet de faire redécouvrir la saveur des

aliments, le plaisir de manger et de diminuer la peur et le dégoût envers toute forme d'alimentation.

#### 6.3.1.2. Vidéo

Un repas en famille réalisé à l'Hôpital est filmé avec l'autorisation de tous les participants. Des séquences de bande enregistrées pourront ensuite être réutilisées lors des entretiens médecin-patient et des entretiens de famille pour en discuter.

Un grand nombre d'activités (ANNEXE IV) est mis en place afin d'occuper les patients et de leur rendre l'hospitalisation plus agréable. Tous les patients du CVPEA y participent ensemble.

A la sortie de l'unité hospitalière l'adolescent continue dans un premier temps à être suivi en ambulatoire par l'un des médecins du CVPEA. Cette maladie peut s'avérer fortement à risque d'un point de vue de l'établissement d'un état chronique. C'est pourquoi il s'avère judicieux d'établir une prise en charge à la sortie de l'hôpital.

## 7. Prévention : Le projet français

Contrairement à la Suisse où les troubles de comportement alimentaire ne sont à l'heure actuelle pas une priorité en matière de problème de santé communautaire, la France, elle reconnaît le besoin de s'engager dans la problématique des troubles du comportement alimentaire dans sa population. En effet, le ministre de la famille et le ministère de la santé et des solidarités semble avoir pris conscience de la demande et du besoin en matière de prise en charge et de prévention des TCA et font appelle à une action collective de la part des acteurs de la société.

### 7.1. Extraits de document français,

#### 7.1.1. Roselyne Bachelot ministre de la famille, France Extrait de discours

*« [...] nous devons pouvoir interdire toute forme d'incitation à l'anorexie. En particulier, s'agissant des sites internet qui font l'éloge de pratiques risquées qui peuvent induire des comportements suicidaires.*

*De la même manière, la maladie n'a pas à être exposée. Les personnes anorexiques ne sauraient participer à des défilés de mode ni même leur image être exploitée. La diffusion de l'information sur la question de l'anorexie doit être réfléchie et organisée de telle sorte d'éviter tout effet de stigmatisation. »*

#### 7.1.2. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, France Extrait de lettre, janvier 2007

*« L'impact des représentations collective du corps sur la santé est de plus en plus évident dans notre société. Pesant sur les notions de beauté, de réussite ou de contrôle de soi, ces représentations peuvent constituer un pouvoir de prescription alimentaire, notamment chez les plus vulnérables et les adolescents. »*

*« ...le deuxième Programme national nutrition santé, lancé en septembre dernier, a prévu que soit conduit un travail approfondi sur l'image du corps. »*

### 7.2. Le PNNS

Suite aux résultats négatifs, de certains objectifs, du bilan de 2001-2005 du programme de la promotion de la nutrition en France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a proposé de nouvelles stratégies et objectifs, dirigé par un groupe de professionnels du domaine pour l'année 2006-2008.

Nous avons choisi deux problématiques du bilan 2001-2005 du PNNS (développée ci-dessous) en lien avec notre travail montrant les résultats médiocres et insuffisants.

### 7.2.1. 1<sup>ère</sup> thématique

But :

- Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins

Objectifs :

- développer des consultations de nutrition et de diététique au sein de l'hôpital par la création sur 5 ans de : 800 postes de diététiciens destinés à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés et au développement des consultations externes de nutrition à l'hôpital.

Résultat : la réalisation de ce projet n'a aboutit qu'à 60 postes de diététiciens.

### 7.2.2. 2<sup>ème</sup> thématique

But:

- Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire

Objectifs :

- Proposition de recommandations pour la pratique clinique par la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Prendre appui sur les travaux du groupe européen travaillant sur les régimes très restrictifs
- Informer le milieu médical
- Analyser les causes de ces états avec les spécialistes des troubles du comportement alimentaire
- Proposer des recommandations pour la pratique clinique (HAS)

Résultats : aucun de ces 5 objectifs n'a été réalisé.

### 7.3. Proposition de stratégies pour le PNNS2 (2006-2008).

- Lutter contre la stigmatisation de l'obésité et éviter des comportements de restriction
- Lutte contre l'incitation à l'anorexie

Il aura fallu presque deux ans pour que la France interdise et punisse les actes et la propagande de l'incitation à l'anorexique. Contrairement à la Suisse qui a ce stade n'a encore rien fait.

« [...] Apparue en France depuis deux ans, la communauté "pro-ana", pour « pro anorexique », se manifeste de plus en plus par l'intermédiaire de sites Internet qui font l'apologie de l'anorexie comme mode de vie. Pour eux, « être 'pro-ana', c'est contrôler son corps, faire preuve de volonté. [...] »

Ces sites expliquent les vertus de la maigreur extrême, quelles denrées sont les plus faciles à régurgiter, proposent des photos de top models retouchées pour les rendre plus maigres [...] ».

« Face à la désinformation de ces sites, mais surtout l'incitation à la maladie qu'ils exercent, nous devons réagir ; car la vie d'adolescents est en jeu. »

« Ces sites doivent être strictement interdits [...] ».

Proposition de compléter un article de loi déjà existant :

« Est prohibée la diffusion des sites Internet promouvant, incitant et encourageant les adolescents à devenir anorexique ».

## 8. Discussion et analyse

La réponse à notre question de recherche est négative :

**Non, le système de soins ne couvre pas les besoins en matière de prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les adolescents de moins de 18 ans dans les cantons de Genève, de Vaud et du Valais**

A partir des différents graphiques réalisés et décrits ci-dessus, des témoignages des acteurs de terrain, ainsi que nos lectures notre analyse exploite les sujets suivants :

- Possibilité de prise en charge
  - hospitalisation
  - ambulatoire : prévention secondaire
- formation des professionnels
- prévention primaire
- coût

A travers ces différents thèmes, nous reviendrons sur les différences notoires entre les trois cantons choisis, la diversité des points de vue des intervenants interrogés, les critères d'hospitalisation et la prévention.

### 8.1. Possibilités de prise en charge

Il y a une disparité de nos interlocuteurs concernant leur capacité à répondre aux demandes de prise en charge des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Les cantons du Valais et de Genève se disent capables d'y répondre alors que le canton de Vaud non. Il y a une différence essentielle à faire entre la prise en charge ambulatoire et la prise en charge hospitalière.

#### 8.1.1. Prise en charge hospitalière

On ne relève aucun manque hospitalier lorsqu'il s'agit d'urgence. En effet, lorsque le pronostic vital est en jeu, tous les cantons s'accordent à dire qu'ils n'ont d'autre choix que d'hospitaliser. Le manque vient de l'hospitalisation avant l'état d'urgence.

Le canton de Vaud est le seul à posséder deux lits spécifiques aux TCA. Cela n'est pas suffisant car une liste d'attente existe et les patients prioritaires sont ceux dont l'état somatique est gravement péjoré.

La plupart des hospitalisations se font en pédiatrie ou en médecine. Dans ces services, les soignants n'ont pas de formation concernant les TCA. Offrir une prise en charge spécifique élargie en milieu hospitalier nous semble être la seule solution



afin que les personnes atteintes de TCA puissent être prises en charge précocement (lorsque le BMI atteint les 15<sup>15</sup>).

Dans les autres cantons, aucun service n'est spécifique aux TCA. Hors l'importance d'un tel suivi est connu dans le pronostic de guérison. Dans le canton du Valais, bien qu'il y ait un service spécialisé en pédopsychiatrie, le personnel n'est pas formé spécifiquement aux TCA. Malgré un nombre de lits restreints (8 lits pour toute la pédopsychiatrie du canton), cela semble convenir aux professionnels qui y travaillent. Dans le canton de Genève les services de psychiatrie sont eux aussi non spécifiques.

### **Cela est-il dû à un manque de sensibilisation vis-à-vis de ce problème de santé ?**

Il serait intéressant que des professionnels des trois cantons se réunissent pour partager leur différent point de vue.

#### **8.1.1.1. Critères d'hospitalisation**

Qu'il existe ou non des critères spécifiques concernant la prise en charge de ces patients, ils ne sont plus respectés dû au manque de disponibilité des services. Le manque de structures d'hospitalisation amène à l'augmentation des critères de prise en charge. On hospitalise les anorexiques mentales de plus en plus tard. Dans les différents centres hospitaliers il n'est pas rare de voir arriver des jeunes adultes dans un état grave avec des troubles cardiaques et électrolytiques. M. A. Perroud insiste sur les risques que cela engendre. Etant donné que l'on attend que le cas soit vraiment grave pour l'hospitaliser, le traitement s'avère plus intense et plus long. De plus, ceci est un facteur pouvant amener à la chronicité de la maladie.

### **Faut-il forcément attendre l'urgence avant de pouvoir hospitaliser une personne requérant des soins dans notre pays ?**

Les patients boulimiques ne sont quasiment jamais hospitalisés. Cela est dû au fait que cette pathologie engendre moins de conséquence aiguës. Nous déplorons cette situation. Certaines personnes restent seules face à leur pathologie sans pouvoir obtenir le cadre qui les aiderait à sortir de ce cercle infernal.

#### **8.1.2. Prise charge ambulatoire : prévention secondaire**

En Valais, la majorité des médecins travaillent dans des structures hospitalières. Il n'y a que 6 pédopsychiatres installés cités par les médecins du CVPEA et aucun n'a une formation spécifique aux TCA.

Dans le canton de Vaud la liste d'attente pour être pris en charge par un spécialiste est de quelques mois. Dans le canton de Genève, le service Santé Jeune propose une consultation spécialisée. L'attente pour un rendez-vous n'est que d'une semaine.

---

15 Critère d'hospitalisation selon A. Perroud, voir point « 3.2.1 Indice de masse corporelle (IMC = BMI) »

Le manque de structure de prise en charge ambulatoire est clairement relevé dans les trois cantons. Cela empêche la prise en charge précoce des TCA et laisse donc s'aggraver des troubles naissants ou qui n'ont pas encore de conséquences graves physiquement.

## 8.2. Formation des professionnels

Le manque de spécialistes en TCA est frappant dans les différents cantons. Il faut préciser que la formation n'est pas obligatoire pour les pédiatres FMH ou les pédopsychiatres. Très peu de formations spécifiques aux TCA sont proposées. La seule à notre connaissance est proposée par le Dr. Michaud au CHUV.

D'après les médecins, pour que les TCA aient un pronostic au long terme positif, il est impératif que les patients soient pris en charge le plus tôt possible et de manière spécifique. Ce n'est évidemment pas le cas actuellement. Par conséquent, les conditions d'un traitement efficace ne sont pas présentes.

## 8.3. Prévention primaire

Il y a clairement un manque à relever au niveau de la prévention. Nous pensons qu'il est important de sensibiliser et d'informer la population à ce sujet.

### **Comment y parvenir de façon adéquate, sachant qu'il y a un risque d'induire des TCA ?**

Comme Mme F. Narring, nous pensons qu'une campagne de prévention qui ciblerait plus l'approche respectueuse du corps, l'estime de soi et les sensations corporelles pourrait être bénéfique contre les troubles du comportement alimentaire et contre l'obésité. En effet, beaucoup d'obèses souffrent de TCA ou le sont devenu suite à des TCA. **Il y aurait donc à faire dans la prévention primaire et le rapport au corps dans notre société.**

## 8.4. Coûts

Le manque de statistiques quant aux coûts directs et indirects des TCA reflète selon nous le manque d'intérêt des autorités pour ce problème de santé publique.

Les coûts sont une des principales entraves au développement des soins. En effet, les hospitalisations de longue durée (3-6mois) engendrent une utilisation d'un lit durant une longue période. Cela a donc une répercussion non négligeable pour les gestionnaires.

Les critères de qualité d'un hôpital sont, entre autre, la durée moyenne de séjour et les coûts engendrés. Les longues hospitalisations contrarient les administrateurs et les assureurs. C'est pourquoi plusieurs services tels que l'unité spécifique TCA de la clinique de La Métairie ainsi que le 7AL des HUG ont fermé.

Par ailleurs, les assureurs sont de plus en plus réticents à payer les prestations dites « en l'absence de patient » : contacts par téléphone, concilia, administration. Cela

est nécessaire à une bonne prise en charge multidisciplinaire des TCA. De plus les patients suivis depuis de nombreuses années et se voient refuser leurs prestations d'assurance. Le but serait de faire prendre conscience de l'importance du problème des TCA aux autorités afin qu'ils débloquent des budgets.

## 9. Conclusion

### 9.1. Limites du travail

Notre liste de contact s'est vue changée de jour en jour. Il nous a été difficile d'obtenir des rendez-vous avec tous les professionnels souhaités. Nous avons souvent été réorientés vers d'autres personnes qui elles-mêmes nous redirigeaient à leur tour. Nous avons fixés la 2<sup>e</sup> semaine pour rencontrer les professionnels ; or, trois des neuf entretiens ont dû être réalisés la 3<sup>e</sup> semaine. Nous n'avons pas pu interroger tous les professionnels des différents secteurs (hôpitaux, cliniques, privé, organisme de prévention) dans les trois cantons principalement à cause du peu de temps disponible.

Malgré tout ces obstacles, nous avons tout de même pu récolter de précieuses informations. Ainsi, même si notre travail est loin de faire un état des lieux exhaustif de la prise en charge des TCA en Romandie, il donne un aperçu pertinent de la situation. Nous espérons, qu'il pourra inciter les esprits à continuer les recherches dans ce domaine.

### 9.2. Notre enquête

Au terme de ce travail, nous avons pu investiguer notre question de recherche de manière adéquate. En effet, nous avons rencontré 9 professionnels de différents milieux, ils ont tous accepté de répondre à notre questionnaire.

Même si certains secteurs faisaient défaut à notre investigation, nous avons tout de même pu retrouver une homogénéité des réponses entre les trois cantons. Cela nous a permis de traiter les réponses de manière équitable.

Lors de la lecture et de l'analyse de nos résultats, nous avons pu nous faire une idée des modalités de prise en charge des TCA en Romandie. Nos statistiques faites, nous nous sommes tous rendu à l'évidence : les structures en matière de prise en charge sont nettement insuffisantes, aussi bien en milieu hospitalier pour Genève et Vaud que pour les suivis ambulatoires en Valais. En d'autres termes, il y a une réelle demande et les infrastructures spécifiques à ce problème de santé manquent..

### 9.3. Perspectives

Malgré ces entraves au suivi des patients souffrant de TCA, les professionnels ne perdent pas espoirs. Plusieurs d'entre eux travaillent sur différents projets : ouverture d'un hôpital de jour à Lausanne, la création d'un réseau regroupant tous les professionnels spécialisés en TCA en Suisse Romande...

Nos recherches on aboutit à la conclusion qu'en Suisse rien n'est fait concernant la prévention primaire des TCA, alors qu'en France, par exemple, l'incitation à l'anorexie est condamnable. Il semblerait que la Suisse n'ait pas encore pris conscience de l'importance de cette maladie, de ses conséquences, des besoins qu'elle engendre ainsi que de la nécessité de faire de la prévention.

## 9.4. Nos suggestions pour la suite

- Faire pression (lobbying) auprès des autorités pour obtenir des fonds et établir des lois similaires à la France par le biais de associations
- Faire changer la planification sanitaire sur le long terme
- Rendre la formation continue du Dr. Michaud au CHUV (dépistage précoce des TCA) obligatoire pour les pédiatres, généralistes, gynécologue, ...
- Créer un réseau multidisciplinaire reconnu par les autorités

## 9.5. Satisfaction

Lors de cette unité, nous avons eu l'occasion d'aborder un problème de santé communautaire dans son aspect social et multidisciplinaire. Nous avons eu beaucoup de plaisir à mener notre enquête sur le terrain. De plus, c'était une occasion pour nous de nous affranchir de nos livres pour un mois.

En outre, nous avons pu enrichir nos connaissances dans ce domaine. Cette expérience en Immersion en Communauté a permis un échange et un partage très enrichissants entre nous, étudiants de différents domaines, mais aussi avec les professionnels du terrain. Nous avons découvert comment le réseau de soins se coordonne et fonctionne. Cette expérience a donc été très enrichissante. Nous en garderons un très bon souvenir.

## 10. Bibliographie

### 10.1. Ouvrages

1. Alvin, P. (2007). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. (3e éd.). Rueil-Malmaison Cedex: Doin Groupe Liaison S.A.
2. Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie, Une démarche efficace pour guérir*. Paris: Retz.
3. Barraud, R. (2001). *L'ombre de toi-même, Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*. (2<sup>e</sup> éd). Lausanne : Association Boulimie et Anorexie.
4. Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. (2<sup>e</sup> éd).Paris : G. Morin.
5. Caro, I. (2008). *La petite fille qui ne voulait pas grossir*. Paris : Flammarion.
6. (2003). *Le petit Larousse*. Paris : Larousse.

### 10.2. Articles/Revue

7. Waeber-Kalbermatten, R. (2000). Service psychiatrique pour enfants et adolescents. *ESVI-WSGKP*, 3/2000, 8-9.
8. Kjelsas, E. & Bjornstrom, C. & Götestam, K.G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescent. *Eating behaviors*, 5 (1), 13-25.
9. Getz, N. (2007). Soins : du nouveau à Genève. « Oh », (26), 7.
10. Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner. (2008). *LA Santé de l'homme*, 394.
11. Balinsky, M. A. (2004). Sortir de l'anorexie. *Cerveau & Psycho*, 4, 92-95.
12. Palazzolo, J. (2006). Sa gaver sans faim : la boulimie. *Cerveau & Psycho*, 14, 62-65.

### 10.3. Documents non publiés

13. Favre, S. (2006). *La complexité humaine. (support de cours. Module : Pédagogie et science humaine dans l'éducation nutritionnelle)*. Genève : Haute Ecole de Santé.
14. Chatelain., B., Schorer, E. (2007). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références*. (2e éd.). (Polycopié). Genève : Haute Ecole de Santé.
15. Chichignoud, C., Bernhardt, M. (2008). *Systèmes de santé. (Support de cours. Module: Profession diététicien-ne et interdisciplinarité)*. Genève: Haute Ecole de Santé.

## 10.4. Documents électroniques: sites Web

16. Passeport santé. (2008, 28 mai). Indice de masse corporelle (IMC) et tour de taille. *Passeportsanté.net*. [page Web].

[http://www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test\\_IMC.aspx](http://www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test_IMC.aspx)

17. Revue Médicale Suisse. (30, mai 2008). La prévention des troubles du comportement alimentaire : l'école a-t-elle un rôle à jouer ?. *Revue Médicale Suisse : LA revue de la formation continue*. [page Web].

<http://www.revmed.ch/article.php3?sid=31411>

18. GROS : Groupe de Réflexion sur le Surpoids et l'Obésité. (3, juin 2008). Le comportement alimentaire, Anorexie et boulimie. *Groupe de Réflexion sur le Surpoids et l'Obésité*. [page Web]. <http://www.gros.org/pagesgros/tca.html>

19. Association Boulimie-Anorexie. (2008, 27 mai). Introduction : Les troubles du comportement alimentaire, des maladies à part entière. *Association boulimie-anorexie, troubles alimentaires : vous vous sentez concernés ?*. [page Web]

[http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#intro\\_1](http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#intro_1)

20. Revue Médiale Suisse. (2008, 2 juin). Approche interdisciplinaire des troubles de la conduite alimentaire. *Revue médicale suisse : la revue de formation continue*. [page Web]. <http://www.revmed.ch/article.php3?sid=21004>

21. Université de Genève (2008, 27 mai). Hospitalisation. *L'anorexie mentale*. [page Web].

<http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/9900/bin63/hospitalisation.htm>

22. Confédération Suisse (2008, 4 juin). Statistique des données économiques par cas. *Administration fédérale admin.ch, statistique suisse*. [document Excel].

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01.Document.108923.xls>

23. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. (2008, 4 juin). Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. *Science Direct*. [Page Web].

<http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&udi=B6VMB-4D4921H-1&user=10&rdoc=1&fmt=&orig=search&sort=d&view=c&acct=C000050221&version=1&urlVersion=0&userid=10&md5=3fbbf8e855c0205b5cd05550f31f65a2#toc5>

24.

25. Office fédéral de la statistique. (2008, 4 juin). Statistique médicale des hôpitaux. *Administration fédérale admin.ch, statistique suisse*. [page Web].

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01.Document.104350.xls>

26. Télévision Suisse Romande. (2008, 11 juin). Anorexie le manque de soins. *tsr.ch, Mise au point*. [page Web].

<http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=500000#=&search=Anorexie;vi&d=8725049>

## 11. Annexes :

ANNEXE I : Office fédéral de la Statistique (OFS) : Questions sondages  
TCA

ANNEXE II : Questionnaire soumis aux professionnels

ANNEXE III : Plan alimentaire à Sierre

ANNEXE IV : Planification des ateliers à Sierre

ANNEXE V : Mail type de sollicitation

ANNEXE VI : Discours d'introduction des entretiens avec les professionnels

ANNEXE VII : Lexique des abréviations présentes dans le rapport

ANNEXE VIII : Journal succinct de bord