

## CE QUE « FAIRE À MANGER » VEUT DIRE

Brigitte Boucher

Le médecin nutritionniste  
à l'écoute de ses patients

**F**aire ou ne pas faire la cuisine, être ou avoir été dans l'enfance et l'adolescence membre d'une famille où on faisait à manger ou pas, où on partageait ou pas des repas autour d'une table sont des thèmes récurrents, avec l'image corporelle, dans les consultations de nutrition. Plaisir et culpabilité y sont très intimement mêlés. La notion d'injustice est aussi fortement revendiquée: «*pourquoi je grossis alors que je mange moins que ma collègue de bureau?*» Le médecin nutritionniste passe une bonne partie de son temps à tenter de faire admettre qu'il est légitime et indispensable d'éprouver du plaisir à manger sans culpabilité à des patients convaincus du contraire.

Si la relation entre nourriture et poids semble évidente pour tous, il n'est pas aussi simple de met-

tre en équation le comportement alimentaire et son retentissement sur l'image corporelle, comme l'inverse d'ailleurs. Dans le cadre d'une consultation de médecin nutritionniste, c'est justement la disjonction entre « ce que je suis » et « ce que je mange » qui pose problème.

L'évidente implication émotionnelle dans l'acte alimentaire ramène le patient sur la difficile, voire impossible application d'un comportement rationnel, face à ses injonctions passionnelles en matière alimentaire. Très vite, il apparaît que les habitudes de l'enfance, de la famille, les relations entre parents et enfants vont influencer directement sur le comportement alimentaire de chacun, et la façon de « faire à manger » qui en découle.

Quand le médecin nutritionniste écoute ses patients et essaie de comprendre ce que «faire la cuisine» veut dire pour eux, il s'intéresse aux détails de leur comportement au quotidien mais aussi plus généralement à leur histoire de vie en remontant jusqu'à leurs parents, voire leurs grands-parents. On remarque très vite en effet que la genèse du comportement pathologique trouve ses origines dans les apprentissages, tant dans l'enfance que dans les transmissions familiales, et que l'âge adulte ne fait que révéler un long passé inconscient où se sont ancrées des habitudes que l'on gardera le plus souvent tout au long de sa vie ou qui ne seront démolies qu'au terme d'années de travail sur soi. La plupart des patients, quand ils arrivent en consultation de nutrition, sont généralement bien conscients que leur problème n'est pas seulement d'ordre nutritionnel, mais ils ne sont pas prêts à consulter un psychologue ou un psychiatre et espèrent du médecin nutritionniste une sorte de miracle qu'il n'est évidemment pas capable d'accomplir.

«Faire la cuisine», «faire à manger» revêtent donc une signification très large. Au-delà de l'acte naturel qui déjà pose problème, l'acte symbolique de se nourrir ou de nourrir sa famille fait appel à une dimension affective immense.

À l'occasion de la préparation du colloque «Faire la cuisine», j'ai égrainé, au fil des consultations, des questionnaires auprès de certains patients concernant différents sujets :

- Comment se passe un repas au quotidien ?
- L'organisation naturelle des repas, de la cuisine et des courses,
- Les souvenirs d'enfance, l'influence des parents.
- Le rapport du comportement alimentaire à l'image corporelle.

Les patients ont été très intéressés par le questionnaire, ils ont été 31 à me le retourner et presque tous ont répondu sous huitaine. Cette petite enquê-

te, qui n'avait pas l'ambition être représentative sur le plan statistique, visait à recueillir des informations plutôt qualitatives à travers les analyses et les *verbatim* des patients en complément de mes observations en tant que médecin nutritionniste.

Les personnes qui ont rempli ces questionnaires sont concernées soit par des troubles du comportement alimentaire en voie d'amélioration (anorexie, boulimie), soit par un problème d'obésité ou de surpoids. Si les réponses montrent à première vue une certaine «normalité» dans le descriptif de la mise en place des repas familiaux - tout semble apparemment «normal» - il apparaît cependant des dysfonctionnements propres au patient. Les principaux enseignements de cette enquête concernent :

- d'une part, les difficultés dues à un défaut d'apprentissage et de modèle parental,
- d'autre part, la mise en évidence d'une relation inverse entre excès pondéral et investissement culinaire.

## UN MODÈLE PARENTAL DÉFAILLANT

Généralement, c'est la mère de famille qui fait le plus souvent les courses et la cuisine, mais il arrive que, dans certains cas, elle préfère «laisser faire». En revanche, si la mère «assiste» au repas familial, il est fréquent qu'elle ne s'y associe pas : soit elle mange après, toute seule (plateau télé), soit elle grignote «trois noix et deux bouchées de pizza», voire rien du tout ; mettre son couvert à table et participer au repas en mangeant comme les autres membres de la famille s'avère souvent difficile, voire impossible !

Ces mères qui se veulent «bonnes nourricières» avouent que «manger avec et comme les autres» leur pose un réel problème. «Je n'ai pas envie de cuisiner pour moi après avoir cuisiné pour eux.», dit



une patiente mère de famille. On retrouve également chez chacune d'elles une relation très pathologique de leur propre mère avec la nourriture : « *Je ne revois pas ma mère cuisiner, parfois ma grand-mère.* », dit une patiente alors qu'une autre, une adolescente, se dit « *exaspérée que sa mère s'acharne à faire une cuisine spéciale pour elles deux et une cuisine « normale » pour son père et ses frères* ». Et elle ajoute : « *J'en ai marre de cette ségrégation sexiste !* ».

L'idéal de minceur extrême, perçu comme tout à fait anormal à un âge avancé de la vie (grand mère), reste pour ces mères une référence absolue, bien qu'elles s'en défendent pour leur progéniture.

On sait que l'exemple est le moteur du comportement, par identification, et on comprend à quel point le modèle maternel influe sur le comportement alimentaire de l'enfant. Plus surprenant est de constater que la problématique du comportement alimentaire pathologique réside dans la difficile prise d'autonomie vis-à-vis du modèle maternel même quand ce modèle est perçu comme pathologique et même si ce modèle est consciemment rejeté.

« *Je sais que ma mère a une relation anormale avec la nourriture, je ne voudrais pas que mes enfants aient des problèmes, pourtant je me conduis comme ma mère, et je ne m'en rends pas vraiment compte !* ».

Qu'y a-t-il de si important en jeu pour que l'on ait tant de mal à s'en rendre compte ? Tout ce qui est donné - devrait être donné - d'amour et de lien à travers la cuisine. De ce fait, « *remettre en cause ma façon de manger relève aussi de la remise en question de la relation d'amour qui me lie à ma mère* », dit une de mes patientes.

Autre exemple, celui d'une autre patiente, jeune femme anorexique puis boulimique, qui est passée de 47 à 72 kg pour 1,67 mètre avant d'arriver à se stabiliser à 56 kg. Cette jeune femme est la troisième de quatre enfants : « *Ma mère, dit-elle, était sûre*

*qu'elle attendait un garçon* ». Elle ne s'est pas sentie désirée, aimée, et ce manque se fait toujours sentir alors qu'elle a plus de 30 ans et qu'elle en a pris conscience depuis plusieurs années : « *J'ai peur de n'avoir été pour ma mère qu'une bouche dévorante (...) C'est très difficile d'accepter de ne pas avoir été aimée par ma mère. Je ne peux pas l'obliger à m'aimer mais j'ai du mal à l'accepter* ».

C'est la figure maternelle qui domine ces histoires de vie. Pour autant, le père n'échappe pas à l'analyse, mais le plus souvent c'est pour constater son « absence », son détachement apparent, ou au contraire un fort investissement passionnel vers tout ce qui concerne la nourriture. Il s'agit plus de compulsion, voire de remplissage, même si ce n'est pas de la boulimie. Pour les pères, la notion de quantité est souvent prédominante sur la notion de qualité. « *Il avale vite et beaucoup, il se remplit. Pour lui, le plaisir c'est d'en avoir beaucoup dans son assiette* ». S'ils se soucient peu de leur propre image corporelle, ils peuvent assez souvent attacher de l'importance à l'apparence des autres, surtout à celle des femmes. C'est le genre d'homme qui, dans le métro, au restaurant ou dans la rue, sans parler de la plage, a toujours l'œil rivé sur les silhouettes féminines et ne peut s'empêcher de faire des commentaires sur celles qui sont « bien roulées » ou celles qui sont « trop grosses », celles qui sont « désirables », au minimum « conformes », et les autres. Dans ces familles, il est fréquent que les enfants, surtout les filles, comprennent d'emblée ce qui est attendu d'elles en termes d'idéal corporel pour séduire et réussir sa vie affective et sociale. Mais la barre est mise très haut, trop haut, et il n'y a pas à s'étonner des conséquences : rejet de sa féminité conduisant parfois jusqu'à se refuser tout plaisir, alimentaire et sexuel, mépris de son corps : « *J'ai fait une claire dichotomie entre le corps et l'esprit, pour moi pendant longtemps seul l'esprit a prévalu* ».

Il arrive, mais c'est plus rare, que ce soit le père qui incarne la figure du parent nourricier. Un de mes patients adorait son père, décédé d'un cancer, et n'arrivait ni à pleurer ni à exprimer en mots sa tristesse. Sous des apparences d'équilibre et de bonheur sans histoire, sur le plan conjugal, familial et professionnel, il éprouve le sentiment de ne manger que pour remplir un vide: «*Je fuis en avant, je compense en bouffant*». Cet homme à qui, comme on dit, tout réussit dans la vie, est sous traitement anti-dépresseur et se décrit une enfance sans aucun problème. Et pourtant, voici ce qui revient à sa mémoire: «*Je me souviens des gâteaux de riz que me faisait mon père. Quand mon père est décédé il y a six ans, j'ai décidé de ne plus jamais en manger. Ce dessert, c'était lui, un symbole*». Et de rajouter: «*Si je pouvais choisir aujourd'hui, je préférerais que ce soit lui qui soit vivant et ma mère dans la tombe.*»

## RELATION INVERSE ENTRE LA SITUATION PONDÉRALE DES PATIENTS ET LEUR INVESTISSEMENT CULINAIRE

Les résultats de notre étude nous conduisent à classer les réponses selon la corpulence du patient:

- ceux qui sont en surpoids,
- ceux qui sont maigres, avec des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Schématiquement et de manière assez réductrice, on peut observer que les patients ronds n'aiment pas faire la cuisine au quotidien, qu'ils ne prennent pas de plaisir à manger, et qu'ils mangent pour se caler et s'apaiser. La part émotionnelle de leur comportement alimentaire démontre un besoin affectif important, dénotant une hypersensibilité au monde extérieur. Ceci les amène souvent à vivre dans une certaine confusion des affects abou-

tissant au besoin impulsif de se remplir. Ils ont aussi une perception de leur image corporelle très négative.

A l'inverse, on constate chez les patientes anorexiques un fort investissement culinaire. Les anorexiques aiment souvent faire la cuisine et sont le plus souvent gourmandes! Cependant, elles ont beaucoup de mal à s'associer au repas familial et préfèrent manger seules. Elles ont un besoin très fort de la maîtrise totale de ce qu'elles mangent par la sélection d'aliments, en très petites quantités le plus souvent, avec l'exclusion totale d'aliments «tabous», et parfois même des vomissements provoqués. Cette conduite de restriction s'accompagne souvent de rituels, organisés toujours autour des mêmes aliments, dans le même cadre, avec une organisation très obsessionnelle: pour l'une, c'est «*une tisane, une clope, un yaourt, un carré de chocolat*»; pour une autre, âgée seulement de 12 ans, c'est «*des fruits et de l'eau chaude*». La notion de plaisir est impossible à accepter, et tout ce qui pourrait leur procurer du plaisir leur est insupportable: c'est donc un véritable interdit de se faire plaisir.

Ces patientes ont aussi une difficulté relationnelle particulièrement réactivée au moment du repas, le partage avec les autres est très difficile, voire impossible. Comme on l'a vu, les mères de famille anorexiques, si elles font à manger à leurs enfants, souvent ne mangent pas avec eux, ne mettent pas leur couvert à table et préfèrent assister au repas pour servir, cuisiner, parler mais surtout ne pas manger avec les autres. «*Je n'ai jamais mangé des féculents ou des gâteaux en présence des autres*», dit l'une. «*On surveille ce que je mange, je me sens épiée, je n'aime pas qu'on voit ce que je mange*», dit une autre. Ou encore: «*Je m'arrange pour avoir déjà mangé avant de sortir, je refuse les invitations à l'extérieur, je mange avant ou après, cela me ras-*



sure». Leurs souvenirs d'enfance sont plutôt négatifs et évoquent les tensions durant les repas plutôt que la convivialité ou la sérénité.

La perception de leur image corporelle est très perturbée, avec une notion décalée par rapport à la réalité. Le regard des autres prend une importance démesurée, très imprégnée de l'image renvoyée par la mère ou par le père. La relation maternelle à la nourriture est très souvent pathologique, que ce soit dans l'excès ou dans la restriction. «*Ma mère avait un vrai problème avec la nourriture, elle ne préparait pas les repas le plus souvent. Le jour de la communion de ma sœur, elle est partie en vélo une heure avant le repas, rien n'était prêt!*»

On voit donc que les apprentissages chez les patients ayant des soucis avec leur alimentation trouvent leurs origines dans l'enfance, et que leurs difficultés sont induites par des perturbations vis-à-vis d'une relation «naturelle» à la nourriture. Ceci étant lié à un manque de références alimentaires, de transmission trans-générationnelle, avec une figure féminine (mère, grand-mère...) montrant souvent une certaine rivalité avec sa propre mère, parfois même très violente, et animée d'un perfectionnisme assez rigide, avec absence ou négation de la notion de plaisir.

Même si c'est évident, il faut le rappeler :

- les troubles du comportement alimentaire gâchent la vie des patients et de leurs familles,
- les habitudes alimentaires familiales influencent la structuration du comportement,
- l'exemple reste le moteur essentiel du comportement.

Dans les familles, les transmissions entre générations sur la façon de «faire la cuisine», l'importance attachée à l'image corporelle, les liens faits entre le corps, l'esprit et les aliments restent le modèle pour

la descendance et doivent faire l'objet d'une analyse critique pour prévenir les dysfonctionnements relationnels et les anomalies du comportement alimentaire.

Il semble néanmoins possible d'apprendre à manger «mieux» si on prend le temps de «faire la cuisine», à condition de prendre du recul, dans un climat serein, en réfléchissant sur son propre fonctionnement. La création d'un climat affectif apaisant et l'apprentissage de la gestion des émotions nécessitent un certain travail psychique et des efforts personnels qui finissent par produire des effets positifs.

Quoi qu'il en soit, la notion de «faire la cuisine», dans les familles amenées à consulter un médecin nutritionniste, est rarement «naturelle, simple et sereine», et c'est sans doute pour cela que ces patients ont besoin d'aide.

«Faire la cuisine», «mettre la table», «manger ensemble», tel est le challenge proposé à ces familles pour ancrer les fondements d'un comportement alimentaire stable!

