Dossier

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Group**

Zeitschrift: **Femmes suisses et le Mouvement féministe : organe officiel des informations de l'Alliance de Sociétés Féminines Suisses**

Band (Jahr): **81 (1993)**

Heft 11

PDF erstellt am: **29.03.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch



Les dérives du fruit défendu

Noyées dans l'alcool, enlisées dans les médicaments, liées à la nourriture comme à une drogue, des femmes cachent leur mal-être derrière une dépendance.

Qu'elle soit liée à l'alcool, aux médicaments ou à d'autres drogues, la scène des dépendances et des toxicomanies féminines s'éclaire peu à peu. Inquiétantes, douloureuses, complexes, de vraies questions émergent de l'ombre, appelant une parole et un regard nouveaux. De fait, il semble que l'on respire plus au large dans ce domaine, que les idées évoluent et que l'information circule. A y voir de plus près, cependant, on s'aperçoit que l'on avance encore sur un terrain miné par les préjugés.

Des raccourcis légers

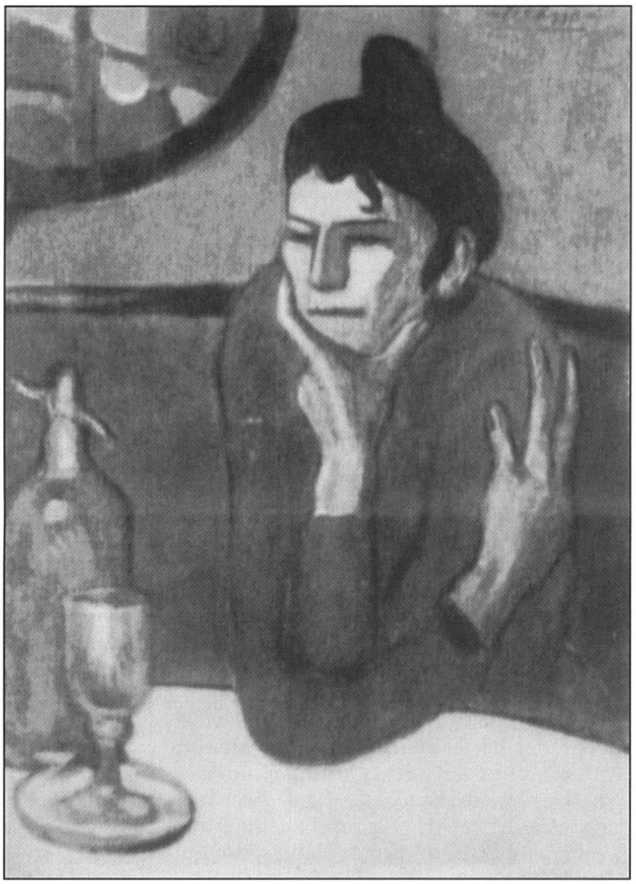
Les femmes peuvent-elles se reconnaître dans certains discours masquant à peine la réprobation, le moralisme ou le paternalisme qui les fondent? Se sentent-elles comprises et aidées lorsque, pour expliquer leur conduite de dépendance, on les déclare naturellement plus sujettes aux dépressions que les hommes, moins résistantes au stress et désorientées par des conflits de rôle? Un peu courtes, sans doute, ces considérations, qui méritent d'être affinées dans une perspective plus dynamique et féministe, puisqu'à leur tour elles déterminent la qualité de la prévention et du traitement.

Un certain nombre de recherches et d'initiatives novatrices existent en Suisse, dont le centre thérapeutique du Wysshölzli présenté dans ce dossier. Citons aussi le remarquable travail d'enquête, de prévention et de formation accompli par l'ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies), véritable sismographe de l'évolution des comportements dans notre pays.

Des comportements particulièrement intéressants à observer chez les jeunes, car ils préfigurent ceux des adultes. Une différence s'établit clairement à l'adolescence, selon le sexe. Le manque d'estime de soi-même, par exemple, le sentiment d'échec, les ruptures dans une carrière scolaire ou la vie familiale s'expriment plutôt, pour les garçons, à travers l'agressivité, les prises de risques, d'alcool, de drogues et, pour les filles, à travers des symptômes psychosomatiques, des désordres alimentaires ou des prises de médicaments.

Fait réjouissant, les dernières statistiques de l'ISPA font état d'une nette diminution de consommation de médicaments et de tabac chez les filles. Il est difficile de savoir s'il faut, entre autres, attribuer ce changement au matraquage publicitaire du culte du corps, célébrant la beauté, la forme et la minceur (entre 15 et 20 ans, 60% des filles se trouvent trop grosses...) ou aux multiples campagnes de prévention. Car on sait les femmes plus réceptives en général aux messages concernant la préservation de la santé.

Toute la question de l'éducation des filles se profile toutefois derrière leur tendance à davantage recourir aux médicaments et à gérer leurs conflits sur un mode plutôt passif. *«C'est vrai qu'il y a beaucoup de flou dans les choix d'identité des adolescentes de 13-14 ans,* remarque Anne-Catherine Menétrey, psychologue à l'ISPA. *Je pense cependant que ces préoccupations ressortent plus chez elles tout simplement parce qu'elles sont quasi impensables pour les garçons, dont les valeurs de référence ne sont pourtant pas plus claires. Soumis également à de fortes pressions sociales et à la tyrannie du look, il leur est tout autant difficile de savoir à quel modèle ressembler. Alors, permettre aux garçons de se poser des questions, d'exprimer des sentiments, des émotions, de l'affectivité, c'est aussi une tâche préventive extrêmement importante.»*



La fragilité de la personnalité est à l'origine des dépendances.
(Picasso: *L'Absinthe*)

Le silencieux malaise

La fragilité de la personnalité est donc à l'origine des comportements de dépendance et, de ce point de vue, il y a plus de différences entre une femme qui boit, par exemple, et une femme qui ne boit pas qu'entre un homme et une femme qui boivent. En réalité, on sait combien l'alcoolisme féminin est plus réprouvé, parce qu'il touche aux rôles d'épouse et de mère et qu'il menacerait davantage l'équilibre du groupe familial. Est-ce pour faire moins désordre que les femmes se réfugient plus volontiers dans les «toxicomanies silencieuses», c'est-à-dire les médicaments psychotropes plus accessibles et socialement mieux tolérés, ou faut-il envisager une hypothèse plus audacieuse selon laquelle la médecine, en donnant trop facilement une réponse chimique à l'anxiété des patientes, préserve ainsi les normes traditionnelles de la société en renforçant le rôle passif des femmes? La souffrance, pourtant, couve toujours et le malaise existentiel persiste.

«L'émancipation des femmes» est toute désignée pour servir couramment d'explication à leurs dépressions, consommations abusives de diverses substances et dérives vers les toxicomanies. Il est vrai que les



responsabilités engendrées par le cumul des vies professionnelle, familiale et domestique surexposent ces femmes-orchestres au stress. Il est vrai également qu'elles connaissent des désillusions dans le monde du travail, certains choix leur étant toujours refusés ou encore inaccessibles. Aucune étude sérieuse ne permet cependant d'affirmer qu'elles se portent moins bien que les ménagères.

Par ailleurs, comme le remarque Anne-Catherine Menétrey en introduction aux Actes du colloque «Femmes, Hommes, Dépendances»*, *«si l'on définit l'émancipation comme la construction de l'autonomie, la liberté des choix et la capacité non seulement de gérer son corps et sa santé, mais aussi d'avoir prise sur les conditions de vie, l'abus de médicaments, d'alcool ou d'autres drogues ne peut être que son contraire: ces dépendances impliquent en effet trop d'entraves, trop d'hypothèques pour le développement de la personne, trop de gaspillage d'énergie et de capacités pour que l'on puisse les imputer à l'émancipation. Cette remarque vaut bien entendu pour les hommes comme pour les femmes.»*

Il n'en est pas moins vrai que les embûches freinant la conquête des libertés intérieures se présentent bien différemment selon les sexes. La priorité souvent accordée par les hommes à leur réussite sociale et professionnelle, au détriment de leur vie affective, peut les conduire à de dramatiques constats d'échec. On évoque trop peu leurs douleurs secrètes, enfouies sous une armure de battant, et qui ont partie liée avec leurs divers comportements de dépendance.

Les femmes, par contre, se définissent dans un contexte de relations humaines où la vie privée occupe une place centrale; elles se sentent responsables de son développement harmonieux. Aussi les aléas, difficultés et événements critiques survenant dans leur existence et celle de l'entourage les affectent-ils plus profondément et peuvent-ils les rendre vulnérables sur le plan des toxicomanies. *«Les femmes sont souvent malades de leur dépendance à être aimées, de leur dépendance à l'affiliation, de leur dépendance excessive à des relations interpersonnelles,* constatait, au colloque mentionné ci-dessus, Louise Nadeau, professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal, *mais c'est aussi la grande force de la culture des femmes que la capacité de ne pas être trop technocratiques, d'être au contraire capables de faire une place aux enfants, à la famille, à l'émotion, quelquefois à des attitudes de déraison. C'est comme si on était en présence à la fois d'une force et d'une faiblesse, et c'est difficile de savoir la part des éléments biologiques ou de la culture, une question sur laquelle je vous laisse méditer...»*

Tisser des liens de qualité avec l'entourage sans s'y laisser enfermer, trouver en soi-même suffisamment de sources de satisfaction pour surmonter d'inévitables conflits, voilà probablement les deux pôles de l'équilibre émotionnel.

Les vertus du plaisir

La quête de ce bien-être suppose une impérieuse chasse aux sentiments de culpabilité et, sans doute, la mise à l'honneur des vertus (pour ne pas dire des vertus thérapeutiques) du plaisir. Est-il encore un fruit si défendu pour les femmes qu'elles-mêmes se le refusent trop souvent? Ont-elles peur d'une possible dérive frôlant les interdits auxquels il est inconsciemment associé?

Le plaisir est subjectif, il se construit et s'expérimente en dehors des représentations stéréotypées suggérées par la publicité. *«Par rapport aux consommations,* relève Anne-Catherine Menétrey, *il appartient à chacune et à chacun de faire la part des bénéfices que celles-ci lui apportent et de ce qu'elles lui coûtent. C'est une équation toute personnelle. Il y a peut-être de bons et de mauvais voyages... La prévention sociale, à travers la morale et les gens qui conçoivent des campagnes de santé, peut parfois laisser entendre qu'il y a un deuil à faire de ces plaisirs interdits et de tous ces comportements provoquant griserie et émotion intense. C'est, à mon avis, un défi de la prévention que de clarifier cette ambivalence.»* Et c'en est un autre de nous donner le goût d'élargir nos espaces de liberté pour céder à l'ivresse de vivre!

Michèle Michellod

*«Femmes, Hommes, Dépendances», Actes du 8e Colloque de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 7-8 mai 1992, Genève. En collaboration avec le Bureau de l'égalité entre femmes et hommes (ISPA, av. Ruchonnet 14, 1003 Lausanne).

Goût de bouchon...

Coulant du fond des âges, breuvage sacré, puis boisson profane, le vin connaît bien son homme... Ses relations avec la femme sont plus sulfureuses, sporadiques et diluées dans un flou historique. Il peut cependant se targuer d'avoir, au XIXe siècle, contribué à une mémorable rupture entre les sexes.

Sous la loupe, le Valais natal du sociologue Bernard Crettaz, conservateur au Musée d'ethnographie de Genève: *«Au temps de la vie traditionnelle, l'alcool faisait partie des boissons ordinaires. Les femmes, comme les hommes, en buvaient tout au long de la journée: café matinal à l'eau-de-vie, chocolat au vin, sabayon au soir des grandes fenaisons et, surtout, vin «pour tenir les forces». Il existait, par ailleurs, une vie communautaire extraordinairement forte, caractérisée par des journées de corvée tournant parfois à la fête, ainsi que par une manifestation centrale appelée «le boire». Etant de droit membres de cette communauté, les femmes y participaient comme les hommes. Bien sûr, il y avait quelques saoûlonnes, elles étaient désapprouvées autant que les saoûlons, mais pas plus...»*

En revanche, dès les années 1850, c'est-à-dire dès l'essor des mouvements de tempérance, soutenus par le corps médical et l'Eglise, les normes admises jusque-là changent. La bourgeoisie veut éduquer le peuple, lui inculquer des règles d'hygiène et l'arracher au fléau de l'alcoolisme.

C'est l'époque de la grande spécialisation des rôles masculins-féminins. Les écoles ménagères nouvellement créées font de la femme le pivot stratégique de cette révolution des mœurs. Médecin du foyer, gardienne de la morale centrée sur la conduite de son mari, elle ne peut évidemment plus boire. Toute la stigmatisation de l'ivresse des femmes date de cette période de la modernité, dont nous gardons aujourd'hui encore une mémoire vive.



«Mais, depuis quelques années, observe Bernard Crettaz, *on assiste, en pays valaisan, au grand retour des femmes sur le terrain de l'alcool, d'où elles avaient été évacuées. Elles arrivent aussi, et ce n'est qu'un début, dans le domaine traditionnellement réservé aux hommes, c'est-à-dire l'univers du bon vin, de la cuisine et des chefs avec ses nouvelles hiérarchies du goût. Elles sont d'excellentes connaisseuses et collectionneuses de vin, d'exceptionnelles dégustatrices, dont les capacités, aux dires des spécialistes, sont encore plus aiguisées lorsqu'elles sont enceintes... Elles forment enfin la nouvelle génération des femmes œnologues.*

Mais, ce qui m'inquiète aujourd'hui, c'est l'émergence d'un néomoralisme au plan de l'alcool, des cigarettes et notamment de la diététique! Je crois, et je le déplore, que l'ivresse va redevenir une pathologie et qu'elle risque d'être le grand interdit de cette fin de siècle, pour les hommes comme pour les femmes...»

Propos recueillis par
Michèle Michellod



L'assiette à l'envers

Les troubles de la sphère alimentaire sont en constante augmentation. Ce sont les femmes qui trinquent le plus lourdement, hantées qu'elles sont par le kilo en trop.

Prendre des libertés avec le pèse-personne dans une société où le désir de minceur vire à l'obsession, c'est se condamner à l'exclusion. Si les hommes, look oblige, échappent de moins en moins au terrorisme de la petite aiguille, les femmes restent les plus acharnées à traquer le kilo superflu. C'est qu'elles ont appris très tôt à se conformer à un idéal de la féminité dont la constante la plus immédiatement visible est la minceur. En se vengeant sur la nourriture de leur ego émietté par les fluides et frêles sylphides qui font la une des magazines, les professionnelles performantes, les épouses modèles et les mamans-tartine pimpantes et disponibles, elles ne font qu'exprimer leur impuissance à répondre à ce que l'on attend d'elles. Ce n'est donc pas par hasard si elles sont aussi les championnes toutes catégories, si l'on ose dire, de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse: sur 100 personnes traitées pour ces deux «classiques» des troubles du comportement alimentaire, il y a 95 femmes[1].

Quand le diable…

Satan est à la boulimie ce que Lucifer est à l'anorexie: même peur de grossir, même volonté de restreindre l'alimentation, même terreur face à la nourriture, égale fascination. Pour la doctoresse Begoña Penalosa[2], on ne saurait cependant réduire les troubles alimentaires à un effet de la mode minceur, même si ce facteur peut jouer un rôle: *«Les cas d'anorexie et de boulimie sont certes en augmentation, mais les conduites anarchiques en matière d'alimentation ont toujours existé. Des anorexiques, par exemple, il y en avait déjà à une époque où l'on célébrait plutôt les rondeurs. Souvenez-vous de sainte Catherine de Sienne, de l'impératrice Elisabeth d'Autriche, de Virginia Woolf, de Simone Weil et j'en passe...»*

Chez l'adolescente, le refus de s'alimenter, ou les ripailles orgiaques suivies de vomissements provoqués, peut traduire son désir d'autonomie vis-à-vis des parents, en particulier de la mère, mais aussi l'angoisse qu'elle ressent face à son corps, qui devient sexué et qui attire le regard des hommes: *«Or,* observe Nicole Reverdin[3], *l'adolescente n'est pas prête psychologiquement à assumer les conséquences de sa féminité. Il y a décalage. Et contradiction entre le désir de séduction et celui d'annihiler toute forme de féminité. Les anorexiques n'ont plus de seins, plus de hanches, plus de fesses, plus de règles non plus, et les boulimiques les diluent dans la graisse... Ce qu'il faut savoir, c'est que les troubles du comportement alimentaire se développent sur un terrain où l'estime de soi est faible. Il y a eu une mauvaise rencontre entre la mère et sa fille dans la prime enfance, une mauvaise manière de se satisfaire réciproquement, un mécontentement, qui va exploser à l'adolescence. Pour devenir femme, la fille doit en effet se détacher de sa mère, mais aussi la prendre comme modèle de la femme qu'elle cherche à devenir...»*



La poupée Barbie, plus mince que la plus mince des mannequins – modèle mythique des ados.
(Illustration tirée du film *La Sposa contenta* d'Elda Guidinetti)

Un bouclier

Pour Susie Orbach[4], c'est le refus d'investir un statut social dont elles sentent confusément la précarité qui pousse certaines adolescentes à adopter des pratiques alimentaires désordonnées. Les régimes, le jeûne, les empiffrages, les vomissements ne seraient rien d'autre qu'une réponse au sexisme ambiant, un bouclier contre leur peur de l'exclusion dont elles pourraient être victimes en devenant femmes: *«(...) En se projetant dans le futur, elles constatent que (...) les hommes sont récompensés par le biais de leurs activités sociales, alors que les femmes sont soit exclues de la vie sociale ou, pis encore, y participent sans être récompensées.»*

A notre question de savoir ce qui se passe dans la tête des anorexiques, la doctoresse Penalosa répond que les psychiatres ne le comprennent pas encore: *«Ce que nous savons, c'est qu'il n'y a pas un facteur déclenchant unique. Les éléments qui entrent en jeu sont de plusieurs ordres: psychologique, familial, social, etc. La plupart des anorexiques ont commencé par faire un peu de régime parce que, à l'instar de bien des ados, elles se trouvaient trop grosses. Seulement, elles n'arrivent plus à dire stop... Elles subissent l'anorexie comme une emprise, mais ont l'impression de tout dominer, leur corps, leur faim, leur fatigue. En fait, elles sont prisonnières de leur histoire et dès qu'elles mangent elles ont un sentiment terrible de culpabilité. L'image qu'elles ont d'elles-mêmes est faussée. Elles ont un miroir déformant dans la*



tête et ne se «voient» pas telles qu'elles sont, maigres et malades. D'ailleurs, elles ne viennent jamais consulter spontanément. C'est leur entourage ou leur médecin qui nous les envoie, quand leur état physique et psychique est trop délabré.

FS – Quel est le profil de l'anorexique?

Dr B. P. – *Elle est jeune: entre 13 et 18 ans, très bonne élève, travailleuse, crocheuse, s'adonnant frénétiquement à toutes sortes d'activités sportives pour brûler encore plus de calories. Sa vie relationnelle est pauvre, sa sexualité massivement refoulée. Elle a aussi des rituels obsessionnels, des «petites manies» qui se déclenchent ou s'accentuent avec la maladie. Son unique centre d'intérêt, c'est la nourriture. Elle y pense tout le temps, y consacre toute son énergie. On a vu que son fonctionnement intellectuel est excellent. En revanche, son intelligence n'est pas au-dessus de la moyenne, comme on l'a souvent prétendu. Les tests révèlent en effet des résultats meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité. On a aussi dit qu'elle émanait le plus souvent de milieux socio-culturels favorisés. Ce n'est pas tout à fait vrai: dans ma pratique, je rencontre des filles de tous les milieux.*

FS – Comment s'en sortir, quand on est prise dans cet engrenage?

Dr B. P. – *Il faut d'abord que les anorexiques acceptent l'idée que c'est de cela qu'elles souffrent. Ensuite, qu'elles prennent du poids, donc qu'elles s'alimentent, sinon c'est la mort (ndlr: le taux de mortalité est de 5%, voir[1] en fin d'article). Le traitement peut être ambulatoire ou hospitalier, cela dépend de leur état. Mais rassurez-vous, à l'hôpital, on ne les gave pas et on évite de les mettre sous perfusion, même si un support médicamenteux s'avère parfois nécessaire... Le traitement est long, il s'étend souvent sur plusieurs années. En plus des entretiens que nous avons avec elles, nous leur remettons aussi une brochure destinée à les aider à comprendre ce qui leur arrive[5]. La collaboration des parents est essentielle: ils doivent absolument comprendre ce qui se passe et nous appuyer.*

FS – Quel est le succès du traitement?

Dr B. P. – *Si l'on retient uniquement les critères symptomatiques (aménorrhée, amaigrissement), il y a 50 à 60% de guérisons. Le taux chute à 30-40% si l'on prend en compte certains facteurs psychiatriques. En gros, on peut dire que le tiers des jeunes filles vont guérir complètement; un autre tiers vont garder des séquelles plus ou moins graves; pour le dernier tiers, le pronostic est mauvais.*

FS – Y a-t-il des groupes d'auto-assistance en matière d'anorexie?

Dr B. P. – *Pas spécifiquement pour les anorexiques. A Genève, il y a un groupe, le GEBA[6], où l'on rencontre surtout des boulimiques, des mangeuses compulsives ou d'anciennes anorexiques qui s'en sont plus ou moins sorties. Mais pas les filles que je vois: elles sont beaucoup plus jeunes et n'ont pas la même problématique. Elles ne s'y sentiraient pas à l'aise.*

Nous sommes en train de mettre sur pied un atelier, à l'instar de ce qui s'est fait à Lausanne. La demande émane des parents de mes patientes, qui souhaitent confronter leurs expériences avec d'autres parents, discuter des problèmes que posent ces filles, car pour eux, l'anorexie, c'est une torture... Une attaque terrible, une culpabilité monstrueuse. Ça remet en cause toute leur vie...

Toxico de la fourchette

En succombant à des séances d'empiffrage clandestin dont elles se purifient par des vomissements, par la prise de laxatifs, de diurétiques et par le sport à outrance, puis en s'imposant des régimes de carmélites qui entraînent fatalement de nouvelles crises, les boulimiques réagissent aux mêmes conditions oppressives que les anorexiques. Manger, trop manger, manger sans fin («sans faim», précise Nicole Reverdin) ne plus manger sont les expressions d'un même désarroi face au devenir femme.

C'est dans la perception de leur état que réside la différence. En effet, contrairement aux anorexiques qui nient leur maladie tout en l'affichant en termes de maigreur excessive, les boulimiques savent que leurs pertes de contrôle ne sont pas «normales». Si elles hésitent à demander de l'aide, c'est généralement parce que la honte d'avouer... l'inavouable est plus forte que la souffrance et le dégoût d'elles-mêmes qu'entraînent leurs débordements, d'autant plus qu'elles se croient seules dans ce cas.

Nicole Reverdin range les boulimiques en deux catégories: les boulimiques «classiques» et les mangeuses compulsives. Ces dernières sont sensiblement plus âgées et leur nombre tend à augmenter depuis quelque temps. Elles sont souvent seules ou divorcées, ou mariées avec des enfants adultes qui ont quitté la maison. *«Elles se voient désormais sans «emploi»*, commente Nicole Reverdin, *puisqu'elles ont accompli leur fonction maternelle. Elles ne sont plus sûres de leur identité de femmes, proches qu'elles sont de la ménopause; elles ont de la peine à trouver des rôles nouveaux et satisfaisants dans une constellation familiale, sociale et individuelle nouvelle.»* Manger de façon compulsive est pour ces femmes-là une réponse à une crise d'identité, à une frustration, à une situation de la vie émotionnelle qu'elles acceptent mal. Contrairement aux boulimiques classiques, les mangeuses compulsives ont le plus souvent un excès pondéral modéré ou important: *«Elles ne recourent pas aux techniques dures des boulimiques; elles font du régime, prennent des coupe-faim, parfois des laxatifs. Leur comportement alimentaire est moins anarchique, mais oscille également entre excès et privations. Plutôt que d'absorber de grandes quantités de nourriture, elles se mettent à grignoter inlassablement – de préférence des douceurs – quand elles sont seules à la maison. Comme les boulimiques, elles ont une mauvaise estime de soi.»*

FS – Est-il exact que seules les Européennes et les Américaines blanches souffrent de boulimie et de compulsion alimentaires?

N. R. – *Oui... et non! Oui, s'il s'agit d'une question d'ampleur du phénomène. Il est très marqué aux Etats-Unis et en Europe (ndlr: 1 femme sur 100, voir[7] ci-des-*

Feux clignotants

Critères* servant à définir l'anorexie

- Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimal normal, conduisant à un poids inférieur à 15% de la normale.
- Peur intense de prendre du poids, alors que celui-ci est inférieur à la normale.
- Perturbation de l'estimation de son poids corporel, de sa taille ou de ses formes.
- Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs attendus (aménorrhée primaire ou secondaire).

* *DSM III-R 1987,* Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, *éd. française, p. 74) cité par M. Archinard,* in Médecine et Hygiène, *1990, tiré à part N° 6597, pp. 2039-2042: Images du corps, le cas de la boulimie-anorexie.*

Critères* servant à définir la boulimie

- Episodes récurrents de frénésie alimentaire, à savoir consommation rapide d'une large quantité de nourriture dans un laps de temps limité (binge eating).
- Sentiments de perte de contrôle du comportement alimentaire durant les épisodes de boulimie.
- Régulièrement le sujet, soit se fait vomir, soit use de laxatifs ou de diurétiques, soit pratique un régime strict ou jeûne, soit encore se livre à des exercices physiques importants dans le but de prévenir toute prise de poids.
- Au moins deux épisodes boulimiques par semaine, en moyenne, pendant au moins trois mois.
- Préoccupations excessives et persistantes concernant le poids et les formes corporelles.

* *DSM III-R,* Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, *Ed. Masson, 1989, cité par M. Archinard et N. Reverdin* in Médecine et Hygiène, *1990, tiré à part N° 6639: Boulimie nerveuse et désordres alimentaires atypiques: quels traitements en 1990?*



Tu ne boiras pas!

Apprendre à dire et à se dire: premiers pas d'une thérapie face aux dépendances. Une clinique en Suisse alémanique fait œuvre de pionnière.

Le centre de réhabilitation Wysshölzli d'Herzogenbuchsee fêtait l'année dernière ses 100 ans. En 1892, Marie Sollberger ouvrit en effet dans la ferme de sa famille la première clinique de Suisse réservée aux femmes alcooliques.

La thérapie consistait en trois principes: abstinence, activité et alimentation saine. Il s'agissait d'occuper le corps et l'esprit des quelque vingt patientes d'alors. Ces dernières s'adonnaient aux tâches ménagères et au jardinage. Elles réalisaient aussi ce qu'on appelait les ouvrages de dames. Un moment de la journée était dévolu à la lecture de la Bible.

Marie Sollberger fit véritablement œuvre de pionnière. Les fondements de sa thérapie demeurent actuels. En 1918, à sa mort, l'Etat de Berne reprit l'établissement. De 1925 à 1971, il fut géré par des diaconnesses. En 1971, Elisabeth Gordes-Gasser prit sa direction. Elle assouplit les règles en vigueur, introduisit de nouvelles thérapies et créa des équipes interdisciplinaires de thérapeutes. Aujourd'hui, une équipe de vingt personnes travaille dans l'établissement. *«Ce sont en majorité des femmes,* explique Elisabeth Schmidt, directrice du groupe thérapeutique, *à l'exception d'un thérapeute, de l'administrateur et du jardinier. L'Institut de psychiatrie sociale de Berne met à disposition un psychiatre. Dernièrement, nous avons demandé que ce soit une femme. Il nous paraît important que le rôle de psychiatre ne soit pas toujours associé à un homme. De surcroît, l'écoute d'une femme est différente, plus intense peut être, car elle vit les mêmes dilemmes existentiels que les patientes.»*

Toutes les huit semaines, un groupe de huit femmes commence la thérapie. Il parcourt ensemble ses diverses phases. La plupart des activités – excepté la gymnastique et la natation – se font en commun. Qu'il soit soudé ou conflictuel, le groupe demeure. Apprendre à vivre ensemble, à analyser ce qui enraie les engrenages de la communication fait aussi partie du concept.

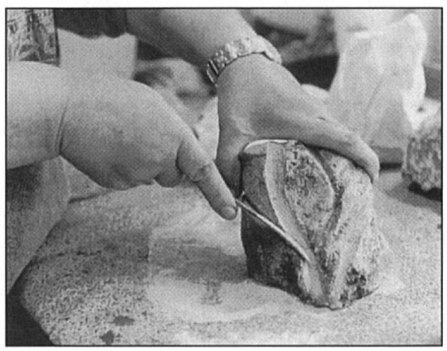
La majorité des femmes sont dépendantes à la fois de l'alcool et des médicaments. Les dépendances uniques sont plutôt rares.

«La plupart des femmes ne se rendent pas compte qu'elles cumulent les dépendances. Elles boivent et elles prennent des médicaments pour dormir, pour se détendre, pour calmer leurs maux de tête. Les femmes dépendantes des médicaments éprouvent souvent un sentiment de supériorité. Le médicament n'a pas d'odeur, il fait plus propre.»

Chaque phase dure huit semaines. Un horaire précis découpe les semaines en activités diverses, car un emploi du temps structuré aide à lutter contre les états de manque. La première phase est essentiellement celle de la détente et de la récupération physique et psychique. Il faut retrouver le contact perdu avec son corps en mouvement, se sentir vivre, reprendre confiance en soi. Les séances d'ergothérapie sont nombreuses. On travaille la glaise, le bois, les fibres, les matières naturelles.

Ce qui jaillit de soi

D'une phase plutôt intérieure, on passe à une étape ouverte vers l'extérieur et vers l'échange avec les autres. Dans les groupes, on tend à analyser les sources existentielles des dépendances, à mettre en lumière les difficultés, les échecs et les succès des stratégies personnelles. Peu à peu, les femmes découvrent que leur problème est essentiellement un problème de société et que leurs dépendances sont une réponse à des contextes sociaux. Peindre ce qui jaillit de soi, produire des sons et s'imprégner de musique fait aussi partie de cette étape.



Peindre ou modeler ce qui jaillit de soi: une stratégie existentielle.
(Photo archives Wysshölzli)

La troisième phase est celle de la structuration et de l'indépendance. Il n'y a plus d'ergothérapie. Les séances de thérapie s'espacent. C'est la marche vers l'autonomie et vers la recherche d'une voie nouvelle.

sous) – la facilité d'accès à la nourriture expliquant en partie cela. Non, car la boulimie existe aussi dans d'autres populations, à une moindre échelle. Au Japon, par exemple, où une enquête menée dans le milieu étudiant a révélé que 2,9% des filles souffrent de boulimie (ndlr: contre 5% à Genève en 1987, voir[7]). Ou encore en Israël, dans les kibboutz.

FS – Quel est le traitement de la boulimie?

N. R. – *Il se pratique individuellement ou en groupes de huit à dix personnes et comporte deux volets: d'abord, on s'occupe de la restructuration du comportement alimentaire. Les boulimiques doivent en effet réapprendre à manger trois fois par jour, à des heures régulières, dans un lieu approprié. A cet égard, on leur demande de noter sur un carnet alimentaire tout ce qu'elles mangent, l'heure, le lieu, la quantité, la rapiditié, le degré de faim et les sentiments qui les animent à ce moment-là. Le deuxième volet concerne la restructuration cognitive. On s'occupe des idées fausses, comme par exemple celle qui consiste à faire dépendre de sa minceur sa capacité à être aimée et reconnue. On tente aussi de développer ou de renforcer l'autoobservation, car en général les boulimiques scotomisent leur capacité d'introspection. L'alimentation court-circuite tout: elles mangent pour ne pas penser. Les questions relatives à l'image de soi, à son identité sont également abordées au cours de cette phase. Quand elles sont trop déprimées, car la perte de leurs habitudes alimentaires inadéquates peut être très éprouvante, on leur propose parfois des antidépresseurs de façon temporaire.*

FS – Et quand ce travail est accompli?

N. R. – *C'est là que tout commence... Les Américains prétendent que lorsqu'on a défait le comportement boulimique, tout est OK: on repart dans la vie avec une estime de soi suffisante... Possible. Mais je n'ai pas vu ça très fréquemment. Pour moi, c'est souvent le moment où se précise le besoin d'une thérapie individuelle...*

Edwige Tendon

[1] **Ph. Jeammet,** *L'Anorexie mentale,* Encycl. méd. Paris, Psychiatrie 37350 A10 et A15 2-1984.

[2] **Dr Begoña Pelanosa,** psychiatre, médecin adjointe à la division de médecine psychosomatique et psychosociale, Clinique de psychiatrie II, IUPG, bd de la Cluse 51, 1205 Genève, tél. (022) 382 48 70 (traite plus particulièrement des cas d'anorexie).

[3] **Nicole Reverdin**, psychologue, ancienne collaboratrice à la division de médecine psychosomatique et psychosociale, 9, rue Verdaine, 1204 Genève, tél. (022) 310 74 58 (traite plus particulièrement des cas de boulimie et d'alimentation compulsive).

[4] **Susie Orbach** *in Maigrir sans Obsession,* Ed. Le Jour, 1984.

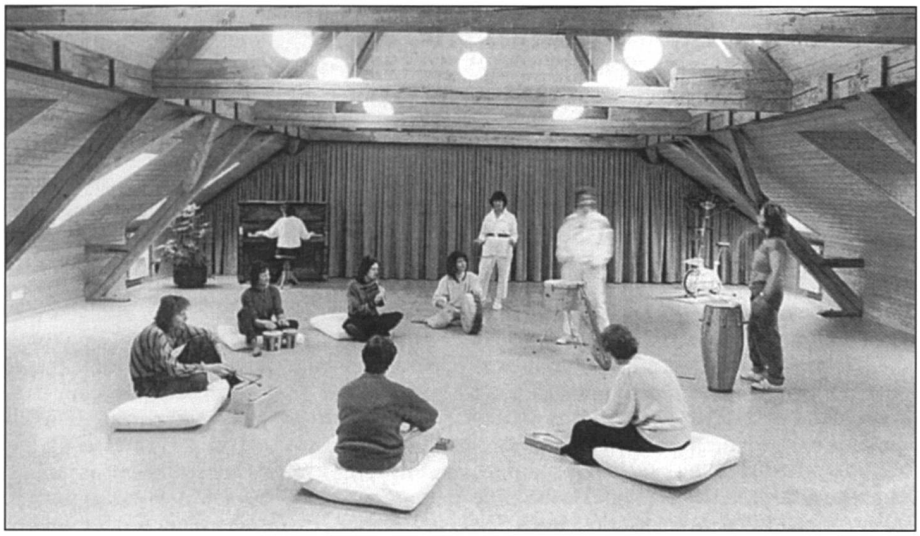
[5] **A. Crisp, N. Joughin, C. Halek et C. Bowyer,** *L'Anorexie mentale et le Désir de Changement,* ISBM 2-9700037-0-8.

[6] Renseignements auprès de la division de médecine psychosomatique et psychosociale, voir coordonnées ci-dessus.

[7] **M. Archinard** et **N. Reverdin** *in Médecine et Hygiène,* N° 1853, 12.09.80.



A ce stade, les femmes sont très actives. Elles entretiennent la maison et le jardin, elles sortent souvent afin de régler les problèmes de leur vie à venir (travail, logement, etc.). En principe, au terme des vingt-quatre semaines, les femmes quittent l'établissement. La cure est terminée.



Produire des sons et s'imprégner de musique fait partie d'une prise de conscience de soi-même. (Photo archives Wysshölzli)

Pour celles qui sont seules, sans travail ou sans logement, il existe une possibilité de prolonger le séjour. Une dépendance est à disposition dans le grand jardin de l'établissement. Les femmes y vivent en communauté, le temps de trouver un emploi ou d'organiser leur vie. Certaines travaillent à l'extérieur. D'autres aident à l'entretien de la maison et du jardin.

La crise économique pèse lourd sur les projets de vie. *«Les femmes sont les premières victimes de la crise. Nos patientes sont frappées de plein fouet. Nous aidons à la préparation et au mûrissement des projets, mais aujourd'hui il devient de plus en plus difficile de les réaliser. Pour les femmes sans formation, la crise signifie souvent ne pas trouver d'emploi, se remettre à vivre avec un homme et tisser une nouvelle dépendance. D'autres femmes, vendeuses, assistantes sociales, secrétaires, infirmières reprennent leur poste. Elles redoutent d'affronter le regard des autres.»*

Cinquante pour cent des femmes en traitement ont été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance. Dans chaque groupe, il y a au moins une femme dans ce cas, une femme abusée par son père, son frère ou un oncle. *«J'ai suivi dernièrement un groupe dans lequel six femmes avaient un tel passé. Nombre d'entre elles n'avaient jamais révélé ces souffrances. Peu à peu, quand elles en ont ressenti le besoin, elles ont raconté leur histoire, celle d'une enfance blessée. On observe que souvent les femmes abusées dans leur enfance se sentent responsables.»* Et Elisabeth Schmidt de relever que lorsque les femmes victimes d'inceste sont nombreuses, la dynamique du groupe s'en ressent. Elle devient difficile, heurtée.

Amie ou rivale?

Nombre de patientes ont une image négative de la femme. Elles ne se font pas confiance et n'ont guère confiance dans les autres. Elles craignent de potentielles rivales. *«A leur arrivée, de nombreuses femmes déclarent qu'elles se trouvent mieux dans la société des hommes. Elles ont tendance à dévaluer les relations entre femmes. Peu à peu, elles découvrent la complicité, le partage, le calme d'un groupe libéré des jeux de séduction qui sont le fait des groupes mixtes.»* Les femmes apprennent à se découvrir, à se voir et à se comprendre, à l'écart des regards et des attentes. Elles découvrent qu'elles ont le droit d'exister pour elles-mêmes et d'avoir leurs propres besoins.

L'année dernière, 74 femmes ont fréquenté l'établissement Wysshölzli. Les deux tranches d'âge les plus représentées: 30 à 39 ans (35,5%) et 40 à 49 ans (37,5%). La moyenne d'âge était de 43 ans; 29,1% des patientes étaient célibataires, 27,1% mariées, 35,5% divorcées ou séparées, 4,2% veuves.

Cinquante pour-cent des femmes étaient des auxiliaires sans formation, 8,3% des ouvrières, 18,8% des employées, 8,3% des cadres, 2,1% des indépendantes et 12,5% des ménagères. Les femmes souffrant de dépendances étaient donc, en 1992, en majorité séparées ou divorcées. Elles exerçaient un métier souvent dévalorisé n'exigeant guère de formation.

Se lisent en filigrane les inégalités dans l'éducation et la formation, les études interrompues.

Finalement, ce sont les rôles traditionnels dévolus aux femmes qui les amènent à devenir dépendantes de l'alcool et des médicaments. Elles ont été éduquées à la dépendance dès l'enfance.

Dans les groupes, les femmes ont peine à exprimer leur opinion, à imaginer que leurs idées ont une valeur. On a trop pensé pour elles. Elles parviennent difficilement à se définir sans faire référence aux autres. Elles se sentent coupables de s'être écartées de la ligne toute tracée de leur vie.

Trois ou quatre fois au cours de la cure, la famille vient en consultation. Parfois, la découverte des changements de personnalité des patientes déroute l'entourage. Certains maris voudraient que leur femme ne boive plus mais qu'elle reste la même. *«Tout serait en ordre chez nous si ma femme ne buvait pas.»* Le mot est lâché. La femme qui boit trouble l'ordre des choses parce que son rôle est de veiller à ce que les autres ne boivent pas. **Simone Forster**

Une médication spécifiquement féminine

Les médecins prescrivent plus de médicaments aux femmes qu'aux hommes. En tête de liste, les antidépresseurs. La consommation de tranquillisants est très répandue chez les femmes de plus de 45 ans et elle augmente au fil des ans.

Les femmes consultent plus facilement les médecins que les hommes. Cet état de fait n'explique pas tout. Des études canadiennes révèlent que les problèmes affectifs des femmes sont traités essentiellement par des anxiolitiques. Les hommes reçoivent moins facilement ces médicaments et les traitements durent moins longtemps. Les femmes sont rarement incitées à avoir recours à d'autres thérapies que celle de la chimie. Ces observations se vérifient en Grande-Bretagne. Les problèmes sociaux justifient un usage prolongé des anxiolitiques pour les femmes seulement. Il en allait de même dans la République fédérale d'Allemagne d'avant la réunification. Deux tiers des prescriptions médicales étaient destinées aux femmes de 20 à 60 ans. Deux tiers des patients dépendant des médicaments étaient des femmes. Ce n'est qu'à partir de 60 ans que la consommation de médicaments des hommes rejoint celle des femmes.

La publicité renforce le sentiment que les antidépresseurs sont surtout destinés aux femmes. Ces dernières servent en effet à l'illustration de la majorité des annonces publicitaires pour antidépresseurs parues dans les revues médicales.

Les femmes en viennent à considérer que les médicaments leur sont indispensables. Rien ou presque n'est entrepris pour les aider à s'en passer.

Simone Forster