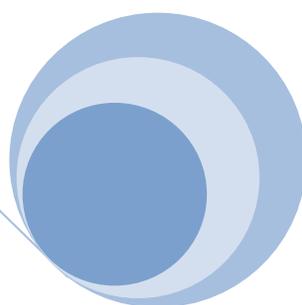


Les interventions des travailleurs sociaux dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie chez les adolescents.

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du
diplôme HES d'assistante sociale

Laurence CHAMBOVEY • HES 04.PT
Mémoire dirigé par Catherine BIGONI / Mai 2008



Mots-clefs :

Troubles du comportement alimentaire – anorexie – boulimie – prévention
Adolescence – Travailleur social – interventions spécifiques – position
Représentations – vécu

Résumé :

Ce travail de mémoire porte sur les interventions spécifiques des travailleurs sociaux et leurs positions face à l'anorexie-boulimie chez les adolescents. A l'aide d'un guide d'interview utilisé comme support d'entretien, j'ai questionné les pratiques des travailleurs sociaux et leur vécu dans la prise en charge de ces pathologies. Grâce à ces entretiens, j'ai découvert une diversité d'interventions nommées par les travailleurs sociaux dans l'exercice de leur mandat, ainsi que leurs positions et représentations face à ces problématiques. Le contenu de mon travail signifie clairement que le travailleur social peut tenir un rôle dans l'accompagnement des jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie et qu'il peut s'investir grâce à diverses compétences liées au travail social. Ce travail de mémoire offre des pistes de réflexion/action pour les travailleurs sociaux qui peuvent rencontrer un jour un adolescent concerné par un trouble du comportement alimentaire, telle que l'anorexie ou la boulimie.

Un grand merci à :

Ma directrice de mémoire, Catherine Bigoni, qui m'a encouragée, conseillée et soutenue tout au long de mon travail

Aux sept travailleurs sociaux qui ont accepté d'être interrogés sur leur pratique professionnelle

A Aline, Delphine, Jessica et Mélissa qui ont partagé leur vécu face à l'anorexie et la boulimie

Aux deux psychologues-personnes ressources qui m'ont apporté des pistes de réflexion intéressantes

A mon ami Massimo qui m'a soutenue durant mon travail !

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

Table des matières

1	ILLUSTRATION DE LA THÉMATIQUE	3
1.1	Statistiques et prévention.....	4
2	CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	5
2.1	Question de départ	5
2.2	Objectifs de la recherche	5
2.3	Les hypothèses de recherche.....	6
2.4	Les personnes ressources	7
3	CONCEPTS THÉORIQUES	8
3.1	Les troubles alimentaires	8
	<i>Définition d'un trouble alimentaire.....</i>	<i>8</i>
	<i>Troubles alimentaires mineurs.....</i>	<i>8</i>
	<i>L'anorexie et la boulimie</i>	<i>9</i>
	<i>Origine</i>	<i>9</i>
	<i>Description.....</i>	<i>9</i>
	<i>Symptômes.....</i>	<i>13</i>
	<i>Comportements</i>	<i>15</i>
	<i>Conséquences physiques</i>	<i>16</i>
	<i>Facteurs déclencheurs</i>	<i>16</i>
	<i>Le garçon et les troubles alimentaires</i>	<i>19</i>
	<i>Statistiques.....</i>	<i>19</i>
	<i>Pourquoi l'adolescence</i>	<i>20</i>
	<i>Les relations avec le corps</i>	<i>21</i>
	<i>La famille</i>	<i>23</i>
	<i>Les pressions sociales et la valorisation de la minceur.....</i>	<i>26</i>
3.2	La prévention	29
	<i>Définition.....</i>	<i>29</i>
	<i>Prévention et troubles alimentaires</i>	<i>31</i>
3.3	Les interventions spécifiques des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des jeunes confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie	32
4	MÉTHODOLOGIE.....	37
4.1	Terrain de recherche	37
4.2	L'échantillon.....	38
4.3	De l'approche à la technique.....	39
	<i>L'approche qualitative.....</i>	<i>39</i>
	<i>La démarche semi-inductive</i>	<i>39</i>
	<i>La méthode de recueil d'informations : l'entretien</i>	<i>40</i>
	<i>L'entretien semi-directif de type compréhensif.....</i>	<i>42</i>
	<i>Le but des entretiens.....</i>	<i>43</i>
	<i>Le support des entretiens : une grille d'entretien</i>	<i>43</i>
	<i>Le déroulement des entretiens</i>	<i>44</i>
4.4	Ethique.....	45
4.5	Les limites de l'étude.....	46
	<i>La subjectivité du chercheur</i>	<i>46</i>
	<i>L'échantillon de personnes choisies.....</i>	<i>46</i>
	<i>Une représentation subjective de la réalité</i>	<i>46</i>
5	L'ANALYSE DES DONNÉES	47
5.1	L'analyse de contenu comme méthode d'analyse des données	47
	<i>Définition et principales caractéristiques.....</i>	<i>47</i>

	<i>Avantages de l'analyse de contenu</i>	48
5.2	Etapes de l'analyse de contenu	49
	<i>Choix et définition des codes</i>	49
	<i>Qualités des codes</i>	49
	<i>Analyse et interprétation des résultats</i>	50
	<i>Résumé de la démarche</i>	50
5.3	Les résultats de l'analyse par thématiques	50
	<i>Le vécu des travailleurs sociaux</i>	50
	<i>Les interventions spécifiques des travailleurs sociaux</i>	52
	<i>Les représentations des travailleurs sociaux</i>	59
	<i>La position et les sentiments des travailleurs sociaux</i>	61
	<i>L'avis des travailleurs sociaux à propos de la prévention</i>	63
6	LA SYNTHÈSE	65
6.1	Vérification des hypothèses	65
6.2	L'argumentation de l'écart entre hypothèses et données analysées	68
6.3	Regard sur la recherche	69
	<i>Généralités</i>	69
	<i>Difficulté dans le choix de la problématique</i>	69
	<i>Le facteur temps</i>	70
7	COMMENTAIRE GÉNÉRALE/ DISCUSSION	70
7.1	Le grand nombre de contradictions dans le message des travailleurs sociaux interrogés.	71
7.2	Les difficultés dans le rapport à la pluridisciplinarité	72
7.3	Confusion entre anorexie et minceur	74
7.4	L'importance du rôle de l'assistant social comme service placeur et personne connaissant la situation	75
8	CONCLUSION	76
8.1	Réponse à la question de départ	76
8.2	Perspectives et pistes d'action/réflexion	78
8.3	Nouveaux questionnements	81
8.4	Réflexion personnelle	82
9	BIBLIOGRAPHIE	84
9.1	Ouvrages	84
9.2	Références internet	85
9.3	Chat	86
9.4	Articles de revues spécialisées	86
9.5	Articles de périodique	86
9.6	Enregistrements vidéo	86
9.7	Mémoires de fin d'études	87
9.8	Divers	87
10	ANNEXES	88

1 ILLUSTRATION DE LA THÉMATIQUE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont très médiatisés dans notre société. Des émissions, des reportages, de nombreux ouvrages nous exposent cette problématique. Les médias véhiculent constamment des messages sur l'alimentation et le poids. A travers ces messages, notre société a tendance à associer le contrôle de son poids et de son apparence à un idéal de beauté et de réussite. Etre mince est souvent synonyme de popularité et de bonheur. Ces idéaux renforcent le fait qu'aujourd'hui, des personnes rencontrent beaucoup de difficultés à accepter leurs corps.

De plus en plus de personnes sont confrontées par des troubles du comportement alimentaire : restriction alimentaire excessive, maigreur extrême, image du corps erronée, purge et vomissements, perte de contrôle de l'alimentation, prise de laxatifs et de diurétiques, etc. Les symptômes physiques, mentaux ou comportementaux sont nombreux et deviennent dangereux sous certaines conditions. En effet, les dommages corporels causés par les TCA peuvent être graves et même conduire jusqu'à la mort. Les formes les plus connues et les plus préoccupantes sont l'anorexie et la boulimie. En Suisse, le nombre de personnes concernées par ces pathologies croît ce qui soulève un constat inquiétant. Ce phénomène touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes bien que le nombre d'hommes atteints par ces pathologies augmente. En effet, l'adolescence est une période difficile de la vie qui s'accompagne de nombreux changements. Certaines de ces modifications concernent leur corps, d'autres concernent l'opinion que les jeunes se font d'eux-mêmes et d'autres enfin la façon dont ils sont considérés par l'entourage et leurs pairs. Les adolescents subissent de fortes pressions et certains rencontrent des difficultés à trouver un équilibre adéquat.

Durant mes précédents stages (notamment à la protection de l'enfance) et dans ma vie privée, j'ai rencontré plusieurs adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire. A plusieurs reprises, je me suis sentie démunie face à leur questionnement. Ma compréhension de ces pathologies n'était pas suffisante afin de répondre pertinemment à leurs besoins. Mes connaissances du réseau ne m'ont pas permis de contacter les professionnels appropriés dans l'accompagnement d'adolescents souffrant de troubles alimentaires. L'entourage des jeunes concernés pose également des questions auxquelles il est important de savoir répondre.

Beaucoup d'acteurs peuvent être concernés de près ou de loin par les troubles alimentaires d'un adolescent ou d'un jeune adulte: médecins, nutritionnistes, diététiciens, psychologues, spécialistes des troubles alimentaire, membres de la famille, travailleurs sociaux, enseignants, etc. Les travailleurs sociaux peuvent rencontrer au quotidien des adolescents confrontés à ces pathologies. Ils participent également à des réseaux en collaboration avec le personnel de santé chargé de la prise en charge de ces jeunes. Afin d'aider les personnes concernées, le travailleur

social doit pouvoir faire passer des messages adaptés à la population confrontée par des troubles alimentaires dans le but de limiter les comportements à risque et surtout faciliter l'accès vers des services compétents.

1.1 Statistiques et prévention

Les troubles du comportement alimentaire sont en augmentation constante dans la population en général et principalement dans les tranches d'âge des 11 à 15 ans et des 16 à 24 ans. Les statistiques suisses relèvent que 1 à 2% de la population féminine de ce pays souffre d'anorexie et 5 à 8% de boulimie. Au total, environ 10% sont touchés par ces pathologies et les chiffres relèvent une constante augmentation. Il faut également prendre note qu'un nombre considérable de personnes touchées se soustraient à ces statistiques, car elles ne sont connues d'aucun service. Les troubles apparaissent le plus souvent au moment de l'adolescence. Un malaise surgit et s'exprime par le biais de l'alimentation. Plusieurs facteurs peuvent être réunis pour déclencher ces dysfonctionnements : événements traumatiques, milieu familial, les pressions culturelles et sociales, etc.

Il me paraît important de se questionner à propos de ces problématiques en sachant que nous sommes et serons de plus en plus confrontés par ces pathologies qui mettent en péril le développement d'un nombre croissant d'adolescents et de jeunes adultes. Le travailleur social sera lui aussi concerné d'avantage par ces problématiques. Dans sa pratique professionnelle, il doit pouvoir être capable de faire passer des messages adéquats.

Dans le domaine des troubles alimentaire, l'idée de prévention s'impose. En effet, tous peuvent se dire que « *prévenir vaut mieux que guérir* ». Actuellement, il existe certaines campagnes de prévention organisées par des associations en Suisse. Une aide compétente proposée rapidement peut augmenter considérablement les chances de guérison des personnes touchées. Dans ce contexte, la prévention et la reconnaissance rapide des troubles sont essentielles. En prenant connaissance des mesures de prévention, le travailleur social peut lui aussi améliorer la prise en charge des personnes malades qu'il accompagne. J'imagine qu'il pourrait lui aussi s'engager dans une activité de prévention.

Par le biais de mon travail, je souhaite questionner les pratiques des travailleurs sociaux face aux adolescents confrontés par des troubles du comportement alimentaire. De quelle manière interviennent les travailleurs sociaux auprès de ces jeunes ? Disposent-ils d'outils suffisants pour intervenir adéquatement ? Quelles sont leurs attitudes lorsqu'ils côtoient ces jeunes ? Par l'intermédiaire de ces questions, mon objectif vise à découvrir les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à une problématique qui prend de l'ampleur chez les adolescents. Parallèlement, je veux explorer la manière dont les travailleurs sociaux perçoivent ces pathologies et les adolescents confrontés. Les travailleurs sociaux se sentent-ils concernés par ces problématiques ? Ont-ils plutôt tendance à banaliser ces

pathologies ? Ont-ils connaissance des incidences ? A travers leur travail pédagogique, les travailleurs sociaux ne peuvent éviter complètement l'apparition des troubles du comportement alimentaire. Cependant, ils peuvent essayer de reconnaître les signes précurseurs et les combattre. C'est pour cette raison que je souhaite développer cette problématique à travers mon travail de recherche. Je vais ainsi pouvoir proposer aux travailleurs sociaux des pistes d'action/de réflexion pouvant les aider dans leur pratique professionnelle lorsqu'ils rencontrent des adolescents confrontés par ces pathologies ou susceptibles d'être un jour confrontés. Je relève cependant que le sujet des troubles alimentaires est considérablement complexe. Je ne vais pas traiter la thématique de manière extrêmement approfondie, mais je vais l'aborder de manière à donner une vue d'ensemble sur ces problématiques. Je précise également que je ne vais pas traiter le sujet de l'obésité. Ma recherche porte uniquement sur l'anorexie et la boulimie.

2 CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

2.1 Question de départ

Quelles sont les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à l'anorexie et la boulimie chez les adolescents et comment se positionnent-ils face à ces pathologies ?

2.2 Objectifs de la recherche

Objectifs théoriques

- Définir les concepts : troubles alimentaires, anorexie et boulimie
- Repérer les facteurs déclencheurs (biologiques, psychologiques, familiaux, culturels...), les conséquences de l'anorexie et de la boulimie, les comportements...
- Repérer le milieu familial des adolescents confrontés par l'anorexie ou la boulimie
- Définir le concept : prévention, prévention primaire, secondaire et tertiaire
- Définir les interventions spécifiques des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des jeunes confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie (en lien avec le référentiel de compétences du travailleur social).

Moyens utilisés : lectures, ouvrages spécialisés, médias, entretiens de personnes ressources.

Objectifs de terrain

- Questionner les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à des adolescents présentant ou susceptibles de présenter des symptômes d'anorexie et/ou de boulimie.
- Repérer les limites d'interventions du travailleur social face aux adolescents confrontés par ces pathologies.
- Questionner la position et le vécu des travailleurs sociaux face à des adolescents confrontés ou susceptibles d'être confrontés par l'anorexie ou la boulimie
- Questionner les représentations des travailleurs sociaux face à ces pathologies
- Explorer la position des travailleurs sociaux face à la prévention dans ce domaine

Moyens utilisés : enquête par entretien auprès de travailleurs sociaux.

Objectifs d'action

- Proposer des pistes d'action/réflexion aux travailleurs sociaux afin de dépister et d'accompagner des adolescents confrontés par l'anorexie ou la boulimie

Moyens utilisés : analyse des entretiens.

2.3 Les hypothèses de recherche

J'ai ciblé mes hypothèses en fonction de mes intérêts personnels. Les hypothèses ont permis de diriger ma recherche et mettre en évidence mes idées principales. Les hypothèses que j'ai émises n'engagent que moi. Voici les hypothèses qui serviront de base à mon travail :

Hypothèse 1

Les travailleurs sociaux ont des difficultés à nommer leurs interventions spécifiques dans l'accompagnement de jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie.

Hypothèse 1.2

Les interventions spécifiques liées à la prise en charge de ces jeunes ne concernent pas le champ d'intervention du travail social, mais celui de la psychiatrie.

Hypothèse 2

Les travailleurs sociaux banalisent la souffrance des jeunes confrontés par des troubles du comportement alimentaire et se trouvent dans une position de déni face à ces pathologies.

Hypothèse 2.1

A travers la banalisation de la souffrance, les travailleurs sociaux sous-estiment les troubles du comportement alimentaire dans leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences qui les inquiètent peu.

Hypothèse 3

Les travailleurs sociaux se sentent peu concernés par les activités de prévention de l'anorexie et de la boulimie.

2.4 Les personnes ressources

Ces personnes m'ont aidée par leur témoignage à construire les concepts théoriques de ma recherche servant de fil conducteur à mon travail.

- Madame F (abréviation fictive) : psychologue FSP dans une association de lutte contre la boulimie et l'anorexie
- Madame D (abréviation fictive) : psychologue FSP, Diététicienne ASDD, Conseillère scientifique au Département de l'économie et de la santé
- Aline, Mélissa, Jessica, Delphine, prénoms fictifs, toutes les 4 souffrent ou ont souffert d'anorexie et/ou de boulimie

3 CONCEPTS THÉORIQUES

3.1 Les troubles alimentaires

Définition d'un trouble alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) recouvrent une série de problèmes du comportement alimentaire et d'altérations de la perception de son corps. Des difficultés d'ordre psychologique entraînent chez les personnes concernées un dysfonctionnement dans leur rapport à la nourriture.

Certaines de ces pathologies sont en lien avec une alimentation trop réduite tandis que d'autres se réfèrent à une alimentation excessive. Les TCA sont reconnus « *comme de véritables pathologies, plus spécifiquement, comme un trouble mental, c'est-à-dire un ensemble de comportements, d'attitudes et de réactions émotionnelles qui font souffrir la personne malade et son entourage*¹ ». Les personnes atteintes d'un TCA rencontrent des difficultés à la confrontation d'elles-mêmes. Elles se font une image erronée de leur apparence qui leur renvoie fréquemment une représentation ne correspondant pas à la réalité. Les troubles alimentaires les plus connus sont : l'anorexie, la boulimie.²

La plupart du temps, un trouble alimentaire est défini lorsque les pensées et le quotidien se rapportent exclusivement à l'acte de manger ou de ne pas manger. Le contrôle du poids devient une obsession.

Troubles alimentaires mineurs

Il existe des pulsions alimentaires qui peuvent engendrer un mal-être, même si leurs manifestations extérieures sont plus mesurées que dans le cas de l'anorexie ou la boulimie. Ces troubles peuvent avoir des répercussions sur l'organisme et l'équilibre psychique des personnes, du fait de la perception déviée de l'acte de manger. Ces troubles du comportement alimentaire ne sont ni complètement boulimiques, ni complètement anorexiques. Les personnes concernées souffrent de troubles atypiques de la conduite alimentaire. Ils ne sont pas négligeables compte tenu du nombre de personnes qui ont une alimentation très déséquilibrée, abusent de régimes alimentaires, utilisent des médicaments pour couper leur faim, etc. Il s'agit par exemple, de l'hyperphagie, du syndrome d'alimentation nocturne, du grignotage ou chaos alimentaire, etc. Il existe diverses formes qui peuvent être préoccupantes lorsque la nourriture prend une place démesurée dans le quotidien du sujet.³

¹ http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#intro_1

² http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#intro_1

³ <http://www.anorexie-boulimie.com/troublesalimentairesmineurs.htm>
http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_1

L'anorexie et la boulimie

L'anorexie et la boulimie sont les deux principaux troubles du comportement alimentaire. Il s'agit des formes les plus extrêmes des TCA.

Origine

L'anorexie mentale ou anorexia nervosa est un mot d'origine grecque dont l'étymologie an-orexie signifie perte, absence ou diminution de l'appétit. Cette pathologie est connue depuis longtemps. Au moyen-âge, des périodes de jeûne ainsi que des restrictions alimentaires sévères étaient pratiquées au sein des communautés religieuses. Ces privations avaient un caractère mystique et une justification philosophique. Un exemple connu de ce genre de pratique fut Catherine de Sienne morte à l'âge de trente-trois ans suite à une « *anorexie sainte* ». Ces privations semblent similaires aux troubles anorexiques que nous connaissons aujourd'hui. Cependant, la première description médicale de l'anorexie mentale date de 1689 et fut rapportée par le médecin Richard Morton qui décrit « une forme de dépérissement d'origine nerveuse ⁴ ». Longtemps, la médecine conçut ce trouble comme une maladie physique. Deux médecins, Lasègue en France (1873) et Gull en Angleterre (1874) revendiqueront l'origine purement psychologique de l'anorexie. ⁵

La boulimie ou bulimia nervosa est une appellation qui vient du grec et signifie « *grande faim dévorante* ». Elle a longtemps été considérée comme un symptôme provenant d'autres pathologies. Elle était tout d'abord considérée comme un dérèglement digestif, avant d'être décrite comme une maladie nerveuse dès la fin du 20^e siècle. Elle a été décrite tantôt comme un signe de névrose hystérique, tantôt comme faisant partie d'un trouble de la personnalité ou encore comme un signe de dépression. Des rapprochements ont également été faits entre boulimie et obésité. D'autres auteurs ont parlé d'addiction ou de toxicomanie sans drogue. Finalement, dès les années 1980, elle acquiert une description diagnostique spécifique. ⁶

Description

L'anorexie mentale est la plus connue des TCA. Elle se manifeste par le besoin de manger de moins en moins, en particulier les aliments caloriques. « *Il s'agit d'une restriction méthodique, résolue, poursuivie avec énergie. Elle porte sur la quantité et sur la qualité en fonction de la valeur nutritive supposée⁷* ». Les anorexiques sont souvent affamés et obsédés par l'idée de manger. La sensation de faim est habituelle au début. Les anorexiques recherchent souvent cette sensation de faim qui les rapproche de leur corps ainsi maîtrisé. La réussite de lutte contre la faim amène une satisfaction énorme, tandis que les échecs sont perçus comme angoissants et honteux. Tout est soumis à un contrôle excessif.

⁴ <http://www.anorexie-boulimie.com/troublesalimentairesmineurs.htm>

⁵ <http://www.anorexie-boulimie.com/historiquedestroublesalimentaires.htm>

⁶ <http://www.anorexie-boulimie.com/historiquedestroublesalimentaires.htm>

⁷ BRUSSET, B., *La psychopathologie de l'anorexie mentale.*, Ed Dunod : Paris, 1998, p.15

Il existe deux formes d'anorexie ⁸:

- L'anorexie dite restrictive où la personne s'interdit la plupart des aliments qu'elle juge trop caloriques
- L'anorexie avec accès de boulimie (dans 50 à 60% des cas) où la personne, suite à des restrictions de nourriture considérables, est poussée à ingurgiter des grandes quantités de nourriture qu'elle vomira ensuite.

Un grand nombre d'anorexiques connaissent des périodes de boulimie. A force de se retenir de manger, ces personnes s'épuisent et finissent par craquer. Il est très difficile de lutter continuellement contre la nourriture, car le corps appelle à la nourriture. Ainsi, une restriction de nourriture considérable induit des risques de basculer dans la boulimie. Certaines personnes alternent ainsi anorexie et boulimie sans réussir à trouver un équilibre et leur corps fait ce qu'on appelle communément le yo-yo. Certaines stratégies d'amaigrissement peuvent également associer prise de laxatif ou exercice physique intense jusqu'à épuisement. La perte de poids qui est initialement de 20 à 30% peut atteindre 50%. Mais la patiente ne s'inquiète pas pour sa santé. Elle ira même parfois affirmer ressentir un sentiment de bien-être ou de puissance. Ce total déni face à son amaigrissement démontre bien la perturbation psychique dans la façon de percevoir son corps. ⁹.

Les anorexiques angoissent à l'idée de prendre du poids. Elles ont souvent une image erronée de leur corps et de leur poids. Elles s'imaginent grosses, alors qu'elles sont maigres. Elles sont envahies par un désir constant de maigrir, ce qui les amène à lutter contre la faim. Elles changent souvent leur façon de s'habiller afin d'endosser des vêtements amples dans le but de cacher leur maigreur. Très souvent, elles développent de véritables rituels pour les repas : manger très lentement ou seulement dans son assiette personnelle, mâcher considérablement longtemps, passer un temps vaste dans la préparation du repas, etc. La restriction alimentaire des anorexiques est souvent dissimulée. Parallèlement à ce contrôle excessif de la nourriture, l'anorexique contrôle et maîtrise toutes ses activités (relations familiales, relations sentimentales, scolarité, etc.). Il en découle, par exemple, des perturbations dans les relations avec l'entourage ou un désintérêt pour toute forme de sexualité. Ces comportements provoquent très souvent un repli sur soi. Les anorexiques voient également disparaître leurs règles, ce qui est appelé aménorrhée. Ce changement résulte d'un dysfonctionnement hormonal lié à la dénutrition et à l'exercice physique excessif. ¹⁰

L'évolution est généralement étendue sur plusieurs années, car il est rare que le comportement dysfonctionnel face à la nourriture soit rapidement abandonné.

⁸ http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_1

⁹ BRUSSET, B., *op.cit.*, p.28-32

¹⁰ <http://www.lefaitmedical.ch/53anorexieboulimie.html#anorexie+boulimie>

Selon l'auteur Bernard Brusset dans son livre « *Psychopathologie de l'anorexie mentale* »¹¹, il existe trois phases successives dans l'évolution :

1. la première phase, la restriction alimentaire s'installe souvent en réaction à un événement. Elle s'installe progressivement dans un contexte d'insatisfaction, d'humeur dépressive et d'altérations des relations.
2. Une phase d'optimisme succède à la première phase de souffrance. Les personnes concernées semblent avoir trouvé des moyens de satisfaction ainsi qu'une solution leur permettant de soulager les tensions. Cette source de satisfaction trouve son origine dans le sentiment de la réussite du contrôle de soi-même. L'anorexique est payée de ses efforts. L'amaigrissement atteste de son pouvoir sur elle-même. Son corps ne lui échappe plus, mais lui obéit. Elle accède à de nouveaux plaisirs, comme celui de se maintenir vide et de se sentir légère.
3. La troisième phase est variable et peut comporter plusieurs éventualités. La restriction alimentaire se mêle à des conduites de boulimie, le retour à une tendance dépressive ou une certaine angoisse, l'installation dans la cachexie avec appauvrissement des intérêts, l'enfermement dans le rôle de victime, etc.

Bernard Brusset relève que le poids des personnes présentant des symptômes d'anorexie se situe environ 15% en dessous de la moyenne. L'indice de masse corporelle indique 17,5 voir très souvent en dessous.

Lorsque j'étais anorexique, j'avais le désir de devenir toujours plus mince. Je mangeais le moins possible. Je comptais chaque calorie des aliments que j'ingurgitais. Je commençais à perdre du poids, à flotter des mes pantalons, quelle satisfaction !! Mais ça ne suffisait pas, je devais maigrir plus. Quand je faisais des petits excès, je me mettais dans des états de détresse et de culpabilité énormes. Pour compenser les excès, j'ai trouvé des solutions dans les activités physiques. Ces techniques d'élimination étaient parfaites et me rassuraient. J'ai pratiqué du sport à outrance avec l'objectif de maigrir toujours plus. Et quelle extase de voir mon corps si maigre et parfaitement maîtrisé ! Plus mon corps s'affinait, plus je me trouvais belle. A plusieurs reprises, j'ai testé les laxatifs et les diurétiques. C'était pas mal ! Sans m'en rendre compte, je suis devenue esclave de ces pratiques. J'étais obsédée par la nourriture. J'ai finalement atteint un poids de 40kg pour une grandeur de 1,70m. J'ai été hospitalisée pour une anorexie mentale. ¹²

La boulimie est considérée comme un trouble du comportement alimentaire au même titre que l'anorexie et démontre des rapports étroits avec cette dernière. Alors que l'anorexique maîtrise tout, à l'inverse, la personne boulimique perd le

¹¹ BRUSSET, B., *op.cit.*, p. 43-49

¹² Aline, prénom fictif, 19 ans, en programme d'occupation, souffre d'anorexie depuis 5 ans

contrôle. La boulimie fait référence à un comportement déséquilibré face à la nourriture qui devient incontrôlable et envahissant. Il ne s'agit pas d'un simple dysfonctionnement alimentaire, mais d'un comportement compulsif face à la nourriture. Ces comportements semblent manifester un vide que les boulimiques tentent de combler. Le sentiment de se remplir amène un bref instant de sérénité. Les sujets avalent en cachette des énormes quantités de nourriture. Alors qu'ils devraient être physiquement rassasiés, ils sont incapables de s'arrêter de manger. Ils se font alors vomir afin de contrôler leur poids. Ils semblent être conscients qu'ils ont une conduite alimentaire anormale, mais ils sont incapables de contrôler leurs besoins.¹³

Les sujets boulimiques ingurgitent une diversité de nourriture pendant leur fringale : pâtisseries, lait, chocolat, biscuit, chips, bols de céréales, du pain beurré, etc. La prise alimentaire se fait de façon totalement anarchique, en passant du sucré au salé et en arrosant le tout de grandes quantités de boissons. L'apport de calories est alors démesuré. Généralement, les boulimiques ne prennent pas de plaisir à ingurgiter toute cette nourriture. Ils avalent sans l'apprécier. La nourriture devient comme une drogue et les crises sont de plus en plus fréquentes. Le contrôle sur la nourriture échappe totalement aux personnes atteintes de boulimie. A la suite de ces crises, apparaît un sentiment de culpabilité, des remords, un sentiment de honte, de l'anxiété, du mépris de soi. Poussés par ces sentiments, les boulimiques tentent alors de rejeter la nourriture qu'ils ont ingurgitée en se faisant vomir ou en prenant des laxatifs. Le rejet de la nourriture leur permet de garder un poids plus au moins normal. Certaines personnes essaient aussi de contrôler leur prise de poids par des exercices excessifs.¹⁴

Il existe divers degrés de boulimie : un besoin continu de manger, une consommation de nourritures démesurée, des pratiques de purge, des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, de diurétiques ou de coupe-faim, etc. La boulimie provoque une obsession permanente à la nourriture, ainsi qu'une angoisse face à la perte de contrôle de la crise. Une angoisse énorme tourne sur la peur de grossir. Cette peur mêlée à la honte conduit à des pratiques d'évacuation de la nourriture, afin d'éviter le surpoids. Les personnes boulimiques démontrent des énormes variations de poids. Cependant, elles sont rarement obèses, car elles contrôlent leurs kilos en utilisant le jeûne et en pratiquant des exercices considérables (sport à outrance).¹⁵

La boulimie est plutôt associée à un problème d'ordre psychologique. Il existe plusieurs formes de boulimie. Certains gardent leur poids normal et la maladie passe inaperçue. Ils mangent, puis font des crises et se font vomir. D'autres évacuent pratiquement tous les aliments afin de maigrir de plus en plus. Ces boulimiques

¹³ <http://www.lefaitmedical.ch/53anorexieboulimie.html#anorexie+boulimie>
SANCHEZ-CARDENAS, M., *le comportement boulimique*, Ed.Masson : Paris, 1990, p.1-4

¹⁴ <http://www.lefaitmedical.ch/53anorexieboulimie.html#anorexie+boulimie>
SANCHEZ-CARDENAS, M., *le comportement boulimique*, Ed.Masson : Paris, 1990, p.1-4

¹⁵ SCHASSEUR, B., *La boulimie, un suicide qui ne dit pas son nom.*, Ed : De Boeck Université, 2002, p. 14

atteignent un poids en dessous de la moyenne et montrent un poids d'anorexique. Les règles vont également disparaître. Cette catégorie de boulimiques est appelée anorexiques-boulimiques. Ces personnes commencent par être boulimiques, puis décident de s'interdire toute nourriture afin de réparer leur excès et d'éviter la prise de poids. Passer de l'anorexie à la boulimie et vice versa est très fréquent.¹⁶

Il existe deux types de boulimie.¹⁷

- La boulimie avec vomissement ou prise de purgatifs : le sujet a régulièrement recours aux vomissements ou à l'emploi de laxatifs et diurétiques.
- La boulimie sans vomissements ni prise de purgatifs : le sujet n'a pas recours régulièrement aux vomissements ni à l'utilisation de laxatifs, mais il se distingue par des comportements compensatoires, tels que le jeûne, l'exercice physique à outrance

J'ingurgitais des quantités de nourriture disproportionnées : du chocolat, des gâteaux, des chips, du fromage et ensuite une bonne dose de lait qui m'aidait à vomir. Les vomissements me soulageaient. J'avais un tel sentiment de culpabilité lorsque je faisais mes crises, qu'il fallait que j'évacue, évacuer pour ne pas grossir. J'étais dégoutée de moi-même. Il m'est même arrivé de voler dans les magasins. Ben, il faut dire que la nourriture que je m'enfilais coûtait cher. Je pouvais manger plus de 4000-5000 calories d'un coup. Et après, départ aux toilettes. A force de me faire vomir, je n'avais même plus besoin de mettre le doigt dans ma gorge. Je maîtrisais parfaitement l'évacuation de la nourriture. Et puis, je ne prenais pas de poids, quel bonheur !¹⁸

Symptômes

Les premiers symptômes de l'anorexie peuvent passer inaperçus. Il arrive qu'ils soient confondus avec des aspects normaux de l'adolescence. Lorsque le trouble s'aggrave, les symptômes deviennent évidents. D'après le manuel de l'association américaine de psychiatrie (DSMIV), les critères suivants définissent **l'anorexie mentale** :

¹⁹

¹⁶ SANCHEZ-CARDENAS, M., *op.cit.*, p.7

¹⁷ <http://www.anorexie-boulimie.com/Boulimie.htm>

¹⁸ Mélissa, prénom fictif, 24 ans, employée, souffre de boulimie depuis 7 ans

¹⁹ http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_1
BRUSSET, B., *op.cit.*, p. 16-17

- > **Restriction alimentaire** : réduction de l'apport calorique (par exemple, élimination d'aliments tels que pain, pommes de terre, pâtes, etc.), évitement de la graisse et des protéines, planification de régimes stricts.
- > **Amaigrissement** : perte d'au moins 15% ou plus du poids initial, avec refus de maintenir le poids du corps au-dessus du minimum requis, compte tenu de l'âge et de la taille
- > **Aménorrhée** : chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Donc, la **disparition des règles**
- > **Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps** qui consiste en une perception erronée, quasiment illusoire, d'être grosse même si le corps est décharné. Dénier de la gravité de la maigreur actuelle
- > **Frayeur intense de prendre du poids** ou de devenir grosse, qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement

La boulimie est souvent plus difficile à déceler que l'anorexie car fréquemment, le poids des boulimiques ne change pas. Cependant, les comportements particuliers liés à la boulimie aident à déceler la maladie. D'après le manuel de l'association américaine de psychiatrie (DSMIV), les critères suivants définissent **la boulimie** : ²⁰

- > **Survenue récurrente de crises de boulimie** (consommation rapide de larges quantités de nourriture en un temps limité).
- > Sentiment de **perte de contrôle sur le comportement alimentaire** pendant la crise, c'est-à-dire, de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas contrôler ce que l'on mange
- > **Comportements compensatoires inappropriés et récurrents** visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercices physiques excessifs (le poids est proche de la normale)
- > **Préoccupations persistantes**, voire obsessionnelles au **sujet du poids et de la silhouette**. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

²⁰ http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#boulimie_1
SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.8

Comportements

Chez les personnes anorexiques, certains comportements se retrouvent fréquemment, bien que la maladie soit particulière à chaque personne.²¹

- Le sujet a une image erronée de son corps et de son poids. Il s'imagine gros alors qu'il est maigre. Il nie sa maigreur et a très peu d'estime de soi. Il n'arrive pas à s'accepter.
- Le sujet tend à s'isoler. Les relations sociales deviennent pauvres. Il s'enferme dans un monde bien particulier car il souhaite éviter les conflits avec son entourage qui, d'après lui, n'arrive pas à le comprendre.
- Le sujet se comporte de manière obsessionnelle. Tout est tourné vers la seule préoccupation de maigrir. La nourriture devient une obsession. Le sujet anorexique peut passer des heures devant le miroir ou aller se peser constamment pour s'assurer de ne pas avoir grossi.
- Le sujet veut tout contrôler mais surtout concernant la quantité de nourriture ingérée, c'est-à-dire le nombre de calories que contient chaque aliment.
- Le sujet est souvent perfectionniste. Il réussit sa scolarité brillamment et prépare son travail avec perfection. Il garde le contrôle sur son travail.
- Le sujet peut se montrer hyperactif. Il peut pratiquer du sport de manière très intense afin d'éliminer des calories.

De la même manière que chez les anorexiques, des comportements similaires sont observés chez les sujets boulimiques, bien que la maladie soit particulière.²²

- Le sujet a une image de soi influencée de manière excessive par le poids. Il n'a pas confiance en lui et le recours très fréquent à la purge renforce le dégoût de soi.
- Le sujet vit dans un sentiment de perte de contrôle. Il ne contrôle pas ce qu'il mange ni la quantité qu'il ingurgite.
- Le sujet tente de cacher sa maladie. Il évite de manger en public et essaie de donner une image parfaite aux autres. Ces relations avec son entourage sont entravées car il tend à s'isoler.
- Le sujet vit également dans un comportement d'obsession. Il est obsédé par la nourriture et par le fait de devoir dissimuler ce qu'il ingurgite

²¹ http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_4

²² SANCHEZ-CARDENAS, M., *op.cit.*, p.5-13

http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#boulimie_4

- Le sujet a recours à des comportements compensatoires dans le but de contrôler son poids (jeûne, exercice physique excessif)
- Certains sujets sont concernés par d'autres troubles du comportement, tels que le vol d'argent ou de nourriture dans les magasins....

Ces énumérations de comportements des sujets anorexiques ou boulimiques ne sont pas exhaustives. Il s'agit des principaux comportements observés chez les sujets concernés.

Conséquences physiques

En conséquence à la restriction alimentaire imposée au corps peuvent apparaître des symptômes physiques. Ceux-ci dépendent de la durée et de la gravité de la maladie : aménorrhée et risque de stérilité, vertiges, constipation, douleurs abdominales, mauvaise circulation sanguine, fragilité des os (ostéoporose), carences en vitamines, sécheresse de la peau, perte des cheveux, constipation, crampes au ventre, etc. D'autres signes associés peuvent être observés tels que : anxiété, dépression, irritabilité, hyperactivité, perturbation du sommeil, etc. Il en résulte que les conséquences sur le plan physique et psychique sont considérables et peuvent causer des dégâts importants.²³

Les conséquences physiques qui accompagnent les personnes concernées par la boulimie sont également nombreuses, tels que : mal de gorge, dents érodées et caries, saignement des gencives, glandes salivaires enflées, inflammation de la gorge et de l'œsophage, problèmes rénaux, irrégularité du rythme cardiaque, manque d'énergie, carences en vitamines (minéraux et oligoéléments), risque d'ostéoporose, épuisement, douleurs gastriques et abdominales (troubles digestifs), constipation, irrégularités menstruelles, etc. Ces dérèglements sont causés par les fréquents vomissements, la prise de laxatif et par l'ingestion d'une quantité d'aliments trop élevée. Des crises très fréquentes peuvent ainsi être dangereuses et destructrices.²⁴

Facteurs déclencheurs

Plusieurs auteurs se questionnent sur les conditions internes et externes qui interviennent dans le processus de l'anorexie ou de la boulimie.

Dans le cas de l'anorexie, il existe des théories divergentes : l'anorexie peut être considérée comme un syndrome lié à la culture, ou alors il peut exister « *des prédispositions biologiques, une pathologie des communications intrafamiliales, ou du point de vue psychanalytique, les effets après coup des relations précoces mère-*

²³ BRUSSET, B., *La psychopathologie de l'anorexie mentale.*, Ed Dunod : Paris, 1998, p.32-34
http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_3

²⁴ SANCHEZ-CARDENAS, M., *op.cit.*, p.17
http://www.boulimie-anorexie.ch/troubles.php#anorexie_3

filles »²⁵. Plusieurs théories se conjuguent. Néanmoins, différents déterminants interviennent dans le processus du déclenchement de l'anorexie mentale. La difficulté de définir précisément les origines se juxtapose avec le caractère personnel du sujet, son environnement familial ainsi que son cadre social. Il n'existe pas de modèle théorique applicable à chaque cas permettant de généraliser. La pesée de ces facteurs est variable d'un cas à l'autre. L'histoire personnelle de chacun doit être prise en considération. L'auteur Bernard Brusset dans l'ouvrage cité précédemment relève ces divers facteurs : ²⁶

- Les facteurs prédisposant

L'existence d'une prédisposition génétique aurait été mise en évidence par certains auteurs. Cependant, les arguments sont faibles. La possibilité d'une vulnérabilité biologique pourrait être liée au sexe féminin, à l'âge pubère et à une prédisposition génétique. Les facteurs prédisposant peuvent être : prédominance féminine, début de la puberté, pays occidentaux, population blanche, préoccupations corporelles, etc. Un intérêt pour d'éventuelles prédispositions innées aux troubles alimentaires reste néanmoins actuel notamment suite à la découverte du rôle de la « leptine » dans la genèse de l'obésité. ²⁷ Cependant, les déterminismes génétiques sont encore peu argumentés.

- Les facteurs psychologiques

Les déterminismes de l'anorexie et de la boulimie peuvent être d'ordre psychologique. Ces derniers peuvent induire des traits de personnalité, des perturbations affectives et cognitives, des conflits inconscients, etc. Certains problèmes de comportement peuvent être fréquemment associés à l'anorexie. H Bruch mentionnée par l'auteur Bernard Brusset dans son ouvrage « *Psychopathologie de l'anorexie mentale* » a noté certains traits psychologiques considérés comme des traits de personnalité: faible estime de soi, souci de plaire et d'être aimé, difficulté à s'affirmer, grande sensibilité, perfectionnisme, difficultés dans les relations à autrui, etc.

- Les facteurs culturels

Il est admis que la société dans laquelle vit un individu joue un rôle essentiel dans le développement des troubles alimentaires. Dans la société occidentale, la nourriture est abondante et paradoxalement, la minceur est associée à la beauté. Ces messages sur la nourriture et le corps nous influencent à divers degrés et peuvent influencer l'émergence de troubles alimentaire.

²⁵ BRUSSET, B., op.cit.,

²⁶ *Ibid*, p.53-89

²⁷ BRUSSET, B., op.cit., p.54

- L'influence des pairs

L'influence des pairs joue également un rôle important. C'est un facteur manifeste et mal connu. Il s'agit autant de modèles de comportements qui se diffusent au sein d'un groupe d'adolescents, que des effets dû aux moqueries et agressions subies par les pairs.

- Les facteurs familiaux

Des facteurs liés à la famille peuvent provoquer le développement de troubles alimentaires, bien que d'autres facteurs y contribuent.

Selon Janet Treasure, auteur du livre « *Gemeinsam die Magersucht besiegen* ²⁸», la structure familiale peut être considérée comme un possible facteur de déclenchement. L'auteur relève que les facteurs familiaux sont significatifs si un ou plusieurs de ces points sont présent chez un ou les deux parents : existence d'un TCA, y compris dans la fratrie ; dépression ; abus de substance ; perte d'emploi, etc. D'autres éléments semblent moins significatifs, à savoir : abus d'alcool, faible statut socio-économique de la famille. Très souvent, les sources de la maladie sont recherchées dans la famille. D'après le médecin psychiatre Monika Gerlinghoff (cité par Janet Treasure dans son ouvrage), l'interaction des membres de la famille ainsi que l'interaction mère-fille peuvent jouer un rôle déterminant dans l'apparition de l'anorexie. Dr Monika Gerlinghoff remarque que la famille peut influencer le développement d'un trouble alimentaire, lorsque la mère adopte un modèle d'alimentation restrictif, lorsque le père démontre un intérêt majeur à l'égard des femmes minces, lorsque des remarques sur le poids et la nécessité de faire attention à son régime sont fréquentes, etc. Beaucoup de facteurs au niveau familial peuvent être influant.

Les facteurs déclencheurs de la boulimie sont également variés. Les facteurs psychologiques, les facteurs culturels peuvent également jouer un rôle important. La pratique récurrente à un régime est une circonstance qui peut conduire à la maladie. Chez les sujets boulimiques, un évènement a régulièrement déclenché les premiers épisodes boulimiques. Il peut s'agir d'un deuil, de déceptions amoureuses, de ruptures et séparations, d'échecs, etc. De tels évènements qui se produisent avec certains facteurs psychologiques peuvent provoquer l'apparition de la maladie. ²⁹

A travers les points susmentionnés, j'ai souhaité démontrer l'origine multifactorielle de l'anorexie et de la boulimie. Les situations de chaque personne sont uniques et spécifiques. Elles peuvent sembler figées dans des systèmes fort semblables les uns aux autres, mais il faut avoir conscience que chaque cas est particulier. C'est pourquoi, la situation initiale doit être prise en considération pour chaque personne présentant des troubles du comportement alimentaire.

²⁸ TREASURE, J., *Gemeinsam die Magersucht besiegen*. Frankfurt am Main, 1999, p.28

²⁹ SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.31-33

Le garçon et les troubles alimentaires

Au cours des dernières années, les troubles du comportement alimentaire chez les hommes ont augmenté. Beaucoup d'hommes semblent souffrir de troubles alimentaires contrairement aux informations fournies par les statistiques. Mais les hommes ne s'identifient pas à cette problématique, car elle est présentée la plupart du temps comme une pathologie exclusivement féminine.

D'après l'auteur Bernard Brusset, les symptômes de l'anorexie chez les filles peuvent être comparables à ceux des garçons, à l'exception de l'aménorrhée. La proportion reste tout de même faible par rapport au nombre de cas féminins : 90% des cas sont féminins. « *Ces garçons se plaignent d'être trop gros, alors que leur poids est normal. Or, l'obésité est souvent perçue comme une féminisation. Le sentiment de manque de virilité peut être central et devenir une sorte d'idée fixe envahissante témoignant d'un grave trouble de l'identité* ». ³⁰ La survenue est généralement également en période pré-pubertaire. L'auteur relève que les troubles du comportement alimentaire chez le garçon sont souvent liés à des difficultés dans la construction de l'identité masculine.

L'auteur M. Sanchez dans son ouvrage « *Le comportement boulimique* » relève qu'environ un cas de boulimie sur dix est masculin. Il mentionne que « *la relative rareté du syndrome rend parfois son diagnostic délicat, d'autant que, honteux, les hommes avouent souvent difficilement présenter ce trouble, réputé être une maladie de femme* ». ³¹ En effet, les hommes ne s'identifient pas à cette problématique, car elle se présente quasi exclusivement comme une pathologie féminine. Pourtant, aujourd'hui, les hommes sont de plus en plus préoccupés par leur image et leurs corps et peuvent ainsi développer cette pathologie au même titre que les femmes.

Statistiques

Dans son ouvrage « *L'ombre de toi-même, Anorexie et boulimie : comprendre pour agir* ³² », l'auteur R. Barraud mentionne des études intéressantes:

D'après le questionnaire suisse sur la Santé³³, il ressort que 15% de la population suisse souffrent d'un manque pondéral marqué. Par ailleurs, 25% de la population souffrent d'un excès pondéral et 5% d'obésité. Cela signifie que presque la moitié des Suisses ont un problème de poids.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (1994) a fait une deuxième constatation importante lors d'une étude menée sur la population adolescente. Les chiffres relèvent que 50% des filles ne se contentent pas de leurs

³⁰ BRUSSET, B. La psychopathologie de l'anorexie mentale, Ed Dunod : Paris, 1998, p.40

³¹ SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.19

³² BARRAUD, R., *L'ombre de toi-même, Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*, p.19

³³ Enquête suisse sur la santé. Santé et comportement en matière de santé en Suisse en 1997. Office fédérale de la statistique., 2000

corps et souhaitent maigrir, contre 19% des garçons. L'étude relève cette différence qui pourrait signifier que les filles ont tendance à vivre leurs problèmes intérieurement, tandis que les garçons s'extériorisent, se défoulant dans le sport ou les bagarres, avec une proportion plus grande aux accidents. Cette différence fondamentale peut expliquer en partie pourquoi plus de filles que de garçons souffrent d'un désordre alimentaire ou d'une dépression.³⁴

En Suisse, 1 à 2% de la population féminine souffre d'anorexie et 5 à 8% de boulimie. Ces statistiques ont été publiées par Isenschmid, médecin chef à l'hôpital de l'île à Berne (1997). Ces chiffres sont rapportés dans le fascicule édité par l'Association boulimie anorexie (ABA) et relèvent qu'actuellement, ils sont à la hausse. Une estimation relève que 9 à 10% des femmes adultes souffrent de problèmes alimentaires de type compulsif, c'est-à-dire comportant une difficulté à contrôler la prise de nourriture et une attention exagérée pour le poids et la silhouette. Les formes associant anorexie et boulimie sont également en expansion. Il faut également relever qu'un nombre considérable de personnes touchées se soustraient à ces statistiques, car elles ne sont connues d'aucun service. Les boulimiques, par exemple, développent un sentiment de honte lié à leur maladie et se cachent, se soustrayant ainsi aux statistiques.

Face à cette augmentation du pourcentage, une autre tendance inquiétante est à relever. L'âge des adolescents boulimiques ou anorexiques s'abaisse considérablement. Ils sont de plus en plus jeunes à être confrontés par ces pathologies. A Londres, par exemple, une unité spéciale a été créée pour les jeunes entre 7 et 14 ans. En Suisse, une structure comparable n'a pas été créée. Cependant, cette réalité existe.³⁵

Pourquoi l'adolescence

L'adolescence est une période charnière. Il s'agit d'une transition difficile liée à de nombreux changements corporels, psychiques, sociaux induisant des conflits et des tensions intérieurs ou extérieurs souvent difficile à résoudre. Divers troubles du comportement peuvent être engendrés par des conflits ou des tensions : toxicomanie, échec scolaire, fugue, trouble du comportement alimentaire, prise de risque excessive, etc. Un des mécanismes exprimant la difficulté d'appréhender et de résoudre ces conflits est le trouble du comportement alimentaire. Une gravité supplémentaire réside dans le fait que l'adolescent anorexique ou boulimique perd le sens premier du conflit et ce comportement devient une réponse systématique à toutes les tensions que ces adolescents vivront.³⁶

³⁴ BAURRAUD, R., *op.cit.*, p.19

³⁵ *Ibid*, p.19

³⁶ MEIENHOFER, I., *Les obsessions alimentaires : un autre regard sur l'acte de manger : de quelle manière le travailleur social peut-il intervenir dans des actions de préventions et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire ?* Genève : Institut d'études sociales-ESTS, 1998,

L'anorexie et la boulimie apparaissent le plus souvent à l'adolescence. En général, l'anorexie démarre entre 12 et 15 ans, (voire de plus en plus en période pré-pubertaire 10-12 ans) tandis que la boulimie est plus tardive, 17-20 ans. Les adolescents semblent plus vulnérables à de tels troubles alimentaires. Les jeunes abordent la puberté en se confrontant à divers changements : modification de leur corps, la considération d'autrui, l'opinion de soi-même et du monde, etc. Ce processus peut amener à des situations de crise. La fragilité de l'adolescent est significative et le développement de comportements pathologiques telles que l'anorexie, la boulimie, la consommation de drogue, peut s'avérer être une échappatoire à des difficultés. Lorsque le symptôme de trouble alimentaire survient dans cette étape de la vie, il a plus de chance de s'installer durablement car la réorganisation psychique est considérable durant l'adolescence.³⁷

La plupart des problèmes qui affectent les adolescents sont liés à ces changements corporels. La plupart des garçons acceptent ces changements en les appréciant. Ils deviennent plus virils et gagnent de la confiance en eux. Les filles rencontrent plus de difficultés face à ces changements. Fréquemment, elles perdent de la confiance, se dévalorisent et se sentent dépourvues d'attrait. Naturellement, les remarques négatives des garçons concernant leur physique ou alors les réflexions et commentaires de la famille et des amis peuvent renforcer l'hyper conscience d'une adolescente vis-à-vis de son corps.³⁸

Durant l'adolescence, les jeunes découvrent que le comportement de l'entourage envers eux se modifie également. La famille mais aussi les enseignants exigent plus de responsabilités de la part des jeunes mais paradoxalement, ils continuent à les considérer comme des enfants. Parallèlement, ils demandent aux adolescents d'être plus indépendants, mais ils continuent à tout contrôler dans leur vie. Ces paradoxes peuvent parfois déboucher sur une certaine confusion, voir des conflits affectifs de la part des jeunes.³⁹

Durant l'adolescence, les jeunes subissent beaucoup de pressions de leurs pairs. L'opinion de soi-même est étroitement liée aux réactions des pairs. Les jeunes doivent se sentir acceptés et aimés afin de construire l'estime de soi. Se sentir rejetés par ses copains est courant chez les jeunes qui rencontrent des difficultés lors de cette étape de leur vie. L'adolescence est aussi la période des premières relations sexuelles. Trouver un partenaire ou avoir des relations sexuelles amènent également une pression pouvant créer des tensions.⁴⁰

Les relations avec le corps

L'auteur M. Sanchez dans son ouvrage « *Le comportement boulimique* » relève que : « *Le corps est au centre de l'expression psychopathologique. Il apparaît à cet âge*

³⁷ SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.34-35

³⁸ BRUSSET, B. La psychopathologie de l'anorexie mentale, Ed Dunod : Paris, 1998, p.80-81

³⁹ Jeammet, P., Anorexie boulimie/ Les paradoxes de l'adolescence

⁴⁰ Jeammet, P., Anorexie boulimie/ Les paradoxes de l'adolescence

comme à la fois ce qui est le plus étranger et le plus interne au sujet ; il est ainsi le lieu de figuration des conflits intrapsychiques en même temps qu'il favorise leur méconnaissance ». ⁴¹ L'auteur remarque que les relations à son corps sont au cœur du problème des personnes anorexiques ou boulimiques. Le sujet est perturbé dans la relation à son corps. Dans le cas de l'anorexie, le sujet se sent obligé de modifier certains aspects de son corps afin de le conformer à une image idéale.

L'auteur Bernard Brusset dans son ouvrage « *Psychopathologie de l'anorexie mentale* » mentionne que le corps peut devenir un lieu intense de satisfactions où le contrôle de ce qui est ingéré et de ce qui est éliminé est omnipotent. Le sommeil, les plaisirs mais surtout la satisfaction alimentaire sont écartés afin d'éviter le moindre relâchement à ce corps. Bernard Brusset remarque que deux dimensions doivent être envisagées dans les perturbations de la relation du sujet à son corps. L'argumentation de ces dimensions est complexe, mais très significative.

1. la première concerne l'apparence : le sujet valorise la minceur, il est obsédé par la peur de grossir. Tout défaut peut apparaître comme une perturbation ce qui démontre l'aspect tyrannique de cette apparence corporelle. Perdre du poids est une source de satisfaction et de contrôle sur soi, dont l'échec peut menacer le sentiment d'identité et d'intégrité (angoisse de dépersonnalisation).
2. la deuxième concerne les expériences corporelles (la faim, l'ingestion, la digestion, l'acte alimentaire) : la faim est une source de plaisir qui peut culminer dans « *l'orgasme de la faim* ».

L'auteur Hilde Bruch dans son ouvrage « *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht* » remarque que l'image du corps se développe dans la construction de l'individu à travers différents facteurs. A travers le mouvement par exemple, l'enfant apprend à connaître son corps et ses limites. Un enfant peut développer une image de son corps satisfaisante et agréable ou, au contraire, il peut développer une image négative de son corps. Il qualifiera son corps ou une partie de son corps comme vilain, inattrayant, dégoûtant. Hilde Bruch relève que les parents jouent un rôle significatif dans le développement de l'image du corps de leurs enfants. Il arrive que des parents rencontrent des difficultés à estimer réalistement le corps de leurs enfants, ce qui induit naturellement une influence sur les enfants. Certains parents considèrent le poids de leurs enfants comme normal, alors que celui-ci démontre un surpoids. De la même manière, Hilde Bruch remarque qu'il peut arriver que des parents considèrent leurs enfants gros, alors qu'ils ont un poids tout à fait normal. Dans son ouvrage, Hilde Bruch mentionne une étude qui démontre qu'un tiers des mamans ne considéraient pas que leur fille fût trop maigre, alors que ces filles étaient observées en sous-poids. Parmi des adolescents qui, selon leur mère, devaient maigrir, 42% des garçons et 48% des filles avaient un poids normal. Hilde Bruch explique qu'une fausse estimation de l'image de son propre corps peut engendrer des conséquences considérables. En effet, le sentiment d'être

⁴¹SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.35

toujours trop gros peut conduire à des diètes superflues. L'auteur démontre comment une conception faussée de son corps ajoutée à des facteurs physiques et psychiques aggrave la perturbation de l'image de son corps. D'après Hilde Bruch, certains cas mènent à l'anorexie où, malgré la maigreur de la personne concernée, elle se considère toujours comme trop grosse. Le risque du développement d'un trouble alimentaire est grand. L'anarchie alimentaire fait son apparition et une structure de dépendance peut être développée.⁴²

Etre satisfait et content de son corps est une composante essentielle. L'étude citée précédemment par Hilde Bruch révèle que malheureusement, un nombre considérable d'enfants et d'adolescents sont insatisfaits de leur corps. Cette étude démontre que des enfants de plus en plus jeunes (dès 6 ans) sont insatisfaits de leur poids et de leur corps, ce qui est effrayant.

Une autre étude menée en Suisse en 2002 (étude SMASH⁴³) auprès de jeunes adolescents, étudiants et apprentis âgés de 16 à 20 ans relève que :

- 40% des filles et 18% des garçons sont insatisfaits de leur corps
- 70% des filles ont le souhait de maigrir
- 20% des filles sont préoccupées par l'idée de maigrir, en permanence
- 30% des filles et 20% des garçons suivent un régime
- Les filles font leur premier régime vers 12-13 ans en moyenne

Par conséquent, l'insatisfaction ainsi qu'une image négative de son corps impliquent des conséquences tragiques, engendrant souvent un problème de confiance en soi.

La famille

Les parents se remettent en questions lorsqu'ils sont confrontés à un enfant anorexique ou boulimique. Ils ont le sentiment de porter l'image de mauvais parents incompréhensifs et persécuteurs que leur enfant leur envoie.

Certaines caractéristiques du milieu familial ont été évoquées par plusieurs chercheurs, notamment par les médecins allemands Gunthard Weber et Helm Stierlin cités par Katrin Raabe dans son ouvrage « *Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen* ». Ces caractéristiques comportent les aspects suivants : il existe un lien très fort entre les membres de la famille, l'interaction dans la famille démontre un fort besoin d'harmonie visant à éviter tous conflits, la famille manque d'une structure hiérarchique claire, les émotions au sein de la famille sont difficilement abordables, la famille démontre des difficultés à communiquer, une importance considérable est

⁴² BRUCH, H., *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main, 1994, p.119

⁴³ **Annexe I**

donnée à l'apparence (souci de donner une bonne image de soi, grandes attentes, valorisation de la réussite scolaire et sociale, évitement de tous conflits), etc. ⁴⁴

La personnalité des parents a donné lieu à des descriptions diverses, mais qui peuvent souvent être considérées comme complémentaires. La mère peut représenter un rôle problématique dans ces structures familiales typiques. Elle est souvent le personnage dominant de la famille, alors que le père est plutôt absent ou exclu démontrant un déséquilibre parental. Ce modèle n'est pas exclusif, mais se rencontre fréquemment. La mère peut être assimilée à une personne rigide, distante et manifestant peu de tendresse, ou à l'inverse, elle se montre envahissante ne laissant pas de place à son enfant. Au contraire, le père est souvent décrit comme un personnage absent, effacé, voire exclu. Une étude menée par Hoffmeyer et Stauber relève qu'un, voire les deux parents auraient des attitudes de surprotection envers leurs enfants (78% des mères et 44% des pères). ⁴⁵ Cependant, il est difficile de différencier les troubles et les attitudes existant avant l'apparition des troubles alimentaires de l'enfant et ceux survenus après ces troubles qui soumettent les parents à des tensions extrêmement difficiles à gérer. Toutefois, il subsiste une disproportion entre les parents qui donne l'image d'un couple parental déséquilibré. L'adolescent se sert de son aspect corporel pour signifier à son entourage une révolte qui ne peut se dire ni se vivre autrement. Il se soumet à des contraintes dans le but de manipuler son entourage. Par conséquent, les parents se retrouvent souvent dans une situation ingérable. Par son comportement, l'anorexique pousse ses parents à agir mais paradoxalement, l'anorexique refuse d'être aidé et soigné. La communication fait alors souvent défaut et les relations se ternissent. ⁴⁶

« Je suis née dans une famille très protectrice. Nous avons toujours donné l'image d'une famille parfaite, telle qu'elle est décrite dans un idéal : mes parents se sont mariés jeunes et ont eu deux beaux enfants, mon père s'est investi professionnellement, leur couple semble être inébranlable, les enfants font des études. Le problème est que mes parents m'ont surprotégée, ils étaient sans arrêt derrière moi. Aujourd'hui, ils essayent encore de tout entreprendre pour mon bien. Malheureusement, ils m'ont élevé dans une sorte de dépendance vis-à-vis d'eux. Je n'ai pas pu expérimenter les choses de la vie, faire mon chemin. A travers l'éducation qu'ils m'ont donnée, j'ai rencontré des difficultés à construire mon identité. Je n'ai jamais pu exprimer mes émotions. Je n'ai aucune confiance en moi. Ils ont toujours tout décidé à ma place et par conséquent, je ne trouve aujourd'hui pas ma place. Être anorexique a été un moyen pour moi de signifier un mal-être dans une famille où la communication verbale était impossible... » ⁴⁷

⁴⁴ RAABE, K., Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Schneider Verlag Hohengehren, Heidelberg, 2005. P.17-20

⁴⁵ HOFFMEYER, STAUBER, cités par H.Chabrol in « L'anorexie et la boulimie de l'adolescente », p.89

⁴⁶ RAABE, K., Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Schneider Verlag Hohengehren, Heidelberg, 2005. P.17-20

⁴⁷ Jessica., prénom fictif, 18 ans, étudiante, souffre d'anorexie depuis 3 ans.

Quelques traits communs décrivent les familles typiques de boulimiques, bien que ces descriptions ne soient pas aussi frappantes que chez les familles d'anorexiques. Les familles de boulimiques semblent être plus conflictuelles et « *chaotiques* » que les familles d'anorexiques. A l'inverse des familles d'anorexiques, les familles de boulimiques expriment leurs conflits haut et fort. Le système familial est très souvent fermé, comportant des règles et des normes rigides et dans lesquelles chaque changement peut être menaçant. Les émotions sont souvent cachées et les sentiments non exprimés. Certains antécédents familiaux peuvent être repérés, tels que : des pathologies addictives (alcool, médicaments, drogues, anorexies ou boulimies, des dépressions, des surcharges pondérales...).⁴⁸

« *J'avais 12 ans quand tout a commencé. Mes parents se sont divorcés, mais mon père habitait toujours à la maison. Mon père était parti pour un homme. Il s'est révélé homosexuel après 25 ans de vie commune avec ma maman. Malheureusement, personne ne m'a expliqué clairement ce qu'il se passait. Personne n'exprimait ses sentiments. J'ai grandi dans une famille où les émotions étaient toujours cachées. A la maison, c'était la guerre. Ma mère déprimait à fond et voulait obtenir une pension exorbitante pour se venger de mon père. Ils ne s'entendaient pas sur celui qui allait garder la maison. J'ai le sentiment d'avoir grandi dans une famille chaotique où les rôles n'étaient pas définis. J'ai souffert de ces conflits incessants et j'ai fini par trouver du réconfort dans la nourriture. J'ingurgitais tellement de nourriture que j'ai fini par me faire vomir. Jusqu'à l'âge de 21 ans, j'étais boulimique avec des épisodes d'anorexie. J'en veux à ma famille. Ils étaient tellement absorbés par leurs conflits qu'ils ont oublié que j'existais... »⁴⁹*

Maltraitance sexuelle et troubles alimentaires

Plusieurs auteurs décrivent un lien entre les abus sexuels et le développement de troubles alimentaires. D'autres, au contraire, réfutent ce lien. D'après moi, ce lien probable doit être pris en considération et expliqué.

Ingeborg Stahr, dans son ouvrage « *les troubles alimentaires et la recherche d'identité*⁵⁰ » (Weinheim, 1998), relève qu'il existe diverses formes de maltraitance sexuelle. Toutes ces formes produisent des conséquences sur le développement des personnes touchées et le ressenti de leur corps. D'après l'auteur, la maltraitance sexuelle particulièrement dans l'enfance à travers l'usage de violence corporelle et psychique provoque chez les enfants touchés des sentiments massifs de honte et de culpabilité. La maltraitance sexuelle sous toutes ses formes conduit à une perception négative et honteuse de son propre corps. Cette honte mène également les personnes touchées à vouloir se cacher, à se considérer sans valeur et sans pouvoir. Ingeborg Stahr explique que les personnes abusées sexuellement essaient, à travers

⁴⁸ SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.6

⁴⁹ Delphine, prénom fictif, 27 ans, employée, souffre de boulimie depuis 10 ans

⁵⁰ STAHR, I., *Essstörungen und die Suche nach Identität, Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim, 1998,.

un trouble du comportement alimentaire, de développer un comportement de compensation ou de protection face à de profondes blessures de leur intégrité psychique et physique. En renonçant de s'alimenter ou en tentant d'évacuer la nourriture en vomissant, les personnes peuvent oublier les sentiments désagréables que leur procure leur corps abusé. Le corps qui symbolise le dégoût et la saleté est mis à l'écart. L'attention se focalise sur la nourriture.

Ingeborg Stahr mentionne également que les troubles alimentaires permettent à la personne de conserver une part d'autonomie à travers le contrôle de son corps et de son alimentation. D'après elle, le degré de gravité du trouble alimentaire est influencé par le degré de gravité et la durée de la maltraitance corporelle. La violence sexuelle est une atteinte à l'intégrité de la personne et engendre des effets dévastateurs sur l'identité de la personne touchée.⁵¹

Les pressions sociales et la valorisation de la minceur

La nourriture occupe une place prépondérante dans notre société occidentale. Nous sommes constamment incités à manger : présence de vente de nourriture partout, publicités, etc. La nourriture est un marché énorme. Manger à l'extérieur est également une activité sociale très pratiquée. Un grand nombre d'évènements ou de fêtes sont l'occasion de manger ensemble. La nourriture joue également un rôle important au sein de la famille. Les parents achètent des friandises pour faire plaisir à leurs enfants ou leur cuisinent leurs plats préférés.

Dans ce contexte, les images véhiculées par les médias peuvent paraître ambiguës. En effet, l'incitation à manger est constante, mais paradoxalement, la restriction est également encouragée. Il est difficile d'atteindre un équilibre car les tentations sont très fortes. Notre société propose des aliments les plus divers, mais notre société n'apprend pas à choisir ce qui convient. De ce fait, l'usage des aliments gras est souvent préféré aux aliments sains. Dans ce contexte, les besoins réels de l'homme ne sont pas recherchés en priorité. C'est le plaisir qui prime.⁵²

Les troubles des conduites alimentaires peuvent être envisagés d'un point de vue socioculturel. Notre culture influence l'émergence de ces pathologies dans le mesure où dans notre société, être mince signifie souvent être heureux, brillant ou populaire. Cette image est constamment véhiculée par nos médias. Les jeunes filles et les femmes apprennent que la beauté doit être la qualité la plus importante. Ces messages que nous imposent des stéréotypes physiques engendrent une difficulté à accepter son corps tel qu'il est.

Notre opinion des autres est également affectée. En effet, les personnes obèses par exemple sont souvent qualifiées d'honteuses voire de laides. L'obésité est stigmatisée, tandis que la minceur fait l'objet d'un véritable culte. Inconsciemment,

⁵¹ STAHR, I., *Essstörungen und die Suche nach Identität, Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim, 1998. P.105-106

⁵² BRUSSET, B., *L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Editions Privat, p.19-28
SANCHEZ-CARDENAS, M., *op.cit.*, p.52-56

certain attributs sont associés à l'obésité : fainéantise, honte, laideur, etc. L'obèse qui se goinfre est une personne qui n'arrive pas à se contrôler et se laisse constamment aller. Il existe une quantité de préjugés à leur égard signifiant à nouveau que la minceur doit être recherchée à des vues de réussite sociale et de maîtrise.⁵³

Une chercheuse américaine, Naomi Wolf,⁵⁴ a exploré l'image de la femme dans les médias au cours du 20ème siècle. Elle remarque qu'aujourd'hui, les canons corporels ont changé, puisque l'évolution physiologique des modèles le démontre. Elle décrit un changement considérable. La masse pondérale de ces modèles tend à diminuer, alors que le poids moyen des femmes a augmenté au cours des 30 dernières années. Il existe donc un écart important entre les normes prônées et la réalité des mensurations des femmes. En effet, la proportion de femmes qui correspondent à ces idéaux est très faible. Les femmes semblent devoir se modeler aux physiques de ces modèles afin de répondre aux exigences de la mode.

Naomi Wolf remarque que les mannequins d'aujourd'hui sont bien souvent beaucoup trop maigres et leur indice de masse corporel se situe en dessous de la moyenne. Leur physique s'assimile à celui des anorexiques qui mettent leur vie en danger afin de rester maigres. Elle fait référence à Kate Moss, mannequin qui porte le symbole de la « *femme brindille* ». Cette femme brindille a été inventée par les créateurs de mode. Elle nous fait découvrir la femme androgyne, la lolita, pas encore femme, une femme immatérielle, sans épaisseur, les épaules saillantes ; des femmes qui ne sont que l'ombre d'elles-mêmes, comme des fantômes.

Ce corps de Kate Moss si souvent médiatisé et mis en valeur par des couturiers de renommée ne correspond en aucun cas à l'image de la femme « *normale* ». Malheureusement, ce mannequin reste l'égérie de nombreuses adolescentes qui assimilent son corps à un idéal de beauté. Kate Moss est devenue une icône de mode. Faut-il rappeler à ces adolescentes que récemment, un mannequin brésilien, Ana Carolina Reston, a perdu la vie suite à sa maladie d'anorexie ! Elle est morte de faim et d'épuisement en novembre 2006, la peau sur les os. A 21 ans, elle pesait 40 kilos pour 1m74. Elle rêvait d'être une femme porte-manteau. La réalité montrait l'image d'un squelette. Avant elle, Luisel Ramos, une jeune uruguayenne de 22 ans, est morte d'épuisement en août 2006 après un défilé. Depuis des mois, elle mangeait des feuilles de salades et buvait du coca light.⁵⁵ Voilà les terribles effets des dictats de la mode actuelle.

L'Espagne a été le premier pays à réagir. Ils ont interdit de podium certains mannequins dont l'indice de masse corporelle se situait en dessous de 18, la norme préconisée par l'OMS (organisme mondial de la santé). Malheureusement, la plupart des agences de modèles renvoient la balle aux designers de mode et aux

⁵³ BRUSSET, B. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Editions Privat, p.29-39
BRUSSET, B. La psychopathologie de l'anorexie mentale, Ed Dunod : Paris, 1998, p.61-80
SANCHEZ-CARDENAS, M, op.cit., p.43-44

⁵⁴ WOLF, N., Le mythe de la beauté. Hamburg, 1991

⁵⁵ http://www.grioooworld.com/article.php3?id_article=3512

magazines qui font leur choix sur des femmes extrêmement maigres, tel que Kate Moss. Pour se défendre, ces derniers soutiennent que leurs mannequins sont minces mais pas maigres. Les anorexiques ? Ils n'en voient pas. L'anorexie touche beaucoup de professions comme la danse, le mannequinat, le spectacle, où l'image est extrêmement importante. Cependant, la maigreur à ce stade fait des ravages et peut conduire à la mort.⁵⁶

Ces normes prônées dans notre société engendrent des conséquences considérables. Les résultats relèvent le fait que les femmes éprouvent des difficultés à qualifier leur poids. Un grand nombre de femmes « normales » (en référence à leur indice de masse corporelle) se considèrent comme trop grosses et de nombreuses femmes trop maigres (indice de masse corporelle en dessous de la moyenne) ne se considèrent pas comme trop maigres. Beaucoup de femmes ont une mauvaise conscience et le sentiment de se trouver trop grosses, bien qu'elles ne soient de loin pas en surpoids. Caricaturalement, il peut en résulter que l'anorexie, par exemple, est devenue à la mode. Elle fait l'objet de romans populaires, d'émissions de télévision, de combats héroïques, etc. De plus, cette pathologie est élevée à un rang plus haut, car elle surviendrait surtout dans les classes sociales supérieures et touche des personnes intelligentes et perfectionnistes. Cette parfaite maîtrise de son corps est même encouragée comme un moyen de prouver la capacité à contrôler son corps. Cette glorification de l'anorexie est très dangereuse et influence d'autant plus des jeunes filles de plus en plus jeunes à atteindre cet idéal de minceur synonyme de perfection. Néanmoins, ce modèle est bien souvent inaccessible, ce qui provoque des efforts encore plus grands et prolonge leur comportement pathologique.⁵⁷

Ces dernières années, on note également une éclosion des articles sur les régimes, les crèmes amincissantes et les comprimés aidant à maigrir. Dans chaque journal ou magazine, une référence au régime y est mentionnée. Les régimes sont si présents dans notre société que les conséquences néfastes en sont oubliées. En occident, 24% des femmes et 8% des hommes font régulièrement des régimes. Les filles font leur premier régime vers 12 ans en moyenne. Ces restrictions alimentaires sont le premier pas vers les troubles des conduites alimentaires. « *L'effet Jo-jo* » démontre des conséquences considérablement malsaines dû aux innombrables régimes entrepris. En effet, le poids précédant la diète est retrouvé dans un laps de temps très court. Très souvent, il faut compter avec une prise de poids supplémentaire. L'accumulation de ces régimes sans résultat peut conduire à d'autres conséquences, telles que dépression, difficultés de concentration, importance exagérée attribuée à l'alimentation, attaques alimentaires, etc. Le dérapage des effets liés aux multiples régimes à l'apparition de symptômes des TCA est facile, de sorte que les personnes concernées ne s'en rendent même pas compte.⁵⁸

⁵⁶ http://www.grioooworld.com/article.php3?id_article=3512

⁵⁷ SANCHEZ-CARDENAS, M., op.cit., p.43-47

⁵⁸ Dr. JUNIER, L., Anorexie et boulimie : piège ou passion de la nourriture. Le fait médical

Cependant, certaines tendances actuelles tentent de réajuster ces normes en montrant des femmes plus en chair. Dans notre pays, la marque « DOVE » par exemple, engage des modèles de femmes plus en chair pour leurs spots publicitaires. Certains pays, comme l'Espagne, interdisent à certains mannequins de défiler en vue de leur indice de masse corporelle trop faible. Ces mesures peuvent aller dans un sens préventif des troubles alimentaires, mais ne sont malheureusement pas suffisantes. La norme reste toujours en contradiction avec la physiologie actuelle de la plupart des femmes.

3.2 La prévention

Dans la prise en charge des troubles alimentaires, la prévention s'impose comme une intervention importante. Il est important de définir ce qu'est la prévention pour proposer ensuite un lien avec l'anorexie et la boulimie.

Définition

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), « on entend par prévention prendre toutes les mesures visant à empêcher une maladie, un problème lié à la santé ou un développement problématique »⁵⁹. La prévention est présente dans un nombre considérable de domaines : prévention de l'alcool, prévention de la toxicomanie, prévention de la violence domestique, etc. Ce terme fait partie intégrante de notre langage. La prévention a deux sens principaux : elle vise à devancer et à avertir. Les mesures liées à la prévention visent à améliorer la santé publique et la qualité de vie à une échelle plus large.⁶⁰ De manière générale, la prévention cherche à améliorer la santé publique sur le plan physiologique et psychique des individus. Elle couvre donc un domaine très vaste et démontre un nombre considérable de modes d'intervention.

L'organisation mondiale de la santé définit et codifie trois niveaux de prévention : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. D'après les définitions de l'OMS:

- La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie, d'un symptôme ou d'un indicateur de dysfonctionnement social.
- La prévention secondaire est la prise en charge précoce d'un trouble, d'une pathologie, d'un symptôme, d'un indicateur de dysfonctionnement social au tout début de son apparition.
- La prévention tertiaire se situe pendant ou après le soin et a pour objectif de prévenir la rechute et de réinsérer ceux qui ont été malades.

⁵⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00628/index.html?lang=fr>

⁶⁰ <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=616>

La prévention primaire intervient donc avant l'apparition de symptômes. Elle cherche à éviter la survenue d'un état pathologique et s'adresse aux personnes qui présentent un problème ainsi qu'à leur entourage. La prévention primaire de troubles d'ordre psychologique, tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles alimentaires consiste souvent à sensibiliser et à informer les populations.⁶¹ A partir de ces informations, elle peut influencer les comportements et les conceptions d'une pathologie. En informant, il s'agit de convaincre et de motiver les individus à adapter leur style de vie dans un sens déterminé.⁶² En ce qui concerne la prévention primaire des troubles alimentaires, il s'agit de réduire les facteurs qui mènent au développement des TCA, et parallèlement, renforcer les ressources et les forces des groupes à risques. Des stratégies à ces deux niveaux doivent être élaborées dans cette perspective de prévention primaire afin de diminuer l'apparition des troubles alimentaires.⁶³

La prévention secondaire cherche à dépister les symptômes et à faire progresser la problématique. Elle s'adresse également aux personnes à risques et à leur entourage. Selon la définition du dictionnaire suisse de politique sociale, « *la prévention secondaire d'une maladie ou d'un problème social consiste à poser un diagnostic précoce afin de proposer des mesures au plus tôt et d'éviter ainsi une aggravation du phénomène. S'adressant à des personnes fragiles, à risques, ces mesures englobent également une action sur le contexte favorisant l'apparition du problème* ». ⁶⁴ Grâce à une détection et une intervention précoce, elle doit permettre de limiter les conséquences néfastes d'une maladie ou d'un problème social. En ce qui concerne la prévention secondaire des troubles alimentaires, il s'agit de viser les personnes à risques afin de stopper la manifestation des troubles alimentaires, leur durée et leur intensité. Cela doit permettre aux personnes touchées de trouver rapidement de l'aide et du soutien. Un travail bien ciblé ainsi que la reconnaissance précoce des troubles appartiennent à ce stade de la prévention.⁶⁵

La prévention tertiaire s'adresse donc à des personnes qui présentent des difficultés ou des risques du fait d'une maladie ou d'un problème social. Elle consiste à donner des soins et à prévenir la rechute afin de prévenir des risques ou des complications supplémentaires. Elle va aider les personnes touchées à maintenir une certaine qualité de vie.⁶⁶ En ce qui concerne la prévention tertiaire des troubles alimentaires, il s'agit de viser des traitements effectifs permettant de modifier les comportements sur une longue durée. Il s'agit également de prévenir la rechute qui est rencontrée très souvent dans la prise en charge des personnes anorexiques ou boulimiques.⁶⁷

⁶¹ GERVAIS, Y., *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*. L'harmattan, 1994. p.134

⁶² http://www.appl.fr.ch/smc/prevention/quelques_definitions.htm

⁶³ www.tr-alimentaires.ch/infos/page_1htm

⁶⁴ <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=616>

⁶⁵ www.tr-alimentaires.ch/infos/page_1htm

⁶⁶ <http://www.promotionsante.ch/fr/hp/notion/default.asp>

⁶⁷ www.tr-alimentaires.ch/infos/page_1htm

Prévention et troubles alimentaires

D'après Madame F (Madame F, abréviation fictive, psychologue d'une association de lutte contre l'anorexie-boulimie), et d'après Madame D (Madame D, abréviation fictive, psychologue, Diététicienne ASDD, Conseillère scientifique au Département de l'économie et de la santé), les théories et les pratiques dans le domaine de la prévention des troubles alimentaires sont relativement récentes. Avant de construire une politique préventive à l'égard des troubles alimentaires, il est nécessaire, d'après Madame F, de prendre en considération le fait que la prévention des troubles alimentaires comporte certains dangers. En effet, Madame F relève qu'une explication claire sur les risques et les dangers de l'anorexie et de la boulimie est dénuée de sens. Il a été démontré que la diffusion de ces explications pouvaient conduire à répandre des connaissances sans que les origines du problème, responsables du développement des troubles alimentaires, soient prises en considération. En effet, ces informations pourraient encourager certaines personnes à passer à l'acte. Les informations relatives au fait de vomir la nourriture, abuser de laxatifs ou de coupe-faim, peut induire certains jeunes à tester ces pratiques. Dans cette optique, il n'est pas judicieux d'organiser de l'information aux adolescents en pointant les risques et les dangers de l'anorexie et de la boulimie. D'après Madame F, une prévention des troubles alimentaires doit se faire dans le sens d'une reconnaissance anticipée. En effet, elle voit la possibilité de prévenir le développement des troubles alimentaires en construisant des stratégies bien ciblées. Il s'agit, par exemple, d'organiser des journées d'informations en faveur des mamans, des enseignants, des travailleurs sociaux, etc. L'utilisation de stratégies et la diffusion d'informations doivent se faire d'une manière bien réfléchie.

La question se pose de savoir si une prévention primaire des troubles alimentaires est possible dans notre contexte socioculturel actuel. D'après Madame F, une stratégie de prévention primaire est envisageable dans les premières classes d'écoles par exemple. En effet, puisque les troubles alimentaires commencent la plupart du temps pendant la puberté, les principaux groupes ciblés pour une prévention primaire sont les enfants avant la puberté. La prévention devrait commencer le plus tôt possible afin de renforcer la confiance et l'identité des filles mais aussi celles des garçons. Cependant, il existe actuellement très peu de mesures préventives envers les enfants, bien que plusieurs raisons démontrent que cette prévention serait très sensée. La prévention primaire peut paraître difficilement réalisable pour certains, cependant, Madame F montre son optimisme et relève que des stratégies se construisent progressivement dans certains cantons de notre pays (la Suisse alémanique se montre précurseur). Il s'agit de créer des projets de prévention dans les écoles enfantines et primaires en respectant des critères bien précis tels que : les programmes de prévention scolaire ne doivent pas être une action unique mais ils doivent commencer chez les plus petits et sur du long terme ; les personnes qui animent ces programmes doivent être formées et doivent jouir de compétences sociales et communicatives ; du matériel doit être à disposition pour le déroulement du programme, etc. Actuellement, les programmes de prévention organisés

s'adressent aux jeunes des classes secondaires qui se trouvent dans la période de puberté. La prévention pendant cette période est également importante car ces jeunes sont sensibles à l'influence de l'extérieur et leurs comportements ne sont pas encore aussi encrés qu'à la fin de la puberté. Il existe également des programmes de prévention qui visent des groupes plus âgés, tels que les étudiants. On peut se demander si l'apparition des troubles alimentaires peut être empêchée ou réduite dans ce groupe de population. Une prévention primaire est possible dans les classes primaires, voire secondaires tandis que dans les universités, il s'agit plutôt d'une forme de prévention secondaire.

D'après Madame D, les personnes concernées par des mesures de prévention sont multiples. En effet, elle soutient que plusieurs projets doivent se mettre en place visant la participation de différents groupes : les enfants et les jeunes, les parents, les médecins, les travailleurs sociaux, les enseignants, etc. Tout le contexte familial, professionnel, scolaire, social et amical doit être sollicité afin d'aider les personnes touchées ou les potentielles personnes touchées. Les parents, par exemple, ont une influence massive sur le développement des troubles alimentaires chez leurs enfants. Ils peuvent influencer la position et le comportement de leurs enfants face à la nourriture et face à l'image de leur corps. C'est pourquoi, selon Madame D, il est judicieux de les intégrer dans des programmes de prévention. Il est important de les sensibiliser à ces pathologies afin qu'ils puissent eux aussi reconnaître les signes précurseurs d'anorexie ou de boulimie. Parallèlement, Madame D et Madame F soutiennent qu'il est indispensable de sensibiliser tous les professionnels en contact avec des enfants et des adolescents. Il s'agit des enseignants, des travailleurs sociaux, des médecins, des maîtres de sport, etc. Tous devraient se sentir concernés par ces problématiques lorsqu'ils prennent en charge des jeunes susceptibles de développer un trouble du comportement alimentaire, ou démontrant des signes de ces pathologies.

3.3 Les interventions spécifiques des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des jeunes confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie

Je suis restée dans un foyer pour adolescents pendant 3 ans. Depuis l'âge de 14 ans, je souffre d'anorexie avec des épisodes de boulimie. Face à mon entourage, je me suis très vite trouvée confrontée par des attitudes de conseils, plus ou moins directives, et en particulier sur l'alimentation. Je me souviens d'un éducateur qui me répétait souvent : « Manges d'avantages, ça ira mieux ! » je détestais cette phrase et ça m'énervait. Je détestais tous les commentaires sur le contenu de mon assiette !! Et quand il me disait « Bon appétit ! », ça me faisait très mal. Il pensait m'encourager à manger par ses commentaires, mais je me braquais d'avantage. Et puis un jour, un éducateur s'est comporté d'une façon complètement différente des autres. Il est venu me trouver et m'a dit à plusieurs reprises : « Tu m'inquiètes depuis un certain temps. », « Je me fais beaucoup de soucis pour ton poids », « Je te tends la main et

le jour où tu as envie d'en parler et d'être aidée, je suis là ». Cet éducateur n'a jamais commenté le contenu de mon assiette. Il ne m'a jamais confrontée à des attitudes de conseils ou des attitudes contraignantes. Son interpellation a été simple mais a retenti en moi comme un véritable changement face au discours habituel que je détestais. Cet éducateur est devenu une personne de référence pour moi. Un jour, il m'a demandé : « Qu'est-ce que tu me conseilles de faire face à une autre adolescente qui rencontre des problèmes d'anorexie ? ». Alors je lui ai répondu : « tout, sauf la convaincre ou l'obliger à manger, ou à finir son assiette ! ». J'ai eu le sentiment d'être comprise par cet éducateur. Il m'a tendu la main et m'a offert sa compréhension. De mon côté, j'ai réussi à m'ouvrir un jour et j'ai pu lui parler de mon rapport douloureux à l'alimentation. ⁶⁸

Vu le nombre croissant d'adolescents confrontés par l'anorexie ou la boulimie, beaucoup d'acteurs peuvent être un jour concernés. Généralement, la prise en charge des troubles alimentaires est immédiatement associée au milieu médical. Cette prise en charge est bien évidemment primordiale et ne peut se soustraire à aucune autre. Cependant, les professionnels du travail social peuvent également être concernés de près ou de loin par les troubles alimentaires d'un jeune. A travers leur travail pédagogique, ils ne peuvent éviter complètement l'apparition des troubles du comportement alimentaire. Cependant, leurs compétences leur permettent d'apporter une aide et un soutien à ces jeunes. Le travailleur social peut s'inscrire dans une prise en charge « sociale », en collaboration avec divers professionnels du réseau, de manière complémentaire et selon les compétences respectives de chacun.

D'après Madame D, Psychologue, Diététicienne ASDD, Conseillère scientifique au Département de l'économie et de la santé, les travailleurs sociaux devraient disposer de connaissances basiques sur les troubles alimentaires, afin qu'ils puissent réagir lorsqu'ils sont confrontés à des cas d'anorexie ou de boulimie. Il arrive que les travailleurs sociaux ne se sentent pas assez qualifiés pour intervenir auprès de ces jeunes ou qu'ils aient le sentiment qu'une telle intervention dépasse leurs compétences. Ils peuvent considérer qu'il ne s'agit pas de leur champ d'action et de ce fait, s'informent peu sur ces pathologies. Cependant, Madame D relève que les travailleurs sociaux font partie de l'entourage d'un adolescent. C'est pourquoi, une attitude minimale qui consiste à sensibiliser le jeune est indispensable. Dire à un jeune qu'il nous inquiète, que son poids nous interpelle est un discours essentiel de la part des professionnels. Ces propos font partie d'une prise en charge plus globale.

Selon Madame F, Psychologue d'une association de lutte contre l'anorexie-boulimie, les travailleurs sociaux peuvent tenir un rôle important dans la prise en charge des jeunes confrontés ou susceptibles d'être confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie. Ils peuvent devenir des personnes de confiance pour des jeunes qui vivent bien souvent une situation compliquée et conflictuelle avec leurs parents. C'est pourquoi,

⁶⁸ Aline, prénom fictif, 19 ans, en programme d'occupation, souffre d'anorexie depuis 5 ans

les professionnels doivent connaître ces maladies et leur implication possible dans la famille. Ces connaissances leur permettront de réagir rapidement et d'intervenir adéquatement. Pour viser cette intervention précoce, les travailleurs sociaux doivent être attentifs aux signes que peuvent démontrer les jeunes. Par conséquent, d'après Madame F, un travail éducatif auprès de ces jeunes peut se faire par les professionnels du social. Cet aspect « social » de la prise en charge se combinera avec un travail médical proposé par d'autres professionnels.

Dans le référentiel des compétences génériques et effectives du travail social,⁶⁹ j'identifie plusieurs compétences exigées du travailleur social qui peuvent être associées à la prise en charge d'un adolescent confronté ou susceptible d'être confronté par un trouble alimentaire. Voici quelques compétences découlant de ce référentiel :

Le travailleur social doit être un observateur et un détecteur pour les jeunes souffrants ou susceptibles de souffrir d'anorexie ou de boulimie.

Tout travailleur social doit être capable d'observer, de repérer, de décrire, d'explicitier, d'analyser une situation qui l'interroge. Grâce à ces capacités, il peut détecter chez un jeune un comportement anormal face à la nourriture. En effet, « *Identifier, analyser, problématiser des situations individuelles ou collectives et repérer les processus sociaux actuels ou émergents à prendre en compte pour rendre possible et engager une intervention professionnelle* »⁷⁰ se réfère aux compétences exigées du travailleur social dans le cadre de son activité. A travers l'observation, le travailleur social peut identifier des signes précurseurs ou des symptômes d'anorexie ou de boulimie (un jeune qui est préoccupé d'une manière obsessionnelle par son poids, un jeune qui évite les repas, un jeune qui a perdu beaucoup de poids rapidement, un jeune qui se rend systématiquement aux toilettes après les repas, etc.). En complémentarité, le travailleur social doit être capable de rechercher des informations pertinentes et signifiantes (à propos de la prise en charge, à propos du réseau de professionnels dans ce domaine, etc.) sur ces pathologies afin de lui permettre une compréhension de la situation et une possibilité d'intervention. En effet, une connaissance du réseau ainsi qu'une compréhension basique de ces pathologies facilitent le travailleur social à identifier, à dépister et à intervenir adéquatement face à un jeune en difficultés. A travers son analyse, le travailleur social doit essayer de détecter des problèmes sous-jacents cachés par les difficultés d'alimentation, tels que : des sentiments d'infériorité et d'incapacité, le sentiment de ne jamais être à la hauteur, une estimation très basse de sa propre valeur, la peur de prendre des décisions et de devenir autonome, etc. Tout un travail peut être effectué par le travailleur social ou par une tierce personne sur l'estime de soi et sur la confiance en soi.

⁶⁹ **Annexe II**

HEVs2. Référentiel de compétences génériques et effectives du travail social. Document de formation HES

⁷⁰Référentiels des compétences génériques et effectives du travail social, compétence 1. Document de formation HES

Le travailleur social doit être un orienteur et un médiateur.

Le travailleur social peut témoigner de son inquiétude au jeune et proposer ensuite l'orientation vers un médecin, un diététicien ou un psychologue. Cette démarche s'inscrit dans une prise en charge globale. Le travailleur social doit identifier ses limites et intervenir selon ses compétences et son mandat et ceci de manière spécifique. Au-delà de ses compétences, l'intervention d'autres professionnels est requise. Une prise en charge en collaboration avec différents professionnels (médecin, psychologue, diététicien) prendra beaucoup de sens pour accompagner un jeune confronté par un trouble alimentaire. Le travailleur social doit pouvoir déléguer, consulter et impliquer les partenaires pour toutes situations les concernant. Il doit encourager le travail en partenariat pluri-professionnel afin d'apporter un regard complémentaire favorisant la prise en charge d'un trouble alimentaire. Afin d'orienter le jeune adéquatement, le travailleur social doit s'informer sur le réseau existant spécialisé dans la prise en charge des troubles alimentaires : les groupes de soutien, les psychologues spécialisés, les différentes formes de prise en charge, les institutions spécialisées, etc. Faciliter l'accès vers des services compétents est une démarche exigée du travailleur social. Il pourra alors assumer le rôle de médiateur entre les différents professionnels et partenaires : « *Collaborer entre professionnels et avec les réseaux existants ou à développer dans le but d'apporter des réponses efficaces et pertinentes dans une situation sociale donnée* »⁷¹ est une compétence indispensable du travailleur social qui trouve énormément de sens dans la prise en charge de jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie.

Parallèlement, le travailleur social peut également assumer le rôle de médiateur avec la famille. Souvent, les relations familiales sont devenues très conflictuelles. Les problèmes de nourriture sont devenus un mode d'expression utilisé par le jeune, la communication n'étant plus possible. Le travailleur social peut alors permettre aux parents et aux jeunes de se rencontrer et de rétablir une communication. Il peut ainsi favoriser les interactions entre les membres de la famille. Faciliter le lien avec l'entourage et répondre à leur questionnement fait référence au rôle du travailleur social. Il peut également orienter l'entourage vers un soutien spécialisé. Tout un travail d'accompagnement peut être effectué par le travailleur social avec la famille du jeune concerné.

Le travailleur social doit être à l'écoute, il doit savoir soutenir

Le travailleur social a la compétence d'initier et de développer une relation professionnelle avec les jeunes qu'il rencontre dans le cadre de son mandat, en référence à ses compétences : « *Initier et développer une relation professionnelle avec les personnes ou les groupes dans un contexte d'action sociale* »⁷². Une relation de sincérité établie entre le jeune et le travailleur social permet au jeune de

⁷¹ Référentiels des compétences génériques et effectives du travail social, compétence 9

⁷² Référentiels des compétences génériques et effectives du travail social, compétence 2

se dévoiler dans un climat de confiance. Reconnaître la souffrance du jeune est une démarche que le travailleur social doit entreprendre. Dans ce contexte, être à l'écoute sans émettre de critiques ou de jugements et être disponible, sont des atouts importants qui relèvent des compétences du travailleur social. Le travailleur social doit être capable de développer des attitudes appropriées à la dynamique relationnelle et favoriser le développement des jeunes. Bien évidemment, cette intervention basée sur l'écoute, la communication et le soutien a ses limites lorsque le jeune refuse de dialoguer sur sa problématique. Fréquemment, les jeunes souffrant d'anorexie ou de boulimie cherchent à s'isoler. Le travailleur social, souvent appelé « *le professionnel de la relation* », doit s'appliquer à la reconstruction de cette relation et des liens. Ce travail doit s'effectuer parfois dans la confrontation. Il s'agit d'une étape importante lorsque l'écoute ne suffit pas. Parallèlement, le travailleur social peut également favoriser l'insertion et la réintégration sociale (notamment par des activités) et encourager des contacts avec les pairs, puisque les anorexiques et les boulimiques ont tendance à rompre tous liens sociaux. En effet, « *encourager et soutenir la participation sociale individuelle et collective des personnes* »⁷³ fait référence aux compétences du travailleur social.

Le travailleur social peut faire de la prévention et de la recherche

Pour se sensibiliser à la thématique des troubles du comportement alimentaire, le travailleur social peut participer à des projets ou des activités de prévention. Ces ateliers peuvent apporter une connaissance générale des pathologies (les conséquences, les symptômes, etc), des pistes sur la manière dont les professionnels peuvent intervenir, une découverte du réseau spécialisé existant, une meilleure connaissance des mesures de prévention, un éclairage sur la manière de réduire les facteurs à risque, etc. Ces pistes en matière de prévention sont légitimées par l'ampleur que prennent ces pathologies et la gravité de leurs conséquences sur l'état psychique et physique des jeunes. De ce fait, tout travailleur social peut « *orienter sa propre formation initiale et continue, développer des pôles d'intérêts pertinents et de nouvelles compétences pour la profession et la recherche sociale* ». ⁷⁴ Si le travailleur social s'intéresse à ces pathologies, il pourra participer à des recherches, à des ateliers ou à des conférences dans le but de développer de nouvelles capacités pour améliorer la prise en charge des ces troubles. Grâce à de nouvelles compétences, le travailleur social pourra à son tour agir dans un but préventif contre le développement de l'anorexie et de la boulimie. La prévention par le travailleur social peut se réaliser dans différents endroits : dans les foyers, dans les institutions, dans les maisons de quartier, etc. Le travailleur social peut imaginer différents programmes de prévention à travers des activités sportives, des films, des reportages ou des ateliers. Ces diverses formes de prévention permettent également de favoriser le dialogue avec les jeunes. A titre d'exemple, un travail de prévention peut être fait par les travailleurs sociaux autour de la thématique du repas : cuisiner sainement, manger ensemble, apprécier la nourriture, informer sur les risques des

⁷³ Référentiels des compétences génériques et effectives du travail social, compétence 5

⁷⁴ Référentiels des compétences génériques et effectives du travail social, compétence 10

régimes, apprendre à décoder les publicités alimentaires, informer sur les sollicitations à manger, sensibiliser à l'écoute et la prise en compte de la sensation de faim et de rassasiement, etc. La mise sur pied de ces concepts exige un investissement de la part du travailleur social et un intérêt particulier dans ce domaine. En amont, les travailleurs sociaux peuvent également intervenir préventivement au niveau de l'entourage.

Face à ces pathologies et leur prise en charge, les travailleurs sociaux peuvent se positionner de différentes manières. Quelles sont les positions qui pourraient se rencontrer sur le terrain des travailleurs sociaux ? Voici quelques hypothèses : ils considèrent que ces pathologies ne font pas partie de leur champ d'action (il s'agit du champ des psychologues et des médecins) ; ils considèrent que ces pathologies leur font peur, car ils manquent d'informations ; ils démontrent que leur intérêt pour ces pathologies n'est pas suffisant et de ce fait, ils ne veulent pas s'informer d'avantage ; ils soutiennent qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire afin de s'investir dans une problématique qui, selon eux, concerne peu d'adolescents ; ils banalisent ces pathologies et perçoivent ces troubles comme un caprice de jeunesse ; ils sous-estiment ces pathologies dans leur fréquence, leurs conséquences ou leur gravité ; ils soutiennent qu'ils n'ont aucune connaissance des activités de prévention dans ce domaine ; etc. Tout au contraire, les travailleurs sociaux pourraient se montrer très intéressés par ces pathologies et énoncer toutes les précédentes hypothèses de manière positive. Les différentes positions vont être explorées dans mon travail d'analyse afin de déterminer les avis des travailleurs sociaux face à ces problématiques et mettre en évidence les éléments déterminants qui gravitent autour de la prise en charge de ces pathologies.

4 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthode que j'ai choisie pour mon travail de recherche. Dans un premier temps, je vais mentionner puis justifier le terrain de recherche de mon travail ainsi que l'échantillon retenu.

Dans un deuxième temps, je vais détailler l'approche, la démarche et la technique de récolte de données qui ont orienté mon travail. Je vais justifier mes choix grâce à des apports théoriques concernant les différents concepts précités.

4.1 Terrain de recherche

Je m'intéresse aux institutions et foyers d'accueil pour jeunes où travaillent des travailleurs sociaux. Trois critères principaux précisent mon terrain de recherche :

- Les institutions visées accueillent des jeunes avec des problèmes de comportement (pas de handicap physique ou mental)

- Les institutions visées accueillent des jeunes entre 12 et 20 ans (cette tranche d'âge est la plus concernée par l'anorexie et/ou la boulimie)
- Les institutions visées se trouvent en Suisse Romande où les travailleurs sociaux y ont effectué leur formation (Les Suisses alémaniques ont pris de l'avance sur la thématique de l'anorexie/boulimie ; il existe un module sur les troubles alimentaires dans certaines écoles de travail social en Suisse alémanique)

Sur la base de ces trois critères, j'ai sélectionné des institutions et établi une liste d'environ quinze à vingt lieux en Suisse Romande où les travailleurs sociaux collaborent avec des adolescents entre douze et vingt ans. J'ai rédigé une lettre à l'attention de ces institutions et proposé aux personnes intéressées de prendre contact avec moi pour un entretien. Ma lettre explique mon projet, ma démarche et mes objectifs. J'ai laissé le libre choix aux personnes de me répondre. J'ai également joint un formulaire de consentement éclairé à faire signer par la personne interrogée afin de garantir son anonymat et respecter l'exactitude des informations reçues.

4.2 L'échantillon

J'ai interrogé des travailleurs sociaux qui travaillent au quotidien avec des adolescents : éducateurs, assistants sociaux, animateurs socioculturels ou maîtres socioprofessionnels.

Dans son rôle de substitut parental, ou à travers sa présence dans le quotidien des jeunes, l'éducateur peut tenir un rôle déterminant dans le dépistage et la prise en charge des troubles alimentaires. L'assistant social qui, un jour, doit envisager un éloignement temporaire du milieu familial car la pathologie n'est plus gérable et la famille n'en peut plus, peut également jouer un rôle essentiel. L'animateur socioculturel peut également être concerné puisqu'il est présent dans les maisons des jeunes où des adolescents s'y rendent régulièrement et peuvent partager leurs difficultés. Le maître socioprofessionnel qui rencontre le jeune dans un atelier de cuisine, par exemple, peut être confronté à ces problématiques. De plus, tout travailleur social peut être amené à participer à des réseaux réunissant différents intervenants qui collaborent dans la prise en charge de ces jeunes.

Un certain nombre de critères m'ont permis de sélectionner les travailleurs sociaux susceptibles de participer aux entretiens :

- Travailler avec des adolescents
- Occuper une fonction de travailleur social : éducateur, assistant social, animateur socioculturel ou maître socioprofessionnel
- Etre intéressé par la thématique de mon travail et accepter de répondre à mes questions dans le cadre de ma recherche
- Les indicateurs comme le sexe ou l'âge ne sont pas déterminants

4.3 De l'approche à la technique

Dans ce chapitre, je souhaite aborder les thèmes d'approche, de démarche et de méthode. Je débute par l'approche qualitative qui est une orientation très large pour arriver à l'entretien semi-directif de type compréhensif qui est une technique bien précise. Je qualifie ce parcours comme un entonnoir ou une suite logique. L'approche que j'ai choisie me dirige vers une démarche et la démarche me guide vers la technique. Par conséquent, l'itinéraire que j'ai suivi dans mon travail permet de comprendre de quelle manière l'approche influe sur la démarche et la démarche sur la méthode.

L'approche qualitative

Ma recherche est orientée par une approche qualitative. Cette approche privilégie le contexte de la découverte comme contexte de départ de la recherche.⁷⁵ Les chercheurs ayant recours à l'approche qualitative s'intéressent à la lecture que les gens font de leur réalité. Ils pensent que le comportement des êtres humains est déterminé avant tout par le sens qu'ils donnent à une situation. Ils tentent de préciser comment ces derniers perçoivent et interprètent une situation donnée en leur demandant de s'exprimer abondamment sur elle ou en analysant les traces laissées.⁷⁶ En opposition, l'approche quantitative se situe dans le contexte de la preuve et a pour but premier la vérification d'une théorie.⁷⁷ Elle analyse plus rapidement un nombre élevé de cas afin de mettre l'accent sur la mesure du phénomène et l'analyse de données chiffrées.⁷⁸

Après avoir pris connaissance des deux directions qu'un chercheur peut prendre pour guider sa recherche, j'ai déterminé que l'approche qualitative est la plus appropriée pour mon étude. Par l'intermédiaire de ma question de recherche, je ne vise pas à calculer des fréquences et moyennes. L'objectif que je poursuis vise à découvrir une vision des travailleurs sociaux sur la prise en charge des jeunes concernés par l'anorexie et boulimie. Ce regard ne peut être mesuré, ni quantifié. Il s'agit d'une interprétation personnelle sur une situation donnée. Pour ces raisons, le choix de l'approche qualitative m'apparaît pertinent pour mon travail.

La démarche semi-inductive

Le choix de ma démarche se porte sur une démarche semi-inductive qui se situe entre une approche déductive et une approche inductive.

⁷⁵ LESSARD-HEBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G., *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*, Paris, DeBoeck, 1997, p.62

⁷⁶ GIROUD, S., et TREMBLAY, G., *Méthodologie des sciences humaines. La recherche en action*, St-Laurent, ERPI, 2002, p.23

⁷⁷ LESSARD-HEBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G., *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*, Paris, DeBoeck, 1997, p.61

⁷⁸ GIROUX, S., et TREMBLAY, G., *op.cit.*, p.23

La démarche inductive consiste à induire des énoncés (des vérités) à partir d'expériences particulières, rigoureuses et systématiques⁷⁹. Elle consiste à procéder à des observations particulières de la réalité étudiée, pour ensuite en induire des énoncés généraux tels que des théories, des concepts, des lois, etc.⁸⁰ Elle permet de passer d'observations, d'analyses particulières ou spécifiques à des perspectives plus générales. Par conséquent, le terrain devient le point de départ de la problématisation pour une démarche qui va du particulier au général.

La démarche déductive présente d'abord un principe général pour aller ensuite au particulier. Cette démarche se fonde sur la raison plutôt que sur les expériences⁸¹. Le chercheur se pose une question, puis il formule une intuition et grâce à sa raison, il en déduit certaines conséquences logiques⁸². La démarche consiste donc à établir des hypothèses et un cadre théorique préalablement à la récolte de données, données qui servent ensuite uniquement pour la vérification. Les notions théoriques sont donc présentées d'abord, puis elles sont illustrées par des démonstrations. Par conséquent, le fondement n'est pas le terrain, mais des données empiriques.

Pour mener mon travail de recherche, je n'ai pas tranché entre ces deux extrêmes. J'ai plutôt opté pour une démarche se situant entre les deux, c'est-à-dire pour une démarche semi-inductive. Dans un premier temps, j'ai élaboré mon cadre théorique et mon modèle d'analyse sur la base de nombreux ouvrages sur le thème de l'anorexie-boulimie et sur la base d'entretiens ressource. Ensuite, j'ai basé ma collecte de données (aspect déductif) sur ce modèle d'analyse. Cependant, ma démarche ne s'est pas arrêtée à ce stade. J'ai poursuivi la construction de mon modèle tout au long du processus de recherche, ce qui constitue le côté plus inductif de mon étude. J'ai choisi d'utiliser la démarche semi-inductive, car elle permet de laisser une grande place à l'exploration tout en donnant un cadre à ma recherche. La démarche semi-inductive va dans le sens de la découverte, de l'exploration bien qu'orientée vers des objectifs.

La méthode de recueil d'informations : l'entretien

La technique de l'entretien ou l'entrevue permet de recueillir des données valides sur les croyances, les opinions et les idées des sujets. ⁸³ L'entrevue produit un discours qui va donc permettre d'approfondir la pensée d'une personne. Elle fait ressortir la vision subjective du monde d'un petit nombre de personnes et ne peut être répétée de façon identique ; elle est unique. ⁸⁴

J'ai utilisé la méthode d'entretien dans le but de recueillir des informations et des pistes de réflexion intéressantes et nuancées au sujet de ma problématique. Je me suis intéressée aux pratiques et aux perceptions des travailleurs sociaux, c'est

⁷⁹ DEPELTEAU, F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles, DeBoeck, 2002, p.56

⁸⁰ *Ibid*, p.56

⁸¹ *Ibid*, p.59

⁸² *Ibid*, p.62.

⁸³ LESSARD-HEBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G., *op.cit.*, p.105

⁸⁴ GIROUX, S., et TREMBLAY, G., *op.cit.*, pp.146-147

pourquoi j'ai favorisé ce type de méthode : « *Il est adapté aux recherches visant à recueillir des données sur les perceptions des personnes concernant un objet, sur les comportements qu'elles adoptent en situation ainsi que sur les attitudes manifestées* ». ⁸⁵ Je relève que cette phase de l'étude « *s'ancre dans les situations concrètes, quotidiennes et abordées en contexte. Les données récoltées relatent l'expérience des personnes interviewées et donnent une place à la signification qu'elles donnent aux évènements* ». ⁸⁶

Voici brièvement présentés les avantages et les limites de la technique de l'entretien :

Avantages de la technique de l'entretien ⁸⁷

- « *Le degré de profondeur des éléments d'analyse recueillis* »
- « *La souplesse et la faible directivité du dispositif qui permet de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de références : leur langage et leurs catégories mentales* »

Limites de la technique de l'entretien ⁸⁸

La souplesse de la méthode de l'entretien peut faire peur à ceux qui ont besoin d'un cadre précis. Cette souplesse peut être mal utilisée par ceux qui l'utiliseraient pour converser n'importe comment avec les interviewés. De plus, la méthode de l'entretien ne présente pas spontanément des éléments d'informations et de réflexion. Pour cette raison, il faut choisir une méthode d'analyse parallèlement aux entretiens.

Une distinction est à préciser concernant la structuration de l'entretien. ⁸⁹ L'entretien peut prendre une forme dirigée, c'est-à-dire que la personne qui mène l'entretien posera à l'interviewé des questions, dont l'ordre et la formulation seront établis. L'entrevue sera non-dirigé dans le cas où c'est l'interviewé qui a l'entière direction de l'entretien. Si l'interviewer amène l'interviewé à aborder un certain nombre de sujets tout en lui permettant de s'attarder sur ceux qui lui semblent importants, on parle d'entretien semi-dirigé ou semi-directif.

Mon objet de recherche vise les perceptions des travailleurs sociaux dans leurs interventions face aux jeunes confrontés par l'anorexie et la boulimie. Je recherche des opinions, des avis, des impressions et des ressentis. Pour ces raisons, j'estime que la technique d'entretien est la plus adaptée pour la récolte de données de ma

⁸⁵ MILES, M.B., HUBERMAN, A.M., *Analyse des données qualitatives*, 2^{ème} édition, Bruxelles : De Boeck, 2003, pp. 26-32

⁸⁶ *Ibid*, p.28

⁸⁷ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociale*, Ed : DUNOD, 1999, p.175-176

⁸⁸ *Ibid*, p.175-176

⁸⁹ GIROUX, S., et TREMBLAY, G., *op.cit.*, p.149

recherche. A propos de la structuration, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif de type compréhensif que je vais présenter au point suivant.

L'entretien semi-directif de type compréhensif

L'orientation de l'entretien semi-directif appelé aussi semi-dirigé est donnée par quelques questions larges posées par l'interviewer à l'interviewé. Le chercheur aborde ainsi les thèmes et sujets qui l'intéressent pour sa recherche, tout en permettant à la personne interrogée d'aborder d'autres points. Il est semi-directif car il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises⁹⁰.

Les entretiens semi-directifs sont un mode d'accès à des expériences du travail de tous les jours. Ils vont me permettre de découvrir des opinions personnelles sur le thème de ma recherche. Ces entretiens amènent les personnes interrogées à s'exprimer ouvertement sur leurs perceptions, leurs expériences et leurs interprétations face à mes objectifs de recherche. Cette méthode d'entretien donne de la liberté à la personne interrogée. Les réponses ne doivent être ni justes, ni fausses, ni précises. Les questions doivent ouvrir le dialogue. Il s'agit pour moi d'un échange autour de la position et des ressentis des travailleurs sociaux face à l'anorexie-boulimie chez les jeunes. Je ne vise en aucun cas un entretien rigide composé de questions fermées et multiples. Mon objectif est d'obtenir des expériences de vie, des avis personnels et des représentations sur la prise en charge de ces pathologies. Je relève également que les personnes interrogées ont le choix de répondre aux questions de manière brève ou au contraire de développer la question. Je donne également la possibilité de ne pas y répondre du tout.

Par conséquent, dans la perspective de ma démarche semi-inductive, l'entretien semi-directif me semble pertinent comme instrument de collecte. En effet, je vais pouvoir poser des questions sur la base de mon modèle d'analyse et obtenir ainsi des informations relatives à mes hypothèses. Je vais également pouvoir laisser la liberté aux personnes interrogées de sortir de ces hypothèses afin d'ouvrir de nouvelles pistes.

De plus, je souhaite préciser le type d'entretien que j'ai choisi. Il s'agit de l'entretien semi-directif de type compréhensif qui est proposé par Kaufmann dans son ouvrage « *L'entretien compréhensif* ». ⁹¹ Dans l'entretien compréhensif, l'enquêteur s'engage activement dans les questions afin de provoquer l'engagement de l'enquêté. L'entretien compréhensif tend à briser la hiérarchie d'interviewé-interviewer, celui qui pose les questions et celui qui y répond, afin de trouver un ton beaucoup plus proche de la conversation entre deux personnes⁹². En utilisant l'entretien compréhensif, l'enquêteur doit faire preuve d'empathie et d'engagement. Il doit

⁹⁰ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociale*, Ed : DUNOD, 1999, p.174

⁹¹ KAUFMANN, J-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, collection 128, 2004, p.17

⁹² *Ibid*, p.47

porter une écoute attentive et une sympathie manifeste à l'interviewé.⁹³ Cette attitude permet de mettre en confiance l'interviewé et l'aider à parler de ses expériences. Ce type d'entretien va me permettre de questionner au maximum les idées émises, les avis et les anecdotes. Si je reste sur ma réserve, j'empêche l'interlocuteur de se livrer.

Les informations que je souhaite recueillir en utilisant la méthode de l'entretien semi-dirigé de type compréhensif sont de l'ordre de la manière d'intervenir, des ressentis, des positions, des avis, des représentations et des perceptions des travailleurs sociaux dans la prise en charge des jeunes anorexiques ou boulimiques. Je pense donc que ce type d'entretien est adéquat pour ma récolte des données.

Le but des entretiens

Les objectifs des entretiens sont formulés dans la première partie de mon travail, à savoir :

- Questionner les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à des adolescents présentant ou susceptibles de présenter des symptômes d'anorexie et/ou de boulimie.
- Repérer les limites d'interventions du travailleur social face aux adolescents confrontés par ces pathologies.
- Questionner la position et le vécu des travailleurs sociaux face à des adolescents confrontés ou susceptibles d'être confrontés par l'anorexie ou la boulimie.
- Questionner les représentations des travailleurs sociaux face à ces pathologies.
- Explorer la position des travailleurs sociaux face à la prévention dans ce domaine

D'une manière plus générale, les entretiens sur le terrain me servent d'outils de vérification de mes hypothèses et parallèlement d'outils de découverte d'aspects nouveaux de mon objet de recherche.

Le support des entretiens : une grille d'entretien⁹⁴

Le support qui a servi de base à la discussion entre les professionnels et moi-même consiste en une grille d'entretien. Concrètement, j'ai construit une grille d'entretien composée de quelques questions principales et plusieurs sous-questions. La grille me sert de guide afin de maintenir une structure et éviter l'éloignement du sujet. Les questions ne sont pas forcément abordées dans l'ordre, mais plutôt au fil de la conversation.

⁹³ *Ibid*, p. 51

⁹⁴ **Annexe III**

Mes hypothèses de travail m'ont permis de formuler des questions ouvertes qui ont été utilisées durant les échanges avec mes interlocuteurs. Ces questions principales (les questions clefs) représentent des chapitres qui me permettent d'appréhender une thématique générale. Chaque partie comporte ensuite une série de sous-questions ou questions de relance qui développent la question principale et abordent certains points selon mes intérêts. Le choix des questions a permis de faciliter l'expression de l'interlocuteur. Voici la composition du guide:

- Le premier chapitre concerne : les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à des adolescents confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie ; le vécu des travailleurs sociaux dans ces prises en charge
- Le deuxième chapitre concerne : les représentations des travailleurs sociaux face à des adolescents concernés par l'anorexie et /ou la boulimie
- Le troisième chapitre concerne : la position des travailleurs sociaux face à ces pathologies
- Le dernier chapitre concerne : la position des travailleurs sociaux face à la prévention de l'anorexie et/ou la boulimie

A la fin du guide d'entretien, j'ai donné la possibilité aux travailleurs sociaux d'ajouter librement des éléments qui n'auraient pas été développés et qu'ils souhaiteraient amener.

Le déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur deux mois. Un entretien a duré environ une heure. Après lettre écrite ⁹⁵ aux institutions susceptibles d'être interrogées sur l'objectif de ma recherche, dix travailleurs sociaux m'ont contactée. Parmi ces dix personnes, j'ai mené sept entretiens : trois assistants sociaux, trois éducateurs et un maître socioprofessionnel. Un formulaire de consentement éclairé a été signé par les personnes interrogées. Toutes les personnes interviewées ont donné leur accord pour être enregistrées au magnétophone afin de permettre la retranscription. Les travailleurs sociaux ont répondu à mes questions avec beaucoup d'intérêt pour la problématique. Tous ont souhaité recevoir des informations sur les conclusions de ma recherche ainsi que la communication de la mise en consultation de mon travail.

Je relève que les entretiens ont été menés dans l'équité entre hommes et femmes. Les hommes ont répondu tout aussi motivés que les femmes pour une problématique qui concerne majoritairement des femmes.

⁹⁵ Annexe IV

J'ai débuté l'entretien par une discussion d'accueil (en reprenant quelques éléments annoncés dans la lettre envoyée aux institutions) dans le but d'engager le dialogue :

Discussion d'accueil :

« Bonjour, je souhaite tout d'abord me présenter. Je m'appelle Laurence Chambovey, je suis étudiante à la Haute école santé social du Valais. J'effectue une formation d'assistante sociale.

Comme je vous l'ai présenté dans ma lettre, ma recherche traite le thème de l'anorexie-boulimie chez les jeunes, plus précisément les interventions des travailleurs sociaux et leur position dans la prise en charge de ces jeunes.

Je souhaite découvrir de quelle manière les travailleurs sociaux vivent ces prises en charge et de quelle façon ils perçoivent ces pathologies. Nous allons aborder votre vécu et vos expériences personnelles avec ces jeunes. Il n'y a pas de mauvaises ni de bonnes réponses. Je suis intéressée par ce que vous pensez personnellement.

L'entretien va durer environ une heure. Avec votre accord, je vais enregistrer cet entretien. L'enregistrement doit me permettre de retranscrire intégralement les entretiens afin de ressortir les éléments qui me serviront d'outils de travail. Le contenu de l'entretien est confidentiel et je respecte l'exactitude des informations reçues ainsi que votre anonymat ».

4.4 Ethique

Mon travail respecte l'éthique de la recherche. La collecte des données de terrain respecte les règles déontologiques de toute recherche en sciences sociales, à savoir: la confidentialité, la protection de la personnalité, l'exactitude des informations, etc. Ma recherche s'est déroulée dans des institutions. J'ai fait parvenir une lettre à la direction de différentes institutions (foyers pour jeunes, services de protection de l'enfance, services de tutelles et curatelles, centres d'animation, etc.) expliquant mon projet. Les institutions intéressées avaient la liberté de me répondre. En très peu de temps, la majorité des institutions m'ont répondu. J'ai ensuite interrogé sept travailleurs sociaux sur la base d'un guide. Toutes les données ont été enregistrées avec l'accord de ces personnes. J'ai fait signer une lettre de consentement aux personnes interrogées mentionnant que ma recherche respecte l'anonymat, la confidentialité et l'exactitude des informations reçues lors des entretiens.

Les personnes ressources (les 4 personnes confrontées par un problème d'anorexie ou de boulimie) ont également signé une lettre de consentement éclairé m'autorisant à faire figurer des parties de leur témoignage dans la construction de mes concepts théoriques.

4.5 Les limites de l'étude

La subjectivité du chercheur

Les propres préjugés et valeurs du chercheur peuvent biaiser l'interprétation des éléments recueillis et l'étude d'une manière générale. Dans le cadre de mon travail, la subjectivité peut se situer sur deux plans : le premier concerne la vision que le chercheur a de la prise en charge des jeunes anorexiques et boulimiques par les travailleurs sociaux ; le deuxième concerne le propre vécu du chercheur. Inévitablement, ces deux points peuvent conduire à la construction de pré-requis qui peuvent sillonner l'ensemble du travail. Un biais intervient également si le chercheur interprète le contenu de l'analyse pour atteindre ses objectifs de travail.

L'échantillon de personnes choisies

Les personnes interrogées ont répondu à ma demande d'entretien sur un mode volontaire. Elles ont toutes démontré un grand intérêt et de nombreuses connaissances à propos de la problématique que j'ai développée. L'intérêt de ces personnes amène une grande richesse aux questions posées. Les travailleurs sociaux interviewés ont souhaité partager leurs expériences pour une problématique qui les intéresse professionnellement et/ou personnellement. Par conséquent, les résultats sont très riches. Si j'avais mené une recherche quantitative, j'imagine que les résultats auraient pu être nuancés. J'aurai peut-être rencontré des personnes qui connaissent mal la problématique ou qui ne s'y intéressent pas. La manière dont j'ai ciblé mon public m'a fait découvrir des professionnels au clair avec leurs pratiques professionnelles pour un sujet qui les touche, ce qui peut être un biais pour ma recherche.

Une représentation subjective de la réalité

Mon étude porte sur des perceptions de la réalité plutôt que sur la réalité elle-même. Le sujet est interrogé sur la manière dont il perçoit sa propre réalité. Le danger est que le chercheur prenne ces perceptions comme étant la réalité. Il pourrait tomber dans une généralisation lors de la transmission des résultats. Les personnes interrogées parlent de leur propre vécu, de leurs expériences et de leur réalité. Cette notion de perception subjective peut être vite oubliée par le chercheur, ce qui peut apparaître comme un biais.

5 L'ANALYSE DES DONNÉES

5.1 L'analyse de contenu comme méthode d'analyse des données

La technique d'analyse des données de ma recherche se définit par une analyse de contenu. Il s'agit d'une technique appropriée à la méthodologie préalablement décrite. Je justifie mon choix sur la base de la définition, des principales caractéristiques ainsi que des avantages que présente l'analyse de contenu.

Définition et principales caractéristiques

Je retiens la définition de René L'Ecuyer qui illustre cette méthode. D'après lui, l'analyse de contenu se définit comme : « *une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis* »⁹⁶.

Le contenu de différents documents peut être analysé, tels que : le contenu d'articles, de publicités, d'entrevues, d'archives, de récits de vie, d'écrits scientifiques, de journaux, etc. Dans mon travail de recherche, la technique de récolte de données utilisée est l'entretien. Par conséquent, les données récoltées par l'entretien me semblent présenter des documents se prêtant idéalement à une analyse de contenu.

Deux types de contenu peuvent être analysés. Le contenu manifeste désigne le matériel brut. Il porte exclusivement sur ce qui a été dit et écrit par l'interviewer. Le contenu latent renvoie aux éléments symboliques du matériel analysé. Il s'agit de rechercher le sens caché derrière le sens manifeste par une lecture de deuxième degré incluant de l'interprétation. Ces deux approches sont complémentaires. Il est primordial pour le chercheur de prendre du temps à la compréhension du sens premier pour ensuite passer aux significations symboliques. En effet, les contenus latents se reposent sur les contenus manifestes. Pour mon analyse de contenu, je suis attentive à ces deux approches. C'est pourquoi, j'ai lu attentivement et à plusieurs reprises chaque entretien avant de procéder à une analyse thématique.⁹⁷

⁹⁶ L'ECUYER, R., « L'analyse de contenu : notion et étapes » in : DESLAURIERS, J.-P., *Les méthodes de la recherche qualitative*, Montréal, Presses universitaires du Québec, 1988, p.50

⁹⁷ *Ibid*, p.51-52

Avantages de l'analyse de contenu

Je choisis de mettre en évidence trois avantages dont je tire profit pour mon analyse de données :

La liberté du chercheur ⁹⁸

L'analyse de contenu laisse de la liberté à l'interprétation des données par le chercheur. Lorsque le discours du sujet observé est produit, le chercheur ne peut plus le modifier. Le chercheur peut alors analyser les discours avec une part d'interprétation de ce dernier.

Il me paraît important de choisir une méthode d'analyse laissant place à l'interprétation des données puisque ma recherche s'effectue à travers une démarche semi-inductive. En effet, une démarche d'analyse fermée laissant peu de place à la subjectivité et l'interprétation ne correspondrait pas au sens que je donne à mon étude. Le cadre théorique que j'ai construit me sert de guide. Ensuite, grâce aux données recueillies, je fais ressortir des éléments de réponse en référence à mes objectifs de recherche et avec une touche d'interprétation.

La liberté de l'analysé ⁹⁹

Le chercheur ne peut qu'interpréter les discours tels que les ont produit les personnes interrogées. Il ne peut pas orienter les discours des sujets étudiés. Le chercheur laisse ainsi au sujet une certaine liberté. ¹⁰⁰

Grâce à l'entretien semi-directif, j'ai orienté partiellement le discours des personnes interviewées en les amenant sur certains thèmes que je souhaitais aborder. J'ai décrit précédemment que cette méthode laisse de la liberté à l'interviewé qui peut s'attarder sur certains sujets, tout en ayant la possibilité d'en aborder d'autres. La technique de récolte de données que j'ai choisie présente donc le même avantage que l'analyse de contenu.

La profondeur ¹⁰¹

L'analyse de contenu repose sur un travail d'encodage très minutieux, ce qui est un de ces principaux intérêts. Elle devient un mode d'investigation de la réalité permettant d'étudier les phénomènes en profondeur. Cet avantage de l'analyse de contenu se coordonne avec la méthode d'entretien de type compréhensif que j'ai choisi pour récolter mes données et qui amène l'interviewé à aller dans la profondeur de son discours. ¹⁰²

⁹⁸ DELPELLEAU, F., *la démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles, DeBoeck, p.312

⁹⁹ *Ibid*, p.312

¹⁰⁰ *Ibid*, p.312

¹⁰¹ *Ibid*, p.312

¹⁰² *Ibid*, p.312

5.2 Etapes de l'analyse de contenu

Dans la littérature, il existe différentes étapes à suivre pour mener une analyse de contenu. J'ai fait un choix parmi ces étapes dont j'ai pris connaissance à travers mes lectures.

Choix et définition des codes

A ce stade, le chercheur établit une liste de codes appelés aussi catégories ou unités de classification.¹⁰³ Après les premières lectures, le document doit être découpé en énoncés plus restreints. Un code représente donc au départ des mots, des phrases ou des thèmes qui désignent certains passages ou éléments dans le matériel analysé.¹⁰⁴

L'Ecuyer présente différents modèles de catégorisation¹⁰⁵:

Les catégories peuvent être préalablement absentes et issues de l'analyse. Dans un premier temps, le chercheur procède à un regroupement des énoncés qui semblent s'associer. Il leur attribue ensuite un nom plus général. Dans un deuxième temps, il remet en questions la pertinence des premières catégories, il en élimine, il en regroupe et finalement, il donne une définition sommaire. Pour terminer, le chercheur revoit chacun des énoncés en fonction de la catégorie dans laquelle il a été placé. Le nom et la définition de celles-ci sont également revus.

Les catégories peuvent être prédéterminées. Avec ce principe, la grille d'analyse est faite au départ en fonction des indicateurs du cadre théorique. Leur présence ou absence va ensuite être vérifiées dans le matériel recueilli.

Les catégories peuvent être mixtes : certaines sont préexistantes, mais elles peuvent être modifiées ou éliminées. La place est laissée à l'émergence des catégories à partir de l'analyse comme modèle.

Dans le sens de ma démarche semi-inductive, j'ai choisi d'utiliser les catégories mixtes. Les éléments de mon cadre théorique me permettent de construire les premières catégories. Ensuite, je procède à une vérification de leur présence ou absence dans les retranscriptions des entretiens. Pour terminer, je procède sur la base du premier modèle décrit par L'Ecuyer.

Qualités des codes

Le chercheur doit vérifier que ses codes respectent certains critères.¹⁰⁶ A titre d'exemple, les catégories doivent être exhaustives : elles doivent pouvoir contenir

¹⁰³ DEPELTEAU, F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, Bruxelles, DeBoeck, 2002, p.304

¹⁰⁴ *Ibid*, p.305

¹⁰⁵ L'Ecuyer, René., *op.cit.*, pp.57-59

¹⁰⁶ *Ibid*, p. 60

tous les éléments du matériel à analyser¹⁰⁷. Les catégories doivent être pertinentes : elles doivent se reporter directement aux contenus du matériel analysé, aux objectifs de l'analyse et au cadre théorique de la recherche¹⁰⁸. Les catégories doivent être homogènes : un code ne doit se rapporter qu'à des énoncés similaires¹⁰⁹.

Analyse et interprétation des résultats

Cette étape consiste à codifier les documents en se référant à la liste de codes. Les travaux réalisés lors du processus de codage vont permettre d'interpréter et d'analyser les résultats obtenus toujours en fonction de la problématique et des objectifs de recherche.

Résumé de la démarche

Pour mon travail de recherche, j'ai procédé à une analyse de contenu des entretiens afin de tester et vérifier mes hypothèses de travail. Tout d'abord, j'ai lu attentivement et à plusieurs reprises chaque entretien avant de procéder à une analyse thématique, les thèmes étant issus de mes hypothèses. J'ai dépouillé tous les entretiens conservés sur des bandes audio. J'ai souligné les éléments principaux contenus dans les réponses en procédant question par question. A partir des retranscriptions exhaustives des entretiens, j'ai condensé les données sous la forme d'une analyse de contenu à partir d'une construction catégorielle basée sur les éléments théoriques qui ont fondé ma recherche. J'ai ensuite analysé les réponses en les regroupant par thématiques, en référence aux questions principales de l'entretien. Les catégories ont été modifiées, éliminées ou ajoutées. Au final, elles comprennent l'ensemble des réponses des travailleurs sociaux relevées à partir des entretiens. L'analyse en profondeur de chaque entretien m'a permis de dégager les tendances majeures afin d'aboutir à l'analyse qui suivra. Des informations nouvelles sont apparues et sont devenus de nouveaux thèmes. Par conséquent, il ne s'agissait pas uniquement de relever ce qui était intéressant pour mes hypothèses, mais également d'ouvrir de nouvelles pistes (qui seront décrites dans une partie ultérieure de mon travail).

5.3 Les résultats de l'analyse par thématiques

Je choisis de présenter les résultats par thématiques, à savoir :

Le vécu des travailleurs sociaux

Tous les travailleurs sociaux interrogés relèvent avoir rencontré dans leurs pratiques professionnelles un ou plusieurs jeunes confrontés par des problèmes d'anorexie ou de boulimie. Pour certains, il s'agit de jeunes diagnostiqués et présentant de graves troubles du comportement alimentaire. Pour d'autres, il s'agit de jeunes démontrant

¹⁰⁷ *Ibid*, p.60

¹⁰⁸ *Ibid*, p.60

¹⁰⁹ DEPELLEAU, F., *op.cit.*, p.307

certaines risques ou symptômes, mais ne présentant pas un trouble diagnostiqué. En effet, les professionnels relèvent être fréquemment confrontés par des jeunes qui mangent très peu, qui sont obsédés par leur image, qui sont extrêmement complexés par leur poids, qui font des régimes à répétition, qui souhaitent une silhouette plus fine, qui n'arrivent pas à accepter leur corps, qui se trouvent dans le déni de leur minceur, qui rencontrent des problèmes d'identité ou qui ont recours à des méthodes de compensation pour maintenir leur silhouette. Un professionnel souligne cette problématique: *« Je rencontre dans ma pratique professionnelle de plus en plus de jeunes qui ont beaucoup de difficultés dans la confrontation de leur corps. Ils n'arrivent pas à s'accepter, ils font constamment des régimes, ils souhaitent une silhouette plus fine. D'après moi, un nombre considérable de jeunes ont un schéma corporel complètement faussé, ceci dû entre autre aux messages que véhicule notre société. Les conséquences peuvent être l'apparition des troubles alimentaires, tels que l'anorexie et la boulimie et ce, de plus en plus tôt chez les adolescents, ce qui provoque chez nous les professionnels beaucoup de questionnements et d'interrogations. »*

Les travailleurs sociaux décrivent vivre ces problématiques comme un phénomène de société. En effet, notre culture influence l'émergence de ces pathologies dans la mesure où notre société véhicule des messages imposant des stéréotypes ultra minces correspondant à la norme de beauté. Les travailleurs sociaux estiment qu'actuellement, les jeunes préfèrent être minces et peuvent facilement se mettre en danger pour atteindre une silhouette rêvée. Ces normes prônées par notre société engendrent des conséquences considérables, notamment sur le fait que beaucoup de jeunes ont des difficultés à accepter leur corps, comme le témoignent les travailleurs sociaux. Toutefois, les professionnels disent être extrêmement attentifs à ces signes. Le vécu des travailleurs sociaux démontre qu'ils rencontrent de plus en plus ces jeunes se situant aux limites du basculement dans la pathologie et ces jeunes extrêmement préoccupés par leur apparence.

Le vécu des travailleurs sociaux laisse apparaître beaucoup de questionnements face à ces problématiques. Les professionnels relèvent que bien souvent, ces situations et leur prise en charge sont pénibles à vivre pour eux. En effet, certains professionnels relèvent que l'accompagnement de ces jeunes nécessite une prise de distance professionnelle et émotionnelle considérable, comme le souligne ce professionnel : *« L'essentiel est de ne pas se laisser user dans de telles situations. Il faut conserver une bonne hygiène mentale et accorder de l'importance à la bonne distance. Le fait d'avoir du recul et de pouvoir réfléchir à sa pratique professionnelle est très bénéfique pour ne pas se laisser submerger par les émotions que suscitent ces problématiques. »* Le vécu des travailleurs sociaux face aux jeunes présentant ces troubles est accompagné de plusieurs sentiments: l'inquiétude, l'impuissance, la peur, l'angoisse, la remise en questions, etc. Ces pathologies provoquent des réactions chez les professionnels interrogés. Personne n'a été indifférent. Au contraire, tous ont vécu de telles situations intensément et de ce fait, ont souhaité partager leur vécu dans le cadre de ces entretiens.

Au niveau du groupe et des autres jeunes, le vécu des professionnels fait ressortir que ces troubles peuvent susciter des réactions diverses. Certains professionnels s'aperçoivent que ces pathologies peuvent être assez mal perçues par les autres jeunes. En effet, un professionnel constate que les jeunes anorexiques ou boulimiques ont tendance à tirer en bas le reste du groupe. Dans un registre contraire, un professionnel soulève que les jeunes expriment souvent leurs inquiétudes entre eux, ce qui peut être un facteur aidant pour un jeune confronté par un trouble alimentaire. En effet, grâce à la confrontation par ces pairs, le jeune peut ainsi se sentir soutenu. Les pairs ne vont pas hésiter à provoquer le jeune s'il le faut. Plusieurs professionnels soulignent qu'à plusieurs reprises, il est arrivé que certains jeunes s'énervent et disent au jeune concerné « *Si tu veux mettre ta vie en danger en arrêtant de manger, c'est ton problème ! Mais ne vient pas te plaindre après* ». Un jeune qui se morfond sur sa pathologie et qui n'a plus d'énergie peut devenir insupportable pour les autres jeunes. Ils vont alors le provoquer dans le but de le faire sortir de sa léthargie. Les pairs sont toujours très francs entre eux. Leurs réactions peuvent être déstabilisantes ou provocantes, ce qui peut susciter des réponses assez fortes. Finalement, leurs réactions remettent le jeune en questions, ce qui peut inciter un changement. Néanmoins, les professionnels relèvent que les jeunes anorexiques ou boulimiques ne vont pas trop mal en comparaison à d'autres jeunes. Ce constat complexifie leur position face à ces jeunes. Parfois, les travailleurs sociaux ont l'impression qu'ils doivent être plus cadrant et exigeants, et parfois, ils ont le sentiment de pouvoir laisser plus de liberté et être plus souples avec ces jeunes. Dans ce contexte, les professionnels s'accordent à dire qu'ils vivent avec difficultés l'accompagnement de ces jeunes. Ils reconnaissent ne pas avoir acquis suffisamment d'expérience et d'outils pour intervenir aisément face à l'anorexie et la boulimie chez les jeunes.

Les professionnels vivent difficilement le fait que ces maladies soient souvent cachées et découvertes tardivement. En effet, les travailleurs sociaux soutiennent qu'il faut un certain laps de temps avant de découvrir ces troubles chez les jeunes, comme le relève un professionnel : « *Puisque ces jeunes cachent longtemps leurs troubles, il nous faut un certain temps pour le découvrir et il est très facile de passer à côté* ». Les professionnels disent être attentifs à plusieurs signes : la perte de poids rapide, la chute d'énergie, le passage très fréquent aux toilettes, etc. Parallèlement, ils soutiennent également qu'il s'agit d'une problématique difficile et délicate à aborder : l'aborder c'est provoquer dans la plupart des cas la confrontation. Les travailleurs sociaux soutiennent tous avoir vécu la confrontation avec les jeunes concernés par ces problématiques.

Les interventions spécifiques des travailleurs sociaux

- Les interventions entre les professionnels et les jeunes

Généralement, la prise en charge des troubles alimentaires est immédiatement associée au milieu médical. Cette prise en charge est bien évidemment primordiale et ne peut se soustraire à aucune autre. Cependant, les travailleurs sociaux sont tous

d'avis à dire qu'ils peuvent être concernés de près ou de loin par les troubles alimentaires d'un jeune. Les professionnels du social s'inscrivent dans une prise en charge sociale en collaboration avec différents professionnels et selon les compétences de chacun. Toutes les personnes interrogées émettent l'opinion qu'ils peuvent apporter une aide et un soutien à ces jeunes.

Les travailleurs sociaux ont nommé sans difficultés différentes interventions dont ils relèvent l'importance dans le but d'accompagner des jeunes confrontés ou susceptibles d'être confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie. Les professionnels sont d'avis qu'ils font partie de l'entourage des jeunes, c'est pourquoi il est certain qu'ils doivent intervenir auprès de ces jeunes dans le cadre de leur mandat. Différentes interventions ont été citées par les professionnels:

Disposer de connaissances basiques des troubles :

D'après les professionnels interrogés, l'intervention basique des travailleurs sociaux se situe sur une connaissance minimale de ces troubles dans le but d'observer les jeunes, les faire réagir et les confronter à leurs difficultés alimentaires. Connaître est perçue comme une intervention minimale relevée par toutes les personnes interrogées. Une connaissance et une compréhension basique de ces pathologies facilitent le travailleur social à observer, à détecter, à identifier, et à intervenir adéquatement. Pour poursuivre ce but, les travailleurs sociaux disent rechercher des informations pertinentes et significatives à ce sujet afin de leur permettre une compréhension de la situation. Dans la consultation d'ouvrages, sur internet, dans la rédaction de travaux personnels, toutes les personnes interrogées ont trouvé des pistes d'action/de réflexion les aidant dans leurs pratiques professionnelles.

L'observation :

A travers un travail d'observation, les travailleurs sociaux soutiennent pouvoir identifier des symptômes d'anorexie ou de boulimie. En effet, grâce à l'observation du jeune, le professionnel peut détecter la présence de signes précurseurs, comme le souligne un travailleur social : « *Mes interventions auprès des jeunes passent par l'observation. Je regarde beaucoup et ensuite je peux m'apercevoir que le jeune va fréquemment aux toilettes après les repas, qu'il ne mange pas ou qu'il est obsédé par son image. Mon rôle est d'observer afin de repérer* ». L'observation facilite le travailleur social à identifier et à dépister un trouble. Il s'agit également d'une compétence exigée d'un travailleur social dans l'exercice de son mandat.

La confrontation :

D'après les travailleurs sociaux, l'étape suivant l'observation vise la confrontation. En effet, bousculer le jeune et lui faire savoir que son comportement est inquiétant est perçu comme une intervention d'après les travailleurs sociaux, comme le relève un professionnel : « *Dans un deuxième temps, je vais essayer d'en discuter. J'évalue si le jeune est prêt à aborder la chose et j'essaie de créer un espace pour l'encourager* ».

à me parler. Si je suspecte quelque chose, alors j'en parle au jeune. Et ça se fait bien souvent dans la confrontation, mais je pense qu'il s'agit d'une réaction légitime et normale. Mon rôle est d'en parler, de dire au jeune qu'il m'inquiète et dans ces situations, je confronte le jeune à sa problématique ce qui suscite des émotions et des réactions ». L'observation n'est pas suffisante face à un jeune qui présente un trouble lié à l'anorexie ou la boulimie. Il est nécessaire de confronter le jeune aux observations afin de créer une discussion sur sa problématique. Souvent, le jeune qui n'a pas conscience de son trouble ou qui ne veut pas en prendre conscience, réagit très fortement d'après les professionnels. Mais il s'agit d'un passage obligé afin de faire comprendre au jeune qu'il vit une difficulté qui préoccupe les personnes qui l'entourent. Nommer son inquiétude face au comportement d'un jeune est une attitude primordiale selon les professionnels qui côtoient ces jeunes. Le travailleur social ne doit en aucun cas éviter la confrontation, ce qui serait contre-indicatif si un jeune présente un de ces troubles.

La reconnaissance des émotions :

Plusieurs travailleurs sociaux ont relevé l'importance de reconnaître les émotions que vit le jeune, comme le souligne ce professionnel : « *Reconnaître les émotions liées au vécu du jeune et permettre au jeune de les exprimer, c'est ouvrir la porte au dialogue. Le jeune doit pouvoir exprimer ce qu'il vit en termes d'émotions. C'est une étape très difficile, puisque bien souvent, le jeune n'arrive pas à mettre des mots sur ce qu'il vit. Mais les émotions peuvent s'exprimer autrement que par des mots. Il faut créer un contexte aidant le jeune à exprimer ses émotions et il faut surtout les reconnaître. Le jeune a besoin de cette reconnaissance pour avancer* ». Les travailleurs sociaux soutiennent que la reconnaissance des émotions est facilitée par un travail sur la relation, sur l'écoute et le soutien dans le but de créer un espace de parole et de partage.

Le travail sur la relation, sur l'écoute et le soutien :

D'après les travailleurs sociaux, leurs interventions face à ces jeunes se basent sur un travail relationnel important ainsi que sur un travail d'écoute et de soutien. Le travailleur social a la compétence d'initier et de développer une relation professionnelle avec le jeune qu'il rencontre dans le cadre de son mandat. Les professionnels relèvent qu'ils doivent être à l'écoute sans émettre de jugement, être disponibles et soutenir les jeunes dans le but de créer une relation de confiance avec eux leur permettant de parler ouvertement de leur problématique. Quand l'écoute ne suffit plus dans le travail de relation, la confrontation avec le jeune doit rapidement intervenir. Un professionnel émet son avis dans ce sens et relève que : « *je base la relation avec le jeune sur la confiance. En aucun cas je ne pose un jugement. Je donne uniquement mon avis. Un lien de confiance se tisse avec le jeune qui permet l'ouverture à la discussion. Si le jeune refuse continuellement de parler et de prendre conscience de sa problématique, alors il faut le confronter* ». Le travail relationnel perçu par les travailleurs sociaux occupe donc une place

importante face aux jeunes confrontés ou susceptibles de l'être par l'anorexie ou la boulimie.

Une intervention individuelle :

Les travailleurs sociaux soutiennent l'importance d'une intervention individuelle à l'égard des jeunes pour lesquelles ils sont préoccupés. Prendre en considération les spécificités de chacun et traiter chaque jeune de manière personnelle et singulière est perçu comme important, comme le relève un professionnel : « *Pour aborder ces jeunes, j'y vais très personnellement. Chacun vient ici avec ses problèmes qui sont différents et personnels. C'est pourquoi, j'interviens personnellement dans la situation de chacun. Je n'essaie pas de mélanger le reste du groupe ou de le faire intervenir pour un problème personnel. Notre intervention individuelle est basée sur la relation de confiance que nous établissons avec le jeune.* » Dans cette intervention individuelle, les travailleurs sociaux sont sensibles aux messages qu'ils font passer et aux attitudes fondamentales à adopter. Pour tel ou tel jeune, il se peut que la solution soit un éloignement familial, un placement dans un foyer, un séjour hospitalier, etc. Le travailleur social prend en considération chaque jeune de manière individuelle.

Intervention dans le quotidien :

Les professionnels interrogés, principalement les éducateurs, ont indiqué intervenir dans le quotidien des jeunes présentant des symptômes d'anorexie ou de boulimie par: une attention particulière au moment des repas, un travail sur la composition des repas, un travail sur la façon de bien s'alimenter, comme le souligne un professionnel : « *notre intervention se base sur les choses du quotidien. Je dis à ces jeunes de rester à table, d'essayer de communiquer, de manger normalement, etc. Notre travail concerne la vie de tous les jours et les petites choses du quotidien qui peuvent avoir une grande influence sur ces troubles* ». Les travailleurs sociaux accordent de l'importance à ces petites choses du quotidien qui portent des actions très bénéfiques sur du long terme. Il s'agit d'attitudes fondamentales à adopter en présence de ces jeunes dans le but de prévenir l'apparition des troubles.

L'orientation et le travail en réseau :

Toutes les personnes interrogées soutiennent que le travailleur social peut observer, détecter, confronter, soutenir, aider mais qu'il doit aussi pouvoir proposer l'orientation vers un spécialiste, un médecin, un psychologue, un psychiatre ou un diététicien. Les professionnels se perçoivent comme des orienteurs et médiateurs, comme l'affirme un professionnel : « *notre intervention consiste à encourager le jeune à se faire aider par un spécialiste extérieur. Faire référence à une aide extérieure, orienter vers un professionnel fait référence à mon rôle de travailleur social. Chacun son métier. Il faut savoir mettre des limites et leur dire qu'à un moment donné, ce n'est plus de notre ressort. Nous offrons une écoute, nous sommes disponibles mais nous ne sommes pas thérapeutes. Notre écoute a une*

certaine limite et dans certaines situations, la thérapie est indispensable, voire bénéfique. Chaque métier fait la richesse d'une équipe pluridisciplinaire». Les personnes interrogées s'accordent à dire qu'ils doivent encourager le travail en réseau afin d'apporter un regard complémentaire favorisant la prise en charge de jeunes confrontés par l'anorexie ou la boulimie. Quand les travailleurs sociaux arrivent aux limites de leurs possibilités, tous prônent l'importance de passer le relai. Lorsque ces pathologies sont encrées, tous reconnaissent le besoin d'un appui extérieur et les professionnels n'hésitent pas à le demander. Les professionnels soutiennent qu'ils doivent identifier leurs limites d'intervention selon leurs compétences et leurs mandats. Au-delà de leurs compétences, leurs interventions font référence à d'autres professionnels. Dans un premier temps, les travailleurs sociaux interrogés privilégient le soutien d'un psychologue rattaché à leur institution ou connu par l'institution. Lorsque ce suivi ne suffit plus, les professionnels orientent le jeune vers un psychiatre, un service hospitalier, ou un service spécialisé dans la prise en charge des troubles alimentaires.

Le travail avec la famille :

Tous les professionnels interrogés indiquent pouvoir assumer le rôle de médiateur avec les familles et l'entourage. Souvent, les relations familiales sont devenues très conflictuelles avec un jeune confronté par l'anorexie ou la boulimie. La communication n'étant plus possible, le travailleur social peut tenter de permettre aux parents et au jeune de se rencontrer. L'intervention du travailleur social vise à favoriser les interactions entre les membres de la famille, comme le mentionne un professionnel : *« Un travail avec l'entourage mais surtout avec la famille est indispensable. Une famille qui rencontre des difficultés peut être exprimée par un jeune qui développe un trouble alimentaire. C'est pourquoi, nos interventions portent beaucoup d'importance sur la famille afin d'aider tout le système à sortir des difficultés. Nous essayons de travailler sur la cellule familiale ce qui est très bénéfique face à la problématique de l'anorexie et de la boulimie chez un jeune*». Les professionnels sont d'avis que le travail avec la famille est primordial et qu'il doit se faire en complémentarité à la prise en charge de ces jeunes. La prise en charge personnelle des jeunes et perçue comme indissociable à la prise en charge de la famille.

Le travail sur la conscience de soi, sur l'image de soi :

Les travailleurs sociaux interrogés s'accordent à dire qu'un travail peut s'effectuer sur l'estime de soi, sur la confiance en soi, sur l'acceptation de son corps, sur les représentations actuelles de la minceur ou sur les risques de la recherche constante de minceur, sur l'image de beauté de la femme et de l'homme. Vu l'ampleur que prennent ces troubles, les travailleurs sociaux visent des interventions sur des concepts plus profonds, comme le perçoit ce professionnel : *« Nos interventions se basent aussi sur l'image que nous donnons aux jeunes. Nous devons les aider à prendre conscience de leur corps et de leur image. Nous devons travailler sur les représentations de notre société : qu'est-ce qu'une belle femme, quelles sont les*

critères de beauté, comment se sentir bien dans son corps. Tout un travail peut se faire à ce niveau et est primordial pour ces jeunes ». Ce travail s'inscrit dans une prise en charge globale.

La prévention :

Les travailleurs sociaux interrogés ont exprimé faire naturellement de la prévention face aux jeunes qu'ils accompagnent. D'après les professionnels interrogés, s'impliquer et connaître certaines mesures de prévention font partie des interventions spécifiques des travailleurs sociaux. Les professionnels perçoivent l'ampleur que prennent ces problématiques. Pour y répondre, il est indispensable que leurs interventions se situent au niveau de la recherche et de la prévention dans le but de: acquérir une connaissance générale des pathologies, obtenir des pistes sur la manière d'intervenir auprès de ces jeunes, découvrir le réseau existant ou connaître les facteurs à risque. Les travailleurs sociaux interrogés visent à acquérir de nouvelles compétences dans ce domaine afin d'améliorer leurs interventions spécifiques face aux jeunes confrontés par l'anorexie ou la boulimie. L'acquisition de ces compétences peut passer par la participation à des activités de prévention et les travailleurs sociaux se disent motivés à le faire.

- Les interventions au sein de l'institution et entre professionnels

Face aux jeunes confrontés par l'anorexie et la boulimie mais également dans un but préventif, les travailleurs sociaux ont énuméré quelques mesures mises en place au sein de leur institution dans le but de les aider dans ces prises en charge.

La supervision

L'intervention qui fait l'unanimité des personnes interrogées est la supervision. En effet, les professionnels mentionnent leur participation aux supervisions dans le but de partager les problèmes qu'ils rencontrent avec ces jeunes, comme le mentionne ce professionnel : *« On organise des supervisions où nous pouvons parler de ces situations. Les cas des jeunes anorexiques et boulimiques sont fréquemment arrivés. Nous abordons comment intervenir auprès de ces jeunes »*. Les supervisions permettent aux travailleurs sociaux de partager et d'échanger leurs pratiques auprès de ces jeunes. La supervision permet de prendre du recul face à son intervention, ce qui semble être très apprécié par les professionnels dans ce genre de situations.

L'organisation d'une journée thématique

De manière plus spécifique, des journées thématiques sont organisées par certaines institutions sur le thème des dépendances où les troubles alimentaires sont abordés. Cependant, cette pratique ne semble pas encore très répandue. En effet, les institutions semblent privilégier l'intervention de professionnels dans d'autres domaines. Néanmoins, l'organisation de journées thématiques sur les troubles alimentaires semble fortement intéresser les professionnels. Dans ce contexte, un

professionnel relève que la mise en place d'une journée thématique ne doit pas uniquement s'adresser aux jeunes mais également aux professionnels. Favorisant cette idée, un professionnel mentionne que son institution a organisé une journée de travail et de réflexion entre professionnels sur la problématique de l'alimentation. Tous les collaborateurs y étaient présents. Les thématiques de l'anorexie et de la boulimie y ont été traitées. Le but de cette journée était de créer une réflexion entre professionnels afin de savoir comment se situer, où se situer et dans quel but se situer auprès de ces jeunes. Sur la base de cette idée, tous les professionnels soutiennent qu'une réflexion doit être menée de manière plus générale au niveau institutionnel afin d'aider tous les participants à acquérir de nouveaux outils les guidant face à ces problématiques. Les professionnels donnent plusieurs pistes pouvant satisfaire leurs besoins : une journée de réflexion sur la thématique, la création d'un espace de travail ou la participation à un atelier.

Une attention particulière autour de l'alimentation et des repas

Les éducateurs interrogés ont indiqué qu'ils effectuent dans leurs institutions un grand travail au niveau de repas. Ils sont extrêmement attentifs à l'alimentation et les institutions semblent fonctionner selon les recommandations de la santé publique, ceci notamment à titre préventif.

- Les limites d'intervention des travailleurs sociaux

Définir à quel moment s'inquiéter

Les professionnels sont confrontés à différents obstacles limitant leurs interventions. Savoir passer le relai au bon moment semble préoccuper les professionnels de manière unanime. En effet, ces problématiques s'associent à un phénomène de société. La plupart des jeunes veulent maigrir, beaucoup ont des complexes et beaucoup n'arrivent pas à s'accepter. Dans ce contexte, à quel moment faut-il véritablement s'inquiéter? Quand faut-il passer le relai et demander une prise en charge extérieure par des professionnels spécialisés? Le jeune s'installe-t-il dans une véritable pathologie ou son comportement est-il normal en comparaison avec les autres jeunes? La limite est difficilement perçue par les travailleurs sociaux. Faut-il s'inquiéter d'avantage ou faut-il au contraire minimiser certains comportements? Parallèlement, les travailleurs sociaux interrogés remarquent que ces troubles restent souvent longtemps cachés. La plupart du temps, ils sont découverts tardivement et la prise en charge devient complexe. Le rôle du travailleur social fait référence au repérage des signes précurseurs mais face à ces problématiques, cette reconnaissance peut s'avérer difficile lorsque ces troubles sont dissimulés. De plus, l'installation dans la chronicité est souvent vécue avec ces problématiques, ce qui inquiète d'avantage les professionnels.

Le comportement des parents

Le comportement des parents se trouvant fréquemment dans une position de déni et leur banalisation face à ces pathologies sont ressentis comme un frein supplémentaire chez les travailleurs sociaux. Dans ces situations, les parents ont également besoin d'aide. Lorsqu'ils ne l'acceptent pas, il devient difficile d'aider un jeune. Les parents doivent s'insérer dans la prise en charge pour que la démarche soit bénéfique en faveur du jeune. Les parents ont tendance à entretenir la problématique, c'est pourquoi les travailleurs sociaux sont d'avis que parfois, l'éloignement familial est une coupure inévitable dans le but de provoquer un changement.

La méconnaissance du réseau

Les professionnels ont également relevé le fait qu'ils ne savent pas forcément où orienter le jeune adéquatement. D'après eux, l'orientation est primordiale, mais ils semblent affirmer qu'ils ne connaissent pas ou peu les structures adaptées dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, telle que l'anorexie et la boulimie. Tous semblent s'accorder sur l'orientation vers une thérapie ou une structure hospitalière, mais les professionnels remarquent qu'ils sont mal à l'aise avec cette orientation.

Les représentations des travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux interrogés ont conscience de l'ampleur que prennent actuellement l'anorexie et la boulimie chez les jeunes. Les statistiques suisses relèvent que 1 à 2% de la population féminine souffre d'anorexie et 5 à 8% de boulimie. Au total, environ 10% sont touchés par ces pathologies et les chiffres démontrent une constante augmentation. De plus, de nombreuses personnes se soustraient à ces statistiques car elles ne sont connues d'aucun service. Les travailleurs sociaux interrogés ont une représentation de ce chiffre correspondant tout à fait à la réalité. Tous relèvent un minimum de 5% de jeunes touchés et tous sont conscients du nombre considérable de jeunes concernés, comme le mentionne ce professionnel : *« Je pense que ça concerne énormément de jeunes, notamment les filles. On donne actuellement une attention exagérée à son image et à la minceur. Je pense que la fréquence doit se situer encore plus haut car ce sont des troubles cachés. Il s'agit d'un problème tout aussi important que la consommation de cannabis chez les jeunes »*. Les représentations des travailleurs sociaux face à l'ampleur de ce phénomène coïncident donc avec la réalité perçue sur le terrain

Les travailleurs sociaux ne se représentent pas ces pathologies comme étant uniquement liées au champ d'intervention de la psychiatrie. Ils considèrent que ces pathologies concernent également le champ d'intervention du travail social, comme le souligne ce professionnel : *« Nous sommes sur le terrain et nous construisons la relation de confiance avec les jeunes. Alors je pense qu'un jeune qui sort de la psychiatrie n'en a pas pour autant les moyens. Les travailleurs sociaux ont*

un travail à effectuer avec ces jeunes avec l'aide éventuelle d'autres professionnels de l'extérieur quand nous touchons nos limites d'intervention. » D'après les travailleurs sociaux, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies profondes qui nécessitent un traitement médical et psychiatrique. Bien que ces problématiques semblent prioritairement intéresser le monde médical, les professionnels interrogés s'accordent à dire qu'ils ont un rôle à tenir dans la prise en charge de ces jeunes. Ils se représentent leur travail ainsi : recentrer le jeune au niveau de son quotidien, l'aider à trouver un métier, l'orienter, proposer un travail avec sa famille ou le soutenir. Les professionnels conçoivent l'anorexie et la boulimie comme des pathologies mentales avec des répercussions graves sur la personnalité. C'est pourquoi, le traitement médical est indispensable selon eux, mais doit se conjuguer avec ce que propose le travailleur social. Selon les travailleurs sociaux, le champ d'intervention de la psychiatrie doit être complété et mis au même niveau que le champ d'intervention du travail social. Les deux sont indissociables.

Les travailleurs sociaux interrogés ne se représentent pas ces pathologies comme un caprice de jeunesse, mais plutôt comme un mal-être profond qui doit être pris en considération par les personnes qui entourent le jeune. Pensez que c'est un caprice à la mode dans une société où tout le monde doit être mince pour être beau n'est pas suffisant d'après les personnes interrogées. En effet, ça pourrait déboucher sur une banalisation. Or, d'après les travailleurs sociaux, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies graves qui démontrent une série de problèmes du comportement alimentaire et d'altérations de la perception de son corps. Dans ce contexte, les travailleurs sociaux ne sont pas d'avis que la volonté suffise pour s'en sortir, comme le relève ce professionnel : *« D'abord, les jeunes n'ont pas de volonté. Souvent les jeunes confrontés par ces pathologies sont très intelligents, capables de comprendre pleins de choses. Mais ils vivent des peurs et des angoisses. Ces sentiments ne sont pas uniquement une histoire de volonté qui peut être insufflée à ces jeunes. Tous ceux qui ont essayé de perdre un jour 5kg savent qu'il ne s'agit pas uniquement de volonté »*. Les travailleurs sociaux ne se représentent donc pas ces pathologies comme un caprice de jeunesse ni un manque de volonté.

Toutes les personnes interrogées évoquent des pathologies liées principalement à la jeunesse. En effet, l'adolescence est une période charnière. Il s'agit d'une transition liée à de nombreux changements corporels, psychiques et sociaux induisant des conflits et des tensions intérieurs ou extérieurs souvent difficiles à résoudre. Toutefois, les travailleurs sociaux soutiennent qu'il ne s'agit pas de simples problèmes liés à la crise d'adolescence. Face à ces troubles chez les jeunes, les travailleurs sociaux se représentent les conséquences de l'anorexie et de la boulimie comme étant graves et néfastes et ne devant pas être banalisées, comme l'indique un professionnel : *« L'anorexie peut conduire à la mort. Il y a une souffrance énorme chez ces jeunes. Tout est retardé dans leur puberté. Ils se renferment. Les conséquences sont physiques mais aussi mentales. Ils perdent confiance en eux. Ils ont une image déformée de leur corps. Ils s'installent dans une chronicité qui peut être dangereuse et aux limites de la dépression ! »*. Dans les cas extrêmes et tragiques, les travailleurs

sociaux relèvent que ces pathologies peuvent conduire à l'hospitalisation et à la mort. Mis à part ces situations extrêmes, les travailleurs sociaux ont énuméré une série de conséquences liées à ces maladies : l'ostéoporose, l'acidité au niveau des dents, le fonctionnement perturbé du tube digestif, l'aménorrhée, etc. D'après les travailleurs sociaux, ces troubles s'installent sur du long terme et provoquent des séquelles importantes qui engendrent de la souffrance pour le jeune et son entourage. Les représentations des travailleurs sociaux coïncident avec ce que peuvent provoquer ces troubles dans la réalité.

La position et les sentiments des travailleurs sociaux

Un sentiment prédominant est partagé par l'ensemble des travailleurs sociaux interrogés de manière claire : les professionnels se sentent concernés par la problématique de l'anorexie et de la boulimie chez les jeunes. D'après les personnes interpellées, il est même nécessaire de se pencher sur ces problématiques au vue de l'augmentation des jeunes touchés, comme le démontre un professionnel: « *Je pense que nous allons être de plus en plus confrontés par des jeunes qui rencontrent ce genre de problèmes, alors il est clair que dans notre rôle de travailleur social, nous devons nous y intéresser. Ces pathologies sont le signe d'un mal-être chez l'adolescent, c'est pourquoi nous devons les prendre en considération. Il s'agit bien du rôle du travailleur social de repérer ces signes physiques et psychiques. Ce sont des comportements que l'adolescent met en avant pour dire qu'il existe et qu'il y a un problème. Il tire la sonnette d'alarme par son anorexie ou sa boulimie et nous sommes automatiquement concernés par sa problématique* ». Les professionnels ont tous remarqué qu'ils peuvent rencontrer dans leurs pratiques professionnelles des adolescents confrontés par ces pathologies. Ce constat semble avoir atteint la sensibilité des travailleurs sociaux, qu'il soit un homme, une femme, plus âgé ou plus jeune. Tous ont exprimé leur intérêt face à l'anorexie et la boulimie chez les jeunes et tous ont admis être sensibles à ces problématiques. Par conséquent, ces pathologies d'actualité intéressent les travailleurs sociaux interrogés.

Cependant, bien que les travailleurs sociaux soient sensibles et attentifs à ces problématiques, ils soutiennent être assez inquiets par ce phénomène comme le relève un professionnel : « *En voyant l'ampleur que prennent ces pathologies, ça nous inquiètent. Dans nos pratiques professionnelles, nous allons en rencontrer de plus en plus. C'est inquiétant pour la vie de ces jeunes et surtout dans le fait que nous rencontrons des difficultés à trouver des solutions* ». Leurs inquiétudes semblent coïncider avec leurs difficultés à trouver des solutions et la bonne manière d'appréhender ces pathologies. Ce malaise peut être amplifié par la façon dont les usagers sont envoyés par d'autres partenaires vers le travailleur social avec la promesse que ce dernier trouvera une solution. Dans les faits, les travailleurs sociaux ont souvent le sentiment de se sentir impuissants ou partiellement face à un jeune présentant ce type de problématique : ne pas savoir où orienter le jeune, ne pas détenir la solution immédiate, ne pas connaître la parole adéquate pour aborder le jeune, ne pas savoir comment limiter les comportements à risque, etc. Face à ces

problématiques, le travailleur social reconnaît qu'il faut du temps et accepter le fait de se confronter à une sorte d'impuissance. Ce sentiment est partagé visiblement par l'ensemble des travailleurs sociaux interrogés.

De manière générale, les travailleurs sociaux ne se sentent pas complètement démunis dans les situations de jeunes touchés ou susceptibles d'être touchés par l'anorexie ou la boulimie. Pour la plupart des professionnels interrogés, ils disent disposer d'outils leur permettant d'intervenir auprès des jeunes confrontés par l'anorexie ou la boulimie. Leur travail consiste à proposer une prise en charge en amont du traitement médical ou en prévention de l'apparition d'un véritable trouble comme le mentionne un professionnel : *« Il faut être conscient que le travailleur social ne peut pas changer le comportement d'un jeune dans sa pathologie d'un jour à l'autre. Le travailleur social peut prévenir, accompagner, et aider un jeune dans sa pathologie, tout en reconnaissant ses limites d'intervention. Notre rôle est important dans le processus et dans une démarche complémentaire. »* Dans des situations aiguës et lorsque leurs outils ne suffisent plus, tous s'accordent sur l'importance de passer le relai aux personnes compétentes qui disposent d'outils appropriés. En effet, en cas de déni ou de refus de soins et lorsque le travailleur social éprouve la pesanteur de la situation, il peut signifier à l'usager ses limites propres et son besoin professionnel d'en référer à un tiers spécialisé.

Les travailleurs sociaux interrogés soutiennent ne pas banaliser ces pathologies. Au contraire, ils y accordent de l'importance et tous sont conscients que derrière ces pathologies se cache une grande souffrance physique et psychique comme le démontre un professionnel : *« Nous en parlons assez dans les médias et nous le percevons assez chez les jeunes pour être d'avis que ces problématiques ne sont pas à banaliser. Qu'il s'agisse d'une véritable pathologie ou de signes précurseurs, nous devons porter l'attention que nous jugeons nécessaire »*. Tous les professionnels interrogés sont d'avis qu'il est nécessaire d'y porter de l'attention. Les professionnels confirment ne pas être dans une position de déni face aux jeunes concernés. Tous ont relevé la gravité de ces problématiques et les conséquences néfastes si ces pathologies ne sont pas prises en considération. Les parents, qui souvent ne voient pas ou font semblant de ne pas voir la problématique de leur enfant, se trouvent dans une position de déni. Un déni qui dure longtemps peut engendrer des conséquences psychiques et physiques extrêmement néfastes pour le jeune. Les travailleurs sociaux ne s'apparentent pas à ce positionnement. Ils cherchent d'avantage la confrontation plutôt que de se trouver dans le déni ou la banalisation. Cette position est partagée par l'ensemble des personnes interrogées.

Les travailleurs sociaux s'accordent à dire que l'anorexie et la boulimie sont des pathologies qui peuvent faire dégager chez les professionnels différents sentiments, tels que : la peur, la confrontation, l'agacement, etc. Face à ces problématiques, le travailleur social est dans une zone d'indétermination qui peut aboutir à une impasse de la relation accompagnée d'un sentiment d'impuissance, d'agacement, ou d'incapacité à répondre de façon satisfaisante à sa mission, voire à un sentiment

d'insécurité. Cette déstabilisation est accrue par ce que le travailleur social perçoit du mal-être des jeunes confrontés par ces pathologies. Les professionnels peuvent en arriver à douter de leur efficacité ou de la qualité de leurs interventions face à ces jeunes.

L'avis des travailleurs sociaux à propos de la prévention

Les travailleurs sociaux interrogés mentionnent qu'ils ne connaissent pas d'activités ou de grandes actions mises sur pied pour prévenir l'apparition des troubles du comportement alimentaire, comme le constate un professionnel : *« j'imagine qu'il y a une association, j'ai entendu parler de conférences, je sais qu'au niveau médiatique il y a certaines démarches, mais au niveau des actions de prévention, je n'en connais pas »*. D'après les professionnels, la prévention éclot dans différents domaines, tels que sur le cannabis, la toxicomanie, l'alcool, tandis que la prévention des troubles alimentaires semble encore peu connue ou peu active. Bien que les professionnels interrogés ne connaissent pas d'activité de prévention des troubles alimentaires, tous ont mentionné mettre en place au sein de leur institution des mesures préventives qui viennent palier ce manque.

Les professionnels reconnaissent que les personnes concernées par les mesures de prévention des troubles alimentaires sont multiples et que les travailleurs sociaux semblent correspondre à ce type de personne. En effet, les personnes interrogées s'accordent à dire que le travailleur social, au même titre qu'un enseignant ou un parent, a un rôle à jouer dans la prévention des troubles alimentaires, comme le souligne un professionnel : *« Toutes les personnes en contact premier avec les jeunes ont un rôle à tenir dans la prévention et le travailleur social peut s'y impliquer »*. Les professionnels relèvent que la prévention de ces pathologies n'est pas uniquement réservée aux psychiatres. Selon eux, les psychologues ont une vision intéressante de ces troubles mais incomparable à l'expérience que vivent les travailleurs sociaux avec les jeunes, comme l'exprime un professionnel : *« D'après moi, il faut des gens du terrain pour la prévention : des travailleurs sociaux, des enseignants, des infirmiers, mais également des parents. Il faut associer des gens qui peuvent dire ce dont ils ont besoin. Le psychologue a une vision intéressante mais insuffisante dans ces situations »*. D'après les travailleurs sociaux, l'anorexie et la boulimie sont des problématiques en interaction avec la famille, avec la société et de ce fait, le travailleur social peut y amener des éléments intéressants dans le but de favoriser une prévention optimale. Les travailleurs sociaux interrogés, éducateurs, assistants sociaux, animateurs socioculturels ou maîtres socioprofessionnels, affirment contribuer à la prévention des troubles alimentaires et démontrent de l'intérêt à le faire.

Les travailleurs sociaux consultés s'unissent à dire qu'ils doivent connaître les activités de prévention des troubles alimentaires, comme le cite un professionnel : *« le travailleur social ne doit pas être noyé dans cette problématique mais son rôle est de connaître : connaître les comportements à risque, connaître les structures spécialisées, reconnaître les signes précurseurs, connaître les mesures de prévention,*

etc. ». Cependant, la participation à un groupe de travail, la participation à une mesure quelconque de prévention, la mise sur pied d'activités préventives, ou la participation à une formation sur ce sujet ne doit aucunement être une obligation d'après les professionnels. En effet, chacun doit pouvoir être libre d'y participer selon ses intérêts et soutenir différents projets en fonction de ses choix. Les professionnels mentionnent que s'impliquer selon son choix et connaître est important.

Plusieurs professionnels ont exprimé contribuer à la prévention de ces troubles en instaurant des choses très concrètes au niveau des institutions dans lesquelles ils travaillent. Des exemples ont été cités autour de la thématique du repas : être attentif à la régularité dans les repas et à la composition équilibrée des repas, instaurer le concept « *la fourchette verte* », observer le moment des repas, verrouiller certains aliments, etc. Parallèlement, les travailleurs sociaux interrogés essaient d'encourager le dialogue avec les jeunes et tentent d'effectuer un travail de prévention sur l'image de la femme, de l'homme et de l'idéal de beauté. Afin de prévenir l'apparition de l'anorexie et de la boulimie, d'autres mesures de prévention ont été mises en place par des travailleurs sociaux : certains ont favorisé l'intervention d'autres professionnels dans le cadre de journées thématiques sur l'alimentation, la beauté et la minceur ; d'autres ont créé des ateliers. Les professionnels interrogés indiquent engager des activités visant directement ou indirectement l'apparition des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes, tout en favorisant le bien-être de ces jeunes. Les travailleurs sociaux expriment leur souhait de développer, selon l'intérêt et l'expérience de chaque professionnel, des concepts intéressants dont les jeunes peuvent bénéficier.

Toutefois, les travailleurs sociaux émettent plusieurs messages à propos des activités de prévention de l'anorexie et la boulimie: la prévention n'est pas suffisante, la prévention commence trop tard, les grandes activités de prévention ne sont pas connues, la prévention primaire semble manquer, etc. D'après les personnes interrogées, l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition de l'anorexie et de la boulimie semble ne pas suffire. Dans un idéal et dans le but de remédier à ce manque, les travailleurs sociaux envisagent plusieurs choses : travailler d'une manière générale sur l'image de la femme actuelle et sur les clichés des femmes minces, réapprendre le contact avec le corps, travailler sur l'explication du schéma corporel, travailler sur le respect de soi et de son corps, réapprendre à avoir une alimentation saine, organiser des journées d'informations en faveur des professionnels et des parents, envisager une prévention dans les premières classes d'école, faire intervenir un professionnel de l'association anorexie-boulimie, etc. Tous sont unanimes pour dire qu'un travail doit être effectué à plusieurs niveaux et qu'une réflexion doit être menée par tous dans le but d'éviter que ces troubles ne prennent d'avantage d'ampleur.

6 LA SYNTHÈSE

6.1 Vérification des hypothèses

L'analyse des entretiens menés sur le terrain démontre que les hypothèses de départ sont infirmées. Un écart apparaît clairement entre ce qui a été attendu par les hypothèses et ce qui a été observé dans les données analysées.

La première hypothèse était la suivante :

Hypothèse 1 :

Les travailleurs sociaux ont des difficultés à nommer leurs interventions spécifiques dans l'accompagnement de jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie.

Hypothèse 1.1 :

Les interventions spécifiques liées à la prise en charge de ces jeunes ne concernent pas le champ d'intervention du travail social mais celui du médical.

Vérification de l'hypothèse 1 :

L'analyse des entretiens menés sur le terrain fait émerger différentes interventions mentionnées par les travailleurs sociaux dans l'accompagnement de jeunes concernés par les problématiques de l'anorexie et de la boulimie. Ce résultat démontre que les travailleurs sociaux ont pu nommer aisément plusieurs interventions spécifiques auprès de jeunes confrontés par des troubles alimentaires et qu'ils disposent de diverses compétences pour le faire. Ces compétences sont requises pour l'exercice du travail social et sont détaillées dans son référentiel de compétences, comme citées dans la partie théorique de mon travail.

Les interventions décrites par les travailleurs sociaux sont vastes et multiples : l'observation, l'orientation, l'intervention dans le quotidien, le travail avec la famille, la prévention, la confrontation, etc. Chaque travailleur social interrogé a mentionné sans difficulté au minimum trois interventions spécifiques liées à la prise en charge de ces jeunes. De plus, l'analyse démontre que les travailleurs sociaux accordent de l'importance à leurs interventions dans le but d'accompagner ces jeunes. Ils soutiennent qu'ils font partie de l'entourage des jeunes, c'est pourquoi leurs interventions sont nécessaires dans le cadre de leur mandat.

L'analyse démontre également que la prise en charge de ces troubles n'est pas uniquement cloisonnée au monde médical. Ce qui est observé illustre que les interventions des travailleurs sociaux devraient se faire en collaboration avec les professionnels du médical et dans le respect des compétences de chacun. Par conséquent, les résultats démontrent que :

Il existe diverses interventions spécifiques mises en place par les travailleurs sociaux dans l'accompagnement de jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie. Les travailleurs sociaux n'ont aucune difficulté à nommer leurs interventions face à ces problématiques.

Les interventions spécifiques liées à ces troubles ne concernent pas uniquement le champ d'intervention médical mais également celui du social.

La deuxième hypothèse est la suivante :

Hypothèse 2 :

Les travailleurs sociaux banalisent la souffrance des jeunes confrontés par des troubles du comportement alimentaire et se trouvent dans une position de déni face à ces pathologies.

Hypothèse 2.1 :

A travers la banalisation de la souffrance, les travailleurs sociaux sous-estiment les troubles du comportement alimentaire dans leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences qui les inquiètent peu.

Vérification de l'hypothèse 2 :

Dans le concept sur les troubles alimentaires, j'ai indiqué le pourcentage d'adolescents confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie. J'ai relevé les incidences et les conséquences graves que peuvent provoquer ces troubles ainsi que la véritable souffrance qu'ils engendrent. J'ai mentionné que dans la réalité, cette souffrance peut être banalisée. Ces pathologies peuvent apparaître comme un caprice de jeunesse à la mode et être ainsi banalisées. J'ai également démontré que fréquemment, l'entourage (principalement les parents) des personnes concernées peut se trouver dans une position de déni.

J'ai basé mon hypothèse de travail en référence à la banalisation de la souffrance, à la position de déni et à la sous-estimation de la gravité de ces troubles qui peuvent être rencontrés chez certains parents ou chez certaines personnes face à ces troubles. Ce qui a été observé dans les données analysées s'oppose totalement au contenu de mon hypothèse. L'analyse révèle que les travailleurs sociaux considèrent l'anorexie et la boulimie comme des pathologies graves, qu'ils y accordent de l'importance et qu'ils sont conscients que derrière ces pathologies se cache une grande souffrance physique et psychique. L'étude des données démontre que les travailleurs sociaux savent que l'anorexie et la boulimie engendrent un mal profond qui ne peut être assimilé à un caprice de jeunesse à la mode, ni à un manque de volonté. Soutenir qu'il s'agit d'un caprice de jeunesse à la mode pourrait déboucher sur une banalisation de ces pathologies. Or, l'analyse dévoile que les travailleurs sociaux ne banalisent pas ces problématiques mais qu'ils considèrent à l'inverse être conscients de la réelle souffrance provoquée par ces pathologies.

Parallèlement, l'analyse fait apparaître que les professionnels ne se trouvent pas dans une position de déni face aux jeunes concernés. Régulièrement, les parents peuvent se trouver dans une telle position face au vécu de leur enfant. Ils ne veulent pas voir la maladie, ils l'a minimisent et ils ne croient pas que les conséquences peuvent être dangereuses. A ce sujet, les données analysées dévoilent que les travailleurs sociaux ne partagent pas cette position. D'après eux, le déni pourrait engendrer des conséquences extrêmement néfastes pour le jeune et les professionnels en sont conscients. L'étude démontre donc que les professionnels se sentent concernés par ces pathologies et qu'ils sont attentifs et sensibles à ces problématiques qu'ils ne minimisent pas.

Il ressort des paragraphes précédents que les travailleurs sociaux ne banalisent pas la souffrance liée à ces pathologies. Conjointement, les travailleurs sociaux ne sous-estiment pas les troubles du comportement alimentaire dans leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences. Au contraire, l'étude fait apparaître des professionnels conscients et lucides des graves difficultés pouvant être engendrées par ces troubles. L'analyse démontre que toutes les personnes interrogées ont pu nommer plusieurs conséquences physiques ou psychiques liées à l'anorexie et à la boulimie. Face à la gravité et à la fréquence de ces troubles, l'analyse révèle une certaine inquiétude vécue par les travailleurs sociaux. Ce vécu est accompagné par différents sentiments, tels que : la peur, la remise en questions ou l'impuissance. Par conséquent, les résultats démontrent que :

Les travailleurs sociaux ne banalisent pas la souffrance des jeunes confrontés par des troubles du comportement alimentaire et ils ne se trouvent pas dans une position de déni face à ces pathologies.

Les travailleurs sociaux ne sous-estiment pas les troubles du comportement alimentaire dans leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences qui les inquiètent.

La troisième hypothèse est la suivante :

Hypothèse 3 :

Les travailleurs sociaux ne se sentent peu concernés par les activités de prévention de l'anorexie et de la boulimie.

Vérification de l'hypothèse 3 :

Dans le concept sur la prévention des troubles alimentaires, j'ai indiqué que les théories et les pratiques dans le domaine de la prévention des troubles alimentaires sont relativement récentes et semblent ne pas être bien connues par les professionnels (selon les entretiens avec Madame F et Madame D). Cependant, dans le contexte actuel de l'éclosion de ces troubles, le travailleur social doit tenir un rôle dans la prévention de ces troubles, au même titre qu'un enseignant par

exemple. L'analyse des données démontre effectivement que les travailleurs sociaux ne connaissent pas ou connaissent mal les activités et les grandes actions mises sur pied pour prévenir l'apparition de l'anorexie et de la boulimie. Par conséquent, les travailleurs sociaux n'ont pas pu citer une ou plusieurs actions de prévention connues dans ce domaine. L'étude fait également apparaître que la prévention n'est pas suffisante et qu'elle commence trop tard, d'après les professionnels.

Cependant, l'analyse révèle que les professionnels se sentent concernés par cette prévention. Les personnes interrogées ont mis en place des mesures au sein de leur institution qui viennent palier ce manque décrit, ceci dans le but d'aider les jeunes confrontés par ces problématiques. L'étude illustre des travailleurs sociaux qui souhaitent contribuer à la prévention de ces troubles et qui témoignent de l'intérêt à le faire. Dans ce contexte, différentes pistes sont décrites par les travailleurs sociaux autour de la thématique de la prévention des troubles alimentaires : créer un groupe de travail, constituer une équipe pluridisciplinaire, participer à une séance d'informations ou une formation complémentaire, etc. Il résulte de l'analyse que les travailleurs sociaux souhaitent connaître mieux et s'impliquer d'avantage dans des activités de prévention des troubles alimentaires. Par conséquent, les résultats démontrent que :

Les travailleurs sociaux se sentent concernés par les activités de prévention de l'anorexie et de la boulimie.

6.2 L'argumentation de l'écart entre hypothèses et données analysées

Les hypothèses sont toutes infirmées, ce qui m'a interrogée. En effet, au début de mon travail, je constate que j'ai ciblé mes hypothèses en fonction de mes intérêts personnels et surtout en fonction de mes représentations. J'ai formulé une vision péjorative de l'intérêt et des interventions des travailleurs sociaux face aux jeunes concernés par l'anorexie et la boulimie. Ma vision s'explique ainsi : dans ma pratique professionnelle et dans ma formation d'assistante sociale, j'ai rencontré des collègues qui n'étaient pas intéressés par ces problématiques et qui ne savaient pas comment intervenir auprès de ces jeunes. Ils relayaient immédiatement la prise en charge aux intervenants psychiatriques. Je me suis focalisée sur ces quelques rencontres et je me suis représentée une image de l'implication du travailleur social dans la prise en charge d'adolescents concernés par l'anorexie et la boulimie. Les rencontres que j'ai faites sur le terrain et dans ma formation, ont fait naître en moi des préconstruits, de sorte que toutes mes hypothèses ont été formulées négativement. Par conséquent, ma subjectivité est intervenue et a dirigé mon travail. Cette subjectivité a été citée comme une limite possible de mon étude. En effet, les propres préjugés et valeurs du chercheur peuvent biaiser l'étude. Dans mon cas, la subjectivité se situe principalement sur la vision que j'avais de la prise en charge des jeunes anorexiques et boulimiques par les travailleurs sociaux. Je pense

également que mon propre vécu a pu influencer ma recherche. Ces deux points ont conduit à la construction de pré-requis.

Effectivement, je constate que j'ai construit mes hypothèses de travail sur des pré-requis connoté de subjectivité et d'interprétation. C'est pourquoi, la vérification de mes hypothèses m'a permis de prendre conscience des préconstruits que je me suis fabriquée. Mon travail a déconstruit mes pré-requis qui n'adhèrent pas à la réalité que j'ai découverte à travers les entretiens que j'ai menés.

J'avoue en toute sincérité que je n'avais pas confiance dans les pratiques des travailleurs sociaux face à ces problématiques. Grâce aux entretiens, les travailleurs sociaux m'ont démontré une facette très professionnelle et beaucoup d'intérêt pour ces pathologies. Ils m'ont surpris positivement. A travers l'analyse, j'ai découvert des professionnels au clair avec leurs pratiques. Cette découverte est pour moi significative et me fait prendre conscience que même dans mon rôle de travailleur social, j'avais des représentations fortes. A la suite de mon travail, j'ai confiance dans les pratiques des travailleurs sociaux, qu'ils soient assistant sociaux, éducateurs, animateurs socioculturels ou maîtres socioprofessionnels. Cette confiance est primordiale pour la suite de mon parcours professionnel et ma collaboration avec les différentes filières du travail social.

6.3 Regard sur la recherche

Généralités

Je pense que mon travail de recherche est valide au niveau scientifique. Il respecte les différentes étapes de construction d'un travail de recherche ainsi que les diverses règles y découlant. La logique me semble respectée. De plus, je pense que mon travail offre beaucoup de possibilités à la découverte.

Difficulté dans le choix de la problématique

Au commencement de mon travail, j'ai rencontré d'énormes difficultés à cibler ma recherche. La thématique de l'anorexie/boulimie chez les jeunes me fascinait mais sans savoir vraiment où situer ma recherche. Je suis partie d'une question de départ qui a évolué pendant de nombreuses semaines avant que je puisse déterminer la question de départ définitive. Avec du recul, je constate que cette étape a été pour moi l'une des plus difficiles.

Dans un premier temps, je souhaitais cibler mon travail sur le rôle du travailleur social dans une équipe pluridisciplinaire visant l'accompagnement de jeunes confrontés par l'anorexie ou la boulimie. Je me suis rendue compte que le concept du travail en réseau et de l'équipe pluridisciplinaire avait été traité dans deux nombreux travaux d'étudiants. Ma recherche n'allait donc pas amener de nouveautés pertinentes. Parallèlement, je craignais investir trop de temps à interroger les intervenants médicaux et oublier les travailleurs sociaux. J'ai également émis

l'hypothèse que l'actuelle collaboration n'est pas optimale et de ce fait, j'allais obtenir peu d'éléments dans ma recherche sur le terrain. J'ai finalement abandonné cette idée. Beaucoup d'idées similaires ont traversé mon esprit. A force de changer constamment, je me suis démotivée. Je n'arrivais pas à déterminer mon intérêt particulier dans cette thématique. Finalement, j'ai opté pour les interventions spécifiques des travailleurs sociaux et leur position face à ces pathologies. Ces notions m'ont permis de concilier la thématique qui m'intéressait et le travail social, à travers les interventions et les positions des travailleurs sociaux. Cette conciliation était essentielle dans le but de cibler ma recherche et déterminer ce que j'allais rechercher.

Le facteur temps

Le temps a été un obstacle important. J'ai rencontré des difficultés à respecter le planning et les étapes fixées dans le temps, notamment suite à mon engagement dans la vie active. Les lectures sont un investissement de temps ; la retranscription des entretiens nécessite beaucoup de temps ; le codage est un travail minutieux ; l'analyse de contenu demande un grand investissement, etc. Il m'apparaît important de nommer ce facteur temps.

Cependant, dans ma pratique professionnelle, j'ai rencontré rapidement des adolescents souffrant d'anorexie et/ou de boulimie. Ces rencontres m'ont apporté de la motivation et un investissement nouveau. J'ai remarqué que mon travail de recherche m'apportait des pistes pour accompagner ces adolescents. La prise en charge de ces jeunes m'a aidée à terminer mon travail. Parallèlement, mes collègues se sont intéressés à mon travail, ce qui m'a redonné confiance. Ils m'ont fait part de leurs difficultés dans les interventions, m'amenant ainsi quelques pistes de réflexion supplémentaires. Ainsi, le lien entre mon travail de recherche et ma pratique professionnelle a rapidement été identifié. Les éléments de réflexion qui ressortent de mon travail vont me permettre d'optimiser la prise en charge de ces jeunes que je rencontre.

7 COMMENTAIRE GÉNÉRALE/ DISCUSSION

L'analyse des entretiens en profondeur m'a permis de faire ressortir des tendances qui ont été décrites précédemment dans les résultats de l'analyse. Parallèlement, l'analyse des entretiens a fait apparaître des informations nouvelles qui sont devenues des nouveaux thèmes. En effet, mon travail ne consistait pas uniquement à relever ce qui était intéressant pour mes hypothèses, mais également d'ouvrir de nouvelles pistes. Le chapitre suivant présente quelques éléments intéressants nouveaux.

7.1 Le grand nombre de contradictions dans le message des travailleurs sociaux interrogés.

Les travailleurs sociaux interrogés soutiennent unanimement avoir des connaissances sur la pathologie de l'anorexie et de la boulimie. Pour accompagner les jeunes concernés, ils nomment aisément un certain nombre d'interventions spécifiques. Cependant, dans l'ensemble des entretiens, je remarque que les travailleurs se contredisent à plusieurs reprises sur certains points abordés. Les professionnels mentionnent ne pas avoir suffisamment d'expérience et d'outils pour intervenir face à l'anorexie et à la boulimie chez les jeunes. Voici quelques citations des professionnels tirées des entretiens : « *Oui, je pense que notre intervention est très limitée et je n'ai pas trouvé x solutions à proposer pour venir en aide à ces jeunes. J'ai peu d'outils à disposition* », « *Souvent, je me sens impuissant face à ces jeunes et je n'ai pas d'outils pour leur venir en aide* », « *Notre intervention face à ces pathologies nous démontre que dans bien des cas, nous n'avons pas les outils adéquats pour intervenir* »...Parallèlement, plusieurs extraits des entretiens laissent entendre le contraire. Les travailleurs sociaux disent avoir le sentiment de bien connaître ces pathologies, de ne pas se sentir démunis face à ces situations et disposer d'outils leur permettant d'intervenir auprès de jeunes confrontés par l'anorexie ou la boulimie. Voilà certaines citations extraites des entretiens : « *Nous avons les outils pour intervenir auprès de ces jeunes et nous sommes formés pour le faire* », « *Je pense que nous avons les outils pour intervenir dans le quotidien* », « *C'est un fait, j'ai des outils à ma disposition pour intervenir* », « *Je pense que nous pouvons être utile en complémentarité et que nous disposons des outils nécessaires pour accompagner ces jeunes* ». Cette contradiction se ressent chez plusieurs professionnels interrogés et de manière générale dans toute l'analyse.

Dans le même registre, je relève une contradiction similaire à propos des familles. A certains moments des entretiens, les professionnels font porter aux familles une certaine culpabilité face aux pathologies de leurs enfants. Voici quelques citations qui étayent mon sentiment: « *Cette fille reproduit une alimentation familiale où la mère fait extrêmement attention à ne pas prendre du poids. Pour sa maman, être belle signifie être mince. Elle fait des régimes régulièrement avec sa fille. Dans ce cas, on peut dire que l'apparition du trouble trouve son origine dans la famille et en partie à cause de la mère* », « *Les parents sont souvent dans une position de déni. Ils ne voient pas ou ne veulent pas voir l'anorexie ou la boulimie de leur enfant. Alors ils banalisent et se disent que ce n'est pas trop grave, ça va passer* », « *En famille, il n'y a plus de repas. Les repas sont bafoués, bâclés. Je suis troublé de constater que certains parents n'accordent aucune importance aux repas en famille. Les jeunes sont livrés à eux-mêmes, ils mangent n'importe quoi à n'importe quelle heure. Dans ce contexte, c'est clair que les jeunes peuvent développer des troubles du comportement alimentaire* », « *Le grand problème dans la plupart des cas fait référence à un problème familial. Quand les jeunes rentrent dans leur famille, tout notre travail est à recommencer.* », « *Les parents doivent aussi changer et être aidés*

pour faire face à un enfant anorexique ou boulimique. Ils sont bien trop souvent dans la banalisation, dans le déni ou dans l'impuissance »... A travers ces réflexions, je perçois clairement une sorte de culpabilité infligée à la famille. Parallèlement, les professionnels émettent à travers d'autres messages qu'il ne faut pas culpabiliser les familles. Voilà quelques citations tirées des entretiens : *« Un travail peut se faire avec les parents : c'est la déculpabilisation. On leur montre que toute une équipe de professionnels ont des difficultés face à l'anorexie ou la boulimie de tel jeune. Donc, la maman, seule face à son enfant, doit aussi pouvoir se déculpabiliser. Ca fait du bien aux parents et c'est un bon moyen de les repêcher quand ils démissionnent, découragés face à des problématiques. Il faut essayer de garder un bon contact avec les parents », « Il faut pouvoir aider les familles à sortir des sentiments de déni et de banalisation et les aider à ne pas se sentir coupables »*. A travers la lecture de ces réflexions, le message me paraît très clair : il ne faut pas culpabiliser les parents, il faut les déculpabiliser !

D'autres exemples identiques et contradictoires ressortent des entretiens, à savoir : les travailleurs sociaux s'accordent à dire qu'ils doivent connaître les mesures de prévention de l'anorexie et de la boulimie. Lorsque je les ai questionnés sur leurs connaissances des actions de prévention, ils répondent connaître mal et peu la prévention dans ce domaine. Dans le même registre, les travailleurs sociaux démontrent l'importance de passer le relai à des professionnels de ce domaine. Lorsque je les ai questionnés sur leurs connaissances du réseau professionnel, ils remarquent tous connaître mal et peu les structures et les professionnels dans la prise en charge de ces troubles. Au niveau de la famille, les travailleurs sociaux souhaitent une meilleure implication de cette dernière. Mais dans les faits, ils remarquent qu'ils ne savent pas quelle implication ils doivent viser avec la famille.

L'ensemble des entretiens démontre que les travailleurs sociaux ont de l'intérêt pour ces pathologies, qu'ils disposent de connaissances et qu'ils expriment clairement de la motivation à intervenir auprès des jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie. Cependant, au cours des interviews, ils se contredisent sur plusieurs points. D'après moi, ces contradictions font clairement référence à la complexité liée à ces pathologies et aux difficultés qu'elles engendrent. En effet, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies extrêmement complexes où s'intercalent un grand nombre de composantes qui complexifient la prise en charge et la compréhension de ces maladies. Il ne s'agit pas uniquement d'une tendance des jeunes liée à la mode ; il s'agit de véritables pathologies avec toutes les conséquences qui en découlent. Par conséquent, ces confusions démontrent que la vision des travailleurs sociaux reste encore floue sur certains points. Tous disposent d'une connaissance générale qui, cependant, est confrontée aux difficultés liées à ces pathologies.

7.2 Les difficultés dans le rapport à la pluridisciplinarité

Durant les entretiens, j'ai questionné le rapport à la pluridisciplinarité. Tous les professionnels interrogés ont indiqué l'importance de passer le relai dans la prise en

charge de ces pathologies. Voici quelques citations relevées des entretiens : « *J'ai vécu plusieurs situations où nous avons demandé l'intervention d'un psychiatre pour aider dans la problématique d'un jeune. Quand nous arrivons aux limites de nos possibilités, nous trouvons important de passer le relais. De plus, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies. Si ces pathologies sont trop encrées, nous avons besoin d'un appui extérieur et nous n'hésitons pas à le demander* », « *Je pense que notre rôle c'est d'aiguiller au bon endroit, d'orienter le jeune vers un soutien extérieur* », « *Il faut se répartir les tâches. Les psychiatres travaillent sur des choses plus profondes et dans le cas de l'anorexie ou la boulimie, c'est nécessaire* », « *Notre intervention consiste à encourager le jeune à se faire aider par un spécialiste extérieur. Faire référence à une aide extérieure, orienter vers un professionnel fait référence au rôle du travailleur social* ». De plus, tous les travailleurs sociaux ont mentionné que l'orientation et le travail en réseau font partie des compétences essentielles du travailleur social.

Cependant, après l'analyse du contenu des entretiens, je remarque que les travailleurs sociaux se montrent assez clôturés dans leur rôle. Pour donner une image de ma représentation, je vois le travailleur social dans une sorte de bulle, qui possède des connaissances et qui sait intervenir, mais je le vois dans une sorte d'isolement, dans une bulle isolée. Les travailleurs sociaux se remettent peu en questions. Ils ne parlent que très peu du lien avec les intervenants médicaux. Les sociaux et les médicaux m'apparaissent comme deux mondes clôturés. Il y a d'après moi de la part des travailleurs sociaux une sorte d'autosatisfaction dans leurs pratiques. Ils semblent se dégager au niveau de la responsabilité, ce qui questionne pour moi la pluridisciplinarité. Voici quelques citations qui illustrent mon sentiment : « *Nous travaillons sur le quotidien du jeune. Nous les aidons à trouver un métier, un apprentissage. Nous les aidons à se socialiser. Les jeunes voient leur psy 1-2 fois par semaine. Mais ce ne sont pas ces discussions avec leur psy qui va les aider à avancer dans leur vie. Moi je n'y crois pas beaucoup à la prise en charge psy. Mais bon, ça doit se faire* », « *C'est clair qu'un séjour psychiatrique fait malheureusement du bien à certaines personnes, même un peu trop de bien. Mais d'après moi, le travail que nous faisons dans le cadre de notre travail social est une forme de prévention qui a beaucoup d'importance. Le travail social a son rôle dans la prise en charge d'adolescents confrontés par ces problématiques. Et quand nous sortirons de notre rôle/mission, quand nous sentirons que nous sommes incompetents, c'est clair qu'il faudra aller chercher des outils ailleurs* », « *Nous sommes sur le terrain, nous avons la relation de confiance avec l'individu. Après, je pense qu'un jeune qui sort de chez le psychiatre, ce n'est pas pour autant qu'il en a les moyens. D'après moi, un travail doit se faire dans le cadre de la famille et là aussi nous pouvons intervenir. Le cadre de l'institution c'est en quelque sorte le cadre familial de certains jeunes, donc c'est à nous de prendre ça en charge. Avec l'aide éventuelle d'autres professionnels de l'extérieur quand nous touchons nos limites d'intervention* ». D'après moi, ces citations démontrent clairement des difficultés dans le rapport à la pluridisciplinarité. Le travailleur social semble isolé et parle peu du lien avec le monde médical, bien qu'il le préconise dans les situations de ces jeunes.

Dans la continuité des difficultés liées à la pluridisciplinarité, je repère également des interrogations et des frustrations sur le travail en réseau. Le message qui passe est qu'actuellement, des rencontres de réseau sont organisées sous de nombreuses formes et que bien des fois, ça n'a plus de sens. Je ressens une certaine exacerbation de la part des travailleurs sociaux face au travail en réseau. Voici quelques citations qui étayent mon sentiment : « *C'est la grande mode du travail en réseau. Mais des fois, c'est n'importe quoi. Les réseaux doivent être structurés et on doit savoir où on va. Si c'est juste se rencontrer autour d'une situation, ça n'a aucun sens. Il faut mettre des priorités sur qui fait quoi. Il faut savoir que d'autres existent mais nous ne sommes pas obligés de les rencontrer. Je trouve qu'il y a une énorme réflexion à faire sur le travail en réseau* », « *Souvent, j'ai eu des points de situation pour cette jeune fille anorexique où nous étions 12 intervenants dans la situation : il y avait le médecin chef, l'infirmière, la psychiatre, une stagiaire, l'assistante sociale, la diététicienne, l'intervenant scolaire, la thérapeute familiale, l'éducateur...et puis un autre, une autre, un autre...Mon rôle était de ramener terre à terre les chose dans mon statut de travailleur social* ». A entendre les opinions des travailleurs sociaux, une réflexion devrait se faire autour du travail en réseau et des équipes pluridisciplinaires dans la prise en charge des jeunes confrontés par l'anorexie et la boulimie.

7.3 Confusion entre anorexie et minceur

En auditionnant les travailleurs sociaux, j'ai remarqué qu'une certaine confusion s'est installée entre l'anorexie et la minceur. Pour étayer mon sentiment, je fais référence à une citation de Jessica¹¹⁰. Voilà ce que m'a dit Jessica lors d'un entretien : « *J'ai l'impression que les gens pensent qu'on est anorexique simplement pour dire d'être maigre. Pour ma part, j'ai bien conscience de ma maigreur et on ne peut pas dire que j'en suis fière. J'aimerais tellement avoir 1 à 2 kg de trop et vivre normalement. Arrêtez de croire que tout est lié à l'image du corps. C'est bien plus complexe que cela. Je hais ma maigreur mais ce n'est pas pour ça que j'arrive à m'en sortir. En tout cas, je n'ai jamais voulu ressembler aux mannequins et pourtant je suis anorexique !* ». Je pense qu'effectivement, il existe une tendance à associer maigreur à anorexie. Ce constat se ressent dans les paroles des travailleurs sociaux : tous les professionnels interrogés ont parlé de minceur ou de maigreur comme étant le premier symptôme visible dans le cas de l'anorexie. Cependant, les causes sont bien plus profondes qu'une question d'apparence ou un problème d'image de soi. A mon avis, je pense que les travailleurs sociaux rencontrent fréquemment des jeunes qui mangent très peu, qui sont obsédés par leur poids et qui sont extrêmement préoccupés par leur image. Aujourd'hui, les jeunes préfèrent être minces, souvent trop minces, c'est la tendance. Dans ce contexte, il faut être attentif à ne pas confondre minceur et anorexie. C'est vrai qu'actuellement, on parle beaucoup de l'anorexie. Mais attention à ne pas rendre pathologique tous les comportements. Il faut être attentif sans être alarmiste. D'après les travailleurs sociaux, cette limite est difficile à percevoir.

¹¹⁰ Jessica, prénom fictif, 18 ans, étudiante, souffre d'anorexie depuis 3 ans

7.4 L'importance du rôle de l'assistant social comme service placeur et personne connaissant la situation

Les professionnels interrogés (éducateurs, assistants sociaux et maîtres socioprofessionnels) relèvent que l'assistant social occupe un rôle clef dans la prise en charge de ces jeunes. C'est extrêmement important que l'assistant social puisse dépister un trouble, orienter le jeune et éventuellement le placer en fonction de sa problématique. Le rôle spécifique de l'assistant social se base également dans la connaissance du réseau. L'assistant social doit pouvoir proposer et faire le lien avec les institutions ou les personnes spécialisées.

Les éducateurs sont unanimes dans leurs messages : ils font confiance à l'assistant social, comme le relève ces éducateurs : *« L'assistant social a toujours sa place dans notre équipe. Je fais de l'éducation et je travaille avec l'assistant social qui place les jeunes chez nous. C'est la richesse des équipes pluridisciplinaires », « Nous faisons un bon travail avec l'assistant social. Nous travaillons ensemble et pour le jeune. Donc nous devons nous informer mutuellement. Etre ensemble, ça veut dire tenir le même langage et cela est très important entre travailleurs sociaux », « Je pense que l'assistant social a le rôle de capitaine de navire. Donc c'est très important qu'il assume son rôle et qu'il prenne les décisions nécessaires dans la situation de ces jeunes. Il faut trouver une cohérence avec l'assistant social qui coordonne tout le projet », « Nous travaillons avec des ruptures sociales et familiales indiquées par le service placeur. Chaque jeune a donc un service placeur, un assistant social. Un jeune qui est trop en difficultés médicales serait criblé par le service placeur et il ne viendrait pas chez nous », « L'assistant social est présent à toutes les synthèses. Il vient prendre des nouvelles et les ramener à qui de droit. Il est décideur du placement et c'est lui qui manage la situation. Nous, nous travaillons dans le quotidien du jeune. »*

Les assistants sociaux interrogés soutiennent également qu'ils tiennent un rôle primordial vis-à-vis de ces jeunes. D'après eux, leur rôle est d'essayer de dépister un trouble, orienter le jeune et surtout connaître le réseau des professionnels dans ce domaine. Les assistants sociaux se définissent comme les pilotes des situations, comme le décrit ce professionnel : *« Dans mon rôle d'assistant social, je suis l'initiateur du placement ; je suis donc présent aux réunions dans les institutions. Les entretiens sont organisés en ma présence. Je fais partie de l'équipe mais à distance. Je manage le réseau »*. Les assistants sociaux connaissent les situations et relèvent que les décisions sont prises par eux. Souvent, ces décisions sont orientées vers des placements, comme le relève cet assistant social : *« Parfois, la coupure avec la famille est primordiale et indispensable face à ces problématiques. Je suis persuadé qu'à un certain moment, il faut sortir le jeune de sa famille pendant un temps. Dans ces situations, je dois trouver les arguments pour demander un retrait du droit de garde et placer le jeune dans un foyer afin de l'éloigner momentanément de la famille. Ce qui est ensuite primordial, c'est de faire un travail avec la famille »*.

La collaboration entre les différentes filières du travail social semble bien fonctionner dans la prise en charge de ces jeunes. Les travailleurs sociaux sont au clair sur leurs rôles respectifs et chacun fait confiance au rôle de l'autre. De plus, je tiens à relever que les sentiments et la position des travailleurs sociaux sont similaires, qu'il soit éducateur, assistant social ou maître socioprofessionnel. Tous partagent les mêmes intérêts et les mêmes difficultés dans la prise en charge de jeunes concernés par l'anorexie ou la boulimie.

8 CONCLUSION

La conclusion de ce travail répond tout d'abord à la question de départ. Par la suite, la conclusion comporte trois parties distinctes: la première partie concerne les perspectives et pistes d'action ; la deuxième partie concerne les nouveaux questionnements, c'est-à-dire des idées pour une continuité ou un complément de mon travail ; la troisième partie est constituée d'une réflexion personnelle sur la problématique que j'ai présentée.

8.1 Réponse à la question de départ

La question de départ est la suivante :

Quelles sont les interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à l'anorexie et la boulimie chez les adolescents et comment se positionnent-ils face à ces pathologies ?

L'anorexie et la boulimie sont des troubles alimentaires qui prennent de plus en plus d'ampleur chez les jeunes. Les causes de l'apparition de ces troubles sont multifactorielles. Les influences peuvent être biologiques, psychologiques, socioculturelles. Les relations familiales occupent également un rôle déterminant dans l'apparition, le maintien et l'aggravation de ces troubles.

Face à ce phénomène, les conclusions de mon travail relèvent le constat suivant : le travailleur social peut intervenir auprès de jeunes confrontés par des troubles alimentaires et il dispose de diverses compétences pour le faire. Ces compétences sont requises pour l'exercice du travail social et sont détaillées dans le référentiel de compétences du travailleur social. Les interventions décrites par les travailleurs sociaux sont vastes et multiples : l'observation, l'orientation et le travail en réseau, l'intervention dans le quotidien, l'intervention individuelle, la prévention, la confrontation, les connaissances basiques sur ces troubles, le travail sur la relation et l'écoute, la reconnaissance des émotions, le travail sur la conscience de soi et l'image de soi, etc. Le travailleur social peut également intervenir à un niveau familial. Comme cité dans la partie théorique de mon travail, les familles où un jeune souffre de boulimie ou d'anorexie présentent un dysfonctionnement dans leur mode de communication. Les jeunes se sentent incompris et les parents ne savent plus comment agir et entrer en communication avec leur enfant. Dans ce contexte, le

travailleur social peut permettre aux parents et aux jeunes de se rencontrer afin de favoriser une réorganisation familiale. Cette approche ne peut se soustraire à un travail thérapeutique de famille, mais il permet d'appréhender la problématique de manière plus large. Le travailleur social peut donc assumer un rôle de médiateur au sein de la famille. En complément à la prise en charge médicale et psychologique, le travailleur social a des responsabilités face à ces pathologies et il dispose de compétences pour agir. D'après moi, la prise en charge de ces pathologies chez les jeunes doivent se situer à plusieurs niveaux : le niveau médical où le médecin traite les aspects physiques de la maladie, au niveau psychologique où le psychologue-psychiatre travaille des aspects plus profonds de la personnalité, au niveau social où le travailleur social assume un rôle de médiateur entre les différents professionnels et au sein de la famille. Un travail en réseau proposant différents niveaux d'intervention permettrait d'appréhender adéquatement la prise en charge de ces pathologies chez les jeunes.

La position des travailleurs sociaux face à des adolescents concernés par l'anorexie et/ou la boulimie est unanime, à savoir : les travailleurs sociaux se sentent concernés par ces problématiques, ils y sont sensibles et attentifs ; ils ne se sentent pas démunis dans la prise en charge et disposent d'un certain nombre d'outils pour intervenir ; ils ne banalisent pas ces pathologies et ne se trouvent pas dans une position de déni ; ils sont conscients de la gravité de ces troubles ; leurs représentations de ces pathologies sont conformes à la réalité ; ils se sentent tous concernés par la prévention et veulent s'investir ; ils s'accordent à dire qu'il s'agit de pathologies spécifiques à la jeunesse et qu'ils vont en rencontrer d'avantage dans leur pratique professionnelle. Leurs positions sont donc celles de professionnels qui s'investissent et qui s'intéressent pour une problématique qui concerne de plus en plus de jeunes qui souffrent de difficultés liées à un trouble alimentaire dans notre société. Les conséquences induites par ces troubles sont donc connues par les travailleurs sociaux qui remarquent la gravité tant sur le plan psychique que physique que provoquent ces maladies. Ce constat est donc rassurant, à savoir que les professionnels du social sont sensibles à une pathologie qui est d'habitude d'avantage associée au monde médical. Pour répondre à ces jeunes, il faut évidemment s'intéresser à ces problématiques et mettre en place des dispositions permettant d'accompagner ces jeunes. Les personnes interrogées ont démontré qu'elles se mobilisent à leur façon pour appréhender la prise en charge de ces jeunes.

Je suis rassurée de constater que l'intérêt personnel et professionnel que je témoigne pour cette problématique est partagé par les professionnels que j'ai rencontrés. Durant ma pratique professionnelle, je rencontre fréquemment des jeunes qui présentent un diagnostic d'anorexie et de boulimie. Face à ce constat, il m'est paru intéressant d'interroger des assistants sociaux, mais également des éducateurs, maîtres socioprofessionnels ou animateurs socioculturels. J'ai souhaité connaître leur avis sur la problématique. J'ai constaté que les difficultés rencontrées sont similaires pour chaque filière du travail social, ce qui est rassurant. Mon travail offre ainsi des

pistes d'action à tous les travailleurs sociaux, indépendamment de la profession, ce qui était l'objectif que je souhaitais atteindre.

8.2 Perspectives et pistes d'action/réflexion

Voici quelques pistes d'action personnelles en référence à l'objectif d'action que j'ai énoncé dans la partie initial de mon travail, à savoir :

- Proposer des pistes d'action/réflexion aux travailleurs sociaux afin de dépister et d'accompagner des adolescents confrontés par l'anorexie ou la boulimie

Une meilleure diffusion des activités de prévention des troubles alimentaires à l'intention des travailleurs sociaux / une meilleure connaissance du réseau de professionnels dans ce domaine à l'intention des travailleurs sociaux

Au niveau de la prévention, tous les professionnels interrogés affirment que connaître les activités de prévention dans ce domaine est indispensable. Voici quelques citations des professionnels relevées dans les entretiens: « *Les travailleurs sociaux doivent connaître les activités de prévention. Ça me paraît indispensable. Ça me paraît essentiel d'avoir des échanges avec des gens qui font de la prévention dans ce domaine* », « *Ca me paraît logique que le travailleur social doive connaître les activités de prévention* », « *C'est clair que le travailleur social doit connaître pour répondre au besoin des jeunes* ». Cependant, lorsque j'ai demandé aux travailleurs sociaux s'ils connaissaient des activités de prévention des troubles alimentaires, voici ce qu'ils m'ont répondu : « *Alors j'imagine qu'il existe des associations de parole. Je ne sais pas si quelque chose se fait dans les écoles ou dans les centres d'animation* », « *J'ai entendu parler de conférences auprès de jeunes enfants. Je pense également qu'au niveau médiatique, il existe certaines démarches* », « *Au niveau des grandes actions, je n'en connais pas vraiment* », « *Non, des activités à proprement parlé, je n'en connais pas* », « *Dans la réalité, on ne connaît rien. Alors peut-être qu'il n'existe pas grand-chose, mais vu le nombre de jeunes concernés, ça m'étonne* ». Ces réponses montrent clairement que les travailleurs sociaux connaissent mal les activités de prévention mises en place dans notre société. Dans le même registre, les travailleurs sociaux méconnaissent les professionnels dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie. Les entretiens et l'analyse démontrent clairement ce constat. Parallèlement, tous les professionnels sont unanimes à dire qu'il faut travailler en réseau, passer le relai et faire appel aux compétences d'autres professionnels.

Par conséquent, une piste d'action doit se situer au niveau d'une meilleure connaissance du réseau des professionnels et de la prévention faite dans ce domaine à l'intention des travailleurs sociaux. Les travailleurs sociaux sont demandeurs, mais ils ne connaissent peu. A mon avis, les activités de prévention dans ce domaine doivent faire parler d'elles, notamment à l'intention des travailleurs sociaux. L'envoi d'un dépliant est souvent utilisé pour diffuser ce genre d'informations. Malheureusement, bien souvent, ces dépliants terminent dans un placard. Selon moi, il serait très intéressant qu'une personne de l'Association

boulimie-anorexie à Lausanne intervienne dans les services placeurs et dans les institutions afin de présenter les activités de prévention et les professionnels formés dans ce domaine, ceci dans le but d'optimiser les connaissances des travailleurs sociaux. Une intervention de ce type permettrait de palier les difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux face à ces jeunes. Les collaborateurs de cette association interviennent pour les jeunes, dans les écoles ou auprès des parents. Ils peuvent également intervenir auprès d'une institution qui leur transmet une demande.

Dans ce même contexte, je pense qu'une piste de réflexion peut se situer au niveau de la formation des travailleurs sociaux. En juin 2007, j'ai terminé ma formation à la Haute école santé-social de Sion. En dernière année, j'ai participé à un module optionnel sur les dépendances. A la fin de ce cours, nous avons eu la possibilité de présenter aux participants une problématique en lien avec la dépendance. J'ai choisi de présenter la dépendance alimentaire et j'ai abordé l'anorexie et la boulimie. Malheureusement, cette présentation n'a duré que dix minutes et j'ai pu remarquer que ces pathologies étaient mal connues par mes collègues. De plus, lorsque j'ai interrogé les professionnels dans le cadre mon travail de recherche, tous ont relevés n'avoir reçu aucun support théorique dans leur formation de base de travailleur social, alors que notre société parle de plus en plus de ces troubles. A mon avis, il faut donner la possibilité dans la formation des travailleurs sociaux d'aborder ces problématiques. Sachant que tout travailleur social peut rencontrer un jeune qui souffre d'anorexie ou de boulimie, je juge important de présenter aux étudiants en travail social ces pathologies et d'amener des outils et des adresses les guidant dans leurs interventions. D'après moi, des informations diffusées à l'intention des travailleurs sociaux et durant leur formation permettraient de palier certaines difficultés mentionnées par les professionnels.

Une meilleure implication de la famille

Les opinions des travailleurs sociaux montrent clairement qu'ils souhaitent mieux impliquer la famille. Le travail avec la famille doit compléter le travail individuel avec le jeune. Cependant, je remarque que dans le discours des travailleurs sociaux, ils ne savent pas comment impliquer la famille.

A mon avis, une piste d'action peut se situer à ce niveau. A titre d'exemple et dans la prise en charge médicale, lorsque des jeunes sont hospitalisés pour des cas d'anorexie, il arrive fréquemment que le jeune ne voit pas sa famille pendant un certain temps. Une coupure peut être bénéfique dans certains cas. Il s'agit ensuite de travailler en collaboration avec la famille sur la problématique du jeune. Ce travail est complémentaire aux soins. Dans la prise en charge social, l'assistant social serait la personne compétente pour proposer ou décider d'un placement institutionnel dans le but d'un éloignement familial, si les circonstances l'exigent et qu'une coupure s'avère nécessaire. Ensuite, il ne suffit pas que l'assistant social dépose un jeune dans un foyer. Un travail en collaboration avec la famille doit être

proposé et poursuivi. Ce travail peut ensuite être expérimenté : l'assistant social pourrait rapidement organiser des retours à domicile durant les week-ends afin d'évaluer le travail amorcé avec la famille. Le but est bien évidemment que le jeune retrouve rapidement sa place auprès de ses proches.

Plusieurs pistes peuvent guider les travailleurs sociaux vers cet objectif. Je pense à la thérapie familiale et particulièrement au travail systémique. Une orientation vers un thérapeute familial peut être proposée à la famille. Proposer une aide où tout le système doit s'impliquer me paraît pertinent. Ce travail peut se faire en institution dans le cadre d'un placement, auprès d'un intervenant extérieur et indépendant, auprès d'un office familial, etc. Il faut aider tout le système à sortir des difficultés et les aider à acquérir des outils pour avancer. Il faut se demander comment vit toute la famille qui est confrontée à un enfant qui souffre d'anorexie ou de boulimie.

Une autre piste se situe vers l'orientation des parents (parallèlement au jeune) auprès de l'association boulimie-anorexie (ABA)¹¹¹. L'association boulimie anorexie a été créée en 1992 à Lausanne par des parents d'enfants souffrant d'anorexie ou de boulimie. Cette association est partenaire des milieux médicaux et sociaux. Elle a pour but de soutenir les personnes souffrant de ces troubles, mais également l'entourage de ces personnes. En effet, l'association organise des soirées d'informations à l'attention des parents, dont un enfant est concerné par l'anorexie ou la boulimie. Ces intervenants offrent des informations, du soutien et des pistes aux parents pouvant les guider dans l'accompagnement de leur enfant. En participant à ces séances, les parents peuvent en rencontrer d'autres qui vivent des situations similaires avec leur enfant. Ainsi, les parents pourront être entendus, être compris, être aidés, être orientés et être encouragés face à ces problématiques. Par conséquent, cette association peut constituer une ressource importante pour les parents, pour les jeunes et pour les professionnels. Voici l'adresse de cette association :

ABA, avenue Villamont 19, 1005 Lausanne : <http://www.boulimie-anorexie.ch>

Création d'un groupe de travail/réflexion autour de la thématique

Une piste peut se situer dans la création d'un groupe de travail/réflexion se réunissant autour de la thématique de l'anorexie et la boulimie chez les jeunes. Je pense qu'il y a une réflexion générale à faire de la part des travailleurs sociaux, en collaboration avec d'autres professions qui peuvent rencontrer ces jeunes. L'objectif d'une telle collaboration entre diverses professions mêlant le monde médical et le monde social permettrait de redynamiser le travail en réseau et donner de nouvelles perspectives d'intervention. L'apport de visions complémentaires pourrait véhiculer de nouvelles pistes pour accompagner ces jeunes et améliorer le rapport à la pluridisciplinarité. Qui pourrait créer ce groupe de travail ? Ayant recueilli les propos des travailleurs sociaux, je pense qu'ils pourraient être les initiateurs d'un tel travail

¹¹¹ Annexe V

afin d'optimiser leur collaboration avec les autres intervenants. Il serait intéressant de prospecter chez les intervenants d'autres professions, si une telle proposition les intéresserait et correspondrait à leurs besoins.

Dans une démarche parallèle ou dans un second temps, il serait intéressant d'associer à ce groupe de travail des pères et des mères dont les enfants ont rencontrés des troubles du comportement alimentaire. Des jeunes qui ont vécu ces problèmes pourraient également collaborer à ce projet. La participation de ces personnes aurait comme objectif de définir les besoins des personnes concernées et leurs demandes face aux professionnels.

8.3 Nouveaux questionnements

Une confrontation avec le monde médical

Le sujet que j'ai présenté dans mon travail peut concerner tout travailleur social. A travers les entretiens, j'ai pu découvrir les différentes interventions des travailleurs sociaux ainsi que leurs positions et représentations face aux jeunes concernés par l'anorexie et la boulimie. Il faut savoir qu'actuellement, en Suisse romande, la prise en charge des jeunes diagnostiqués anorexiques ou boulimiques engendre dans la plupart des cas un suivi médical, voir un passage hospitalier. Cependant, les travailleurs sociaux qui rencontrent également ces jeunes, ont démontré qu'ils sont sceptiques à la prise en charge psychiatrique et médicale, bien qu'ils la préconisent. Dans ce contexte, je pense qu'une confrontation entre les intervenants sociaux et les intervenants médicaux serait très intéressante. Qu'est-ce que les intervenants médicaux pensent du travail que font les travailleurs sociaux avec les jeunes concernés par l'anorexie et/ou la boulimie ? Dans un idéal, comment s'imaginent-ils collaborer avec les travailleurs sociaux dans la prise en charge de ces troubles ? Est-ce qu'ils pensent que les travailleurs sociaux n'ont pas de rôle à tenir auprès de ces jeunes et qu'ils empiètent sur leur domaine ? Est-ce qu'ils pensent que les travailleurs sociaux passent le relai trop tard ? Est-ce que les travailleurs sociaux devraient s'investir d'avantage ? Comment améliorer l'accompagnement des jeunes à la sortie d'un séjour hospitalier ?

Une confrontation avec le monde médical me paraît pertinente afin de connaître les besoins et les demandes respectifs de chacun dans le but d'améliorer la collaboration entre les travailleurs sociaux et les intervenants médicaux. Cette confrontation permettrait de réfléchir et redéfinir le travail en réseau dans la prise en charge des jeunes concernés par l'anorexie et la boulimie. L'objectif final viserait à redynamiser une équipe pluridisciplinaire tout en lui donnant du sens. J'imagine que j'effectuerai cette démarche en utilisant la méthode du questionnaire afin de toucher un grand nombre de professionnels, ceci dans le but de déterminer les besoins respectifs de chacun.

La prospection d'un programme de prévention de l'anorexie/boulimie dans un pays voisin

A travers mes recherches, j'ai découvert en Allemagne et en Angleterre des programmes de prévention spécifique à la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie chez les jeunes. Il serait intéressant de prospecter un programme et observer la manière dont il se déroule et les résultats qui en découlent. En Allemagne, j'ai découvert à Heidelberg une institution spécialisée qui propose des cours, des workshops, des conseils par internet, différents projets dans les écoles, etc. Selon moi, prospecter les activités de prévention dans un pays très actif dans ce domaine apporterait de nouvelles pistes de réflexion/action. J'imagine que je ferai cette démarche en utilisant la méthode de l'observation complétée par des entretiens.

8.4 Réflexion personnelle

A travers mon travail, j'ai présenté le sujet de l'anorexie-boulimie de manière à donner une vue d'ensemble. Il s'agit de problématiques extrêmement complexes qui mériteraient d'être d'avantage approfondies, ce qui n'était pas l'objectif de ma recherche. Cependant, ce travail m'a permis d'aborder une problématique qui me touche personnellement et professionnellement et les résultats correspondent à mes objectifs. Je tiens à conclure ce travail par une réflexion personnelle :

Un lieu de vie spécialisé

Je me suis questionnée sur le bien fondé d'une structure ou institution psycho-éducative spécialisée dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes confrontés par l'anorexie et/ou la boulimie. En Suisse romande, il n'existe aucune institution psycho-éducative spécifique de ce genre qui propose une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Actuellement, les prises en charge spécifiques sont principalement proposées par les intervenants médicaux. En Valais, l'hôpital de Sierre ou l'hôpital psychiatrique à Monthey peuvent accueillir des jeunes anorexiques et boulimiques. S'intéresser au travail qui est proposé dans ces lieux amènerait des éléments nouveaux. Je note qu'une clinique à Nyon offrait une section spécialisée dans le traitement des troubles alimentaires. Cette dernière a fermé en 2007. Il serait intéressant de prospecter les raisons de cette fermeture.

Durant mes recherches, j'ai découvert dans nos pays voisins, notamment en Allemagne et en Angleterre, des institutions spécialisées qui ont été créées. Sur un modèle identique, j'ai découvert une clinique privée en Suisse alémanique accueillant des femmes confrontées par des problèmes de dépendance. Cette clinique propose une section pour les femmes anorexiques et boulimiques. Dans cette clinique, l'anorexie et la boulimie sont assimilées à une problématique de dépendance : la dépendance alimentaire. Au-delà d'un contrôle sur l'alimentation, cette clinique offre un programme sur la revalorisation de soi et l'écoute de son corps, un travail sur la confiance en soi, l'apprentissage de prendre soin de soi, un

travail sur les représentations, etc. Il serait intéressant d'aller à la rencontre de cette institution afin de découvrir le concept que proposent les intervenants.

Evidemment, une prise en charge spécifique engendre des questionnements. A quel moment, un jeune peut s'insérer dans une prise en charge spécifique ? Un jeune qui présente des symptômes mais qui n'a pas de diagnostic peut-il s'insérer dans une prise en charge spécifique ? Est-il judicieux et bénéfique de regrouper des jeunes confrontés par une même problématique ? L'insertion avec d'autres jeunes n'est-elle pas plus profitable ? Je pense que ma réflexion va au-delà de ces questionnements. Il est pour moi important de mentionner que ces structures existent et qu'elles ont été créées en réponse à l'augmentation des jeunes concernés par ces problématiques.

Développement de l'association anorexie-boulimie

Actuellement, en Suisse romande, l'association anorexie-boulimie à Lausanne est active dans la prise en charge et la prévention de ces troubles. Il y a quelques années, des antennes étaient à disposition dans plusieurs cantons, par exemple à Fribourg et en Valais. Cependant, ces antennes sont actuellement inactives.

Je remarque dans ma pratique professionnelle, que l'orientation vers Lausanne décourage certains jeunes. A Lausanne, des groupes de paroles sont organisés pour les jeunes souffrant d'anorexie et de boulimie. Ces groupes de paroles intéressent certains jeunes que j'accompagne, mais la distance pour s'y rendre les amène à renoncer. Lorsque j'ai prospecté auprès de mes collègues, la plupart m'ont répondu suivre un ou plusieurs jeunes atteints de ces pathologies, sans savoir où les orienter adéquatement. Une antenne de l'association anorexie-boulimie dans différents cantons serait très bénéfique dans le contexte actuel de l'éclosion de ces troubles. Il serait intéressant de prospecter auprès de l'association boulimie-anorexie si des projets dans d'autres cantons sont en cours.

L'anorexie et la boulimie chez le garçon !

J'ai le sentiment qu'à travers mon travail mais également à travers les entretiens des personnes interrogées, j'ai très peu abordé l'anorexie et la boulimie chez le garçon. Je les ai mentionnées dans la partie théorique de mon travail, mais je remarque toutefois que les travailleurs sociaux sont restés très focalisés sur l'anorexie et la boulimie chez la fille. Dans ce dernier paragraphe, je souhaite donner au garçon et au jeune homme une place particulière. En effet, dans l'actualité, les troubles alimentaires chez le garçon augmentent de façon considérable, tout en sachant que ces troubles restent extrêmement cachés. Dans ma pratique professionnelle, j'accompagne actuellement deux garçons qui souffrent d'un de ces troubles. De plus, j'ai été informée au mois de décembre dernier, qu'un adolescent âgé de 17 ans était décédé à la suite d'une anorexie. Cet événement me fait rappeler que les garçons sont également confrontés par ces problématiques qui sont la plupart du temps assimilés à une maladie de fille. C'est pourquoi, je souhaite terminer mon travail en portant mon attention et celles de mes lecteurs aux garçons confrontés par ces problématiques.

9 BIBLIOGRAPHIE

9.1 Ouvrages

- BRUCH, H., *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main, 1994.
- BRUSSET, B., *L'assiette et le miroir, L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Ed. Privat, Toulouse, 1997.
- BRUSSET, B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Ed. Dunod, Paris, 1998.
- CHABROL, H., *L'anorexie et la boulimie chez l'adolescent. Que sais-je*. Vendôme 2004, 127p.
- CHIOLERO, A., [et al.] *La santé des valaisans 2004*, Université (Lausanne). Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- DEPELTEAU, F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. DeBoeck, Bruxelles, 2002.
- Enquête suisse sur la santé. *Santé et comportement en matière de santé en Suisse en 1997*. Office fédérale de la statistique, 2000
- GERVAIS, Y., *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*. L'harmattan, 1994.
- GIROUD, S., et TREMBLAY, G., *Méthodologie des sciences humaines. La recherche en action*, St-Laurent, ERPI, 2002.
- KAUFMANN, J.-C., *L'entretien compréhensif*. Armand Colin, collection 128, Paris, 2004.
- JEAMMET, P., *Anorexie boulimie/ Les paradoxes de l'adolescence*. Hachette Littératures, St-Amand-Montrond, 2004, 240 P.
- LESSARD-HEBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G., *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. DeBoeck, Paris, 1997.
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociale*, Ed : DUNOD, Paris, 2006.
- RAABE, K., *Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen*. Schneider Verlag Hohengehren, Heidelberg, 2005.
- SANCHEZ-CARDENAS, M., *Le comportement boulimique*. Masson : Médecine et psychothérapie.

- SCHASSEUR, B., *La boulimie, un suicide qui ne dit pas son nom*. DeBoeck, Bruxelles, 2002, 202 P.
- STAHR, I., *Essstörungen und die Suche nach Identität, Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim, 1998.
- TREASURE, J., *Gemeinsam die Magersucht besiegen*. Frankfurt am Main, 1999, p.28
- WOLF, N., *Le mythe de la beauté*. Hamburg, 1991.

9.2 Références internet

- Association boulimie-anorexie, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.boulimie-anorexie.ch> (site consulté le 5 septembre 2006)
- Info Anorexie et boulimie, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.anorexie-boulimie.com>, (site consulté le 5 septembre 2006)
- Mädchenhaus Heidelberg, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.maedchenhaus-heidelberg.de> (site consulté le 10 décembre 2006)
- Office fédérale de la santé publique, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/index.html?lang=fr> (page consultée le 10 octobre 2006)
- Office fédérale de la statistique, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html> (page consultée le 10 octobre 2006)
- Prävention, Essstörungen, Praxisnah, [En ligne]. Adresse URL. <http://www.pepsuisse.ch> (site consulté le 10 décembre 2006)
- Promotion santé suisse, [En ligne]. Adresse URL : <http://promotionsante.ch> (site consulté le 10 octobre 2006)
- Réseau Expert Suisse Troubles alimentaires & OFES (Office Fédéral de l'Éducation et de la Science). Réseau Troubles alimentaires Suisse, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.tr-alimentaire.ch> (site consulté le 5 septembre 2006)
- Socialinfo, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.socialinfo.ch> (site consulté le 10 octobre 2006)

9.3 Chat

- www.bulimie-online.de (consulté le 10 décembre 2006)
- www.hungrig-online.de (consulté le 10 décembre 2006)
- www.magersucht-online.de (consulté le 10 décembre 2006)

9.4 Articles de revues spécialisées

- BOUDRY, E., *Anorexie et boulimie, un mal qui prend de l'ampleur*. Repère social [En ligne]. 15 mars 2000. Adresse URL : www.gapp.ch/999-Documents/83ANOREXIE%20ET%20BOULIMIE.pdf (page consultée le 14 octobre 2006)
- Dr. JUNIER, L., *Anorexie et boulimie : piège ou passion de la nourriture*. Le fait médical [En ligne]. No53 Anorexie et boulimie, août 2003. Adresse URL : <http://www.lefaitmedical.ch/53anorexieboulimie.html#anorexie+boulimie>
- STICE, E., CHASE, A., STORMER, S., APPEL, A., *A Randomized Trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program.*, 2000
- STICE, E., MAZOTTI, L., WEIBEL, D., AGRAS, S., *Dissonance Prevention Program Decreases Thin-Ideal Internalization, Body Dissatisfaction, Dieting, Negative Affect, and Bulimic Symptoms : A Preliminary Experiment*, 1999

9.5 Articles de périodique

- ARNAL, S., PIROLT, S., *SOS, ados en détresse*. L'hebdo, 2002, n048, p.52
- BARRAUD, R., *L'ombre de toi-même, anorexie et boulimie : comprendre pour agir*. Association boulimie anorexie (ABA), Lausanne, 2001, 48 p.
- DEGEN, R., *Obsédés de nourriture saine*, Tabula, no 2 avril 2003, p.6

9.6 Enregistrements vidéo

- *Anorexie et boulimie*. Sans aucun doute. [Enregistrement vidéo], vu le 10 janvier 2007
- *Anorexie*. Zone interdite. [Enregistrement vidéo], vu le 10 janvier 2007
- *Peut-on vivre avec une femme anorexique*. Ca se discute. [Enregistrement vidéo], vu le 10 janvier 2007

9.7 Mémoires de fin d'études

- MEIENHOFER, I., *Les obsessions alimentaires : un autre regard sur l'acte de manger : de quelle manière le travailleur social peut-il intervenir dans des actions de préventions et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire ?* Genève : Institut d'études sociales-ESTS, 1998, 73 p.
- PRAZ, A., *Maladies de consommation, les adolescentes et les troubles alimentaires*, HEVs Domaine santé et social, avril 2005, 61 p.

9.8 Divers

- HEVs2. *Référentiel de compétences génériques et effectives du travail social.* Document de formation HES reçu en mars 2004

10 ANNEXES

Annexe I : Etude SMASH, tableau 2

Annexe II : Référentiel de compétences du travailleur social

Annexe III : Grille d'entretien

Annexe IV : Lettre envoyée aux institutions

Annexe V : Dépliant association anorexie-boulimie

Annexe VI : Un entretien retranscrit intégralement

Annexe I

L'étude SMASH (SWISS Adolescent Survey on Health) a été menée auprès de 7420 jeunes âgés de 16 à 20 ans. Elle est signée par l'IUMSP (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive) de Lausanne, l'institut de Psychologie de l'Université de Berne et l'Office de Promotion et de Contrôle de la santé de Bellinzone. Je choisis d'indiquer uniquement le tableau numéro 2 de l'étude SMASH qui est très représentatif pour mon travail. Ce tableau concerne les indices et fréquences de comportements alimentaires à tendance anorexique chez les jeunes valaisans de 16 à 20 ans, en % et selon le sexe.

Tableau 2 « Depuis quelques mois, vous arrive-t-il ? »

	Apprenti-e-s			Etudiant-e-s			Tous		
	Filles n=194	Garçons n=3380	Tous n=219	Filles n=4040	Garçons n=413	Tous n=7420	Filles n=194	Garçons n=3380	Tous n=219
D'avoir peur de grossir ?									
Jamais	42.2	83.6	68.7	40.2	88.1	57.8	40.9	84.9	64.2
Une fois par semaine	26.7	11.3	16.9	38.2	10.2	28.0	32.6	11.0	21.2
Une à plusieurs fois par semaine	6.7	3.8	4.8	15.7	1.7	10.6	11.4	3.2	7.1
Tous les jours	24.4	1.3	9.6	5.9	0.0	3.7	15.0	0.9	7.5
De vous sentir « moche » après avoir trop mangé ?									
Jamais	48.9	89.4	74.6	66.0	91.5	75.5	57.0	90.0	74.5
Une fois par semaine	21.7	5.0	11.1	19.0	6.8	14.5	20.7	5.5	12.6
Une à plusieurs fois par semaine	12.0	3.1	6.3	10.0	1.7	6.9	10.9	2.7	6.6
Tous les jours	17.4	2.5	7.9	5.0	0.0	3.1	11.4	1.8	6.3
De penser souvent à la nourriture ?									
Jamais	46.7	65.0	58.3	44.0	65.5	51.9	45.3	65.1	55.9
Une fois par semaine	16.3	16.9	16.7	24.0	12.1	19.6	20.8	15.6	18.0
Une à plusieurs fois par semaine	13.0	7.5	9.5	13.0	8.6	11.4	12.5	7.8	10.0
Tous les jours	23.9	10.6	15.5	19.0	13.8	17.1	21.4	11.5	16.1
D'aimer la sensation d'avoir le ventre vide ?									
Jamais	72.5	86.9	81.7	74.3	87.9	79.2	73.8	87.2	80.9
Une fois par semaine	11.0	6.3	8.0	14.9	5.2	11.3	12.6	5.5	8.8
Une à plusieurs fois par semaine	4.4	5.0	4.8	5.0	3.4	4.4	4.7	5.0	4.9
Tous les jours	12.1	1.9	5.6	5.9	3.4	5.0	8.9	2.3	5.4

Annexe II



Formation HES

Référentiels des compétences génériques et effectives des trois filières de formation du travail social

1- Identifier, analyser, problématiser des situations individuelles ou collectives et repérer les processus sociaux actuels ou émergents à prendre en compte pour rendre possible et engager une intervention professionnelle

Compétences effectives :

- 1.1 Observer, décrire et contextualiser (historiquement, géographiquement, temporellement) les conditions de vie d'individus, de groupes ou de collectivités dans une situation donnée : phase d'évaluation sociale
- 1.2 Repérer et expliciter les représentations, les processus, les actions et stratégies des acteurs concernés en vue de mettre en évidence les ressources et contraintes individuelles, institutionnelles, collectives
- 1.3 Problématiser la situation sociale : recherche des informations complémentaires, complexification et prise en compte des principales dimensions constitutives de cette situation (légale, politique, socio-économique, juridique, culturelle, institutionnelle, pathologies ...)
- 1.4 Analyser et conceptualiser la situation en se référant à tout concept théorique signifiant et pertinent permettant une compréhension de la situation et une possibilité d'intervention

2- Initier et développer une relation professionnelle avec les personnes ou les groupes dans un contexte d'action sociale

Compétences effectives :

- 2.1 Accueillir une ou des personnes dans leurs demandes explicites ou à expliciter et définir clairement avec elle (s) le contexte de la relation
- 2.2 Réguler la relation en précisant les rôles, les droits et les obligations respectifs des partenaires concernés
- 2.3 Communiquer en s'accordant aux capacités d'expression et de compréhension du ou des interlocuteur(s)
- 2.4 Développer des attitudes appropriées à la dynamique relationnelle et favoriser le développement des personnes

HEVs2-TS / Compétences génériques et effectives / mars 2004

3. Décider d'engager une action finalisée et la mettre en œuvre dans une situation donnée

Compétences effectives :

- 3.1 S'engager, s'impliquer dans l'action
- 3.2 Elaborer des hypothèses d'interventions sociales, décider et argumenter un projet d'intervention en accord avec la déontologie professionnelle
- 3.3 Construire et mettre en œuvre un projet d'intervention en tenant compte de la complexité de la situation sociale
- 3.4 Agir, participer, fonctionner comme un partenaire critique
- 3.5 Assurer la continuité de l'intervention
- 3.6 Savoir mettre un terme à une action en l'explicitant
- 3.7 Analyser et prendre en compte sa propre implication professionnelle dans la situation

4. Evaluer, enrichir, prolonger, réorienter ou transformer les réponses sociales apportées dans une situation donnée.

Compétences effectives :

- 4.1 Donner sens à la démarche d'évaluation et évaluer le processus et le résultat de son action en référence aux finalités, buts, objectifs et moyens
- 4.2 Développer un sens critique en vue de proposer des innovations dans l'action sociale et de réexaminer ses pratiques
- 4.3 Prospector, s'informer, se documenter
- 4.4 Faire preuve de créativité en imaginant et développant des actions et des modes d'expression diversifiés

5- Encourager et soutenir la participation sociale individuelle et collective des personnes et des groupes

Compétences effectives :

- 5.1 Repérer et valoriser les potentialités individuelles ou collectives mobilisables dans la situation afin de promouvoir l'autonomie, le développement de la sphère associative, les conduites citoyennes et la participation sociale
- 5.2 Initier et développer le partenariat entre les intervenants sociaux et les usagers
- 5.3 Identifier et contribuer, dans une vision globale, à tout projet d'action sociale encourageant l'insertion et l'intégration des membres d'une société donnée
- 5.4 Informer et mobiliser les réseaux primaires et secondaires

6- Prendre en compte les divers déterminants de l'organisation¹ dans une situation sociale donnée

Compétences effectives :

- 6.1 Se situer dans son institution, dans son équipe, dans la connaissance de la structure et du fonctionnement de l'organisation (organigramme, cahier des charges, évaluation qualité...)
- 6.2 Interpeller sa hiérarchie sur toutes les questions importantes et/ou sur tous les problèmes rencontrés, notamment ceux ou celles liés au code de déontologie
- 6.3 Rendre des rapports circonstanciés et fiables à sa hiérarchie et aux partenaires concernés
- 6.4 S'organiser, anticiper, mener de front plusieurs activités
- 6.5 Gérer son temps de manière à assurer une fiabilité (horaires, rendez-vous, échéanciers fixés)
- 6.6 Savoir utiliser les principaux outils bureautiques et informatiques (prises de notes, procès-verbaux ...)

7- Identifier, intégrer, mettre en forme et transmettre des informations sociales pertinentes tant à l'intention des usagers qu'aux milieux professionnels, sociaux, politiques et économiques

Compétences effectives :

- 7.1 Mener un entretien professionnel (objectifs, gestion temps et espace, accord avec l'interlocuteur ...)
- 7.2 Conseiller et orienter adéquatement tout bénéficiaire de l'action sociale en fonction de ses droits et de son intérêt
- 7.3 Pouvoir produire, transmettre, vulgariser et mettre en valeur des informations sociales à l'aide de différents outils de communication et de médiation pédagogique
- 7.4 Pouvoir documenter et communiquer les résultats de son action professionnelle et du contexte où elle s'insère
- 7.5 Faire connaître au niveau socio-politique toute situation sociale nécessitant des changements et améliorations de l'action sociale

8- Se positionner professionnellement et personnellement en questionnant le sens de l'action sociale et professionnelle et en s'interrogeant sur sa fonction, son rôle et son identité professionnelle

Compétences effectives :

- 8.1 Repérer les questions éthiques, déontologiques, les conflits de valeurs, les enjeux et les dilemmes professionnels

¹ Par organisation, il faut entendre "un groupement de personnes : réunies aux fins de production (biens, services, idéologies), soumises à des règles prévoyant leur position, dans la structure des relations ; chargées d'exécuter des tâches (...); recevant en échange des satisfactions morales ou matérielles ; insérées dans une pyramide de commandement et de contrôle d'accomplissement des tâches ; possédant une liberté plus ou moins conditionnelle de quitter le groupement" (De Robertis, C. et Pascal H. (1987), *L'intervention collective en travail social*. Paris, Centurion, p.138

- 8.2 Confronter ses positions personnelles et professionnelles en les argumentant dans le but de les défendre
- 8.3 Prendre une distance critique face à soi-même, face à des objets de connaissance, face à une action ou à une pratique.
- 8.4 Identifier ses ressources, ses limites, les questionner en vue de les développer ou de les transformer (gestion du stress, burn-out, gestion du temps, gestion des distances, etc.)

9- Collaborer entre professionnels et avec les réseaux existants ou à développer dans le but d'apporter des réponses efficaces et pertinentes dans une situation sociale donnée

Compétences effectives :

- 9.1 Se situer dans son organisation et dans le réseau institutionnel (les diverses organisations et les personnes les constituant) en tant que partenaire social
- 9.2 Travailler en partenariat inter-institutionnel² et pluri-professionnel
- 9.3 Initier et animer un réseau de collaboration et y développer une dynamique constructive
- 9.4 Respecter les cadres d'intervention des partenaires tout en sachant les questionner
- 9.5 Déléguer les actions pouvant être menées de manière plus pertinente par un ou des partenaires du réseau
- 9.6 Consulter et impliquer les partenaires pour toute situation les concernant
- 9.7 Affronter et gérer les conflits, s'impliquer dans la négociation, accommoder sa position (compromis) en mettant la demande et l'intérêt des bénéficiaires au centre des réponses à apporter

10- Orienter sa propre formation initiale et continue, développer des pôles d'intérêts pertinents et de nouvelles compétences pour la profession et la recherche sociale

Compétences effectives :

- 10.1 Pouvoir conceptualiser une expérience pratique en faisant appel aux différents apports de la formation
- 10.2 Effectuer son propre bilan de compétences en faisant état de ses ressources, potentialités, manques et besoins en tant que (futur) professionnel de l'action sociale
- 10.3 S'auto-évaluer et déterminer l'opportunité de conseil, de supervision ou de formation continue
- 10.4 S'organiser, planifier, déterminer des priorités pour soi et sa pratique professionnelle
- 10.5 Développer des capacités nécessaires à la formation et à l'exercice de la profession (écrit, oral, informatique, gestion du temps, recherche documentaire)
- 10.6 Participer à des recherches relatives au champ professionnel.

² Par institution nous entendons tout ensemble collectif institué (instances politiques, établissements sociaux, associations, etc.)

Annexe III

Guide d'entretien

Données personnelles :

- Sexe
 - Poste
 - Expérience
- 1. Dans le cadre de votre institution, avez-vous déjà rencontré un ou plusieurs jeunes présentant des symptômes d'anorexie ou de boulimie ? Si vous répondez non, passez à la question 1.1. Si vous répondez oui, pouvez-vous me décrire les éléments liés à la prise en charge de ce/ces jeunes ?**
- Quel a été le vécu général ? Racontez le vécu de l'équipe, le vécu du groupe, le vécu de la patiente ? Est-ce que ça suscité des tensions au niveau des professionnels, au niveau du groupe ? Quelles ont été vos ressources ? Quels ont été vos sentiments ? (impuissance, agacement, énervement, démuni,...en proposant un ordre de grandeur)
 - Quelles ont été vos interventions auprès de ce/ces jeunes ? Orientation vers un médecin, un psychologue ou un groupe de paroles, médiation et accompagnement avec la famille et l'entourage, encouragement pour une thérapie,...
 - Vous êtes vous senti à l'aise avec cette prise en charge ?
 - Quelles ont été vos limites d'intervention dans ces prises en charge ?
 - Qu'est-ce qui a été mis en place au sein de votre institution ? supervision d'équipe, repas particuliers, fermeture du frigo ou des armoires à nourriture, mise en place d'ateliers sur cette thématique, intervention d'un professionnel des troubles alimentaires, ...
 - Avec du recul, privilégieriez-vous d'autres pistes d'intervention ? Accompagner les jeunes individuellement aux repas, permettre la reconnaissance des émotions,...
 - Actuellement, êtes vous confronté à un cas d'anorexie ou de boulimie au sein de l'institution ? Ou suspectez-vous un comportement chez un jeune actuellement ?
- 1.1. D'une manière globale, quelles sont les éléments liés à la prise en charge d'un jeune confronté ou susceptible d'être confronté par l'anorexie ou la boulimie ? (reprendre certains points de la question 1)**
- 2. Quels arguments peuvent influencer votre manière de penser et votre intérêt (ou désintérêt) face à ces pathologies ?**
- Ces pathologies concernent peu de jeunes, la fréquence est encore trop minime. *D'après-vous, quel est le pourcentage d'adolescents confrontés par l'anorexie, respectivement par la boulimie ?*
 - Ces pathologies ne concernent pas le champ d'intervention du travail social mais celui de la psychiatrie. *Est-ce que vous connaissez les professionnels de ce domaine dans votre région ? Médecins ou psychologues spécialisés, associations, institutions spécialisées, les groupes de paroles, ...*

Connaissez-vous différentes prises en charge ? Si oui, lesquelles ?

- Ces pathologies sont des caprices de jeunesse, une grande volonté suffit pour changer ces comportements.
Quelles peuvent être les comportements des jeunes concernés par l'anorexie et ceux concernés par la boulimie ? D'après vous, à quoi faut-il être attentif pour distinguer les deux pathologies ?
 - Ces pathologies n'ont pas de graves incidences, leurs conséquences ne sont pas néfastes
Est-ce que vous connaissez les conséquences que peuvent engendrer ces pathologies ? Est-ce que vous connaissez les facteurs déclencheurs ? Comment peut s'installer la maladie ?
- 3. En tant que travailleur social, quelle est votre position ou vos sentiments face à ces pathologies ?**
- Vous vous sentez concernés par ces pathologies.
 - Vous vous sentez impuissants face à ces pathologies
 - Vous vous sentez démunis face à ces pathologies.
 - Dans votre rôle de substitut parental, vous êtes dans le déni, tout comme les parents très souvent
 - Vous ne disposez pas des outils nécessaires pour intervenir.
 - Ces pathologies vous font peur.
 - Vous méconnaissiez ces pathologies.
 - Vous banalisez ces pathologies.
 - Vous manquez de temps pour vous investir dans ces problématiques
 - Vous privilégiez l'intervention de professionnels qualifiés dans ce domaine.
- 4. D'après vous, comment se coordonne le travail social et la prévention de l'anorexie et de la boulimie ?**
- Connaissez-vous des activités de prévention de l'anorexie et de la boulimie ? Si oui, lesquelles ?
 - Le travailleur social doit-il connaître et/ou participer aux activités de prévention ? Si oui, pour quelles raisons ?
 - Avez-vous déjà participé à une activité de prévention des troubles alimentaires ? Si oui, laquelle ?
 - Le travailleur social doit-il tenir un rôle dans la mise sur pied d'activités de prévention des troubles alimentaires ? Si non, qui devrait mettre sur pied de telles activités ?
 - Dans le cadre de votre institution, existe-t-il des mesures de prévention des troubles alimentaires ? Des ateliers, des reportages, des films,
 - Pensez-vous que la prévention est suffisante dans ce domaine ?
 - Qu'envisageriez-vous en tant que professionnel pour remédier à ces pathologies ?
- 5. Nous voici arrivés à terme de l'entretien, souhaiteriez-vous ajouter quelque chose**

Annexe IV

Chambovey Laurence

Chemin du Lemont 29
1893 Muraz

Demande d'entretien

Etudiante en troisième année à la haute école santé social du Valais, je termine actuellement ma formation d'assistante sociale. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je me permets de vous solliciter dans le but d'obtenir un entretien avec un travailleur social de votre institution.

Très intéressée par les problèmes d'anorexie et de boulimie chez les adolescents, je travaille actuellement cette thématique dans le but d'explorer la manière dont les travailleurs sociaux perçoivent ces pathologies. Parallèlement, je m'intéresse aux interventions spécifiques des travailleurs sociaux face à des adolescents concernés par ces difficultés.

Les institutions, les foyers, les maisons des jeunes... qui côtoient des adolescents peuvent être concernées un jour par les problèmes de trouble du comportement alimentaire, puisqu'elles accueillent des jeunes particulièrement exposés en raison des nombreux problèmes rencontrés dans leur famille ou dans leur évolution. Vu le nombre croissant d'adolescents touchés, les travailleurs sociaux seront également d'avantage confrontés par ces problématiques. Ces comportements soulèvent un constat inquiétant en sachant que les symptômes physiques, mentaux ou comportementaux sont nombreux et deviennent dangereux sous certaines conditions.

A travers ce travail, je souhaite proposer des pistes d'action/réflexion aux travailleurs sociaux afin de dépister et d'accompagner ces adolescents confrontés par l'anorexie ou la boulimie ou susceptibles d'être un jour concernés. En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande et dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.



☎ 078 875 11 25

Annexe VI

Guide d'entretien

Discussion d'accueil.

Je connais la maison depuis longtemps. Mais je travaille ici depuis 1 année. Auparavant, j'ai déjà travaillé ici. Actuellement, je suis là pour combler une période difficile dans l'institution. Des fois, je travaille à 70 ou 80 %, et des fois à mi-temps. C'est un mi-temps assez souple. J'ai beaucoup d'expérience avec les adolescents.

1. Dans le cadre de votre institution, avez-vous déjà rencontré un ou plusieurs jeunes présentant des symptômes d'anorexie ou de boulimie ? Si vous répondez non, passez à la question 1.1. Si vous répondez oui, pouvez-vous me décrire les éléments liés à la prise en charge de ce/ces jeunes ?

- Quel a été le vécu général ? Racontez le vécu de l'équipe, le vécu du groupe, le vécu de la patiente ? Est-ce que ça suscité des tensions au niveau des professionnels, au niveau du groupe ? Quelles ont été vos ressources ? Quels ont été vos sentiments ? (impuissance, agacement, énervement, démuni,...en proposant un ordre de grandeur)

Il y a une jeune fille (Amanda, prénom fictif) qui est actuellement ici et qui est venue de l'UHPA. Ca fait 2 ans et demi qu'elle est ici. Elle est devenue anorexique et elle a fait un séjour à l'UHPA. Donc, elle est diagnostiquée anorexique. Elle a eu une prise en charge extrêmement stricte. Elle est sortie de l'UHPA, car elle arrivait au bout de la prise en charge médicale. Tout le monde jugeait que c'était bien qu'elle ne retourne pas dans sa famille. Elle a donc été placée ici par l'assistante sociale du service de la protection de la jeunesse (SPJ). Depuis une année que je suis là, c'est une fille maintenant plutôt rondelette qui se porte bien. Mais au niveau de sa tête, elle garde beaucoup de séquelles. Actuellement, elle a 18 ans et elle vient d'avoir ses règles, alors c'est le grand événement. Ca faisait une année qu'on se disait « c'est bon, maintenant elle va les avoir ! ». Pour elle, ce n'est pas facile à accepter. Et le fait de devenir femme, c'est encore une problématique très difficile pour elle.

Autrement, on a quand même plusieurs jeunes filles qui ne sont pas diagnostiquées anorexiques, mais qui ont beaucoup de difficultés avec leur corps, leur identité. Entre autres, il y a une jeune fille qui est actuellement suivie par le Centre thérapeutique pour adolescents (CTA). Elle est très mince, mais elle se trouve constamment grosse. Ca nous fait un peu souci. Elle n'accepte pas son corps, elle se trouve dans le déni de sa minceur. Elle n'est pas en train de descendre, je ne crois pas que son poids diminue. Mais c'est vrai que son attitude à propos de son corps est très inquiétante.

Au niveau du vécu général, ce n'est pas très simple. Il faut dire qu'on se situe vraiment en tant que maison éducative et pas thérapeutique. C'est vrai qu'avec des jeunes filles qui ont des difficultés pareilles, le suivi à l'extérieur est indispensable. Amanda, la fille qui est sortie de l'UHPA, depuis qu'elle a été hospitalisée, elle a un psychiatre et une psychologue qui continuent de la suivre. Je crois que nous nous situons vraiment plus comme éducatif, on essaie d'accompagner les filles dans le concret. A travers notre travail, on vit pleins de choses avec ces filles qui nous remettent beaucoup en questions. C'est vrai que cette Amanda nous interpelle particulièrement, par rapport à ces questionnements et ses fonctionnements très paradoxaux. Vraiment, ça remet en questions le groupe. Par exemple, elle se dénigre beaucoup ; actuellement, elle a arrêté le gymnase, elle était en échec ce qui était très difficile pour elle. Avant, elle faisait que des 6, c'était la petite fille parfaite, elle était dans la perfection. Après, elle est passée par un autre extrême. Ici, elle a pu vivre d'autres choses avec des filles qui lui ont fait beaucoup de bien. Elle a fait la follette, et pis elle a commencé

la danse. Par contre, par rapport à des échéances, par rapport à des exigences, c'est très difficile pour elle de se situer dans quelque chose de bêtement normal. Il y a des exigences, je les remplis ! C'est chaque fois son identité qui est remise en questions. Donc là, elle a finalement assumé qu'elle ne puisse pas se présenter aux examens du gymnase. Elle a arrêté pour faire son mémoire, c'est ce qui lui a été conseillé. Elle fait son travail de mémoire pendant un période de break et elle reprend l'année prochaine pour qu'elle ait moins de pression. Mais vivre cette période où justement elle doit elle-même se mettre des contraintes pour faire son mémoire, c'est juste insupportable pour elle. Donc, on est confronté au quotidien, où d'un côté elle ne va pas trop mal par rapport à d'autres filles et d'autres fois, c'est juste la catastrophe, elle ne fout rien. Et pis, elle nous donne des signes comme ça de détresse. Et après, il y a le retour de sa professeur qui la félicite et dit que son travail est très bien. Mais elle dénigre ça en disant que sa professeur est trop gentille ! Des fois, on a vraiment de la peine à se situer. On se dit qu'on doit cadrer Amanda, car elle part dans tous les sens, et pis après on se dit non, elle a 18 ans, elle a une traversée à faire face à la réalité. Elle doit faire son apprentissage. Finalement, ce que nous avons opté en ce moment comme position, c'est d'avoir des exigences de base par rapport au fait qu'elle nous dise si elle est là aux repas, qu'elle nous dise quand elle rentre, ... Et puis, on lui demande de faire quelques travaux dans la maison, et ça, elle le fait plutôt bien. Elle respecte ce qu'on lui demande. Finalement, on est beaucoup moins exigeant avec elle qu'avec d'autres jeunes filles qui sont en rupture avec leur apprentissage par exemple. On la laisse avec beaucoup de liberté, ce qui n'est pas toujours facile pour elle.

Amanda suscite très peu de tensions au niveau du groupe, des autres filles. Elle a une sorte d'ora, c'est marrant. En général, les filles sont très vite interpellées si elles sentent des injustices. Et c'est vrai que vis-à-vis d'Amanda, nous sommes moins exigeants. Et pis, dans sa situation, elle ne provoque pas de tensions avec les autres filles. C'est comme si elle arrivait à se mettre dans le moule de celle qui est sympa, qu'on aime bien, de celle qu'on a plutôt envie de plaindre.

Nos sentiments vis-à-vis de ces filles sont mitigés : des fois, elles nous énervent, elles nous agacent vraiment, on a envie de les bousculer ; des fois, elles sont attendrissantes, on a envie de partager des moments privilégiés avec elles. De manière générale, je me sens parfois agacée, attendrie et impuissante.

- Quelles ont été vos interventions auprès de ce/ces jeunes ? Orientation vers un médecin, un psychologue ou un groupe de paroles, médiation et accompagnement avec la famille et l'entourage, encouragement pour une thérapie,...

Comme elle est arrivée chez nous après un séjour à l'UHPA, elle a continué son suivi à l'extérieur. On n'a pas eu besoin de l'orienter vers un psychologue ou une thérapie, car elle a tout simplement poursuivi sa thérapie (concernant Amanda).

Par rapport à l'autre jeune fille pour qui nous avons des soucis, nous l'avons encouragée à aller au centre thérapeutique pour adolescents. Mais c'est très difficile pour elle. En général, elle se fâche pour partir en claquant la porte avant la fin de la séance. Nous pensons qu'elle n'a pas pris encore conscience de ses véritables problèmes. Ce n'est peut-être pas forcément un véritable problème d'anorexie mais en tout cas, elle a des gros problèmes de rapport avec son corps. C'est très difficile à élaborer pour elle. Elle a ce suivi thérapeutique à l'extérieur depuis longtemps. Mais dès qu'elle est trop confrontée à elle-même, c'est insupportable. Pour elle aussi, on a pris l'option d'être dans les choses du quotidien. Par rapport à la nourriture, ce qui est sympa, c'est qu'elle nous fait des fois la cuisine de son pays. C'est étonnant, car elle trouve beaucoup de plaisir à faire à manger. Elle participe assez volontiers à la cuisine, ce qui

est très sympa. Mais c'est vrai qu'on est dans quelque chose d'assez structurant, ce qui nous a été conseillé par les psychologues. Elle est très fragile, et nous la cadrans beaucoup.

Si on suspecte des troubles chez une fille, on va se concentrer sur un travail d'approche, comme pour d'autres problématiques psy. Ici, on se trouve très souvent confronté à ce genre de problèmes. Effectivement, nous on sert de pont. On peut avoir des entretiens qui sont un peu qualifiés de thérapeutiques, mais on sait que ce n'est pas à long terme. On est confronté aux limites d'intervention du travailleur social et il est de notre compétence de passer le relai. C'est vrai qu'on a un mode de fonctionner où les filles viennent souvent nous trouver le soir, Amanda entre autre. Elle sait très bien profiter de ces moments de disponibilité pour venir se confier. Elle nous interpelle pas mal aussi sur notre vécu. Je nous sens vraiment comme des passerelles. Il ne faut pas non plus hésiter à rentrer dans la discussion, ça serait dommage. On a une marge de manœuvre assez grande et ce qui est important, c'est que nous en parlons en équipe. Et puis, on a aussi des supervisions. Quand on sent que c'est chaud, on en parle en équipe. On peut se questionner sur nos interventions, nos limites, notre rôle finalement. C'est vrai que le rôle du travailleur social n'est jamais super clair. Il faut toujours se remettre en questions.

- Vous êtes vous senti à l'aise avec cette prise en charge ?

Oui, je pense que je me sens à l'aise dans mon rôle de prise en charge quotidienne et de passerelle vers l'extérieur.

- Quelles ont été vos limites d'intervention dans ces prises en charge ?

Pour une jeune fille, c'était difficile car elle n'acceptait pas sa problématique. Avec l'anorexie et la boulimie, on se trouve souvent face à des jeunes dans le déni total, alors c'est difficile d'intervenir quand la personne n'est pas consciente de son problème.

- Qu'est-ce qui a été mis en place au sein de votre institution ? supervision d'équipe, repas particuliers, fermeture du frigo ou des armoires à nourriture, mise en place d'ateliers sur cette thématique, intervention d'un professionnel des troubles alimentaires, ...

Comme je vous l'ai dit avant, des supervisions. Et sinon, on est très attentif par rapport aux repas. Il y a eu des périodes où les filles n'étaient pas présentes aux repas. Alors maintenant, les exigences du foyer, c'est que du dimanche au jeudi, elles doivent être présentes aux repas. Le vendredi et le week-end, elles doivent nous dire si elles ne sont pas là. On leur demande de s'annoncer. Et si la semaine elles ne sont pas là, c'est qu'il y a un projet, un cours de théâtre, une activité, ... C'est un projet qui est écrit. C'est vrai qu'on demande une structuration aux filles. Elles doivent prévoir leurs trucs. Et pis, il y avait des périodes de laisser aller, où des filles étaient dans un malaise profond et s'arrangeaient toujours pour arriver après le repas. Et cela par rapport à la nourriture mais aussi par rapport à la confrontation du groupe.

Il y a une jeune fille nouvelle qui est là depuis 2 mois, où nous nous posons beaucoup de questions, de savoir si elle a des troubles alimentaires. Et je pense d'ailleurs qu'elle en a. Elle ne vient pas aux repas et tout à coup, elle se descend le soir des immenses platées de spaghettis. Alors là, notre intervention c'est quelque chose d'assez stricte. On insiste pour qu'elle vienne aux repas et on reprend les choses avec elle. Et pis, entre nous, on note toujours qui était là aux repas. Comme ça, c'est quelque chose qu'on peut reprendre au colloque si on s'aperçoit qu'une fille est constamment absente aux repas. Si on voit que pendant une semaine, une fille est absente aux repas, c'est quelque chose qui sera repris. C'est comme dans toutes nos actions. Des fois, on a l'impression de parler dans le vide. Cependant, le fait de reprendre les choses, de dire ce qu'on observe, c'est bien. On n'est pas dans un système punitif ici. C'est arrivé de temps en temps qu'on mette une amende. Mais en général, c'est

plutôt sous forme de discussion. Ca sera repris et repris. On insistera pour dire à la jeune fille qu'elle nous inquiète et pour lui faire part de nos observations.

Par rapport à cette jeune fille qui est arrivée, on s'est tout de suite mis dans un système assez contrôlé. Et pis, elle fugait tout le temps, c'était difficile. Mais c'est vrai que cette fille nous l'avons beaucoup reprise et maintenant, elle est présente aux repas. On ne peut pas l'attacher c'est clair, mais on insiste qu'elle soit présente, c'est un respect vis-à-vis du groupe.

En principe, on n'autorise pas les filles à se faire à manger après les repas. C'est aussi une attitude de base. On leur dit qu'on n'en a marre si elles ne mangent pas aux repas et avant ou après, elles se goinfrent de tartines. Ce sont nous les éducateurs qui faisons à manger. En général, on essaie de faire assez de variantes. Comme ça, si elles n'aiment pas un aliment, il y a autre chose. Elles trouvent sur la table quelque chose qui leur plaît.

On fait toute une réflexion sur le groupe, à savoir comment se passent les repas. Des fois, nous avons très peu de maîtrise de ça. Il y a des périodes où c'est très détendu et convivial et elles restent volontiers à table. Et d'autres fois, elles viennent là parce que c'est obligé et elles repartent. Suivant ce qu'il se passe entre les filles, c'est des fois assez chaud. Ces derniers temps, c'est assez convivial.

On note également les repas qu'on fait pour ne pas faire toujours la même chose. D'une manière générale, c'est assez varié. On fait pas mal de légumes. Ce qui passe toujours très bien, ce sont les spaghettis bolognaise. On essaie d'amener de la diversité et de leur amener du plaisir. Ca nous arrive aussi de temps en temps s'aller au Mac. Mais on essaie vraiment de varier. Et puis, on a toujours des fruits à disposition, très peu de biscuits. On vise une régulation des repas, c'est une sorte de prévention. On planque pas mal de choses. On a une armoire sous clef à la cuisine. Si à 4h, elles ont envie de se faire une tartine, y'a pas de problème. Il y a aussi des yogourts à disposition. Elle nous demande souvent pour aller à la réserve en bas par aller chercher des balistos ou des yogourts, c'est ce qu'il y a à disposition. Et puis, les fruits aussi. Mais c'est vrai qu'à partir de 18 h, le pain est planqué sinon elles se font des tartines avant le souper et après elles ne mangent plus. Donc, on planque des trucs.

On essaie vraiment de garder le rythme au niveau des repas.

- Avec du recul, privilégieriez-vous d'autres pistes d'intervention ? Accompagner les jeunes individuellement aux repas, permettre la reconnaissance des émotions,...

Par rapport à la nourriture, on se pose des questions. Quand je suis arrivée, je me suis faite certaines réflexions. Et ma nouvelle collègue se fait actuellement les mêmes réflexions. La plupart des filles ne savent pas cuisiner. Par contre, Amanda a de très bonnes connaissances de la diététique, elle connaît beaucoup de choses, on voit qu'elle a potassé !! Au niveau de faire la cuisine, elles ont peu de notions. La plupart des filles aiment bien participer ou même faire à manger. Mais il n'y a pas d'exigence à ce qu'elles fassent la cuisine. On met l'accent sur leur formation extérieure. Si elles arrivent à 18-19h le soir, c'est compliqué pour qu'elles participent. Et puis le weekend aussi, c'est très libre.

Il y a une envie de faire venir une personne de la ligue de la santé. On a des réunions chaque semaine, appelées des réunions de maison où différents thèmes sont abordés, mais ce sont plutôt des régulations. Et puis, les filles le prennent plus comme « l'équipe éducative nous dit qu'est ce qu'on doit faire ou ne pas faire » et souvent on se fâche. Mais de temps en temps, on arrive à avoir des discussions intéressantes. On a quelqu'un qui est venu pour la prévention d'internet, on a envie de faire venir quelqu'un de PROFA. Je pense que par rapport aux troubles alimentaires, on pourrait tout à fait faire venir quelqu'un. Au début, on a dit non. Si elles ne sont pas motivées, ça ne sert à rien. Et puis, finalement, on va rentrer dans un mode

de faire. La personne vient, et tant mieux si ça se passe bien. Des fois, les filles nous étonnent. Elles ne sont pas motivées et finalement, elles sont très preneuses. Donc, je pense qu'on va envisager de faire venir quelqu'un et on verra la suite. Peut-être ça va déboucher sur un cours de cuisine, quelque chose de concret. Bien sûr, ça serait un idéal, des pistes qu'on a envie de suivre. Mais on vient de traverser six mois très pénibles et c'est vrai qu'on n'avait pas l'énergie de mettre sur pied quelque chose comme ça.

- Actuellement, êtes-vous confronté à un cas d'anorexie ou de boulimie au sein de l'institution ? Ou suspectez-vous un comportement chez un jeune actuellement ?

1 suivie par l'UHPA, qui est anorexique

1 suivie par le centre thérapeutique de jour, certainement anorexique

1 suspectée d'être boulimique

Et puis, il y a la mode de toutes ces jeunes filles qui se trouvent trop grosses. C'est quelque chose qui nous revient tout le temps. Mais ça nous fait plaisir car il y en a une ou deux qui sont plutôt en chair. Une notamment se sent très bien, c'est celle qui va le mieux ici. Elle est très belle et elle donne un très joli modèle pour les autres. Elle est bien dans sa peau. Les autres la charrient souvent sur son poids ou sa poitrine. Mais moi, je pense que c'est vraiment une chance qu'elle soit là et un exemple pour certaines.

Il y a souvent des discussions sur la mode, sur les mannequins, des discussions assez informelles. Elles nous disent qui elles trouvent belles, ou pas belles et pourquoi, celle qui est femme ou pas femme.

2. Quels arguments peuvent influencer votre manière de penser et votre intérêt (ou désintérêt) face à ces pathologies ?

- Ces pathologies concernent peu de jeunes, la fréquence est encore trop minime. *D'après-vous, quel est le pourcentage d'adolescents confrontés par l'anorexie, respectivement par la boulimie ?*

Non, alors pas du tout, ce n'est pas quelque chose qu'on peut dire. Ici, sur 8, nous sommes inquiètes pour 3.

Je pense qu'environ 5 % des adolescents sont concernés par l'anorexie ou la boulimie

- Ces pathologies ne concernent pas le champ d'intervention du travail social mais celui de la psychiatrie. *Est-ce que vous connaissez les professionnels de ce domaine dans votre région ? Médecins ou psychologues spécialisés, associations, institutions spécialisées, les groupes de paroles, ...*
Connaissez-vous différentes prises en charge ? Si oui, lesquelles ?

Effectivement, ce sont des pathologies profondes qui nécessitent un traitement psy. Ce n'est pas forcément une hospitalisation, mais ça nécessite quelque chose d'assez poussé. Mais ça nous concerne de près par rapport au travail éducatif et social. Nous pouvons intervenir auprès des jeunes concernés par ces pathologies. On ne peut pas tout relayer au psy. Nous avons un rôle à tenir.

Je connais l'association anorexie-boulimie, mais nous n'avons pas eu de contact avec eux. Mais c'est vrai que ça pourrait être intéressant de les rencontrer. Avec les thérapeutes qui suivent nos filles, nous avons quelques contacts.

Je sais qu'à l'UHPA, c'est quelque chose d'assez comportementaliste, avec aussi des entretiens psy, où il y a un suivi au niveau de la prise de poids, des activités corporelles, ... Il y a d'autres approches, la thérapie de famille, la systémie que j'encouragerai beaucoup. Je pense

que ce sont des choses qui se complètent. Il faut passer par étape. Si la personne est en pleine crise, peut-être il faut passer par l'hospitalisation. Le travail avec la famille me paraît extrêmement important et le travail individuel.

On a des contacts avec les parents. Les personnes importantes de l'entourage, on les rencontre. La jeune fille qui est arrivée, complètement déstructurée, et bien, nous avons fait des réunions toutes les semaines avec sa famille et son assistante sociale. Le recadrage par rapport à ce qui peu être fait est très conséquent. Dans un projet à long terme, on les situe plus dans l'atomisation. On organise des réunions avec les familles tous les 3 mois, 6 mois. En général, 3-4 fois par famille. Mais on ne si situe pas comme des thérapeutes de familles. Ce sont des réunions. On fait aussi le rôle de tampons avec les familles. L'assistante sociale garde aussi un rôle important. C'est elle qui fait la demande de placement et qui supervise de manière générale le placement. L'AS est donc invité aux réunions.

- Ces pathologies sont des caprices de jeunesse, une grande volonté suffit pour changer ces comportements.

Quelles peuvent être les comportements des jeunes concernés par l'anorexie et ceux concernés par la boulimie ? D'après vous, à quoi faut-il être attentif pour distinguer les deux pathologies ?

Je coirs pas que ces jeunes filles manquent de volonté en général. Mais c'est vrai, que par moment, c'est très agaçant. Ce sont des jeunes filles qu'on a envie parfois de prendre et de secouer. Les taper contre les murs. Je pense qu'elles peuvent déclencher des réactions parfois très violentes. Il a beaucoup de violence dans leurs comportements. Là, c'est très important de ne pas rester seul, il faut faire appel à l'équipe. La confrontation est hyper nécessaire avec ces jeunes filles. On balance entre la plainte, l'écoute, la confrontation assez constructive. Une confrontation qui les renvoie à elles-mêmes, ce qu'elles se veulent. J'ai assisté, il y a peu de temps, à une séance avec la psy d'Amanda. On était très inquiet pour elle, on savait plus quoi faire, alors j'ai demandé à voir sa psy. Elle était très déprimée. Finalement, ça a tourné entre un dialogue entre Amanda et sa psy. J'étais assez étonnée de la confrontation assez virulente que sa psy a eu avec elle : « Amanda, si tu veux une réalité absolue, une vérité absolue, c'est le malheur, le malheur absolu. Ca, les êtres humains savent très bien faire. Si tu veux t'engager la dedans, ça va jusqu'à la mort, là il y a une réalité. Autrement, si tu es dans une autre recherche existentielle, je peux t'aider ». C'est vrai que la psy connaît Amanda depuis 4 ans, elle la connaît très bien. Elle lui rappelait qu'il y a 4 ans, Amanda ne tenait plus debout, alors qu'Amanda trouvait que ça allait très bien. Moi, j'avais un tout autre regard sur Amanda. Mais j'ai trouvé intéressant qu'elle la confronte à sa manière de penser assez schématique. Maintenant, on essaie de faire la même chose.

Les comportements : un rapport particulier à la nourriture, ou dans l'excès, ou dans la privation, la contrainte ; un intérêt très fort par rapport au corps, à l'image de soi ; une recherche de grande maîtrise ; une grande ingurgitation de nourriture ; le sport excessif ; des comportements de compensation ; les vomissements répétés après les repas,...

- Ces pathologies n'ont pas de graves incidences, leurs conséquences ne sont pas néfastes

Est-ce que vous connaissez les conséquences que peuvent engendrés ces pathologies ? Est-ce que vous connaissez les facteurs déclencheurs ? Comment peut s'installer la maladie ?

Je pense qu'il faut avoir la vision que ces pathologies peuvent amener à la mort. En plus, on est dans une tranche d'âge de chronicité. Si on peut intervenir assez tôt, c'est quand même vachement bien. Je vois dans mon entourage des jeunes filles bien qui sont assez limites. Moi, j'aurai aussi des fois tendance à minimiser, dire que ce n'est pas si grave. C'est une sorte de

défense naturelle. Je pourrai penser que c'est dû à la crise d'adolescence et qu'il faut arrêter de tout pathologiser. Mais ça serait vraiment dommage de passer à côté. Concernant Amanda, je pensais souvent qu'elle allait vite s'en sortir, car elle avait beaucoup de ressources. Et finalement, ce sont des troubles qui restent longtemps. Les séquelles sont importantes. Ça reste des troubles importants pendant longtemps. Dans son rapport avec les autres, c'est également très compliqué, elle souffre beaucoup. Par exemple, je pense notamment à son rapport avec les hommes, le rapport au regard de l'autre en général. Le regard de l'autre reste cette sorte de dépendance. En même temps, une envie d'indépendance très forte et aussi une hyper dépendance marquée. Il y a les 2.

On a croisé une jeune fille anorexique en ville l'autre jour, vraiment un squelette ambulante. Et j'ai demandé à Amanda ce qu'elle pensait, ce que ça faisait pour elle de la voir. Elle m'a répondu qu'elle la plaignait vraiment, qu'elle devait tellement souffrir.

Les conséquences : l'aménorrhée, la mort, diverses maladies liées aux vomissements répétés.

D'après moi, l'origine de la maladie dépend de pleins de facteurs.

3. En tant que travailleur social, quelle est votre position ou vos sentiments face à ces pathologies ?

- Vous vous sentez concernés par ces pathologies.

Oui.

- Vous vous sentez impuissants face à ces pathologies

Oui, il faut reconnaître qu'il y a une part d'impuissance. C'est extrêmement difficile de reconnaître ça. Comme je disais, il faut restituer les choses. Nous avons cette grande chance et ça nous aide à rester modestes. Je pense à Amanda, je trouve très riche qu'elle vive ici des expériences dans le concret, avec d'autres jeunes filles. Elle vit des choses complètement différentes de ses obsessions et de ses rapports difficiles avec ses parents, à travers des choses très simples et concrètes, par exemple le partage d'un repas, faire de la danse avec d'autres filles. Comme ça, on a une petite action, une transformation, quelque chose de différent. Maintenant, il faut avouer que le sentiment d'impuissance, nous l'avons souvent.

- Vous vous sentez démunis face à ces pathologies.

Là aussi, en équipe on s'est souvent posés pleins de questions. Un fois de plus, situer notre action, notre rôle. Ce n'est pas complètement démunis, mais il y a des choses à approfondir, des pratiques purement professionnelles.

- Dans votre rôle de substitut parental, vous êtes dans le déni, tout comme les parents très souvent

Non, je ne pense pas. Par contre, on rencontre très souvent des parents qui se trouvent dans le déni. Ils ne veulent pas voir la maladie de leur enfant ou ils minimisent la gravité.

- Vous ne disposez pas des outils nécessaires pour intervenir.

Ce n'est pas nous qui allons traiter des troubles pareils, ça c'est clair. Maintenant, on va accompagner une personne qui fait une démarche thérapeutique, ça oui. Je pense qu'on peut être très utile en complémentarité. Par exemple, pour une rupture avec la famille qui est bien souvent nécessaire. Je pense que notre rôle est important dans le processus, ce n'est pas nous tout seuls, mais nous dans une démarche complémentaire.

- Ces pathologies vous inquiètent.

Oui et en plus ces pathologies nous agacent. Ces pathologies suscitent énormément de confrontation ; il y a la confrontation à la mort, la confrontation à des choses très vitales : qu'est-ce que c'est une femme,...Maintenant, c'est ça qui est passionnant dans notre travail, c'est la confrontation à des problèmes existentiels. Suivant la gravité du cas, suivant effectivement notre parcours professionnel, suivant notre fragilité actuelle, il y a des tas de moments où on peut flipper. Actuellement, je trouve qu'on est assez cohérent avec ces filles. Mais ça reste des pathologies très inquiétantes.

- Vous méconnaissiez ces pathologies

Non ! Que ce soit dans ma vie privé ou dans ma vie professionnelle, j'ai rencontré des jeunes confrontés par ces problématiques. J'ai de l'intérêt pour ces pathologies et de ce fait, je me suis informée personnellement pour m'aider dans l'accompagnement de ces jeunes. Je pense bien connaître la différence entre les 2 pathologies ainsi que les conséquences. Dans notre institution, on a des bons moyens de repérer des signes. Mais on peut aussi passer à côté, c'est très facile. Comme notre prise en charge est axée sur des jeunes filles en difficultés, on doit connaître un minimum ces pathologies, en sachant que de plus en plus de jeunes y sont confrontés. Mais c'est quand même facile de passer à côté de la boulimie !!

- Vous banalisez ces pathologies.

Pas du tout. Vu le nombre de jeunes concernés, c'est notre rôle d'y porter de l'attention et de prendre au sérieux ces jeunes. Même si les conséquences ne sont pas directes, il est primordial de ne pas banaliser ces problèmes.

- Vous manquez de temps pour vous investir dans ces problématiques

C'est clair que nous ne pouvons pas nous investir dans toutes les problématiques que rencontrent les jeunes. Je pense plutôt qu'il faut évaluer les situations et offrir du temps aux jeunes qui en ont besoin.

- Vous privilégiez l'intervention de professionnels qualifiés dans ce domaine.

Oui, on est l'intermédiaire vers l'extérieur. Mais on a un rôle à tenir. On ne fait pas que de l'orientation. Au-delà de l'orientation, on peut proposer pleins d'interventions.

4. D'après vous, comment se coordonne le travail social et la prévention de l'anorexie et de la boulimie ?

- Connaissez-vous des activités de prévention de l'anorexie et de la boulimie ? Si oui, lesquelles ?

J'ai entendu parler de ces conférences auprès de jeunes enfants.

J'imagine que l'association boulimie-anorexie fait pas mal.

- Le travailleur social doit-il connaître et/ou participer aux activités de prévention ? Si oui, pour quelles raisons ?

Alors connaître, ça me paraît indispensable. Participer, ça dépend de son intérêt. Ici, on a un rôle d'éducateur d'internat. Donc, libre à nous de soutenir différents projets, en fonction de notre intérêt pour avoir un regard sur l'extérieur. C'est toujours intéressant. Malheureusement, on n'a pas toujours le temps ni l'énergie. C'est des fois compliqué de faire des choses sur l'extérieur. Par contre, ça me semble indispensable d'avoir des échanges avec des gens qui font de la prévention dans différents domaines. Par contre, si ce sont des travailleurs de l'AEMO, des assistants sociaux ou des éducateurs qui reçoivent des jeunes à la journée, oui je les vois assez bien s'insérer dans un groupe de prévention. Il y a pleins de collaborations possibles.

- Avez-vous déjà participé à une activité de prévention des troubles alimentaires ? Si oui, laquelle ?

Sur ce sujet là, non.

- Le travailleur social doit-il tenir un rôle dans la mise sur pied d'activités de prévention des troubles alimentaires ? Si non, qui devrait mettre sur pied de telles activités ?

Une fois de plus, oui. Il y a toute une tranche de travailleurs sociaux, comme je disais avant ceux de l'AEMO, les éducateurs de rue qui travaillent avec le milieu ouvert, je pense aussi aux assistants sociaux. Ces gens peuvent apporter beaucoup de situations concrètes. La collaboration nous amène vraiment des choses très intéressantes. Et collaborer pour mettre sur pied une campagne de prévention, ça pourrait être intéressant.

C'est la grande mode du travail en réseau. Mais des fois, c'est n'importe quoi, les réseaux doivent être structurés et on doit savoir où on va. Des fois, c'est juste le chaos. Si c'est juste se rencontrer autour d'une situation, ça n'a aucun sens. Il faut mettre des priorités sur qui fait quoi. Il faut savoir que d'autres existent, mais on n'est pas obligé de les rencontrer. Je trouve qu'il y a une énorme réflexion à faire sur le travail en réseau. Le système social est très large et dense, il y a des associations de toutes sortes très intéressantes, il y a des choses sur internet qui se passent. Il y a énormément de choses à prendre en compte. Après, on n'est pas obligé de travailler avec tout le monde. Il faut se fixer une ligne et ensuite faire parler de soi. Si on monte un projet de prévention, il faut faire parler de soi, toute la publicité est importante.

- Dans le cadre de votre institution, existe-t-il des mesures de prévention des troubles alimentaires ? Des ateliers, des reportages, des films,

Certains placards sont verrouillés ; une grande attention est faite sur l'alimentation et la prise des repas. Notre prévention se base sur des choses quotidiennes. On a des discussions informelles, on est assez attentifs à ça. Mais il n'y a pas eu de discussion de groupe à propos de ces pathologies. On est attentif dans la prise en charge au quotidien. On a mis à disposition une salle de gym à l'étage inférieur. Les filles peuvent y aller quand elles veulent.

- Pensez-vous que la prévention est suffisante dans ce domaine ?

Je ne peux pas vraiment me positionner sur la question, car je ne me suis pas assez intéressée à ce qui est actuellement mis en place pour remédier à ces pathologies. Mais je pense quand même plutôt non.

- Qu'envisageriez-vous en tant que professionnel pour remédier à ces pathologies ?

C'est super important que ça se situe à pleins de niveaux.

Je sais qu'à Genève, ils ont une section spécialisée sur la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie. Mais j'avoue que je suis toujours mitigée sur les choses spécialisées. De toute façon, même si des institutions spécialisées existent, il faut pleins d'autres choses. Il y a pleins d'adolescents qui ont des difficultés avec leurs corps, mais qui ne pourraient pas s'insérer dans une prise en charge spécialisée, car ils n'ont pas vraiment un diagnostic d'anorexie ou de boulimie. Au niveau général, il y a une réflexion à avoir au niveau de la maîtrise de son corps. Aujourd'hui, on vit dans un monde complètement fou par rapport à ça. On doit être beau, mince, en bonne santé, riche, bronzé. L'idéal de beauté est égal à un idéal de réussite. C'est un message extrêmement dangereux vis-à-vis des jeunes. Toutes les générations ont été prisonnières de la mode. Cependant, actuellement, on est arrivé dans un extrême en sachant que l'idéal féminin est de plus en plus maigre. On a plus de recul par rapport à ce qu'on veut nous ingurgiter. Je pense qu'il y a une réflexion générale de la part des travailleurs sociaux,

des enseignants, des parents. Tout le monde doit réfléchir à quelle modèle on donne à nos enfants. C'est une réflexion au niveau de la société. C'est vrai que je fais partie de l'association des parents d'élèves et sur tous les programmes de prévention, il n'y a rien sur la nourriture et les troubles alimentaires. On trouve des campagnes sur l'alcool, la toxicomanie, internet, le cannabis, ... En tant qu'adulte, on a encore une grande responsabilité envers nos enfants. Et c'est vrai que nos jeunes sont quand même vachement démunis. Il faut les aider à grandir, mais j'ai le sentiment qu'on lâche trop vite les valises. Il faut leur apprendre à réfléchir sur la vie, c'est quoi la vie, c'est quoi nos valeurs ? C'est quand même effrayant de constater qu'en Suisse, on a le taux le plus élevé de suicide chez les jeunes. Il y a une réflexion à avoir sur le sens de la vie, car il y a vraiment un malaise très profond. En tant qu'adulte, ça nous fait peur. On constate un grand vide. Ici, dans l'institution, je m'en rends compte. Les filles nous posent beaucoup de questions existentielles. C'est vrai qu'il ne faut pas nier la pathologie qui est très spécifique. Mais je pense qu'elle est vraiment soutenue par ce courant. Il y a un problème psy profond, des conflits avec les familles. Mais passer par des choses très concrètes, ça amène quelques solutions. Il faut réapprendre le contact avec le corps, comment aimer son corps, ça me semble hyper important.

5. Nous voici arrivés à terme de l'entretien, souhaiteriez-vous ajouter quelque chose

Je trouve que votre réflexion est très intéressante. Il faudra nous tenir au courant quand vous aurez fini votre travail. Il y a du pain sur la planche dans ce domaine.

Une très bonne idée, ça serait aussi d'intégrer un module sur les troubles alimentaires dans la formation HEVS.

J'ai été écouté Maras Selvini à Neuchâtel et il y a quelque chose qui me reste profondément en tête. J'ai trouvé cette femme extraordinaire. Elle remettait tout en questions. Et puis, elle a dit : « Il y a une chose dont je suis certaine sur l'anorexie, c'est une grande défense contre la dépression ». Et ça, je pense qu'il ne faut pas l'oublier. Quand une anorexique sort de son schéma, elle passe par une grande phase dépressive. C'est un peu ce que nous vivons avec Amanda. Elle passe par des phases dépressives angoissantes, où elle refuse d'être médiquée. D'un côté, il faut le prendre comme quelque chose de positif et d'un autre côté, ce n'est pas évident. Il n'y a pas seulement l'histoire du comportement, mais il y a le reste aussi. Il faut pouvoir comprendre cette phase de dépression et être attentive à ça, ça fait partie du processus de guérison.