



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

**Assia KHIAR ZERROUK**

le 23 novembre 2012

**Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant  
une anorexie mentale : Etude qualitative par la photographie**

Examineurs de la thèse :

|                      |            |                   |
|----------------------|------------|-------------------|
| M. B. KABUTH         | Professeur | Président         |
| M. D. SIBERTIN-BLANC | Professeur | Juge              |
| M. F. FEILLET        | Professeur | Juge              |
| M. B. BLANCHARD      | Docteur    | Juge et Directeur |
| M. O. TAÏEB          | Docteur    | Juge et Directeur |

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

**Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

**Assesseurs :**

|   |  |
|---|--|
| - 1 <sup>er</sup> Cycle :   | <b>Professeur Bruno CHENUÉL</b>            |
| - « Première année commune aux études de santé (PACES) et<br>universitarisation études para-médicales » | <b>M. Christophe NÉMOS</b>                 |
| - 2 <sup>ème</sup> Cycle :  | <b>Professeur Marc DEBOUVERIE</b>          |
| - 3 <sup>ème</sup> Cycle :  |  |
| « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »   | <b>Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI</b>   |
| « DES Spécialité Médecine Générale  | <b>Professeur Paolo DI PATRIZIO</b>        |
| - Filières professionnalisées :   | <b>M. Walter BLONDEL</b>                   |
| - Formation Continue :  | <b>Professeur Hervé VESPIGNANI</b>         |
| - Commission de Prospective :   | <b>Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT</b>  |
| - Recherche :   | <b>Professeur Didier MAINARD</b>           |
| - Développement Professionnel Continu :   | <b>Professeur Jean-Dominique DE KORWIN</b> |
| <b>Assesseurs Relations Internationales</b>   | <b>Professeur Jacques HUBERT</b>           |

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

## **PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND -  
Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude  
BURLET -

Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-  
Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien  
DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -  
Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude  
HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard  
LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -  
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -  
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON -  
Jean-Marie POLU - Jacques POUREL

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-  
Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle  
SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel  
WEBER

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

### **PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

#### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1ère sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,**

**PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,**

## **HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

### **4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

### **5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

## **50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

### **4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

## **51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Néphrologie*)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Oto-rhino-laryngologie*)



Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

## ***PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS***

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ**

**Médecine Générale**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

## ***MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS***

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

**2<sup>ème</sup> sous-section** (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section** (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ère</sup> sous-section** : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section** : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2<sup>ème</sup> sous-section** : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section** : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section** : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section** : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section** : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50<sup>ème</sup> Section** : **PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE  
PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section** : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section** : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section** : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section** : **PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**4<sup>ème</sup> sous-section** : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,**

**ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

***MAÎTRES DE CONFÉRENCES***

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

***MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS***

**Médecine Générale**

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

## ***PROFESSEURS ÉMÉRITES***

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie  
GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

### ***DOCTEURS HONORIS CAUSA***

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

*Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Harry J. BUNCKE (1989)

*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)

*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto  
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur James STEICHEN (1997)

*Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionne.  
des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊ*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur David ALPERS (2011)

*Université de Washington (USA)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

*Université de WUHAN (CHINE)*

*A notre Maître et Président,  
Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,  
Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
Docteur en Psychologie*

*Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée tout au long de cette année de travail. De votre disponibilité et de vos précieux conseils.*

*Durant notre internat, nous avons pu bénéficier de l'immense qualité de votre enseignement et de votre grande pédagogie au cours des séminaires de pédopsychiatrie. Nous avons tout particulièrement apprécié vos qualités humaines et vos enseignements cliniques.*

*Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de notre profond respect.*

*A notre Maître et juge,*

*Monsieur le Professeur Sibertin-Blanc,*

*Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,*

*Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.*

*Durant notre internat, nous avons pu apprécier vos qualités humaines, cliniques et pédagogiques.*

*Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre profond respect.*



*A notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur François Feillet,  
Professeur de Pédiatrie*

*Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.*

*Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre profond respect.*

*A notre Directeur de thèse et Juge,  
Monsieur le Docteur Bernard Blanchard,  
Docteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

*Je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce travail, pour votre disponibilité et vos conseils avisés.*

*Je vous suis particulièrement reconnaissante de la confiance que vous me témoignez depuis notre rencontre.*

*Durant les deux semestres d'internat passés dans votre service, j'ai pu bénéficier de vos grandes compétences cliniques et théoriques mais j'ai surtout été touchée par vos qualités humaines et votre immense dévouement à vos patients et à votre équipe.*

*Que ce travail soit le début d'une longue collaboration et l'occasion de vous exprimer mon profond respect.*

*A notre Directeur de thèse et Juge,  
Monsieur le Docteur Olivier Tateb,  
Docteur en psychiatrie de l'adulte,  
Docteur en psychologie*

*Je te remercie d'avoir bien voulu diriger ce travail, de m'avoir accompagnée tout au long de cette année et depuis bien plus longtemps.*

*Je te remercie pour tes précieux conseils, tes encouragements, ta disponibilité, ta gentillesse, ta bienveillance... Et surtout ta modestie.*

*Ton amour d'enseigner, ton don de transmettre, ton respect de « l'autre »... M'ont fait chavirer vers cette belle spécialité... Tes qualités humaines et professionnelles sont indéniables.*

*Que ce travail soit le fruit de notre rencontre et de notre belle amitié.*

*A Sami,*

*Pour m'avoir soutenue, cru en moi, projetée au plus haut...*

*Pour tous les moments passés ensemble, les plus beaux et les plus difficiles...*

*Pour tous les moments à venir et les projets à construire...*

*Que nos thèses soient pour nous, l'occasion de clore le chapitre des études pour ouvrir celui de l'épanouissement personnel et professionnel...*

*Avec tout mon amour...*

*A mes parents,*

*Pour m'avoir tout donné, m'avoir appris le sens des études et du travail, m'avoir poussée au plus haut niveau...*

*Pour leur amour, leur dévouement et leur confiance inébranlable...*

*Je leur dédie ce travail et leur témoigne mon affection et ma gratitude...*

*A mes frères, en leur souhaitant le meilleur...*

*A mes beaux parents, pour m'avoir soutenu et répondu présent...*

*A mes amis, pour avoir toujours été là pour moi...*

*Aux rencontres qui ont influencé ma destinée... Le Pr Richalet pour m'avoir remise sur les rails de la médecine, le Pr Moro et son équipe pour m'avoir fait prendre le train de la psychiatrie... Et toutes les autres...*

*Et pour finir...*

*A Jade, mon petit ange adoré,*

*Son sourire est mon rayon de soleil, ses câlins mon baume apaisant, son admiration ma force et ma détermination... Pardon pour tous les moments libres passés à travailler...*

## SERMENT

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| PREAMBULE   | 23 |
| I- INTRODUCTION   | 24 |
| II- DONNEES DE LA LITTERATURE                                 | 27 |
| 1- Anorexie et relations familiales                           | 27 |
| <i>a- Approche systémique et familiale</i>                    | 27 |
| <i>b- Approche psychanalytique</i>                            | 30 |
| 2- Nourriture et relations familiales                         | 31 |
| <i>a- Nourriture comme objet d'amour</i>                      | 31 |
| <i>b- Nourriture comme objet de contrôle</i>                  | 33 |
| <i>c- Nourriture comme signe de cohésion familiale</i>        | 34 |
| <i>d- Nourriture comme vecteur de « transmission »</i>        | 35 |
| 3- Anorexie, nourriture et relations familiales               | 36 |
| III- MATERIEL ET METHODE                                      | 39 |
| 1- Matériel   | 39 |
| 2- Méthode de recueil des données                             | 39 |
| <i>a- La méthode qualitative</i>                              | 39 |
| <i>b- Visual narrative</i>                                    | 41 |
| <i>c- Plan expérimental</i>                                   | 42 |
| <i>d- Analyse des données</i>                                 | 44 |
| <i>e- Ethique</i>   | 45 |
| IV- RESULTATS   | 46 |
| 1- La dynamique parents-enfants                               | 46 |
| <i>a- La nourriture et le contrôle relationnel</i>            | 46 |
| <i>b- La nourriture pour se ressembler ou se différencier</i> | 50 |
|   | 21 |

|  |    |
|--|----|
| <i>c- La nourriture et la fonction parentale</i>   | 52 |
| 2- La dynamique groupale et familiale  | 55 |
| <i>a- La nourriture comme le témoin d'une cohésion familiale idéalisée</i>                               | 55 |
| <i>b- La nourriture comme conflit écran de la famille</i>  | 57 |
| <i>c- La configuration de la table comme une « photographie »<br/>        du fonctionnement familial</i> | 61 |
| <br>   |    |
| V- DISCUSSION  | 64 |
| <br>   |    |
| VI- CONCLUSION ET PERSPECTIVES   | 71 |
| <br>   |    |
| VII- BIBLIOGRAPHIE   | 73 |
| <br>   |    |
| ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN  | 83 |

## **PREAMBULE**

Cette étude s'est intéressée spécifiquement à la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale. Elle a également fait l'objet d'une soumission récente à la revue « *psychiatrie de l'enfant* » pour l'obtention d'une thèse-article.

Elle est intégrée à une recherche plus large déployée au sein du groupe QUALIGRAMH (*QUALItative Group of Research in Adolescent Mental Health*) affilié au laboratoire de recherche agréé **INSERM U669, PSIGIAM**. Ce groupe est constitué de chercheurs et de cliniciens spécialisés dans la clinique de l'adolescent et dont le but est de développer la recherche qualitative en psychiatrie de l'adolescent. Une première étude a déjà été menée dans ce groupe et a traité du rôle de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents obèses (*LACHAL & AL 2012*). D'autres axes de recherches sont également menés en parallèle et explorent d'autres problématiques telles que le rôle de la nourriture dans les relations familiales chez les adolescents n'ayant pas de trouble alimentaire ou le vécu dépressif chez l'adolescent.



## I- INTRODUCTION

Les pathologies du poids sont un enjeu majeur de santé publique, en particulier à l'adolescence. L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire d'origine multifactorielle où interviennent des facteurs personnels de vulnérabilité psychologique et biologique et des facteurs d'environnement, familiaux et également socioculturels (*Haute Autorité de Santé – HAS 2010*). Cette maladie est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales (*CIM-10 et DSM-IV-TR*). La prévalence de l'anorexie mentale répondant à ces critères diagnostiques varie en fonction des études et de la population étudiée. Selon deux études récentes menées en Norvège et aux Etats Unis, elle serait de 0,9 à 2,2% de la population générale féminine et de 0,2 à 0,3 % des hommes (*KESKI & AL 2007, RAEVUORI & AL 2009*). En France, elle est estimée à 0,9 - 1,5% des femmes (*HAS 2010*) et à 0,5 – 1% des adolescentes (*GODART & AL 2004*). La prédominance féminine est nette dans toutes les études, avec un ratio de huit cas sur dix d'anorexie féminine (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION -APA 2006*).

L'anorexie représente le trouble mental ayant le plus haut taux de mortalité, estimé entre 5 et 10 % selon les études (*HERZOG 2000, STEINHAUSEN 2002, MILLER & AL 2010*). Les complications somatiques sont sévères (troubles hydro-électriques, troubles cardio-vasculaires, dénutrition et ostéoporose, hypothermie, troubles hépato-gastro-entérologiques, immunodépression, troubles hormonaux...) (*APA 2006, ROSEN 2010*), elles témoignent de la gravité de la maladie et mettent en jeu le pronostic vital le plus souvent dans les suites de troubles du rythme cardiaque (*NEUMÄRKER 1997*). Les complications psychiatriques sont également majeures : le suicide représente la deuxième cause principale de mortalité (*IBID*), les troubles anxieux et les syndromes dépressifs sont également fréquents (*FRANKO & AL 2006, BERKMAN & AL 2007*).

La prise en charge de cette pathologie est bien envisagée à la fois sur le plan médical et psychiatrique. Elle repose sur une équipe multidisciplinaire dont le socle associe au minimum deux praticiens, un psychiatre (pédopsychiatre) ou psychologue et un somaticien (médecin généraliste ou pédiatre) (*HAS 2010*). Le traitement associe la « *réadaptation nutritionnelle* » aux « *interventions psychosociales* » (*APA 2006*) intégrant une thérapie familiale pour les enfants et les adolescents (*HAS 2010*). Une chimiothérapie psychotrope n'a que peu de place dans le traitement de l'anorexie mentale, en dehors d'une utilisation d'appoint d'anxiolytiques et d'antidépresseurs.

Sur le plan pratique, l'approche familiale préconisée (*IBID*) est le plus souvent présente au travers d'entretiens familiaux réguliers, de groupes de paroles et de thérapie familiale. Certains auteurs décrivent la thérapie familiale comme le traitement le plus efficace de l'anorexie mentale à l'adolescence (*LOCK & GOWERS 2005*) et ont démontré sa supériorité sur la thérapie individuelle (*GARDNER & WILKINSON 2011*), tandis que d'autres rapportent les bénéfices de leur association (*GODART & AL 2012*).

La prise en compte de l'environnement familial est donc un souci constant. La nourriture et le lien familial sont au cœur du dispositif de prise en charge thérapeutique des pathologies liées au poids. D'autre part, certaines approches thérapeutiques de l'anorexie mentale passent par une séparation d'avec le milieu familial et l'environnement habituel (*CORCOS 2002*). La reprise de la relation avec les parents est conditionnée par la prise de poids, autrement dit par l'alimentation. La nourriture, ou son absence, envisagée comme vecteur transactionnel de la relation parents-enfants, est également vecteur de la relation patient-thérapeute.

Ainsi la question de la place et du rôle de la nourriture dans les relations familiales est centrale d'une part dans la compréhension des pathologies du poids et d'autre part dans la prise en charge de ces pathologies, pourtant elle est peu voire pas étudiée. En effet, l'intérêt à ce jour, a particulièrement été porté sur le rôle de la nourriture dans les relations familiales en général en tant que vecteur d'amour (*JEAMMET 2004, JIANG 2007, WONG 2010*), de cohésion (*KAGANSKI 2005, KAPLAN 2000*) et de transmission (*CARRIGAN 2006, MORO 2009*) ou sur le fonctionnement relationnel dans les familles d'anorexiques en dehors des enjeux liés à la nourriture (*MINUCHIN 1978, SELVINI, 2002, ROVA 2001, LAPORTE 2001, DELANNES 2006, DALLOS 2008...*) mais peu d'auteurs ont abordé de façon spécifique l'articulation des relations familiales à la nourriture dans les familles d'adolescents souffrant d'anorexie.

Du fait de notre sujet d'étude complexe, nous avons opté pour une méthodologie qualitative en nous appuyant spécifiquement sur un outil technique original : la « photo-elicitation ». Les méthodes qualitatives sont particulièrement intéressantes dans la recherche en psychiatrie surtout lorsque la prise en compte des perspectives du patient est centrale dans le diagnostic et le traitement (*REVAH-LEVY & AL 2007, TAIEB & AL 2008*). Concernant l'anorexie, on retrouve dans la littérature de nombreuses études qualitatives. Plusieurs d'entre elles se sont intéressées aux expériences des patients, leur vécu et leur regard sur la maladie

(KORUTH 2011, HIGBED & FOX 2010, ESPINDOLA & BLAY 2009) ainsi qu'à leur point de vue sur les rechutes (FEDERICI & KAPLAN 2008) ou leurs perceptions de la guérison (JENKINS & OGDEN 2012, ESPINDOLA 2009, NILSON & HAGGLOF 2006). D'autres se sont davantage centrées sur les perspectives des parents par rapport à la prise en charge de l'anorexie (TIERNEY, 2005) et à leurs propres difficultés et besoins en tant que personnes aidantes dans l'accompagnement de leurs enfants (WHITNEY 2005, HONEY & BOUGHTWOOD 2008) ainsi que les perspectives des soignants dans leur travail avec les familles (WHITNEY, 2012) ou dans leurs prestations et services en ce qui concerne la prise en charge de l'anorexie (REID, 2010). Quelques études évoquent l'impact de l'anorexie mentale sur les relations familiales et les modifications stressantes qu'elle implique dans la dynamique familiale (GILBERT & SHAW 2000, KEITEL 2012) mais nous n'avons à ce jour trouvé aucune étude qui traite du rôle de la nourriture dans les interactions familiales chez les adolescents souffrant d'anorexie.

La « photo-elicitation » est une technique issue de la « narrativité visuelle » (« *visual narrative* »), beaucoup utilisée dans les *visual studies* (COLLIER 1986, ROSE 2001, POWER 2003, HARPER 2002 et 2005). Elle consiste à utiliser la photographie comme support aux entretiens, les patients rapportent leurs propres expériences. Ceci permet une médiation intéressante qui facilite la discussion et favorise les échanges autour de questions complexes et difficiles. Les méthodes de narration visuelle ont été peu utilisées jusqu'à présent en recherche clinique. Chez l'enfant et l'adolescent, elles ont été utilisées pour décrire le vécu de la maladie chronique, de l'expérience du cancer ou du diabète (DREW & AL 2010, HANNA & AL 1993 et 1995, BUCHBINDER & AL 2005). A notre connaissance, la photo-elicitation a été utilisée pour la première fois dans la recherche en psychiatrie au sein du groupe QUALIGRAMH pour explorer le rôle de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents obèses (LACHAL & AL 2012).

Notre étude avait pour but d'investiguer la place de la nourriture dans les relations familiales auprès d'adolescents présentant une anorexie mentale et de cerner les enjeux, les dynamiques, et les leviers afin d'adapter les modalités thérapeutiques à une meilleure compréhension de la pathologie et à une connaissance plus approfondie du rôle de la nourriture comme vecteur relationnel. Elle cherchait également à faire émerger des éléments utiles à l'orientation de la recherche qualitative et quantitative future sur le sujet, et d'expérimenter l'outil « visuel » et d'appréhender son utilité dans le domaine de la recherche en psychiatrie de l'adolescent.

## II- DONNEES DE LA LITTERATURE

### 1- Anorexie et relations familiales

#### *a- Approche systémique et familiale*

##### *La famille de l'anorexique*

Dans les pathologies du poids, les relations familiales occupent une place importante dans la compréhension de la genèse des troubles, de leur maintien et de leur prise en charge. La dynamique familiale est fortement impliquée, et de nombreuses théorisations sont retrouvées autour de cette question.

Les premières conceptualisations systémiques de l'anorexie mentale ont proposé des modèles étiologiques de familles dites « anorexigènes », une des plus connue étant la famille « psychosomatique » de *MINUCHIN (1978)*. Pour lui, la famille où survient une anorexie mentale est une famille dysfonctionnelle qui se caractérise par *l'enchevêtrement* entre les membres d'une même famille avec une excessive proximité et une intensité des interactions, *la surprotection* parentale entravant l'autonomisation de l'enfant, *la rigidité* avec une forte résistance au changement, *l'intolérance aux conflits* et l'absence de leurs résolutions, *l'implication de l'enfant symptomatique dans le conflit parental* par détournement du conflit ou par coalition avec l'un des deux parents. *SELVINI (1971)* considère que le problème central réside dans un système d'alliance et de coalition au sein de la famille et parle de « mariage à trois ». Elle propose une configuration prototypique de la famille qu'elle décrit comme rigidement inséparable, avec des pères carencés dans leurs enfances et rendus précocement adultes, adoptant des comportements sexistes et parfois violents, des mères assujetties, se considérant comme devant combler les besoins affectifs du mari et des enfants, peu appréciées dans leurs familles d'origines avec une tendance à ravalier les humiliations et une incapacité à affirmer leurs propres désirs. Dans le rapport conjugal, les mères sont en adéquation excessive aux désirs de leurs maris avec une précaution prise à ne pas provoquer la rupture même en cas d'insatisfaction croissante. La relation de la patiente aux figures parentales est représentée soit par un lien privilégié mère-fille qui se crée à partir de la désillusion ressentie par la mère à l'égard du couple conjugal recherchant la fusion et le contrôle réciproque, soit par une collusion avec le père contre une mère frustrante à laquelle l'identification n'a pas été possible. Parfois, aucun lien affectif stable n'est établi ni avec le père ni avec la mère, la patiente peut alors vivre une grande solitude ou nouer des liens forts

avec une grande sœur ou un frère du même âge (*SELVINI 2002*). La genèse du trouble se faisant selon différents stades successifs qu'elle appelle la métaphore du « jeu familial », du stade de la famille d'origine des parents, à la formation de couple, à l'enfance et l'adolescence de la future anorexique, à l'explosion du symptôme, jusqu'aux stratégies basées sur le symptôme et l'adaptation de la famille (*SELVINI 1996*). Pour *KAGANSKI (1989)*, la famille de l'anorexique se présente comme une famille idéale et se caractérise par une banalité apparente, un isolement relationnel important, un évitement des conflits, une non expression des sentiments négatifs (agressivité, colère), une importance de l'image du corps, du poids et de la nourriture qui sont des contenus de communication importants, une ignorance et une banalisation des difficultés, des enfants merveilleux avec une « fonction narcissique » pour les parents. Elle insiste également sur l'importance des liens sur trois générations, pour elle les pathologies alimentaires questionnent les liens intergénérationnels sur lesquels s'est construit le couple, il s'agit souvent pour les parents d'être de bons enfants pour leurs parents et de bons parents pour leurs enfants en priorité par rapport à la relation entre eux (*KAGANSKI 1998*). La notion de loyauté envers la famille a également été décrite par de nombreux auteurs, l'autonomie et l'indépendance sont sacrifiées pour le bien-être du groupe familial (*BRUCH 1978, SELVINI 1996*). Pour *MARTINEZ (1986)*, les individus disparaissent au profit des fonctions qu'ils assurent comme des partenaires sur une scène de théâtre. Ce qui compte c'est la perpétuation des règles du jeu qui permettent de résister au changement. Dans ce type de famille, l'anorexie permet à la fois de protéger l'homéostasie et de conférer une identité à la patiente à l'intérieur de la famille, ce qui renforce sa difficulté à abandonner le symptôme (*IBID*).

Globalement, tous ces modèles se rejoignent pour décrire la famille « anorexique » comme fusionnelle, centripète, rigide, fermée au monde extérieur, et valorisant le groupe familial plutôt que l'individu. Cependant, les études récentes sur la configuration « psychosomatique » et ses liens spécifiques avec le trouble des conduites alimentaires ont donné des résultats équivoques. Cette configuration est rarement retrouvée au complet et avec l'intensité décrite par *MINUCHIN* et *SELVINI*, la diversité des types et niveaux de qualité de fonctionnement familial étant actuellement soulignée dans les pathologies alimentaires. Néanmoins, ces recherches s'accordent à dire que ces familles sont globalement plus perturbées que les familles normales et que l'évolution de la maladie est fortement associée à l'évolution de la qualité des relations familiales (*COOK-DARZENS & DOYEN 2000*). Ces auteurs se sont interrogés sur le vécu interne des familles d'adolescentes anorexiques et sur le

rôle de l'image interne dans le développement du trouble et dans l'ouverture ou la résistance de la famille au changement proposé, leur but étant une co-construction de la réalité thérapeutique. Leurs résultats ont montré que les familles d'anorexiques se sentent globalement moins cohésives, plus distantes que les familles de la population générale. Elles se perçoivent comme plus adaptables que les familles « normales », et expriment plus d'insatisfaction dans leur famille que les familles de la population générale. Ces résultats sont à l'opposé de la perception des cliniciens et des observateurs et montrent la nécessité de prendre en compte le point de vue du patient et de sa famille dans la prise en charge. *DELANNES (2006)* étudie les liens entre attachement et anorexie mentale, en intégrant la dimension intergénérationnelle, il retrouve contrairement à d'autres études une majorité d'attachement type « sécurisé » chez les adolescentes anorexiques avec des familles « distantes et désengagées » plutôt que « rigides et enchevêtrées ».

### *Le fonctionnement familial*

Dans son étude comparative de famille de jeunes filles anorexiques restrictives à des familles de jeunes filles sans aucune pathologie psychiatrique, *LAPORTE & AL (2001)* montrent que les parents de jeunes femmes anorexiques ne démontrent pas plus de troubles des conduites alimentaires que les parents des jeunes femmes témoins. Par contre, ils retrouvent chez les parents du premier groupe des troubles liés à la consommation d'alcool de manière significativement plus fréquente. Dans ce même groupe, les jeunes femmes anorexiques rapportent avoir vécu plus de surprotection et de contrôle parental que les jeunes femmes témoins. Par ailleurs, elles rattachent le bon fonctionnement de leurs familles aux deux attitudes et comportements de leurs parents, tandis que les femmes témoins l'associent aux comportements et attitudes de leurs pères seulement. Les jeunes femmes des deux groupes ont souligné l'apport important de leurs pères tandis que ces derniers ne semblaient pas reconnaître leur influence sur le bon fonctionnement de leur famille. *ENTEN (2009)* met également en avant le rôle du père dans la pathogénie de la maladie. Le caractère autoritaire du père ayant été corrélé de façon inversement proportionnelle au diagnostic de trouble du comportement alimentaire. Globalement, les familles d'anorexiques sont vues avec davantage de problèmes d'anxiété et de maîtrise, et les règles familiales y sont plus sévères et plus contraignantes (*GILLET ET AL 2000*).

Concernant la perception que les jeunes filles anorexiques ont de leur relation avec leurs parents, *HUMPHREY (1986)*, rapporte qu'elles voient leurs parents les blâmer

davantage, les rejeter et les négliger plus que les jeunes filles de la population générale. Ces dernières se traitant elles-mêmes avec la même hostilité et dépréciation. Concernant le vécu d'autonomie, *KARWAUTZ (2003)* rapporte que les jeunes filles anorexiques se perçoivent comme moins autonomes et plus proches de leurs parents que les sœurs non malades alors que les liens émotionnels sont perçus à l'identique par les patientes et par leurs sœurs.

Dans son étude qualitative, *DALLOS (2008)* a exploré la nature des liens et de l'attachement interindividuel chez quatre familles de jeunes filles anorexiques. Il retrouve des relations interfamiliales conflictuelles et une dyscommunication confusiogène. Les jeunes filles anorexiques sont particulièrement investies par les parents, elles représentent des enjeux de réparation et jouent un rôle pivot dans les attentes parentales qui visent à corriger leurs propres expériences de l'enfance. *ROVA (2001)* a examiné la question des frontières et des limites parents-enfant dans l'anorexie mentale et la considère comme un phénomène multidimensionnel et distinct d'un haut niveau de cohésion familiale. Les jeunes filles anorexiques rapportent plus de problèmes d'intrusion et de non respect de l'intimité par les parents, tandis que les parents ne soutiennent aucun problème de limites avec leurs adolescents.

### ***b- Approche psychanalytique***

Sur le plan psychopathologique, plusieurs auteurs placent la problématique de l'identité au cœur des pathologies alimentaires. Elles soulignent l'importance du conflit dépendance/autonomie et la vulnérabilité fondamentale de ces sujets (*KESTEMBERG 1972*). L'anorexie mentale pourrait être considérée comme une modalité de régulation de l'équilibre psychique qui permettrait de faire face aux menaces de perte que représente la problématique de « séparation / individuation ». Le rôle de la mère a été longtemps considéré comme fondamental dans la psychopathologie du trouble. Pour *BRUSSET (1998)*, la mère est déterminée dans ses attitudes, souvent à son insu, par ce qu'il en a été de ses relations avec sa propre mère. Il décrit des attitudes de gavage ou de forçage de la bouche de l'enfant par des mères qui ne perçoivent pas ou ne respectent pas la demande de l'enfant, or ce manque d'empathie de la mère pourrait entraîner chez l'enfant une défaillance d'introjection des fonctions maternelles calmantes, protectrices et contenantes. *BRUCH (1973)* décrit la dépendance d'un enfant à l'égard d'une mère qui lui fait prendre ses besoins à elle pour les siens propres. Ces deux auteurs s'accordent sur le fait que la défaillance de la relation objectale et du narcissisme résultant de la relation mère-enfant ne permet pas l'élaboration de

mouvements pulsionnels et d'états d'excitations propres à l'enfant, le don alimentaire agissant comme négation de la demande de l'enfant. De nombreux autres essais de théorisation sont retrouvés dans la littérature, un état dépressif de la mère dans les premières années de la vie de l'enfant impliquant un manque d'empathie et d'étayage affectif de cette dernière (MASTERSON 1977), les troubles précoces de l'attachement ont été corrélés avec la sévérité du trouble alimentaire (O'SHAUGHNESSY 2009), un défaut de holding (HUMPHREY & STERN 1988), un rejet par la mère du besoin de dépendance et du désir d'autonomie de son enfant (ORBACH 1985)...

Certains auteurs se sont intéressés aux aspects narcissiques prédominants dans la relation de l'anorexique à sa mère et plus tard aux autres (JEAMMET 2004, CORCOS 2002). Ce type de relation se caractérise par : une quête incessante du regard de l'autre, une attitude en miroir, une absence de désirs propres, la soumission de celui dont on se sent narcissiquement dépendant à une dépendance semblable à l'égard de soi. Cette dimension narcissique importante a conduit ces auteurs à intégrer les conduites alimentaires dans le vaste champ des addictions. L'hypothèse essentielle est que le fond commun de cette problématique de dépendance crée les conditions d'un antagonisme entre la sauvegarde narcissique et la lignée objectale pulsionnelle. Cette situation aboutit à une sorte de paradoxe, dont l'anorexie est le paradigme et qui peut selon JEAMMET se formuler ainsi : « *ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin, et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace* ».

CORCOS (2005) décrit une transmission transgénérationnelle pathologique de la lignée fille, mère, grand mère qui se redupliquent dans une même soumission. Ce qui chez la mère est contenu dans l'inhibition et le caractère est agir corporel obstiné chez la fille. Pour lui, ce qui s'inscrit dans la lignée maternelle de la grand-mère à la fille c'est *l'impossible du féminin*, de la relation hétérosexuelle, le dégoût du corps et sa destruction. JEAMMET (2004) parle de confusion des générations, avec la fille comme double narcissique de la mère et également comme support de projection d'une image parentale.

## **2- Nourriture et relations familiales**

### ***a- Nourriture comme objet d'amour***

C'est par l'intermédiaire de la nourriture que s'effectuent les premiers échanges entre une mère et son bébé. Autour de l'alimentation s'organisent les notions de plaisir et de



déplaisir. Quand ils disent à leurs petits enfants : « une cuillère pour maman, une cuillère pour papa... », les parents contribuent sans le savoir à faire de l'alimentation le véhicule de l'amour. Cette dimension de plaisir et d'amour est inhérente à la fonction alimentaire. Il y a analogie entre la nourriture nécessaire au développement du corps et les échanges affectifs et relationnels nécessaires au développement de notre personnalité (JEAMMET 2004).

La tétée est parmi les premiers échanges entre la mère et son nouveau né. Il s'agit du premier soin (*care*) donné à un enfant. Le soin au sens d'HOCHSHILD (1998) est un lien émotionnel entre le *caregiver* et le *carefor*, un lien par lequel le *caregiver* se sent responsable du bien-être de l'autre et réalise des tâches cognitives, émotionnelles et physiques dans le but de s'acquitter de cette responsabilité. La nourriture dans les premiers soins est avant tout un don de soi, de la mère vers son enfant, dans un investissement narcissique très fort, *amoureux* selon LAPLANCHE (1994), elle est la démonstration d'un « *amour dévot* » (CAPILLEN, 2009). WINNICOTT (1957) parle de la mère « *suffisamment bonne* » pour décrire la bonne équation du ni trop, ni pas assez dans les soins qu'elle donne à son enfant. C'est grâce à la qualité de cet équilibre que l'enfant peut développer son moi dans un investissement narcissique et s'individualiser en tant que personne indépendante de sa mère.

Dans le concept anglo-saxon de « *nurturance* », nourriture, soins et amour sont intimement liés et sont essentiels à la survie de l'enfant (JIANG 2007). Dans son étude qualitative sur les enfants obèses de familles chinoises, WONG (2010) va plus loin en parlant de réciprocité dans le processus de « *nurturance* ». Pour lui, le parent prouve son amour à son enfant en le nourrissant qui le lui rend en acceptant la nourriture, il ajoute que dans cette culture où l'amour maternel passe par l'acte nourricier, mettre un enfant au régime risque de compromettre le lien existant entre le parent et son enfant. Ce point de vue est partagé par KAUFFMAN (2007) pour qui la réciprocité de l'amour des parents transmis par la nourriture est incarnée dans le corps des enfants et leurs poids. Pour KAPLAN (2000), cette réciprocité peut être positive et véhiculer un sentiment d'empathie qui se retrouve dans la nourriture qu'un adolescent peut faire pour ses parents comme elle peut être négative avec des contenus de représailles, de vengeance ou de réparation. Pour lui, le refus de rendre ce soin nourricier peut signifier un acte de protestation, d'opposition ou de revendication. Le maniement de la nourriture devient alors un outil de contrôle ou de domination.

### ***b- Nourriture comme objet de contrôle***

La fonction alimentaire en tant que vecteur de la relation parent-enfant est donc complexe et passe par plusieurs situations, de la passivité où l'enfant est « rempli » d'amour et d'affection, à la réciprocité de la preuve d'amour passant par la domination et l'emprise qu'elle engendre. A partir du moment où cette fonction est surinvestie, elle devient un lieu privilégié de cristallisation des conflits.

*JEAMMET (2004)* pense cette relation parent-enfant véhiculée par la nourriture en termes de *dépendance*. Le refus et l'opposition (de la nourriture) chez l'enfant pouvant être interprété comme l'aménagement d'une relation de dépendance un peu excessive et aurait une fonction protectrice contre l'envahissement et l'emprise. Pour lui, les enfants tentent, en miroir, de renverser la dépendance excessive ; par des caprices et des plaintes, ils mettent l'autre à distance mais l'obligent aussi à une attention plus spécifique. La nourriture peut devenir l'un des enjeux de ces « caprices », mais si cela prend des proportions excessives, cette attitude d'opposition perd sa fonction protectrice, renforçant au contraire la dépendance de l'enfant à son entourage et l'obligeant à son tour à renforcer son refus.

La nourriture peut également être associée à la notion de pouvoir dans la famille, celui qui décide ce qu'on mange est une personne importante. Le pouvoir de l'enfant est alors de refuser de manger, il utilise la nourriture pour affirmer son refus de l'autorité parentale : « *cela sert de moyen pour lutter contre les tentatives des parents de dicter comment l'enfant doit conduire ses activités corporelles* » (*LUPTON, 1994*). Pour *JIANG (2007)*, l'utilisation de la nourriture comme *récompense* pour manipuler les comportements des enfants pourrait être vue comme une illustration de la lutte de pouvoir entre les enfants et les parents. En donnant à l'enfant ce qu'il désire, le parent le laisse maîtriser cet aspect de la relation. En acceptant le contrat implicite de la récompense, l'enfant accepte quant à lui de laisser le pouvoir au parent sur son comportement. *DALLOS (2008)* met en évidence dans l'anorexie mentale cette utilisation de l'alimentation comme objet de pouvoir. L'adolescente, pas encore anorexique, se retrouve au milieu du conflit parental et utilise l'alimentation comme solution de *coping* : en arrêtant de manger, elle impose à ses parents de se préoccuper d'elle et par là même d'oublier leur conflit. « *Elle prend le contrôle sur le conflit parental, mais de fait se retrouve alors piégée dans ce statut de "régulateur", dans un conflit de loyauté à la fois interne et intersubjectif.* » (*IBID*).

### *c- Nourriture comme signe de cohésion familiale*

La nourriture est l'un des vecteurs les plus importants de la cohésion familiale, l'alimentation a une place fondamentale dans les échanges familiaux. La nourriture est un contenu de communication très important, le moyen de définir les relations, d'exprimer l'amour ou la colère. Les repas sont parfois la seule occasion de réunion de la famille (KAGANSKI, 1989). Autour des repas, une atmosphère est créée, des échanges, des émotions circulent dans le groupe familial, le repas n'est en quelque sorte qu'une figuration du fonctionnement relationnel d'une famille, prise à chaque fois dans sa singularité et à un moment particulier de son cycle vital (KAGANSKI, 1998). Le repas est un moyen d'améliorer les interactions familiales, il n'est pas seulement une occasion de s'asseoir et de rompre le pain ensemble comme une famille ; c'est un temps pour reproduire la famille, et reproduire la position de chacun dans cette famille, à travers ses activités et ses interactions (KAPLAN, 2000). WONG (2010) parle de la place importante de la nourriture comme fonction d'attache et de lien dans les relations familiales entre l'enfant et ses parents mais également dans les liens interfamiliaux. Pour lui, une des principales fonctions de l'alimentation est l'affirmation de la structure familiale, cohérente et harmonieuse. Le partage de la nourriture symbolise la solidarité familiale, l'établissement et l'affirmation des relations de parenté.

Autour de la nourriture, il existe une atmosphère, des échanges, des émotions qui circulent dans le groupe familial ; la nourriture est porteuse de goûts, des rapports au plaisir et au déplaisir, des interdits, des valeurs et de la culture familiale. Les rituels alimentaires issus d'une culture familiale singulière nous renseignent sur les mythes opérant pour chaque famille, qui constitue *l'identité familiale* et tissent la trame intersubjective entre chacun de ses membres (KAGANSKI 2000). NAUDIN (1995) parle également de la nourriture comme marqueur de l'identité familiale : « *La nourriture est une preuve externalisée de nos appartenances, de nos filiations et affiliations, de nos Identités. Identité du groupe religieux, culturel, mais aussi et surtout identité de la famille* ».

Par ailleurs, la perturbation de la cohésion familiale semble être corrélée à l'apparition de certains troubles alimentaires chez les adolescents. En effet, plusieurs auteurs ont montré une corrélation entre les expériences de vécus négatifs et de dysfonctionnements familiaux autour de la nourriture et les symptômes de troubles alimentaires (DINSMORE 2003, ANNUS 2007). Dans le même sens, les repas pris en famille, et surtout la qualité de l'atmosphère durant ces repas, semble être un facteur protecteur contre l'apparition de

troubles alimentaires (restriction, boulimie, *binge-eating*, obésité) et ce, de façon plus marqué chez les filles (*MILLER 1993, GREENFIELD 2009*).

#### *d- Nourriture comme vecteur de « transmission »*

La nourriture comme vecteur de transmission a été largement étudiée dans la littérature, et particulièrement dans des contextes culturels spécifiques ou en situation de migration. Cette transmission concerne non seulement la dyade parents-enfants mais également la famille plus élargie et le groupe d'appartenance. *MORO (2009)* parle de « *transmission verticale et transmission horizontale* » pour désigner les phénomènes intergénérationnels, d'une part et l'influence des pairs et de la société, d'autre part. Pour *MORO (2003)*, « *la nourriture appartient à un système culturel constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire, la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternages, etc..* ». Ainsi elle intègre la nourriture dans une transmission plus large de la culture incluant les habitudes, les rituels, les croyances et notamment ceux autour de l'alimentation, que ce soit dans le choix des aliments, dans la façon de cuisiner et de nourrir ou dans le choix des acteurs préférentiels autour de l'acte nourricier (*MORO 2009*).

Pour *KAGANSKI (2005)*, la nourriture est un des vecteurs les plus importants de la transmission au sein de la famille, les rituels autour de la nourriture se transmettent dans un axe transgénérationnel en série de comportements codifiés et répétitifs. Ces rituels s'enrichissent, se transforment ou disparaissent en articulation avec des processus permanents de transformation du mode de vie.

En Occident, la transmission de l'art culinaire est parfois considérée comme un devoir. On transmet sa façon de cuisiner, mais aussi toutes les valeurs culturelles, diététiques et morales qui vont avec. Ce sont le plus souvent les mères qui s'appliquent à cette tâche importante. Pour *CARRIGAN (2006)*, ces mères se sentent responsables d'inculquer à leurs enfants l'importance de la nourriture et de les éduquer aux règles alimentaires : les aspects nutritionnels et diététiques et la valeur de la nourriture dans la famille.

En Chine, le rôle des grands-parents dans l'éducation des petits-enfants est prépondérant, ces derniers ont souvent vécu l'expérience de la pénurie alimentaire et transmettent leur propre vécu sur les représentations de l'alimentation sous forme d'incapacité

à restreindre leurs petits-enfants et à donner des limites à leur faim. La conception du surpoids ou de l'obésité apparaît alors comme un signe de bonne santé (*JIANG 2007*).

### **3- Anorexie, nourriture et relations familiales**

Historiquement, l'alimentation était intimement liée à une série de croyances. Alimenter un bébé était affaire de lait mais aussi et d'emblée affaire de relation. La psychanalyse s'est intéressée très tôt à cette question. Freud parle de pulsion orale au sens où comme toute pulsion, elle s'organise autour d'un manque, le but étant de restaurer la perte de jouissance que le langage fait exister. Pour *CHARLIER (1996)*, l'aliment n'est pas un objet qui pourra venir boucher ce manque, même si de façon imaginaire, la bouillie alimentaire donnée par la mère peut donner l'illusion d'une complétude retrouvée. Le bébé anorexique la refuse, ménageant ainsi un vide, un rien. Il révèle par son symptôme l'avidité à être reconnu comme sujet mais aussi la vérité de son incomplétude structurale, de son « manque » et de celui qui le maternelle.

Dans les pathologies alimentaires, la focalisation de la conduite de restriction et de refus de l'alimentation est loin d'être neutre ; d'une part, parce que l'alimentation est, en général, le modèle du lien avec l'enfance et avec la figure maternelle ; et d'autre part, parce que la nourriture a une incidence sur l'image du corps et le développement de ce dernier. Pour *JEAMMET (2004)*, il existe une forte analogie chez les patientes souffrant de troubles alimentaires entre leurs relations affectives et leur relation à la nourriture, dans les deux cas, elles oscillent entre le tout et le rien, entre la relation fusionnelle et l'autosuffisance comme entre l'anorexie et la boulimie. Les deux sont caractérisés par un aspect paradoxal : une alternance entre une furieuse avidité pour la relation et une capacité d'isolement, de retrait et d'intolérance à la solitude ; une grande sensibilité à l'attitude et à l'opinion des autres ; des difficultés à gérer la relation et à trouver une suffisamment bonne distance ; une oscillation entre une anxiété due à la séparation et une anxiété due à l'intrusion, coexistence d'attente exacerbée de l'autre et d'opposition et refus à l'échange (*CORCOS 2007*). Ces auteurs insistent encore sur ces modalités relationnelles proches des conduites de dépendances et dont le comportement alimentaire peut être considéré comme l'objet addictif. Ils soulignent la

dimension narcissique prédominante chez ces sujets et leur équilibre largement dépendant de la réalité de leurs relations, de leurs qualités et de leurs permanences.

Les systémiciens se sont également intéressés à la question de la nourriture dans les familles où le problème d'anorexie se pose. Pour eux, le rapport à la nourriture est constamment utilisé comme métaphore d'autres processus psychiques et interrelationnels. *TILMANS (1995)* pose le problème de la crainte des mots dans les familles d'anorexiques. Elle met en dialectique la peur des mots qui pourraient sortir de la bouche de l'adolescente avec la peur de la nourriture qui pourrait entrer dans la bouche de l'anorexique : « *les mots qui sortent de la bouche sont-ils redoutés comme plus dangereux, plus mortifères que la nourriture qui pourrait y entrer ? ... Qui d'entre eux leur enfant protège-t-il en focalisant toute son énergie sur le contrôle de l'entrée de la nourriture, pour que personne ne puisse savoir qu'il s'agit de l'angoisse de l'autre versant : les mots et les affrontements qui pourraient en sortir* » (*IBID*). Ainsi, la nourriture qui rentre dans l'individu est contrôlable mais pas les mots, les émotions, la folie sortant de l'individu. *TILMANS* fait également un parallèle entre la relation de l'anorexique à la nourriture et sa relation à l'autre : « *Comme l'anorexique pourrait « bouffer » de la nourriture, elle pourrait aussi « bouffer » l'autre dans le contact social* ».

La dimension de pouvoir et de contrôle de la relation inhérente à l'alimentation est prépondérante dans les familles d'anorexiques. Pour *KAGANSKI (1998)*, les positions de sacrifice et de dévouement sont utilisées dans la lutte cachée de chacun pour le pouvoir et le contrôle dans la famille : « *celui qui donne le plus en déniait ses besoins personnels a le pouvoir : les anorexiques nourrissent leurs familles en devenant cachectiques, s'enferment dans le travail scolaire pour rester à la maison et mieux contrôler ce qui s'y passe...* » (*IBID*).

Nous pouvons constater de cette brève revue de la littérature que le débat scientifique a surtout porté sur la dynamique familiale et les relations interindividuelles à l'intérieur de la famille où l'anorexie de l'un des membres vient faire symptôme. Plusieurs tentatives de typologie de la « famille anorexique » ont été proposées et ont cherché à déterminer les profils des différents membres de la famille mais ce, sans véritable prise en compte des enjeux autour de l'alimentation spécifiques à l'anorexie. D'autre part, les données existantes autour du lien mère-enfant et son rapport étroit à l'alimentation concernent le plus souvent le nourrisson et le

jeune enfant mais très peu l'adolescent. Notre recherche s'intéressera spécifiquement à l'adolescence, période à laquelle se rejoue la problématique de la séparation avec une réactivation du modèle du lien de l'enfance et où, la mise à l'épreuve de ce lien peut s'exprimer à travers la nourriture. Ainsi, nous tenterons de comprendre les modalités par lesquelles les pathologies alimentaires de l'adolescence (dont l'anorexie) nous amènent au premier plan la question des relations interfamiliales et son rapport étroit avec la nourriture.

Par ailleurs, nous pouvons également constater qu'il y a peu, voire pas d'étude prenant en compte la perspective des patients et des parents pour déterminer la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale. L'originalité de notre étude est de se placer du point de vue des familles pour comprendre cette question difficile et tenter d'articuler des thématiques complexes : anorexie, nourriture, relations familiales et adolescence.

### **III- MATERIEL ET METHODE**

#### **1- Matériel**

La population a été recrutée parmi les patients pris en charge pour une anorexie mentale, en consultation ou en hospitalisation, à la Maison Des Adolescents de Metz (MDA), service du Dr Bernard Blanchard, du Centre Hospitalier de Jury-les-Metz, lieu d'accueil et de formation des internes et assistants en pédopsychiatrie, dépendant de la faculté de médecine de Nancy. La MDA de Metz est un des sites spécialisés dans la prise en charge des pathologies alimentaires en Lorraine. Avec ses sept lits d'hospitalisation à l'Hôpital-Maternité de Metz et l'importante file active de consultation pour des adolescents atteints d'obésité et d'anorexie, il représente le site de référence en Moselle. La prise en charge est coordonnée entre psychiatres et pédiatres, en hospitalisation ou en ambulatoire. Des thérapies individuelles et familiales sont proposées. Les familles sont issues d'origines culturelles diverses.

Les critères d'inclusion retenus pour les adolescentes sont un âge situé entre 13 et 18 ans et un diagnostic d'anorexie mentale défini selon les critères du DSM-IVR.

#### **2- Méthode de recueil des données**

Nous avons choisi une méthodologie qualitative pour explorer l'expérience des adolescents et de leurs parents en nous appuyant sur un outil technique original, la photo-elicitation.

##### ***a- la méthode qualitative***

La méthode qualitative vise à décrire, comprendre, approfondir plus qu'à répertorier les phénomènes observés. La méthode qualitative s'appuie sur un modèle constructiviste où la connaissance émerge d'un processus humain de construction et de reconstruction. Il n'existe pas selon ce paradigme une réalité objective, intrinsèque, et irréductible mais une réalité co-



construite dans une relation d'interdépendance permanente entre le sujet, l'objet et le monde (MAYS 2000).

Les méthodes qualitatives sont historiquement très utilisées en sciences sociales, notamment en anthropologie (MEAD 1928, HAMMERSLEY 1990) et en sociologie, notamment par l'école de Chicago (THOMAS 1928). Elles sont également utilisées dans le domaine des sciences médicales en général (MORGAN 1988), et en médecine et psychiatrie en particulier où elles connaissent un essor important surtout autour de questions complexes tels que le vécu des patients, les modalités de prise en charge ou dans les questions d'efficacité thérapeutique... (RUSSELL 1979, BROWN & AL 2000, MALTERUD 2001, PERKINS & WINN, 2004, WHITLEY 2005).

Les méthodes qualitatives cherchent à donner une description d'une structure complexe, en dégager une théorie, produire des hypothèses. Elles adoptent le plus souvent une démarche inductive et ne nécessitent pas d'hypothèse formulée au préalable. Les hypothèses émergent du matériel, du contexte et de la co-construction de la réalité par le sujet et le chercheur : c'est le concept de la *Grounded Theory* (GLASER, 1967).

En méthode qualitative, les critères de validité sont spécifiques et non superposables aux méthodes quantitatives. Les critères assurant validité ou crédibilité sont : la triangulation, c'est-à-dire l'utilisation de plusieurs sources de collection des données ; la validation par le sujet qui devrait se reconnaître dans la description du phénomène ; la description fine des méthodes utilisées qui permet une fiabilité inter utilisateurs ; l'analyse par plusieurs chercheurs afin de renforcer les résultats obtenus en commun ; la réflexivité par rapport à un champ théorique clairement défini ; l'attention aux cas négatifs qui ne doivent pas être exclus mais bien inclus dans l'explication ; l'équité c'est-à-dire le fait d'incorporer suffisamment de perspectives pour explorer complètement le phénomène. L'échantillon arrive à saturation lorsqu'il n'y a plus de matériel nouveau dans l'analyse. (POPE & MAYS 1995, MAYS & POPE 2000, MALTERUD 2001).

La pertinence d'une étude qualitative est évaluée par la nouveauté de l'information qu'elle apporte aux connaissances existantes et par l'ampleur avec laquelle les données peuvent être généralisées (MAYS & POPE, 2000).

## *b- Visual narrative*

L'outil visuel et notamment la photographie, est utilisé depuis de nombreuses années par les anthropologues pour donner de la force à leur propos. L'image étant associée à la description narrative afin d'appuyer ou de compléter leurs thèses (*BATESON & MEAD, 1942*).

Les méthodes visuelles sont particulièrement adaptées à l'étude de sujets complexes tels que l'alimentation. En effet travailler sur l'alimentation nécessite des notions pouvant aller au-delà du verbal et fait intervenir des concepts appartenant à de multiples champs passant par la société et la culture, l'expérience et la mémoire mais aussi les émotions, les affects et le rapport aux autres. Certains auteurs parlent de non-congruence linguistique, ou d'impossibilité à décrire une expérience autour de l'alimentation avec des mots seuls (*POWER 2003, JOHNSON 2010*). De fait, l'utilisation de l'image comme support aux entretiens permet de rendre l'expérience du sujet plus visible, augmente les possibilités d'élaborer et permet plus de détails dans la description de l'expérience (*JOHNSON 2010*).

L'utilisation de la photographie comme support aux entretiens en recherche qualitative médicale s'appelle la "photo-elicitation". En conversant avec les sujets, les images – que ce soit les images prises par le sujet ou par quelqu'un d'autre – peuvent amener des souvenirs, des commentaires et des discussions autour de son contenu. Lorsque le sujet est le producteur de l'image, il peut alors durant la discussion expliquer ce qu'il voulait montrer : c'est ce que *ROSE (2001)* appelle la théorie de l'auteur. En associant la production d'image et la théorie de l'auteur, l'on peut obtenir de plus grandes nuances dans la compréhension de l'expérience du sujet.

La photo-elicitation est un outil précieux pour explorer le vécu des adolescents (*DREW & AL, 2010*). Pour ces auteurs, cette technique s'est révélée particulièrement intéressante dans leur travail avec les adolescents présentant une maladie chronique. Elle permet de faciliter le recrutement, et surtout les sentiments positifs envers l'étude, à la fois de la part des parents et des enfants. Elle permet également aux adolescents de prendre le contrôle sur la direction de leur discours à la fois visuel et verbal et de réduire la pression de l'interaction verbale. Elle facilite le rapport chercheur/adolescent en allégeant les barrières de hiérarchies d'âge et de statut et en aidant les adolescents à articuler, exprimer et communiquer des concepts difficiles et complexes. Elle facilite aussi la remémoration chez les jeunes

adolescents, à une période de leur développement où leurs capacités à effectuer ce genre de tâches sont encore en construction. Cette technique a également permis d'augmenter l'influence des adolescents sur le processus de recherche et de réduire la dépendance de l'étude à une logique générée par le chercheur (*IBID*).

Les méthodes de narration visuelle ont été peu utilisées jusqu'à présent en recherche clinique. Toutefois, on retrouve plusieurs références dans la littérature, notamment autour de l'expérience de la douleur (*BAKER & WANG, 2006*), de la maladie (*HAGEDORN, 1994 et 1996, RICH & AL 2000*), de la qualité de vie (*LOPEZ & AL 2005*) ou de la qualité du nursing dans des conditions particulières (*BENDER & AL 2001, HIGGINS & AL 1986, LASSETTER & AL, 2010*). Chez l'enfant et l'adolescent, des études se centrent autour du vécu de la maladie chronique (*DREW & AL, 2010*), par exemple de l'expérience du cancer (*HANNA & AL, 1993*) ou du diabète (*HANNA & AL 1995, BUCHBINDER & AL 2005*), ou de l'exploration du concept de résilience en contexte transculturel (*DIDKOSWKY & AL, 2009*). Sur le plan de l'alimentation, on peut citer les études de *JOHNSON & AL (2010)* et de *KELLER & AL (2008)*. *KELLER & AL* ont été confrontés à la difficulté d'évaluer l'activité physique et les prises alimentaires réelles des sujets en recherche afin d'élaborer leurs conséquences en terme de santé et ont trouvé intéressant l'utilisation de photographies pour étayer les récits descriptifs autour de l'alimentation et permettre aussi de faire surgir du sens qui n'aurait pas été verbalisé sans support. A notre connaissance, la photo-elicitation a été utilisée pour la première fois dans la recherche en psychiatrie au sein du groupe QUALIGRAMH pour explorer le rôle de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents obèses (*LACHAL & AL, 2012*). Nous avons également opté pour l'utilisation de cette méthode avec la population de jeunes filles anorexiques afin de remédier aux difficultés de verbalisation habituellement rencontrées dans notre pratique clinique avec ces adolescentes, surtout lorsqu'il s'agit d'aborder des aspects affectifs ou émotionnels de leurs relations interpersonnelles.

### *c- Plan expérimental*

La recherche consistait en une étude transversale constituée d'un entretien individuel avec l'adolescent seul, suivi d'un entretien familial avec les parents seuls.

- *Recueil de données sociodémographiques*

Des données sociodémographiques ont été recueillies au préalable: Age ; Sexe ; Poids ; Taille ; IMC et histoire pondérale ; Scolarité/ Niveau d'étude ; Nombre de personnes vivant au domicile principal de l'adolescent ; Situation parentale ; Catégorie socio-professionnelle des parents et niveau d'étude des parents ; Fratrie ; Langue parlée à la maison ; Présence d'autres personnes présentant un problème de poids au domicile.

- *Présentation du projet et recueil des consentements (J-0)*

La première rencontre, à J-0, a consisté en un entretien informel avec l'adolescent ainsi que ses parents. Les objectifs de cette prise de contact étaient d'améliorer la relation de confiance en vue des entretiens suivants et la présentation du projet (information orale donnée aux sujets sur le déroulement de l'étude, les objectifs, les conditions pratiques, le respect de l'anonymat et la non conservation des photographies). A la fin de l'entretien, une présentation écrite du projet, ainsi qu'une lettre de consentement écrit ont été remises en double exemplaire à l'adolescente et à sa famille. Une période de réflexion de sept jours a été laissée aux familles.

- *Production des données visuelles (J-7)*

Lorsque le consentement écrit a été recueilli, nous avons confié à l'adolescent un appareil photographique numérique. La consigne était la suivante : « *Vous devez prendre une photographie de la table après un repas en famille. La table ne doit pas encore avoir été débarrassée. Aucune personne ne doit apparaître sur la photographie, les personnes à table doivent donc s'être levées. Vous pouvez prendre autant de clichés que vous le désirez, mais vous devrez en choisir un seul que vous commenterez lors de l'entretien.* »

Nous avons laissé à l'adolescent une durée suffisante d'une quinzaine de jours pour effectuer ce travail. A J-21, nous avons récupéré l'appareil photographique, avec la photographie sélectionnée par l'adolescent qui a été projetée sur un écran d'ordinateur.

- *Entretiens (J-21)*

Deux entretiens semi-structurés ont été effectués, le premier avec l'adolescent seul, le deuxième avec les parents seuls. Un guide des entretiens a été construit par le groupe de recherche au préalable (annexe 1).

Durant la première partie de l'entretien, nous avons demandé à l'adolescent de décrire la construction de l'objet, c'est-à-dire la production de la photographie en elle-même. Description et commentaires étaient la première phase de l'entretien où ont été recueillis les propos du patient concernant la forme, les modalités de prise de la photographie, le contexte de sa réalisation et le choix de ce repas en particulier. Puis, les entretiens évoluaient en une discussion libre autour du thème de la recherche avec néanmoins, chez le chercheur, une liste de thèmes à nécessairement aborder. La richesse attendue du matériel devait ainsi permettre de découvrir des thèmes qui n'avaient pas été explicités préalablement.

Chaque entretien avait une durée d'environ une heure. Le premier entretien était celui de l'adolescent. Le deuxième entretien avec les parents était fait directement à la suite, ou bien dans les jours suivant le premier.

Tous les entretiens ont été enregistrés audio-numériquement et retranscrits littéralement et intégralement, y compris les questions. Ils ont été menés par un seul chercheur (A. KHIAR).

#### *d- Analyse des données*

Notre but étant de décrire une expérience, la méthode d'analyse choisie était donc d'orientation phénoménologique. Nous avons choisi d'utiliser une méthode qui s'inspire de l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (SMITH 1996, SMITH & AL 2008).

L'IPA est une méthode d'analyse de contenu reconnue, en particulier en psychologie de la santé. La démarche est la suivante : les entretiens sont lus plusieurs fois, et pour chaque entretien, le chercheur annote le texte de premiers commentaires. Ces commentaires sont ensuite regroupés en thèmes, qui contiennent succinctement leurs caractéristiques essentielles. Puis, des connections sont construites entre les thèmes, jusqu'à obtenir une organisation thématique cohérente de l'entretien. Des méta-connections sont ensuite construites entre les entretiens, de manière à déterminer un jeu de méta-thèmes décrivant l'ensemble des récits d'expérience. Chaque méta-thème est relié au thème sous-jacent, lui même relié aux annotations originales et aux extraits d'entretiens. Les méta-thèmes sont ensuite explicités dans un rapport écrit, où les thèmes sont soulignés, accompagnés de matériel verbal. A chaque étape, le chercheur vérifie dans le matériel que les regroupements qu'il fait sont cohérents. Il

s'agit donc d'effectuer durant toute l'analyse des allers et retours permanents entre les données de l'analyse et le matériel. Les entretiens sont analysés au fur et à mesure des passations. Ceci permet de réorienter les questions abordées lors des entretiens suivants, afin d'obtenir le matériel le plus riche possible. Les entretiens ont été analysés par deux chercheurs différents (A. KHIAR et Dr REVAH-LEVY), et ce afin d'assurer la meilleure validité des résultats obtenus. Une attention particulière a été portée aux éléments contradictoires qui n'ont pas été exclus mais plutôt intégrés aux résultats et analysés pour leur pertinence par rapport au sujet.

Lors de l'analyse, notre matériel s'est révélé particulièrement riche et certains thèmes apparus étaient au-delà de la problématique de recherche étudiée. Pour la restitution des résultats, nous avons fait le choix de limiter notre exposé aux seuls thèmes directement en lien avec l'objet nourriture dans les interactions parents-enfants.

#### *e- Ethique*

Le projet a été soumis au Comité d'Évaluation et d'Éthique pour la Recherche Biomédicale (CEERB) de l'hôpital Bichat, Paris. Il a été accepté après relecture lors de la session du 23 février 2011.

## IV- RESULTATS

Cinq familles ont été recrutées pour l'étude, 11 entretiens ont été menés, cinq adolescentes âgées de 15, 16, 16, 16 et 18 ans, trois mères seules, deux couples parentaux, et un père seul. Leurs caractéristiques sont présentées dans le Tableau I. L'analyse de ces entretiens a permis la saturation des données de cet échantillon.

| Origine | Sexe  | ID | Age | IMC  | Situation familiale | Fratrie | Anorexie dans la fratrie | Parent participant |
|---------|-------|----|-----|------|---------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| Verdun  | Fille | 1  | 18  | 15,2 | mariés              | 0       | 0                        | Mère 1/ Père 1     |
| Metz    | Fille | 2  | 16  | 15,4 | mariés              | 1       | 0                        | Mère 2             |
| Verdun  | Fille | 3  | 16  | 16,1 | mariés              | 2       | 0                        | Mère 3             |
| Metz    | Fille | 4  | 16  | 15,5 | divorcés            | 1       | 0                        | Mère 4/ Père 4     |
| Metz    | Fille | 5  | 15  | 16,7 | mariés              | 0       | 0                        | Mère 5/ Père 5     |

**Tableau I : Caractéristiques des participants.**

L'analyse phénoménologique a mis en évidence un matériel riche et varié mais seuls les thèmes décrivant l'expérience de la nourriture dans les interactions parents-enfants ont été explicités.

Six thèmes principaux ont été retenus. Ces derniers sont présents dans tous les entretiens avec parfois plus de spécificités dans les entretiens des adolescentes ou des parents, nous le préciserons au fur et à mesure.

Les thèmes sont répartis selon deux axes: le premier explore la place de la nourriture dans la dynamique parents-enfant, le second explore la dynamique groupale et familiale.

### **1- La dynamique parents-enfants**

#### *a- La nourriture et le contrôle relationnel*

La question du contrôle est une question inhérente à la symptomatologie de l'anorexie. Elle apparaît dans la restriction et le choix des aliments ainsi que dans la maîtrise

de la faim et du corps dans une lutte permanente contre soi-même. C'est un point bien connu dans la clinique de l'anorexie et que nous différencions du résultat exposé ci-dessous. Nous explorons dans cette thématique une autre perspective autour des enjeux de contrôle de la relation **parents-enfants** sous forme de tentative de prise de pouvoir sur l'autre à travers la nourriture. Chaque partie tentant ainsi de contrôler certains aspects autour de l'alimentation.

Ce thème est présent de façon très importante dans tous les entretiens. La prise de pouvoir commence dans le choix du menu, décider ce que l'on va manger peut mener à un véritable bras de fer entre les parents et les enfants.

*Chercheur : « Est- ce que votre fille intervient dans le choix du menu ? »*

*Mère 1 : « La plupart du temps oui. »*

*Père 1 : « Non, ce n'est pas qu'elle intervient... Elle ne nous dicte pas ce qu'on va manger, maintenant, on a trouvé le système, elle se débrouille si elle ne veut pas manger ce qu'on mange...Non, on ne fait pas de menu suivant son humeur. »*

*Mère 1: « Oui... Le week-end quand elle revient... Je fais quand même des trucs qu'elle aime bien ... »*

*Père 1: « Elle c'est quand même des menus assez répétitifs, pas question de manger poisson à l'eau tous les jours. »*

Le temps de préparation du repas est aussi une occasion pour les parents comme pour les enfants d'asseoir leur pouvoir.

*Chercheur : « Vous aidez votre maman à la préparation du repas ? »*

*Fille 2: « C'est toujours ma mère qui prépare mais je mets mon grain de sel...Alors là je suis infernale, je vais vérifier ce qu'elle met dedans, je dis ne mets pas ça, elle me dit tu te tais, tu vas dans ta chambre, c'est moi qui fais à manger, ce n'est pas toi, si tu n'es pas contente tu manges autre chose. »*

Pour tenter de reprendre le contrôle, certains parents peuvent réagir en miroir et surveiller constamment l'alimentation de leurs enfants au risque d'aboutir à des situations d'envahissement et de franchissement des limites.



*Mère 1: « Je sais que je suis derrière elle...Mais la dernière fois j'ai dit je suis pas derrière toi pour voir mais si tu as des cours jusqu'à 20h, n'oublies pas de prendre un encas à 16h...Le soir elle m'a dit " j'ai été prise de tremblements", j'ai dit "tu vois, est-ce que tu as pris un goûter ?" elle me dit "non" je lui dit "qui c'est qui a raison encore ta mère" ... »*

*Chercheur : « Vous la surveillez en quelque sorte ? »*

*Mère 1: « Je la surveille tout le temps, par exemple, il s'est passé un truc, samedi matin, elle a fait la mousse au chocolat, donc elle s'en est fait une verrine pour elle, moi j'étais incapable de finir la mienne parce que c'était vraiment consistant, et elle je la regardais et je la voyais manger sa mousse au chocolat et tout racler et après je me suis dit mais c'est pas possible, elle l'a fait devant moi, j'ai vu elle a mis la même chose pour elle mais après elle monte elle va aux toilettes en haut... »*

D'autres parents vont user de manœuvres et d'inventivité pour gagner l'épreuve de force de la nourriture comme le montre ce papa qui cherche des stratégies pour influencer sa fille dans le but de la faire manger.

*Chercheur : « Racontez-moi le déroulement du repas ? »*

*Père 4: « On passe à table tout naturellement, moi en fait je fais en sorte que quand elle passe à table l'assiette soit déjà pleine, c'est à dire que je sers avant de passer à table. »*

*Chercheur : « Pour qu'elle ne discute pas la quantité ? »*

*Père 4: « Pas seulement... Pour qu'elle ai une bonne vision du plat que je lui prépare, j'essaye d'harmoniser les choses pour qu'elle adhère »*

*Chercheur : « Vous jouez sur l'aspect esthétique... »*

*Père 4: « Esthétique, tout à fait... Le petit set de table par exemple, c'est son préféré... »*

La dimension de contrôle apparaît également à travers les enjeux d'autonomie / dépendance autour de la nourriture.

Devenir indépendant est pour les enfants une autre façon de contester le pouvoir des parents. En refusant de manger la nourriture préparée par les parents, en se préparant seuls leurs repas,

les enfants tentent d'accéder à une certaine autonomie et d'aménager la dépendance aux parents.

*Chercheur : « Vous intervenez dans le choix du repas ? »*

*Fille 2: « Non, ça dépend... Et si je n'aime pas je vais me faire un truc... »*

*Chercheur : « Donc vous ne mangez pas forcément ce qu'ils préparent... Vous faites à manger toute seule...»*

*Fille 2: « Oui, c'est ça. »*

Cette relative autonomie autour de la nourriture se retrouve également en dehors des repas, les adolescentes accompagnent leurs parents faire les courses pour leurs propres commissions, le tout dans le même panier et aux frais des parents.

*Chercheur : « Qui faisait les courses à la maison ? »*

*Fille 1: « Je faisais mes courses pour la semaine et ma mère faisait les courses pour eux deux. »*

*Chercheur : « Et maintenant que vous vivez seule, vous faites vos courses ? »*

*Fille 1: « Non, le week-end quand je suis chez mes parents, on passe au supermarché pour faire les courses pour la semaine, elle aussi elle doit prendre les courses pour eux, donc on fait d'une pierre deux coup... »*

*Chercheur : « Comment vous faites pour ramener vos courses chez vous ? »*

*Fille 1: « Ils me les ramènent en voiture. »*

Au contraire, maintenir la dépendance des enfants est pour les parents une façon de garder le contrôle sur eux. Il s'agit pour certains parents d'être omniprésent dans leur rôle nourricier.

*Chercheur : « Et vous vous faites à manger parfois ? »*

*Fille 4: « Non, ils sont toujours là pour faire à manger, ou je mange à la cantine et puis si jamais je me retrouve seule je me fais un sandwich, mais ça n'arrive presque jamais. »*

*Chercheur : « Votre fille vous aide parfois à la préparation du repas ? »*

*Père 4: « Si vous voulez, elle se canalise dans ses devoirs, je lui laisse faire ses devoirs, j'ai le temps le soir alors je suis disponible...Alors quand on passe à table tout est prêt. »*

D'autres parents vont contrôler l'accès à la cuisine et réprimer l'initiative des enfants, ce qui n'autorise pas leur autonomie.

*Chercheur : « Avez vous déjà cuisiné pour vos parents ? »*

*Fille 3: « Pour eux toute seule non, parce qu'ils ne me laissent jamais toute seule, ils viennent toujours mettre leur grain de sel... Quand ils ne sont pas là je cuisine avec ma sœur... »*

*Chercheur : « Votre maman ne vous laisse pas beaucoup de liberté dans la cuisine ? »*

*Fille 3: « C'est absolument elle qui décide, elle range, elle nous apporte les trucs parce que il ne faut pas qu'on touche aux provisions, du coup c'est elle qui nous donne...Du coup on la laisse faire. »*

### ***b- La nourriture pour se ressembler ou se différencier***

Ce thème fait référence aux mouvements d'identification et de différenciation qui se font écho entre les entretiens des adolescentes et ceux des parents.

Concernant la nourriture, on retrouve chez les adolescents plutôt une volonté de distinction et de différenciation des parents.

*Chercheur : « Vous dites que vous ne mangez pas comme vos parents, pourquoi ? »*

*Fille 1: « Ce qu'ils mangent ne m'intéresse pas, ils mangent ce qu'ils veulent tant qu'ils ne m'obligent pas à manger comme eux. »*

Ils se distinguent de leurs parents en mettant en avant des préférences et des habitudes alimentaires différentes.

*Chercheurs : « Vous dites que vos parents ne comprennent pas votre façon de manger... c'est à dire ? »*

*Fille 3: « Oui, ils comprennent pas que j'ai pas les mêmes goûts, ils savent que je n'aime pas les mêmes choses, pourtant ils me forcent quand même à chaque fois, ils me poussent à manger la même chose qu'eux. »*

*Chercheur : « Qu'est ce qu'ils mangent vos parents que vous n'aimez pas ? »*

*Fille 3: « Ils mangent de tout, du pain, du riz, des pâtes...Moi y a plein de choses que je n'aime pas...Ils aimeraient bien que je mange tout le temps, que je mange comme eux... »*

Ils se démarquent également dans les symboles culinaires qui peuvent marquer une identité familiale.

*Chercheur : « Est ce que vous pouvez me citer un plat qui marque votre famille ? »*

*Fille 1: « Un plat qui marque ma famille... Je réfléchis...Moi c'est différent de ma famille on va dire, mes parents et toute ma famille, Je vais dire que c'est peut être la langue... ».*

Alors que dans le sens opposé, on retrouve chez les parents des tentatives d'identification et une recherche de similitudes avec leurs enfants à travers la nourriture.

*Chercheur : « Préparer la nourriture est une tâche plaisante ou une corvée ? »*

*Mère 3: « J'ai jamais aimé ça, c'est à dire c'est pas préparer qui me dérange c'est rester dans la cuisine... Ma fille à l'air de dire la même chose, si l'on doit préparer ça va mais quand on doit attendre et voir mijoter ça ça nous est pénible... »*

Ce papa va plus loin en voyant sa fille comme un reflet de lui-même.

*Chercheur : « Comment vous décririez votre fille ? »*

*Père 1: « Elle est comme moi, si j'ai décidé d'arrêter de fumer, j'arrête de fumer... dès l'instant que je décide quelque chose je le fais...donc elle est pareil, quand elle a décidé de perdre 10 kg elle les a perdus, si moi demain je décide de perdre 10 kg, je les perdrai, même s'il faut arrêter de manger. »*

Dans le même mouvement que les adolescents, les parents utilisent aussi la nourriture pour différencier leurs enfants les uns des autres.

*Chercheur : « Quelle image avez-vous de votre fille ? »*

*Mère 2: « ... Elle a toujours été différente (...), j'avais dit au médecin qui la suivait qu'elle était pas pareille, qu'elle mangeait pas comme sa sœur... Elles sont jumelles mais elles ont jamais été du même développement ... elle n'a jamais fait les choses comme les autres alors elle mange pas comme les autres...voilà. »*

### ***c- La nourriture et la fonction parentale***

Ce thème que nous avons retrouvé dans tous les entretiens, indique un décalage entre la fonction parentale et les attentes des enfants ainsi qu'une incapacité à identifier les rôles et places de chacun.

En effet, les parents présentent des difficultés de positionnement vis-à-vis de leurs enfants et adoptent des attitudes inadéquates face à leur problème alimentaire. De leur côté, en refusant de se nourrir, les enfants semblent pointer un défaut dans le cadre parental et tentent de remettre leurs parents à une place d'adulte responsable tout en se remettant à une place d'enfant.

Les parents n'arrivent pas à trouver la bonne posture à avoir devant les difficultés de leurs enfants avec la nourriture. Certains vont se résigner et considérer que le problème appartient aux enfants.

*Chercheur : « Comment vous réagissez quand elle refuse de manger ? »*

*Mère 4: « Cela m'énerve, évidemment, mais même quand elle mange des petites quantités cela m'énerve mais je ne dis plus rien, je me dis que finalement c'est sa vie et qu'elle peut faire ce qu'elle veut de sa vie... C'est à elle de trouver la voie pour s'en sortir... »*

D'autres vont adopter une attitude trop indulgente voire complaisante.

*Chercheur: « Vous parlez de nourriture avec elle à table ? »*

*Mère 5: « Oui, je lui explique que ce qu'elle mange c'est sain, dès fois je lui dis "je t'ai mis trois petite pommes de terre et un peu de légumes, il n'y a pas grande chose, c'est trois petite cuillères..." et elle les mange. »*

*Chercheur: « Vous lui expliquez que son repas est équilibré... »*

*Mère 5: « Je lui explique que ce qu'elle mange ne va pas la faire grossir... Je lui ai dis "je vais t'acheter des soupes pour le soir" par exemple... »*

D'autres vont se mettre au même niveau que leurs adolescents et avoir une attitude en miroir.

*Chercheur : « Et comment vous avez réagi lorsqu'elle s'est arrêté de manger ? »*

*Mère 1: « Mal, je lui disais "si tu ne manges pas, je ne mange pas", alors elle faisait un effort pour manger un peu plus»*

*Chercheur : « Elle s'inquiétait pour vous ? »*

*Mère 1: « Oui, parce que je disais "si tu ne veux pas manger je ne mangerai pas non plus et l'on verra bien qui va partir la première". »*

Les parents semblent également en incapacité de soutenir leurs enfants en leurs fournissant un « mode d'emploi » au niveau de l'alimentation sur lequel ils pourraient s'étayer.

*Chercheur : « Etes-vous à cheval sur les règles hygiéno-diététiques ? »*

*Mère 2: « Non je ne l'ai jamais été. »*

*Chercheur : « Il n'y a aucune règle ? »*

*Mère 2: « Il n'y en a pas, on ne leur a jamais rien interdit. »*

Certains réalisent que cela peut être problématique dans l'éducation des enfants.

*Chercheur : « Etes-vous à cheval sur les règles hygiéno-diététiques dans votre famille ? »*

*Mère 3: « Non pas vraiment. »*

*Chercheur : « C'est à dire ? Il n'y a pas de règles ? »*

*Mère 3: « C'est vrai que c'est un problème quand on en parle...c'est vrai que je les ai toujours laissé manger ce qu'elles voulaient...ça ne leur a pas donné les bonnes bases. »*

De leur côté, les enfants semblent vivre la résignation des parents quant à leur problème alimentaire comme une démission de leur part.

*Chercheur : « Vous cuisinez "light" pour vous...Vos parents ne s'en rendent pas compte ? »*

*Fille 1: « A chaque fois que je fais à manger, ils le voient, mais ils s'en fichent quoi...Ils ne me regardent plus manger, c'est ma vie comme ils disent, je me débrouille avec ma santé... ».*

L'absence de règles alimentaires est également soulevée par les adolescents qui dans une inversion des rôles, se considèrent comme les garants des principes hygiéno-diététiques.

*Chercheur : « Etes-vous à cheval sur les règles hygiéno-diététiques dans votre famille ? »*

*Fille 5: « Non pas spécialement, il n'y a que moi. »*

*Chercheur : « Il n'y a que vous ? Vos parents ne font pas attention ? »*

*Fille 5: « Ma mère elle fait attention parce que c'est moi qui le demande, sinon non. »*

Certains y voient un manque de cadre et tentent de remettre les choses en place en le faisant remarquer à leurs parents.

*Chercheur : « Est ce que vos parents sont à cheval sur les règles hygiéno-diététiques ? »*

*Fille 2: « Non, et d'ailleurs je l'ai dit à ma mère... »*

*Chercheur : « Qu'est ce que vous lui avez dit ? »*

*Fille 2: « Que ça me pose problème, que dans les autres familles c'est différent. »*

*Chercheur : « Pourquoi cela vous pose t-il un problème ? »*

*Fille 2: « Je ne sais pas, ça nous aurait peut être plus jeune donné un cadre ou je ne sais pas ... »*

## **2- La dynamique groupale et familiale**

### ***a- La nourriture comme le témoin d'une cohésion familiale idéalisée***

Ce thème explore les notions de retrouvailles, de partage et d'échange mises en avant par la famille pendant le temps du repas, il est présent dans tous les entretiens. L'importance de la cohésion est formulée à la fois par les parents et par les adolescents comme tentative d'idéal qui semble aller au-delà des difficultés et des conflits présents pendant le repas.

Pour les parents, la cohésion est instaurée dans le fait de manger ensemble, d'être « au complet », c'est l'unité du groupe « famille » qui importe.

*Chercheur : « Les repas se passent-ils toujours en famille ? »*

*Mère 1: « Oui, tout le temps, on s'attend pour manger, parfois son père est sur l'ordinateur, je dis “attends, j'appelle papa”, ah non on ne mange pas chacun de son côté. »*

Il est aussi présenté comme un moment de rencontre et d'échange.

*Chercheur : « Qu'est ce que ça représente pour vous les moments où vous mangez en famille ? »*

*Mère 3: « C'est une chance je trouve, parce que justement c'est le moment où on se voit... Je trouve que c'est le moment où on peut converser. »*



Plus qu'un moment de retrouvailles, le repas est aussi pour les parents une façon de maintenir le lien avec leurs adolescents.

*Chercheur : « C'est important pour vous que le repas reste un moment de retrouvailles ? »*

*Mère 4: « Oui, je pense, si on ne le fait pas à ce moment là...Après ce sont trois ados qui partent chacun dans leur chambre... Si l'on n'a pas ce moment là, il n'y a pas vraiment d'autres moments dans la journée où l'on puisse discuter de choses et d'autres »*

*Chercheur : « Vous arrivez à instaurer cette règle avec les enfants de votre mari aussi ? »*

*Mère 4: « Déjà une famille recomposée ce n'est vraiment pas facile...j'essaie de créer des petits liens, et que eux pour leur part je pense qu'ils apprécient énormément ma cuisine, au moins cette petite demi-heure tout le monde est content. »*

Pour les enfants aussi, et ce malgré leur problème alimentaire, le repas semble être un moment privilégié où retrouvailles, partage et échange sont mis en avant.

*Chercheur : « Qu'est ce que cela représente pour vous de manger tous ensemble ? »*

*Fille 3: « J'aime bien, parce qu'on se retrouve, chacun raconte sa journée, c'est un moment de famille. »*

*Chercheur : « C'est donc important pour vous de manger en famille ? »*

*Fille 3: « C'est pas de manger qui est important, c'est le fait d'être ensemble qui est super important. »*

En dépit des difficultés que peut susciter la nourriture chez ces adolescentes, elle reste un vecteur de cohésion familiale important.

*Chercheur : « Quelle importance la nourriture a-t-elle dans la famille ? »*

*Fille 2: « C'est quand même important, il y a toujours la nourriture qui nous rassemble, c'est toujours pendant les repas que l'on se rassemble... »*

Les échanges mis en avant par les parents comme par les adolescentes durant le repas restent néanmoins superficiels, on observe dans la majorité des entretiens que la communication reste très limitée voire parfois absente.

*Chercheur : « Le repas est-il un moment d'échange, de communication ? »*

*Père 1: « Non parce que l'on regarde la télé, on parle naturellement mais bon... »*

*Chercheur : « Pas de façon spécifique alors ? »*

*Père 1: « Non, on ne va pas engager une conversation, on est pas du genre à éteindre la télé et à parler tous les trois. »*

*Maman 1: « Non, par exemple on va regarder les informations en mangeant, on va parler de ça et ça. »*

Certains parents tentent de communiquer avec leurs enfants mais en vain.

*Chercheur : « De quoi avez-vous parlé durant le repas ? »*

*Père 4: « J'essaie de discuter en face à face puisqu'on est vraiment en face à face, alors dès fois je vois bien que je lui prends la tête avec mes questions. »*

*Chercheur : « Vous lui posez beaucoup de questions ? »*

*Père 4: « Pas forcément, ça dépend des soirs, si je vois qu'elle est réceptive oui mais si elle ne l'est pas ce n'est même pas la peine, je n'insiste pas. »*

### ***b- La nourriture comme conflit écran de la famille***

Ce thème met en avant les conflits existants entre les adolescents et leurs parents qui semblent entièrement déplacés dans la nourriture. Le conflit autour de l'alimentation est au premier plan et constitue un écran qui dissimule les autres conflits possibles.

Ce thème est retrouvé de façon prégnante dans tous les entretiens des parents qui reconnaissent plus volontiers l'importance des conflits autour de la nourriture alors qu'ils dénie tout autre type de conflit, tandis que les adolescentes avaient tendance à minimiser

tous les conflits y compris ceux liés à la nourriture et à revendiquer une certaine aconflictualité.

Les parents ne voient pas de problèmes dans leur relation à leurs enfants en dehors de l'alimentation.

*Chercheur : « Est-ce qu'il y a souvent des conflits entre vous ? »*

*Mère 1: « Entre nous deux oui, par rapport au fait que je sois tout le temps derrière... Pour qu'elle mange... »*

*Chercheur : « Il n'y a pas de conflit en dehors de la nourriture ? »*

*Père 1: « C'est 99 % des disputes. »*

*Chercheur : « Liées à la nourriture ? »*

*Mère 1: « Oui. »*

Le repas devient alors le lieu d'expression des conflits latents.

*Chercheur : « Est-ce qu'il vous arrive souvent d'être en conflit avec vos filles ? »*

*Mère 3: « Non, il y a une très bonne entente, on s'entend tous très bien... »*

*Chercheurs : « Jamais de désaccord ou de dispute ? »*

*Mère 3: « Maintenant on se dispute à table, c'est devenu un moment de friction, avant jamais... On voit J qui mange pas... P qui dit "J il faut que tu manges"... On est tous un petit peu... Il y a un malaise. »*

Certains parents atténuent l'importance des conflits liés à la nourriture et déplacent le problème à l'extérieur de la famille.

*Chercheur : « Elle ne mange pas beaucoup, ne parle plus... C'est difficile en ce moment ? »*

*Père 5: « A la maison, il n'y a pas de problème, c'est la semaine quand elle est au pensionnat, c'est là qu'elle se crée des problèmes, au repas de la cantine... »*

*Chercheur : « Donc à la maison, il n'y a pas de conflit pendant le repas ? »*

*Père 5: « Elle pinaille... Elle râle un peu si elle n'aime pas... Mais conflit non, on ne peut pas dire... »*

Les adolescentes semblent également être dans l'évitement voire le déni de tout conflit avec leurs parents.

*Chercheur : « Quel type de relation avez-vous avec vos parents ? »*

*Fille 1: « On a de bonnes relations. »*

*Chercheur : « Vous êtes en conflit parfois ? »*

*Fille 1: « Non, j'ai jamais été en conflit avec mes parents... non, jamais. »*

Elles ont aussi tendance à estomper les conflits existants durant le repas.

*Chercheur : « Y a-t-il eu des conflits durant ce repas ? »*

*Fille 3: « Non, du tout. »*

*Chercheur : « Vous a-t-on parlé de nourriture pendant ce repas ? »*

*Fille 3: « A chaque fois, on en parle un peu. »*

*Chercheur : « Comment ils vous en parlent ? »*

*Fille 3: « Ils me font des réflexions, ça m'énerve, je n'aime pas en parler avec eux. »*

*Chercheur : « Cela s'est terminé en dispute ? »*

*Fille 3: « Oui. »*

Pourtant à travers le conflit à table, elles montrent bien que tout ne va pas si bien, que d'autres enjeux relationnels sont visés.

*Chercheur : « Est-ce qu'il y a parfois des disputes avec vos parents ? »*

*Fille 5: « Non. »*

*Chercheur : « Vous n'avez jamais de différends ? »*

*Fille 5: « Quand je ne mange pas. »*

*Chercheur : « Qu'est-ce qui se passe quand vous ne mangez pas ? »*

*Fille 5: « Ben je mange pas... et je parle pas. »*

*Chercheur : « Comment est l'ambiance à ce moment là ? »*

*Fille 5: « Normale, parfois je m'énerve, parfois je me renferme. »*

*Chercheur : « C'est un moment de conflit pour vous, le moment du repas ? »*

*Fille 5: « C'est un moment de repas, rien de plus. »*

La nourriture peut également être l'objet de conflit dans le couple parental.

*Chercheur : « Est-ce qu'il y a des différends entre vous en ce qui concerne la nourriture ? »*

*Père 5: « Un peu... »*

*Mère 5 : « On ne pense pas la même chose... »*

*Chercheur : « Par rapport au problème alimentaire de votre fille ? »*

*Père 5: « Il y a beaucoup de conflits entre nous à cause de ça... Je ne suis pas d'accord qu'elle lui achète toutes ces cochonneries... »*

*Mère 5: « Moi je suis pas d'accord qu'il fasse à manger sans lui demander son avis... »*

*Chercheur : « Et comment ça se termine ? »*

*Mère 5: « Avant on se disputait tout le temps, maintenant chacun fait comme il veut. »*

Les adolescentes peuvent se culpabiliser et se sentir responsables d'être le problème de couple de leurs parents.

*Chercheur : « Entre vos parents, il y a des conflits aussi parfois ? »*

*Fille 1: « C'est beaucoup de ma faute, ils se disputent tout le temps à cause de moi... Je m'en veux parfois...*

*Parce que à part ça c'est un couple épanoui... »*

### ***c- La configuration de la table comme une « photographie » du fonctionnement familial***

Ce thème montre la configuration des familles à table, au moment des repas, l'importance des places attribuées ou choisies, l'immutabilité et la fixité de ces dernières et les enjeux relationnels qui se rejouent à chaque repas. Ce thème est apparu dans tous les entretiens autant chez les parents que chez les adolescents.

Le moment du repas, le passage à table, est un moment particulier, un rite familial, une sorte de répétition immuable où chacun a ses habitudes, sa place et où le changement est souvent déstabilisant.

*Chercheur : « Vous avez toujours les mêmes places à table ? »*

*Mère 1: « Oui, tout le temps. »*

*Père 1: « Moi ma place c'est ma place, je suis très carré, je préfère que chacun ait sa place. »*

*Chercheur : « C'est important pour vous que chacun garde sa place ? »*

*Père 1: « Chacun sa place, c'est un rituel, chacun sa place. »*

La place à table semble fournir de multiples renseignements, notamment sur la position et l'importance des rôles de chacun, elle est à l'image de la réalité.

*Chercheur : « Donc vous êtes toujours en bout de table, votre épouse et votre fille sont chacune d'un côté l'une en face de l'autre... »*

*Mère 5: « Et en face on a le téléviseur. »*

*Père 5: « Le chef a la télé en face. »*

*Mère 5: « Comme la cuisine est en face je peux me lever plus facilement. »*

*Père 5: « Elle se lève plus souvent, elle s'est mise automatiquement là pour avoir plus facilement accès à la cuisine. »*

*Chercheur : « Et pour votre fille ? »*

*Père : « A côté du radiateur, au chaud. »*

*Chercheur : « Et c'est important que chacun garde sa place à table ? »*

*Père 5: « Non, c'est pas important, c'est...Euh... Comment je vais dire... Il faut bien avoir une loi... »*

*Chercheur : « Une loi ? »*

*Père 5: « Pas une loi, admettons une façon de faire, bon chacun sa place, c'est comme tout, chacun doit garder sa place »*

*Chercheur : « Comme tout... C'est à dire ? »*

*Père 5: « Comme pour tout dans la vie, chacun doit garder sa place. »*

Elle nous renseigne également sur les modalités relationnelles, les enjeux présents voire les menaces existantes comme dans le cas de cette adolescente qui vit dans une famille recomposée.

*Chercheur : « Comment vous vous placez à table lorsque vous êtes chez votre maman ? »*

*Fille 4: « Chez ma maman, cela dépend si mon demi-frère et ma demi-sœur sont là... »*

*Chercheur : « Comment ça se passe quand vous êtes tous les trois ? »*

*Fille 4: « Mon beau-père est en bout de table, moi là et maman en face, donc il reste encore plein de place sur la table... »*

*Chercheur : « Et lorsque votre demi-frère et sœur sont présents ? »*

*Fille 4: « Mon beau-père reste là, ma maman reste là, moi je vais à côté de ma maman, et eux sont en face. »*

*Chercheur : « Donc vous cédez votre place à votre demi-sœur ? »*

*Fille 4: « Non, je me mets à côté de ma maman. »*

Elle permet aussi d'aider à la gestion de la bonne distance relationnelle comme le montre cette adolescente dont la place semble garantir les frontières à ne pas dépasser.

*Chercheur : « C'est important pour vous que chacun ait sa place ? »*

*Fille 1: « Ce n'est pas que ce soit important, mais c'est une habitude, ça fait bizarre... Pour moi, mes deux parents c'est normal qu'ils soient l'un à côté de l'autre et que moi je sois à côté, ça me ferait bizarre que moi je sois à côté de mon père et que ma mère soit pas exclue mais de l'autre côté du canapé... Sur l'autre fauteuil... Je vous avais dit c'est un canapé d'angle. »*



## V- DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale en utilisant une méthode qualitative originale, la photo-elicitation. Elle est intégrée à une recherche plus large dont l'une des études a exploré la même problématique chez les adolescents obèses (*LACHAL & AL, 2012*). Les axes thématiques retrouvés chez les anorexiques nous ont permis d'accéder aux mêmes niveaux d'expériences que pour les obèses, une dynamique parents-enfants et une dynamique groupale et familiale.

Le premier niveau souligne la place de la nourriture dans les interactions parents-enfants. Il s'agit des trois thèmes suivants, la nourriture et le contrôle relationnel, la nourriture pour se ressembler ou se différencier, et un des thèmes originaux de cette étude : la nourriture et la fonction parentale.

La nourriture comme enjeu de contrôle a été largement décrite dans la littérature sous forme de prise de pouvoir (*LUPTON, 1994*), d'emprise (*JEAMMET, 2004*) et de manipulation (*JIANG, 2007*). Ce thème est aussi retrouvé chez les obèses sous formes de luttes de pouvoir, de conflit et d'opposition (*LACHAL, 2012*). Chez les anorexiques, la question du contrôle est particulièrement complexe, elle implique, d'une part, une dimension inhérente à la symptomatologie anorexique faite de maîtrise, de restriction et de soumission du corps dans une lutte contre soi-même et, d'autre part, une dimension plus spécifique de notre sujet d'étude liée à l'utilisation de la nourriture dans une tentative de prise de contrôle sur la relation parents-enfants. C'est ce dernier point que nous avons tenté de mettre en évidence dans nos résultats et que nous avons retrouvé de façon particulièrement importante chez les anorexiques. En participant aux repas et aux courses, les adolescentes contrôlent la nourriture et décident du contenu des repas, elles prennent le pouvoir sur les parents qui pour le récupérer multiplient les stratégies pour les faire manger et accroissent leur surveillance au risque de devenir envahissants et de dépasser les limites.

Le contrôle et la prise de pouvoir, passent également par les enjeux d'autonomie-dépendance qui se trouvent accrus à l'adolescence (*SHREWSBURY, 2010*). Nos résultats ont montré qu'à travers la nourriture les enfants tentent de s'autonomiser pour échapper au pouvoir des parents alors que les parents tentent de maintenir la dépendance des enfants pour garder le contrôle

sur eux. L'utilisation de la nourriture pour réguler la dépendance aux parents a été décrite par *JEAMMET (2004)* pour qui le refus de la nourriture chez l'enfant aurait une fonction protectrice contre la dépendance excessive aux parents. D'autres auteurs ont souligné l'importance du conflit autonomie / dépendance dans l'anorexie (*KESTEMBERG 1972, BRUCH 1973, BRUSSET 1998*) mais ne s'intéressent pas à la dimension spécifique de la nourriture. Nos résultats vont plus loin et suggèrent que, dans les familles d'« anorexiques », comme dans les familles d'« obèses » (*LACHAL, 2012*), la nourriture pourrait représenter une modalité de gestion de la distance relationnelle avec les parents. Le refus de la nourriture ou son excès, correspond chez les enfants à une tentative d'autonomie et d'éloignement, mais implique à contrario chez les parents une omniprésence et un maintien de la dépendance. Les adolescents se retrouvent alors pris au piège dans une modalité relationnelle rigide et enfermante empêchant l'autonomie et la réalisation de soi. Ce résultat est étayé par une étude anglo-saxonne récente autour de la question de soi ou « *self* » à l'adolescence, qui retrouve un rapport étroit entre image de soi, *self*, et comportement alimentaire. L'indice de masse corporelle étant inversement corrélé à l'estime de soi et au *self concept* (*O'DEA, 2006*).

Parallèlement à cette théorie de contrôle, d'emprise et de dépendance, nous avons pu retrouver dans l'étude de la littérature l'importance de la nourriture comme objet d'amour autour des notions de soin (*care*) donné à un enfant et du lien émotionnel entre le *caregiver* et le *carefor* (*HOCHSHILD 1998, WINNICOTT, 1957*), de don de soi, de la mère vers son enfant, dans un investissement narcissique très fort (*LAPLANCHE, 1994*), de démonstration d'un « *amour dévot* » (*CAPILLEN, 2009*) ou autour du concept anglo-saxon de « *nurturance* » et de sa réciprocité où nourriture, soins et amour sont intimement liés et essentiels à la survie de l'enfant (*JIANG 2007, WONG 2010*). Ce concept est aussi présent chez les obèses, il apparaît chez les mamans sous forme de manifestation d'amour dans le faire à manger et d'incapacité à mettre leurs enfants au régime au risque de compromettre le lien affectif existant et chez les enfants sous forme d'acceptation de la nourriture en retour de la preuve d'amour (*LACHAL, 2012*). Concernant les anorexiques, nous avons pu constater dans notre étude une faible prévalence de ce thème dans les entretiens. Nous avons noté quelques enjeux affectifs autour du refus de la nourriture et de l'absence de réciprocité chez les adolescents mais qui étaient interprétés par les parents comme un défaut de gratification de la part des enfants plutôt qu'un manque d'amour. L'absence de cette dimension affective dans le lien à la nourriture pourrait être rattachée aux difficultés à percevoir et à exprimer les émotions chez les adolescents présentant une anorexie mentale (*TORRES & AL 2010*,

ZONNEVYLLE-BENDER & AL 2004). La dimension de contrôle apparaît alors d'autant plus prééminente. En effet, de manière générale les luttes de pouvoir, les mouvements de contrôle et de domination, les enjeux d'autonomie / dépendance, sont beaucoup plus présents autour de la nourriture et semblent estomper la notion de vecteur d'affection.

Le deuxième thème : « se ressembler ou se différencier », concerne l'utilisation de la nourriture dans les mouvements d'identification et de différenciation. Les questions de séparation - individuation, d'identification et de filiation, sont évidemment des problématiques classiques de l'adolescence (KESTEMBERG 1972, MARCELLI 2008). Dans l'anorexie, il est communément admis que les difficultés dans le processus de séparation – individuation sont impliqués dans la psychopathologie du trouble et qu'ils représentent un axe de travail psychothérapeutique essentiel (BRUCH 1980, FISHER 1989). L'originalité de nos résultats c'est qu'ils montrent que la nourriture peut être utilisée par les enfants dans une expérience de distinction et d'individuation, d'une part, et par les parents d'identification et de recherche de similitudes, d'autre part. Les enfants revendiquent leur particularité à travers des goûts différents, une nourriture différente tentant ainsi de se construire une identité de soi alors que les parents vont plutôt être dans une recherche du même et du miroir n'autorisant pas leurs enfants à se constituer une identité propre. Ce résultat est conforté par l'étude de BASSETT (2008) qui montre un lien entre nourriture et construction identitaire autour de la question de la personnalité, notamment en terme de choix alimentaires de l'adolescent par rapport à ses parents (BASSETT & AL, 2008).

Le dernier thème de cet axe est un des thèmes phare de notre étude, il s'agit de la nourriture et de la fonction parentale. C'est un thème original qui n'a jamais été étudié. Les différents auteurs se sont plutôt intéressés aux aspects intergénérationnels entre les parents et les enfants dans l'anorexie. En effet certains psychanalystes ont parlé de confusion des générations dans une indifférenciation mère - fille (JEAMMET, 2004), de transmission pathologique « *du féminin* » dans la lignée maternelle (CORCOS, 2005), d'une prépondérance des fantasmes agressifs dans la dynamique intergénérationnelle familiale surtout au niveau de l'axe mère-fille (AUSTIN, 2009) ou de l'impact des traumatismes et deuils maternels non résolus sur la survenue du trouble alimentaire (RINGER 2007). D'un autre côté, les systémiciens se sont davantage centrés sur la structure familiale et l'enchevêtrement de ses membres, SELVINI (2002) a parlé de « mariage à trois » avec la fille comme confidente d'une mère déçue par le couple conjugal ou en collusion avec le père contre une mère frustrante, d'autres ont évoqué

une confusion dans les limites entre les parents et les enfants avec des frontières de l'intime floues qui rendent les jeunes filles vulnérables et symptomatiques (*DUFFOUR, 2011*).

Ces apports de la littérature permettent un éclairage sur les modalités relationnelles entre les générations chez les familles « anorexiques » et leur impact dans la genèse du trouble alimentaire, mais ne renseignent pas sur les rôles et places de chacun dans sa génération, ni sur le rôle de la nourriture dans cette intrication générationnelle. Nos résultats montrent comment la nourriture vient mettre en scène une inadéquation entre la génération des parents dans leur fonction parentale et celle des enfants dans leurs attentes vis-à-vis de leurs parents. En effet, la nourriture témoigne chez les parents d'une difficulté de positionnement par rapport au problème alimentaire de leurs enfants qui va de la résignation à la complaisance sans passer par une position assumée alors que chez les enfants, elle matérialise une demande adressée aux parents pour rétablir leur position parentale. En refusant de manger, les enfants s'inscrivent dans un mouvement de régression vers la prime enfance qui viendrait remettre du même coup les parents à une place d'adulte responsable. Dans le même sens, ils dénoncent un défaut dans le cadre parental voire une démission des parents quant à leur problème alimentaire, ainsi qu'un manque de guidance formulé par l'absence d'éducation alimentaire et par le laxisme des règles hygiéno – diététiques.

Le deuxième niveau d'expérience concerne la dynamique groupale et le fonctionnement familial. Il s'agit des thèmes de la nourriture comme témoin d'une cohésion familiale idéalisée, comme conflit écran de la famille et du repas comme d'une « photographie » du fonctionnement familial.

La nourriture comme vecteur de cohésion familiale est un thème bien connu dans la littérature, le repas est l'occasion de réunion de famille, de retrouvailles, d'échange et de partage (*KAGANSKI 1989, CARRIGAN 2006*). La nourriture a une fonction d'attache et de lien mais aussi d'affirmation de la structure familiale cohérente et harmonieuse (*WONG, 2010*), elle est aussi un marqueur de l'identité familiale (*NAUDIN 1995, KAGANSKI 2005*). Ces notions ont également été largement retrouvées chez les adolescents obèses (*LACHAL, 2012*). Bien que communément admis, ce résultat reste intéressant chez les anorexiques au regard de leur problème alimentaire et des conflits potentiellement présents au moment des repas<sup>1</sup>. En effet, telle une image d'Epinal, le repas est idéalisé par l'ensemble des participants et est présenté comme un moment de partage, d'échange et de retrouvailles. Il est envisagé par

---

<sup>1</sup> Développé dans le thème suivant

les parents comme un moment d'unité, de rassemblement, mais aussi comme une façon de maintenir le lien avec leurs adolescents. Pour les enfants, le repas est décrit comme un moment privilégié de retrouvailles et de partage alors même qu'il est le lieu des conflits<sup>2</sup>. Il semble exister une tentative permanente de cohésion mais qui - bien qu'inavouée - semble échouer devant la réalité du repas et des difficultés que peut susciter la nourriture chez eux. Par ailleurs, nous avons pu constater dans les entretiens que le moment du repas ne représentait pas un contenu de communication très important et que les échanges mis en avant par les uns et les autres restaient néanmoins très superficiels ou se focalisaient sur les difficultés alimentaires de l'adolescente. D'autre part, la notion d'identité familiale à travers la nourriture décrite ci-dessus n'était pas proéminente dans les entretiens et apparaît quelque fois de façon diluée dans le discours des parents. De même, le thème de la transmission autour de la nourriture pourtant largement retrouvé dans la littérature et chez la population obèse (*MORO 2003, KAGANSKI 2005, JIANG 2007, LACHAL 2012*) était très peu présent dans les entretiens. Lorsque ce dernier était évoqué, il était plutôt véhiculé par les papas qui semblaient être plus attentifs à la transmission des valeurs et de la culture familiales à travers la nourriture alors que les mamans n'y accordaient que peu d'importance. Ceci va à l'encontre de ce qui est le plus souvent admis dans les familles occidentales où se sont surtout les mères qui s'appliquent à cette tâche importante (*CARRIGAN 2006*).

La nourriture comme conflit écran de la famille est également un thème intéressant. La notion de conflit autour de la nourriture est rapportée par certains auteurs comme la conséquence des enjeux de contrôle et de prise de pouvoir (*LUPTON 1994, JIANG 2007*). *JEAMMET (2004)* considère que le surinvestissement de la fonction alimentaire par les parents conduit à la cristallisation des conflits autour de la nourriture. Concernant les familles « anorexiques », les auteurs décrivent les conflits comme étant le plus souvent évités (*DALLOS, 2003*) ou se présentant sous forme de communication négative et confusiogène (*ROBIN 1995, DALLOS 2008*) ou de dysfonctionnement familial en rapport avec une grande détresse parentale face à l'anorexie (*SIM, 2009*). Nos entretiens apportent une lecture supplémentaire. Ils montrent que les conflits pouvant exister entre les adolescents et leurs parents se trouvent entièrement dissimulés derrière le conflit « nourriture » qui vient faire écran à l'émergence des autres conflits. L'aconflictualité mise en avant par les parents comme par les adolescents se voit contredite par les tensions et les hostilités à table. Les parents ont tendance à nier tout conflit dans la relation Parent-Enfant en dehors de celui lié à l'alimentation ce qui a pour effet de

---

<sup>2</sup> Développé dans le thème suivant

renforcer chez les enfants la manifestation des conflits dans ce secteur qui représente le seul conflit « acceptable ». Le repas devient alors pour les adolescents un lieu d'expression des conflits réprimés, le plus souvent sous la forme d'une opposition liée au refus de la nourriture. D'autre part, nos résultats montrent également que les conflits existants dans le couple parental peuvent eux aussi se fixer sur l'alimentation des enfants. De la même façon les couples se décrivent comme n'ayant pas de désaccords hormis celui lié au problème alimentaire de leurs enfants et les enfants les décrivent comme un couple épanoui et se sentent responsables d'être leur sujet de conflit. Ceci est différent du concept de « l'alimentation comme solution de *coping* » décrit par DALLOS (2008) où l'anorexique en arrêtant de manger impose à ses parents de se préoccuper d'elle et par la même d'oublier leur conflit préexistant.

La configuration de la table comme une « photographie » du fonctionnement familial est un autre résultat original de notre étude. Peu de données existent dans la littérature, KAGANSKI (1998) a parlé du repas comme d'une figuration de la famille à travers les échanges et les émotions qui circulent dans le groupe familial. KAPLAN (2000) a parlé d'un temps pour reproduire la position de chacun dans la famille, Mc DERMOTT (2005) évoque un lien entre la structure du repas familial et les troubles du comportement alimentaire. Nos résultats viennent confirmer ce que ces auteurs ont abordé et apportent un nouvel éclairage. Ils montrent, au-delà de la ritualité et de l'immuabilité des habitudes observées, l'importance de la configuration à table et surtout l'importance de la place de chacun. Cette dernière nous renseigne sur l'organisation et le diagramme de la famille, sur les modalités et les enjeux relationnels existants, mais surtout sur les rôles et positions de chacun dans la famille. Elle est en effet une reproduction de la réalité : « *C'est comme pour tout dans la vie, chacun doit garder sa place...* » Avait dit un papa, l'organisation spatiale de la table vient incarner et asseoir une place psychique incertaine que l'immuabilité et la fixité permettent de confirmer à chaque rite alimentaire. La métaphore photographique venant précisément illustrer l'aspect figé de ces familles et l'impasse relationnelle dans laquelle elles se trouvent.

Sur le plan méthodologique, cette étude a permis de confirmer l'intérêt de la photo-élicitation et la contribution qu'elle apporte aux méthodes qualitatives dans la recherche en psychiatrie de l'adolescent. Elle vient corroborer l'efficacité de cet outil original, auparavant démontré chez les obèses. En effet, en réduisant la pression de l'interaction et les hiérarchies d'âge et de statut (DREW, 2010), en permettant la médiation, elle facilite considérablement la narrativité

et rend possible la collection d'un matériel riche et varié. En recherche qualitative, la méthode utilisée influe sur le résultat obtenu et peut apporter une nouveauté dans l'information sur le phénomène étudié (MAYS & POPE, 1995). La photo a permis ici, la mise en évidence d'un des thèmes phare de notre étude qui n'aurait pas été obtenu sans l'utilisation de cette technique, il s'agit de la configuration de la table comme une « photographie » du fonctionnement familial qui a été abordé dans les entretiens du fait de la projection de l'image représentant la table à la fin d'un repas familial. D'autre part, cette photographie prise par l'adolescente représentait également lors des entretiens un objet de communication avec les parents qui se trouvaient obligés de commenter cette image en se référant à chaque fois au choix de leur enfant. L'analyse des photographies de ces adolescentes pourrait d'ailleurs faire l'objet d'un autre sujet d'étude qui pourrait les considérer comme méthodologie de recherche.

Par ailleurs, l'analyse phénoménologique nous paraît bien adaptée dans l'étude de sujets complexes tels que l'alimentation et les relations familiales, elle permet de décrire une expérience en s'attachant aux phénomènes évitant les risques d'interprétation hâtive.

L'analyse large de la littérature nous a permis de confronter nos résultats aux données existantes pour une meilleure triangulation, et par conséquent une meilleure validité de notre étude. Nous avons pu confirmer certains thèmes connus de la littérature, les approfondir et en extraire des nouveaux ce qui représente un critère de pertinence de l'étude.

Nous avons pu noter trois limites principales dans cette étude. La première consistait en une difficulté à différencier dans le matériel ce qui était inhérent à la symptomatologie anorexique de ce qui était plus spécifique d'un enjeu relationnel lié à la nourriture. En effet certaines thématiques telles que le contrôle, la dépendance ou l'absence de conflit font également partie de la psychopathologie de l'anorexie. Nous avons été contraints par soucis de clarté de ne retenir que les résultats en lien avec le rôle de la nourriture dans la relation parent-enfant. La deuxième limite rencontrée était de différencier dans les résultats ce qui était propre à la population anorexique de ce qui appartient aux remaniements liés à l'adolescence. Les thèmes autour de l'autonomie et de la dépendance, de l'identification et de la différenciation sont aussi des questions centrales de l'adolescence. Nous avons pu mettre en perspective nos résultats avec la population obèses dont l'étude a déjà été publiée mais l'autre recherche du groupe QUALIGRAMH menée en parallèle sur la population d'adolescents sans trouble alimentaire nous permettra de mieux appréhender ce qui est spécifique à chaque situation. La troisième limite liée à notre modalité de recrutement, consistait en une difficulté à différencier

dans le discours parental ce qui appartenait à chaque parent. En effet, en recevant les parents ensemble, nous avons accès à un discours parental à deux voix mais pas accès à la position propre de chacun des deux parents concernant les thématiques étudiées.

## VI- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre étude confirme l'importance de la nourriture comme vecteur transactionnel de la relation parents-enfants et ce de façon accrue dans les familles « anorexiques ». L'exploration qualitative de la place de la nourriture dans les relations familiales chez des adolescents présentant une anorexie mentale nous a permis d'approfondir nos connaissances et de mieux appréhender cette pathologie. Les résultats ont mis en avant à travers les différents thèmes une dimension relationnelle familiale entravée qui semble enfermer les adolescents dans une scène conflictuelle, fixe et répétitive et empêcher l'apparition de toute dimension individuelle pouvant permettre à ces adolescents de sortir de cette impasse familiale, de se réaliser à l'extérieur de la famille et de se construire ainsi une identité de soi.

Ces nouvelles pistes de compréhension nous invitent à repenser les perspectives thérapeutiques dans la prise en charge de l'anorexie. D'une part, l'abord familial et la prise en compte du fonctionnement groupal comme le proposent les thérapies familiales et systémiques (*GODART & AL, 2012*) restent très utiles et permettraient de redonner de la souplesse et de la fluidité au fonctionnement familial (*LOCK & GOWERS, 2005*). Il s'agirait par exemple d'aider les familles à sortir d'une image figée et idéalisée, d'atténuer la peur des conflits et de les rendre « acceptables » mais également de renforcer la place psychique et le rôle de chaque membre de la famille dont nous avons évoqué la fragilité et la fixation dans la réalité de la « table ».

D'autre part, l'abord individuel nous paraît plus qu'indispensable pour permettre à ces adolescents un étayage actif sur la construction de soi. Les études qualitatives récentes confortent cette idée et retrouvent un lien étroit entre anorexie mentale et *self* de l'adolescent, (*HIGBED & FOX 2010, WILLIAMS & REID, 2011*) mais aussi l'importance dans les soins du rapport à soi et de l'acceptation de soi (*ESPINDOLA & BAY, 2009*). Ceci nous incite à considérer l'enjeu thérapeutique du *self* dans l'anorexie mentale. Il s'agirait de repenser des soins centrés sur le sujet lui-même qui viseraient à la construction de soi en s'appuyant sur le



rapport de l'adolescent avec lui-même et aussi, sur les relations avec ses pairs. Les relations amicales et l'ouverture vers le monde extérieur étant d'ailleurs reconnus comme des facteurs essentiels de guérison dans l'anorexie mentale (*JENKINS & OGDEN 2012, KORUTH & AL 2011*).

Enfin, d'autres implications thérapeutiques peuvent être envisagées à travers l'outil méthodologique lui-même. En effet l'efficacité de la photo-elicitation comme médiateur en recherche clinique nous interroge sur l'intérêt éventuel de la photographie dans la prise en charge de l'anorexie et de son utilisation possible lors de consultations spécialisées ou au sein de groupes thérapeutiques par exemple.

## VII- BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2006), *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches*. 1ère ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American psychiatric association. (2006), Treatment of patient with eating disorders, 3 ed.

American psychiatric association. *American journal of psychiatry*. 163 (7): 4-54. 185.

Annus AM, Smith GT, Fischer S, Hendricks M, Williams SF. (2007), Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating. *International Journal Of Eating Disorder*, 40 (2): 179-186.

Austin S. (2009), A perspective on the patterns of loss, lack, disappointment and shame encountered in the treatment of six women with severe and chronic anorexia nervosa. *The Journal of analytical Psychology*, 54 (1): 61-80.

Barr O, McConkey R. (2007), A different type of appointment: the experiences of parents who have children with intellectual disabilities referred for genetic investigation. *Journal Of Research in Nursing*. 12 (6): 637-652.

Baker TA, Wang CC. (2006), Photovoice: Use of a Participatory Action Research Method to Explore the Chronic Pain Experience in Older Adults. *Qualitative Health Research*. 1; 16 (10): 1405 -1413.

Bassett R, Chapman GE, Beagan BL. (2008): Autonomy and control: The co-construction of adolescent food choice. *Appetite*. 50 (2-3): 325-332.

Bateson G, Mead M. (1942), *Balinese character, a photographic analysis*. New York. The New York academy of sciences.

Bender DE, Harbour C, Thorp J, Morris P. (2001), Tell Me What you Mean by « Sí »: Perceptions of Quality of Prenatal Care among Immigrant Latina Women. *Qualitative Health Research*. 1; 11(6):780 -794.

Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. (2007), Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 5; 40 (4): 293-309.

Bruch H. (1973), *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York. Basic Books.

Bruch H. (1978), les yeux et le ventre. Dans : *L'obèse, l'anorexique*. Paris, Payot.

Bruch H, Hilde (1980), Preconditions for the development of anorexia nervosa. *The American Journal Of Psychoanalysis*, 40 (2) : 169-172.

Brusset B. (1988), l'adolescente anorectique et sa mère. *Dialogue*. 9949-54.

Brusset B. (1998), *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris. Dunot.

Buchbinder MH, Detzer MJ, Welsch RL, Christiano AS, Patashnick JL, Rich M. (2005), Assessing adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: A multiple perspective pilot study using visual illness narratives and interviews. *Journal of Adolescent Health*. 36 (1): 71. e 9-13.

Cappellini B. (2009), The sacrifice of re-use: the travels of leftovers and family relations. *Journal of Consumer Behaviour*. 8 (6): 365-375.

Carrigan M, Szmigin I, Leek S. (2006), Managing routine food choices in UK families: The role of convenience consumption. *Appetite*. 47(3): 372-383.

Charlier D. (1996), Nourritures intérieures. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 16 : 133-143.

Chapman E, Smith JA. (2002), Interpretative Phenomenological Analysis and the New Genetics. *Journal of Health Psychology*. 7 (2): 125-130.

CIM-10/ ICD-10. (1994), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris. Masson.

Collier M. (1986), *Visual anthropology: photography as a research method*. Albuquerque. The University of New Mexico Press.

Corcos M, Agman G, Bochereau D, Chambry J, Jeammet P. (2002), Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*. 37-215-B-65.

Corcos M. (2005), Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale. *Synapse*. 217: 1-9.

Corcos M. (2007), Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme*. 1-11.

Dallos R, Denford S. (2008), A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 13(2): 305-22.

Dallos R. (2003), Using narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Clinical Child Psychology and psychiatry*. 8(4): 521-535.

Delannes S. doyen C. Cook-Darzens S. Mouren M-C. (2006), les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Medico Psychologiques*. 164: 565-572.

Didkowsky N, Ungar M, Liebenberg L. (2010), Using Visual Methods to Capture Embedded Processes of Resilience for Youth across Cultures and Contexts. *Journal Of The Canadian*

*Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*.19 (1): 12-18.

Dinsmore BD, Stormshak EA. (2003), Family functioning and eating attitudes and behaviors in at-risk early adolescent girls: The mediating role of intra-personal competencies. *Current Psychology*. 22 (2): 100-116.

Drew SE, Duncan RE, Sawyer SM. (2010), Visual Storytelling: A Beneficial But Challenging Method for Health Research With Young People. *Qualitative Health Research*. 20 (12): 1677-1688.

DSM-IV-TR. (2003), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris. Masson.

Duffour-Nikolov C. (2011), Guidance parentale et respect de l'intimité: Deuil et érotisme chez les mineurs. *Thérapie Familiale : Revue internationale en Approche Systémique*. 32 (1): 129-140.

Enten RS, Golan M. (2009), Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*. 52(3): 784-787.

Espindola CR, Blay SL. (2009), Anorexia nervosa's meaning to patients: a qualitative synthesis. *Psychopathology*. 42 (2): 69-80.

Espindola CR, Blay SL. (2009), Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinical Psychiatry*. 21(1): 38-48.

Fischer N. (1989), Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts: A case study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(1): 41-54.

Franko DL, Keel PK. (2006), Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 26(6): 769-782.

Gardner J, Wilkinson P. (2011), Is family therapy the most effective treatment for anorexia nervosa? *Psychiatria Danubina*. 23 (1): 175-177.

Gilbert AA, Shaw SM, Notar MK. (2000), The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 8: 331-345.

Gillett KS, Harper JM, Larson JH, Berrett ME, Hardman RK. (2009), Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*. 35(2): 159-74.

Glaser B, Strauss A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. The State University of New Jersey. Aldine Transaction.

Godart N, Perdereau F, Jeammet P. (2004), Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 17(6): 327-330.

Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, Horreard AS, et al. (2012), A

randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *Plos One: Journal information*. 7 (1): e28249.

Greenfield EA, Marks NF. (2009), Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk. *Social Science & Medicine*. 68( 5): 791-798.

Hagedorn MI. (1996), Photography: an aesthetic technique for nursing inquiry. *Issues In Mental Health Nursing*. 17(6): 517-527.

Hammersley M. (1990), *Reading ethnographic research: a critical guide*. London. Longman.

Hanna KM, Jacobs P. (1993), The use of photography to explore the meaning of health among adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 16 (3):155-164.

Hanna KM, Jacobs PM, Guthrie D. (1995), Exploring the concept of health among adolescents with diabetes using photography. *Journal of Pediatric Nursing*. 10(5):321-327.

Harper D. (2005), What's new visually? In: *The SAGE handbook of qualitative research*. Thousand Oaks. SAGE. 747-762.

Harper D. (2002), Talking about pictures: a case for photo elicitation. *Visual Studies*. 17(1):13-26.

Haute Autorité de Santé. (2012), Anorexie Mentale: Prise en charge. Recommandations juin 2010. *Journal de pédiatrie et de Puériculture*. 25: 00-47.

Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. (2000), Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*. 28 (1): 20-26.

Higbed L, Fox JRE. (2010), Illness Perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*. 49: 307-325.

Higgins SS, Highley BL. (1986), The Camera as a Study Tool: Photo Interview of Mothers of Infants With Congestive Heart Failure. *Children's Health Care*. 15 (2):119.

Hochschild AR. (1998), Ideas of care: traditionnal postmodern, cold-modern, and warm-modern. In: *Families in the US: Kinship and domestic politics*. Philadelphia. Temple University Press. 527-38.

Honey A, Boughtwood D, Clarke S, Halse C, Kohn M, Madden S. (2008), Support for Parents of Children with Anorexia: What Parents Want. *The Journal of Treatment & Prevention*. 16: 40-51.

- Humphrey LL, Stern S. (1988), Object relations and the family system in bulimia: a théoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10; 14(4): 337-350.
- Jeammet P. (1999), La pathologie du plaisir alimentaire. *Cahiers de nutritons et de diététiques*. 34 (3) : 155-157.
- Jeammet P. (2004), *Anorexie Boulimie, les paradoxes de l'adolescence*. Paris. HACHETTE.
- Jiang J, Rosenqvist U, Wang H, Greiner T, Lian G, Sarkadi A. (2007), Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*. 48 (3): 377-383.
- Johnson CM, Sharkey JR, McIntosh AW, Dean WR. (2010), "I'm the Momma": Using photo-elicitation to understand matrilineal influence on family food choice. *BMC Women's Health*. 10(1): 21.
- Kaganski I, Remy B. (1989), Aspects familiaux, cliniques, et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires. *Confrontation Psychiatrique*. 31: 203-229.
- Kaganski I. (1999), La marmite familiale. A table. *Enfance et psychiatrie*. 8: 6 – 134.
- Kaganski I. (2005), La place de la nourriture dans les relations familiales, *Enfances et Psychiatrie*. 2 (27): 45-52.
- Kaplan EB. (2000), Using Food as a Metaphor for Care: Middle-School Kids Talk about Family, School, and Class Relationships. *Journal of Contemporary Ethnography*. 29(4): 474-509.
- Karwautz A. (2003), Perceptions of family relationships in adolscents with anorexia nervosa and their inaffected sisters. *Européen Child & Adolescent Psychiatry*. 12 : 128-135.
- Kaufman L, Karpati A. (2007), Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn. *Social Science & Medicine*. 64 (11) : 2177-2188.
- Keitel MA, Parisi M, Whitney JL, Stack LF. (2010), Salient Stressors for Mothers of Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 18: 435-444.
- Keller C, Fleury J, Perez A, Ainsworth B, Vaughan L. (2008), Using Visual Methods to Uncover Context. *Qualitative Health Research*. 1; 18(3):428 -436.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Reavuori A. (2007), Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American journal of psychiatry*. 164: 1259-65.

- Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S. (1972), *La faim et le corps*. Paris. PUF.
- Koruth N, Nevison C, Schwannauer M. (2011), A Grounded Theory Exploration of the Onset of Anorexia in Adolescence. *European Eating Disorders Review*. 20 (4): 257 – 264.
- Lachal J, Sperenza M, Taieb O, Falissard B, Lefevre H, Moro M.R, Revah-Levy A. (2012), Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. *Apetite*. 58: 1099-1105.
- Laplanche J. (1994), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse: la séduction originaire : avec un index général des Problématiques*. Paris. PUF.
- Laporte L, Marcoux V, Guttman HA. (2001), Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins, *Encéphale*. 27 (2) : 109-119.
- Lock J, GOWERS S. (2005), Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health*. 14 (6) : 599-610.
- López ED, Eng E, Randall-David E, Robinson N. (2005), Quality-of-life concerns of African American breast cancer survivors within rural North Carolina: blending the techniques of photovoice and grounded theory. *Qualitative Health Research*. 15 (1): 99-115.
- Lupton D. (1994), Food, memory and meaning: the symbolic and social nature of food events. *The Sociological Review*. 42 (4): 664-685.
- Macleod R, Craufurd D, Booth K. (2002), Patients' Perceptions of What Makes Genetic Counselling Effective: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*. 7 (2): 145-156.
- Malterud K. (2001), Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 358 (9280): 483-488.
- Marcelli D, Braconnier A. (2008), *Adolescence et psychopathologie*. Paris. Elsevier Masson.
- Martinez JP. (1986), *Anorexie, tables des jeux et table des lois. L'anorexique et sa famille*. Paris. C.E.C.C.O.F.
- Mays N, Pope C. (1995), Rigour and qualitative research. *The British Medical Journal*. 311 (6997): 109-112.
- Mays N, Pope C. (2000), Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *The British Medical Journal*. 320 (7226): 50-52.
- Mc Dermott BM. (2005), Eating disorders in children and adolescents: An update. *Current Opinion in Psychiatry*. 18 (4): 407-410.
- Mead M. (1928), *Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for*

- western civilisation*. Cambridge. Harvard University Press.
- Miller CA, Golden NH. (2010), An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology, and Prognosis. *Nutrition in Clinical Practice*. 25 (2): 110-115.
- Minuchin S, Rosman B, Baker L. (1978), *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge. Harvard University Press.
- Moore T, Norman P, Harris PR, Makris M. (2008), An Interpretative Phenomenological Analysis of Adaptation to Recurrent Venous Thrombosis and Heritable Thrombophilia: The Importance of Multi-causal Models and Perceptions of Primary and Secondary Control. *Journal of Health Psychology*. 13 (6): 776-784.
- Morgan M, Watkins CJ. (1988), Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*. 10 (4): 561-578.
- Moro MR, Baubet T. (2003), *Psychiatrie et migration*. Paris. Masson.
- Moro MR. (2009), *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*, Paris, O. Jacob.
- Naudin O. (1995), *Psychanalyse de la gourmandise*. Paris. L'Ecole des Parents.
- Neumärker KJ. (1997), Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 21 (3): 205-12.
- Nilsson K, Hagglof B. (2006), Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eating Disorders, The Journal of Treatment & Prevention*. 14: 305–311.
- Noble SIR, Marie AN, Finlay IG. (2008), Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 22 (1): 71-76.
- O'Dea JA. (2006), Self-concept, self-esteem and body weight in adolescent females: a three-year longitudinal study. *Journal of health psychology*. 11(4): 599-611.
- O'Shaughnessy R, Dallos R. (2009), Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 14 (4): 559-574.
- Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, Papezova H. (2010), Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45 (5): 541 - 550.
- Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. (2004), A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*. 36 (3): 256-268.
- Power EM. (2003), De-centering the Text: Exploring the Potential for Visual Methods in the Sociology of Food. *Journal for the study of food and society*. 6 (2): 9-20.



Reid M, Williams S, Burr J. (2010), Perspectives on eating disorders and service provision: a qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorder Review*. 18: 390-398.

Reavuori A, Hoek HW, Susser ES, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. (2009), Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide, study of finnish twins. *Plos One, Journal Information*. 4 (2): e4402.

Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. (2007), The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BioMedical Central psychiatry*. 7: 2.

Rich M, Lamola S, Gordon J, Chalfen R. (2000), Video intervention/prevention assessment: a patient-centered methodology for understanding the adolescent illness experience, *Journal of Adolescent Health*. 27 (3): 155-165.

Ringer F. (2007), Eating disorder and attachment: The effect of hidden family processes on eating disorder. *European Eating disorder review*. 12 (2): 119-130.

Robin AL. (1995), Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*. 17 (4): 313-322.

Rose G. (2001), *Visual methodologies: An introduction to the interpretation of visual objects*. London. Sage Publications Ltd.

Rosen CJ, Klibanski A. (2009), Bone, fat, and body composition: evolving concepts in the pathogenesis of osteoporosis, *The American Journal of Medicine*. 122 (5): 409 - 414.

Rova K. (2001), The family and anorexia nervosa: Examining Parent-Child Boundary Problems, *European eating disorder review*. 9: 97-114.

Russell G. (1979), Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*: 9 (3): 429-448.

Selvini-Palazzoli M. (1971), *Etude sur les familles de malades qui souffrent d'anorexie mentale. L'enfant dans sa famille*. Paris. Masson.

Selvini-Palazzoli M. (1996), le processus anorexique dans la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiales et de pratiques de réseaux*. 16 : 145-157.

Selvini-Pallazoli M. (2002), La famille de l'anorexique, in Anorexique et boulimique : bilan d'une approche thérapeutique familiale. *Mental & Health*. 153-173.

Senior V, Smith JA, Michie S, Marteau TM. (2002), Making Sense of Risk: An Interpretative Phenomenological Analysis of Vulnerability to Heart Disease. *Journal of Health Psychology*. 7 (2): 157-168.

Shrewsbury VA, King LA, Hattersley LA, Howlett SA, Hardy LL, Baur LA. (2010), Adolescent-parent interactions and communication preferences regarding body weight and

weight management: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 1479 (5868) : 7 - 16.

Sim LA. (2009), Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 42 (6): 531-539.

Smith J. (1996), Beyond the divide between cognition and discourse: Using Interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*. 11 (2): 261-271.

Smith JA. (2008), Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London. Sage Publications Ltd.

Smith JA, Michie S, Stephenson M, Quarrell O. (2002), Risk Perception and Decision-making Processes in Candidates for Genetic Testing for Huntington's Disease: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*. 7 (2): 131-144.

Steinhausen H. (2002), The outcome of anorexia nervosa in the 20th century, *The American Journal of Psychiatry*. 159 (8): 1284-1293.

Taïeb O, Révah-Lévy A, Moro MR, Baubet T. (2008), Is Ricoeur's Notion of Narrative Identity Useful in Understanding Recovery in Drug Addicts? *Qualitative health research*. 18 (7): 990-1000.

Tierney S. (2005), The Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of the Views of Parents. *Eating Disorders, The Journal of Treatment & Prevention*. 13: 369-379.

Thomas WI, Thomas DST. (1928), *The child in America: behavior problems and programs*. New York. AA Knopf.

Tilmans-Ostyn E. (1995), L'anorexie à travers les âges et les générations. *Thérapie familiale*, 16 (4): 415-421.

Torres S, Prista Guerra M, Lencastre L, Roma-Torres A, Brandão I, Queirós C, Vieira F. (2010), Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. 19 (2): 100 – 111.

Whitley R, Crawford M. (2005), Qualitative research in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50 (2): 108-114.

Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. (2005), Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*. 187: 444 - 449.

Whitney J, Currin L, Murray J, Treasure J. (2012), Family Work in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of Carers' Experiences of Two Methods of Family Intervention. *Europeen*

*Eating Disorders Review*. 20: 132 – 141.

Williams S, Reid M. (2012), “It”s like there are two people in my head’: a phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology & health* 27 (7): 798-815.

Winnicott DW. (1957), *L’enfant et sa famille*. Paris. Payot.

Wong OL. (2010), Meaning of food in childhood obesity: an exploratory study in a Chinese family context. *Social Work in Health Care*. 49 (4): 362-77.

Yang S, Kadouri A, Révah-Lévy A, Mulvey EP, Falissard B. (2009), Doing time: a qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32 (5): 294-303.

Zonneville-Bender MJS, Van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, Van Elburg TAM, et Van Engeland H. (2004), Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: a controlled study. *European child & adolescent psychiatry*. 13 (1) : 28-34.

## **ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN**

### **LA PHOTO**

Décrivez les éléments sur la photo. Donnez-lui un titre.

Quand la photo a-t-elle été prise ? (Modalités et contexte de la prise de la photo)

Comment ? (Histoire de la production de la photo)

Pourquoi vous-avez choisi cette photo ?

### **POSITIONNEMENT**

Qui a participé au repas ? Positionnez les personnes sur la photo.

Quelle était la place de chacun ? Qui a déterminé la place de chacun ?

Y a t il des places spécifiques pour chacun ? Pourquoi ?

Est-ce important de garder sa place à table ? Pourquoi ?

### **PREPARATION**

Qui a préparé le repas ? Avez-vous participé à la préparation du repas ?

Qui prépare les repas à la maison ? C'est toujours la même personne ?

Intervenez-vous habituellement dans le choix / la préparation des repas ?

A : Avez-vous déjà préparé des plats pour vos parents ? A quelle(s) occasion(s) ? Etait-ce plaisant ? Pourquoi ?

P : Préparer la nourriture est une tâche plaisante / une corvée ?

A : Est-ce meilleur lorsque votre mère / père prépare, et pourquoi ?

P : Pensez-vous que le plat est meilleur pour votre adolescent lorsque vous le préparez, et pourquoi ?

### **COURSES**

Qui a fait les courses ?

Qui fait les courses habituellement ? Participez-vous ?

## **JUSTE AVANT LE REPAS**

Décrivez vos émotions dans les quelques minutes qui ont précédé ce repas.

Appréhendez-vous le moment du repas ?

Comment qualifiez-vous le moment du repas ? (Bon, mauvais, stressant, angoissant...)

## **LE REPAS**

Racontez-moi le déroulement du repas.

Quelle était l'ambiance de ce repas ?

De quoi a-t-on parlé durant ce repas ? A-t-on parlé de nourriture ?

Y a-t-il eu des disputes / des différends au sujet de la nourriture durant ce repas ?

Les repas se passent-ils souvent en famille ? Toujours ? Peu ? Jamais ? Qu'est-ce que ça représente pour vous / vos parents / votre adolescent ?

Pensez vous que c'est important pour la famille de manger ensemble ?

Pour vous, le repas est plutôt un moment de retrouvailles ou un moment de conflit ?

Quelle est l'ambiance des repas en général ?

Le repas est-il un moment de partage / d'échange / de communication ?

Avez-vous des habitudes qui vous semblent particulières à votre famille durant les repas ?

## **NOURRITURE**

A : Est-ce que vos parents utilisent la nourriture comme une récompense ?

P : Utilisez-vous la nourriture comme récompense ?

Est-ce un moyen de transaction entre vous ?

A : comment vos parents réagissent lorsque vous refusez de manger ?

P : comment réagissez vous lorsque votre enfant refuse de manger ?

Est-ce que dans votre famille la nourriture est un plaisir ?

Y'a t-il des aliments interdits dans votre famille ?

Êtes-vous à cheval sur les règles hygiéno-diététiques dans votre famille, qui en est le garant ?

## **SOUVENIRS**

Quels souvenirs gardez-vous des repas de votre enfance / adolescence ?

## **LES RELATIONS FAMILIALES**

Décrivez-moi les différentes personnes de la famille. Comment vous entendez-vous avec chacun ?

Comment vous décririez le caractère de chacun ?

Quelle type de relation avez vous avec vos parents / votre adolescent ? (Proximité/distance, autonomie/dépendance, surprotection...)

Y a-t-il des conflits entre certains membres de la famille ? Comment réagissez-vous lorsqu'il y a des conflits ?

A : quelle image avez vous du couple de vos parents ? (Entente, mésentente, conflit, distance...)

P : Quelle image avez-vous de votre adolescent ? (Fort, fragile, petit, grand, intime, étranger)

Parle-t-on de nourriture à la maison ?

A : Vos parents vous parlent de nourriture ? C'est un sujet facile à aborder, ou bien propice aux disputes ? Acceptez-vous que vos parents vous parlent de nourriture ?

P : Parlez-vous de nourriture avec votre adolescent ? C'est un sujet tabou / facile à aborder ? Comment en parlez-vous ?

A : Vos parents sont-ils d'accord de la même façon sur l'utilité de la prise en charge de votre problème de poids ?

P : Existe-t-il des différents dans le couple à propos de nourriture ?

Que pensez vous des règles présentes dans votre famille en général? (Sévères, rigides...)

## **FAMILLE, IDENTITE ET TRANSMISSION**

Considérez-vous la cuisine comme une image de la famille? (Porteuse de valeur et de culture familiale), Quelle importance la nourriture a-t-elle dans la famille ?

Est-ce important de savoir cuisiner ? De bien manger ?

A : Préparez-vous des plats que vos parents / grands-parents préparent ? Pensez-vous qu'il est important que les parents transmettent à leurs enfants la cuisine familiale ?

P : Cuisinez-vous avec votre adolescent ? Pensez-vous qu'il est important de lui transmettre votre manière de cuisiner ?

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Une façon particulière de cuisiner ?

## **CONCLUSION**

Pouvez-vous citer le plat qui marque votre famille, et le plat qui vous marque ? Et pourquoi ?

Pouvez-vous redonner un titre à la photographie

## **RESUME DE LA THESE**

L'objectif de cette étude était d'explorer la place de la nourriture dans les relations familiales auprès d'adolescents présentant une anorexie mentale. 11 entretiens ont été menés avec des adolescentes anorexiques âgées de 13 à 18 ans et leurs parents. Nous avons choisi une méthodologie qualitative utilisant un outil original : la photo-élicitation. Le matériel verbal a été analysé à l'aide de l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Les résultats ont été organisés selon deux axes, le premier explore la place de la nourriture dans la dynamique parents-enfants (le contrôle relationnel, la ressemblance et la différence ainsi que la fonction parentale), le second explore la dynamique groupale et familiale (la cohésion, le conflit écran et le fonctionnement familial). Notre étude a permis de montrer la pertinence de la photo-élicitation et son apport dans la recherche en psychiatrie de l'adolescent. Sur le plan thérapeutique, elle confirme la nécessité de l'abord familial dans le soin et ouvre sur l'intérêt de la prise en charge individuelle des adolescents anorexiques notamment dans la construction de leur « *self* ».

## **TITRE EN ANGLAIS**

*Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among adolescents with anorexia nervosa*

## **MOTS-CLES :**

Anorexie, relations familiales, nourriture, recherche qualitative, Photo-élicitation.

## **THESE: MEDECINE SPECIALISEE-ANNEE 2012**

### **ADRESSE DE L'UFR :**

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex