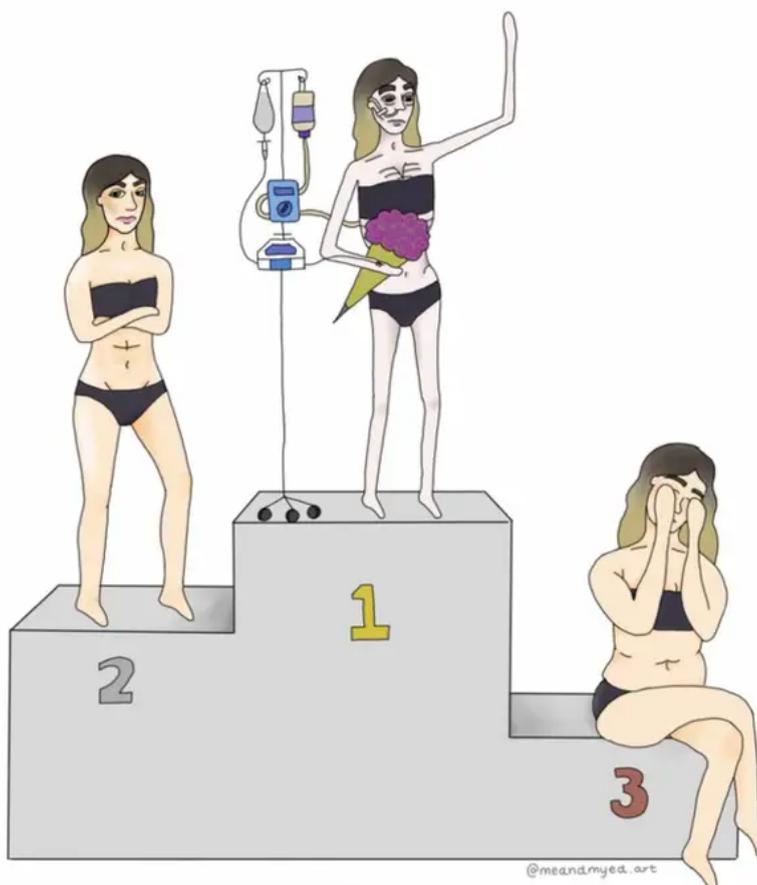




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins influence la relation soignant/soigné?



Formateur référent mémoire: Anne Marie LEBRETON

Mémoire présenté par Julie Corsini

Formation Infirmière

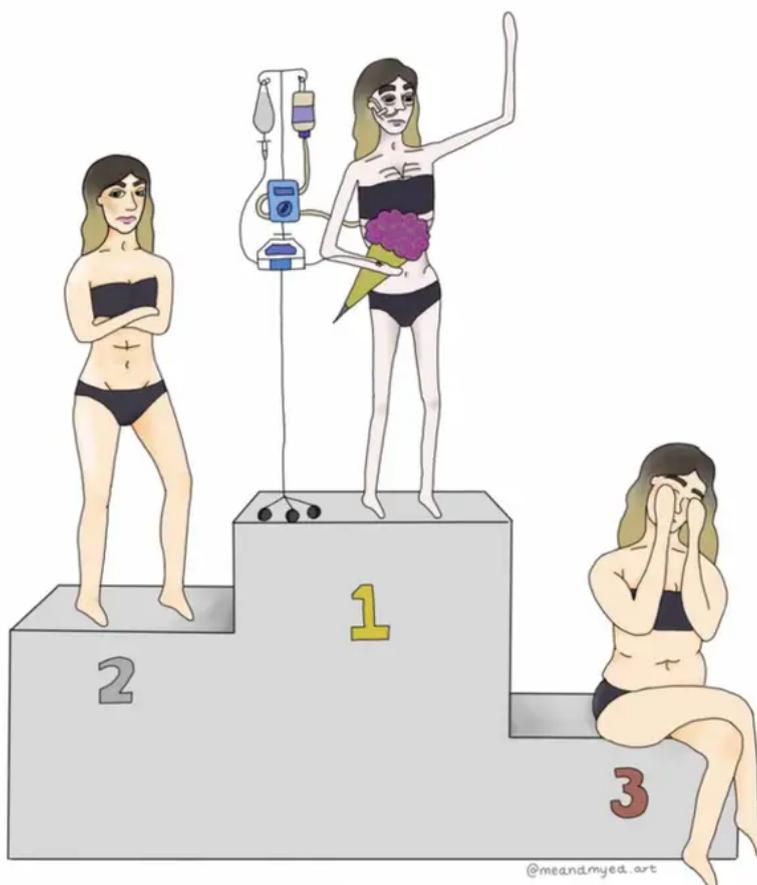
Promotion 2018-2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins influence la relation soignant/soigné?



Formateur référent mémoire: Anne Marie LEBRETON

Mémoire présenté par Julie Corsini

Formation Infirmière

Promotion 2018-2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études: Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins influence la relation soignant/soigné?

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

*J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.
Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.*

Le 04/05/2021

Identité et signature de l'étudiant : Julie Corsini

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je remercie Anne Marie LEBRETON, ma référente de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils ainsi que son implication autour de mon travail de fin d'études.

Je remercie les deux infirmières qui m'ont accordé du temps afin de réaliser mes entretiens et répondre à mes questions.

Je remercie mes deux amis qui m'ont aidé en relisant et en corrigeant mon mémoire.

Sommaire

1- Introduction:	1
2- Situations d'appel:	1
2.1- Situation N°1:	2
2.2- Situation N°2:	2
2.3- Mes questionnements:	2
3- Vers ma question de départ:	3
4- Le cadre théorique:	4
4.1 Troubles du comportement alimentaire:	4
4.1.1- Définition et épidémiologie:	4
4.1.2- Symptômes et diagnostic:	4
4.1.3- Prise en charge et devenir:	5
4.2- L'anorexie:	5
4.2.1 - Définition et épidémiologie:	5
4.2.2- Symptômes et diagnostic:	6
4.2.3- Les différents facteurs de la pathologie:	7
4.2.4- Prise en charge et devenir:	9
4.3- Le contrat de soins:	10
4.3.1- Définition:	10
4.3.2- Cadre historique et législatif:	11
4.3.3- Conditions de mises en place et intérêt dans la prise en soins:	11
4.4- L'adhésion:	13
4.4.1- Définition:	13
4.4.2- Le cadre législatif:	13
4.4.3- L'intérêt de l'adhésion aux soins dans la prise en charge des anorexiques:	14
4.5- Les soins relationnels:	15
4.5.1- Définition:	15
4.5.2- La relation de confiance:	15
4.5.3- L'intérêt des soins relationnels et de la relation de confiance dans la prise en soin:	16
4.6- La posture professionnelle:	16
4.6.1- La définition:	16
4.6.2- Les mécanismes de défenses:	17
4.6.3- Les sentiments et les émotions:	17
4.6.4- L'impact de la posture professionnelle sur la prise en soins:	18
5- La méthodologie	18
6- Analyse descriptive:	19
6.1 - La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:	19
6.2- La prise en charge de l'anorexie: le cadre de suivi et les acteurs:	20
6.3- La place du contrat de soin dans la prise en soin de l'anorexie:	20
6.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion de refus de soins:	21

7- L'analyse interprétative:	21
7.1- La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:	22
7.2- La prise en charge de l'anorexie: le cadre de suivi et les acteurs:	23
7.3- La place du contrat de soin dans la prise en soin de l'anorexie:	24
7.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion du refus de soins:	24
8- La discussion:	25
8.1- La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:	26
8.2- La prise en charge: le cadre de suivi et les acteurs:	27
8.3- La place du contrat de soin dans la prise en charge de l'anorexie:	28
8.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion du refus de soins:	29
9- Conclusion:	30
10- Bibliographie:	
11- Sommaire annexes:	

1- Introduction:

Dans le cadre de la formation infirmier, chaque étudiant réalise un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, basé sur deux situations rencontrées sur les lieux de stages. En effet, au cours de ces 3 années de formation, certaines situations que nous sommes amenés à rencontrer peuvent nous toucher, nous marquer et nous questionner. Lors de deux stages différents, j'ai pu être confrontée à deux situations qui ont pour moi été marquantes concernant des patientes anorexiques. Dans un premier temps par rapport à leur prise en charge qui comprend pour chacune un contrat de soin. Dans un deuxième temps vis-à-vis de la relation de confiance des soignants par rapport à une jeune patiente anorexique. J'ai effectué quelques recherches suite à ces situations et j'ai trouvé de nombreux articles traitant de l'anorexie, de la relation de confiance, de l'adhésion aux soins ainsi que du contrat de soin. J'ai donc décidé de cibler mon travail sur ce sujet car je pense qu'il peut m'être bénéfique pour mon avenir professionnel lors de mes futures prises en soin.

Dans un premier temps, nous allons présenter les situations d'appel et les questionnements suite à celles-ci. Dans un second temps, nous allons développer le cadre théorique, qui a été construit suite à des lectures d'articles, de livres ainsi que des écoutes de podcast et visionnage de film abordant mon sujet. Par la suite, nous allons confronter et analyser de manière descriptive puis interprétative deux entretiens réalisés avec des professionnels de santé ayant pris en charge des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Pour finir, nous allons réaliser une discussion en nous appuyant sur le cadre conceptuel et les analyses d'entretiens, afin de se projeter en tant que future professionnelle.

2- Situations d'appel:

2.1- Situation N°1:

Dans le cadre de ma formation infirmière, j'ai effectué, pour mon 4^{ème} semestre, un stage dans un service de pédiatrie et plus précisément aux Grands enfants et adolescents (de 2 à 16 ans). Le service comptait 11 chambres doubles et accueillait plusieurs enfants anorexiques. Durant mon stage, j'ai été amenée à m'occuper de plusieurs enfants souffrant de troubles alimentaires. J'ai pu prendre en charge une petite fille de 8 ans, qui s'appelait L., elle était hospitalisée pour son anorexie. La relation soignant/soigné était bien établie avec L. Au cours de ma prise en charge, j'ai été surprise de voir qu'elle s'ouvrait facilement à moi. Cette dernière m'avait fait part de son envie de vouloir

partir du service et rentrer chez elle avec ses parents. Elle était consciente que pour cela elle devait prendre du poids et re-manger, ainsi qu'accepter un suivi psychologique. Elle avait l'air très motivée et impliquée dans sa prise en charge. J'étais très contente de voir que L. avait envie d'aller de l'avant et de guérir, je la soutenais et voulais l'aider dans cette rémission. Étant dénutrie et ne voulant plus s'alimenter suffisamment, L. avait subi une pose de sonde naso-gastrique et se voyait donc une alimentation par cette voie la nuit. Elle était généralement posée après le repas du soir. Ce soir-là j'avais donc, lors du dernier tour réalisé avec l'infirmière, posé l'alimentation de L. Cependant, près d'une heure après la pose de l'alimentation, j'ai entendu dans le couloir la pompe à alimentation sonner depuis le couloir. J'ai donc été voir ce qu'il pouvait se passer et j'ai trouvé L. à côté de sa chambre: je lui ai demandé si elle avait touché à quelque chose ce à quoi elle m'a répondu " non" en baissant les yeux au sol. En regardant dans cette même direction, j'ai pu voir beaucoup de produits venant de la poche à ses pieds et sur ses chaussettes. L. avait en réalité essayé de vider un peu de sa poche d'alimentation en ouvrant le robinet de la tubulure et en essayant de boucher la partie reliée à elle. Suite à cette situation, j'ai pu constater en discutant de cet événement avec l'équipe, que je n'avais sans doute pas assez été vigilante dans ma prise en charge. J'ai été attristée par cette situation car je souhaitais aider L. à aller mieux et cet événement m'a fait ressentir un sentiment de trahison par cette petite fille de 8 ans.

2.2- Situation N°2:

Cette situation a eu lieu lors de mon stage de semestre 2, dans un service d'hépatologie qui avait la particularité d'avoir 2 chambres accueillant spécialement les personnes ayant des troubles du comportement alimentaire. Lors de mon arrivée et tout au long de mon stage, les deux chambres étaient occupées par deux jeunes filles. Lorsque l'on m'a expliqué le fonctionnement particulier avec les deux patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire, j'ai été surprise car les conditions de prise en charge étaient particulières et qui me semblaient rigides. Il y avait notamment après chaque repas, la fermeture à clé de la salle de bain ainsi que les toilettes pendant une demi-heure. Le contrat changeait également selon les personnes: pour une d'entre elles, tout contact avec le monde extérieur était interdit. Les relations et prise de contact avec les soignants devaient également être limitées.

2.3- Mes questionnements:

- *Troubles du comportements alimentaires*: Quelles maladies se regroupent dans ce terme? Quelles sont les personnes touchées? Quel est son mécanisme? Quelle est sa prise en charge?

- *Anorexie*: comment définir l'anorexie? Quels sont les symptômes? Quel est son mécanisme? Quelle est sa prise en charge?

- *Alliance thérapeutique/ Contrat de soin*: Dans quel contexte est réalisé un contrat de soin? Comment se forme un contrat de soin? Par quel critère est-il personnalisable? Les contrats de soins sont-ils encadrés par certaines lois? Quelles sont les obligations d'un contrat de soin pour le soignant ainsi que pour le soigné?

- *Adhésion*: Que signifie l'adhésion aux soins? Quelles sont les lois relatives aux soins et aux droits des malades?

- *Relation de confiance soignant/soigné*: Comment définir une relation de confiance? Existe-t-il une limite dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné? Quelle est la juste distance à instaurer dans cette relation? Quelles sont les différentes relations que l'on peut retrouver dans la prise en charge d'un patient?

- *Soin relationnel*: Qu'est ce que le soin relationnel? Quels sont les différents soins relationnels et comment les adapter et les mettre en place?

- *Emotion du soignant*: Comment prendre du recul sur une situation qui peut affecter le soignant? Quelle est la cause de cette peine ressentie (notion de transfert? pourquoi cela suscite ça chez moi) ? Est-ce qu'une autre posture professionnelle aurait été plus appropriée lors de cette situation?

3- Vers ma question de départ:

Questions de départ: Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins influence la relation soignant/soigné?

4- Le cadre théorique:

4.1 Troubles du comportement alimentaire:

4.1.1- Définition et épidémiologie:

Les troubles du comportement alimentaire sont des perturbations graves de la conduite alimentaire. Ces comportements sont considérés comme anormaux car ils ont des conséquences néfastes sur l'individu au niveau physique et psychologique. Un suivi médical est indispensable lorsque ces comportements sont repérés. Ces troubles touchent 600 000 français dont 90% sont des femmes. Ces pathologies touchent 1,5% des femmes de 15 à 35 ans avec un pic de prévalence de 1,8% chez la femme de 15 à 25 ans. Selon l'Assurance maladie, 10% de la population serait concerné.

4.1.2- Symptômes et diagnostic:

Selon l'HAS (la Haute Autorité de Santé, 2010), il existe 3 grands types de troubles de la conduite alimentaire: la boulimie, l'hyperphagie boulimique et l'anorexie mentale. La boulimie est caractérisée par des crises durant lesquelles la personne va ingérer de la nourriture, de manière compulsive et en excès. Après la crise, la personne malade se fait vomir. Elle peut également utiliser des laxatifs ou/et des diurétiques ou réaliser des périodes de jeûne entre les crises. Ce sont des comportements compensatoires qui font que le poids de l'individu reste plus ou moins stable. L'hyperphagie boulimique, contrairement à la boulimie, n'a pas de manifestations de comportements compensatoires, ce qui peut avoir pour conséquence une obésité ou un surpoids. Le troisième type de comportement alimentaire est l'anorexie. Celle-ci a été décrite au départ par Richard Morton en 1694 puis dans un second temps au XIXème siècle par Charles Lasègue, William Gull et Charles Huchard qui ont permis une individualisation de cette affection selon la revue de l'infirmière (L. GAY et N.SATORI, janvier 2019).

Ces troubles sont définis dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la Classification Internationale des Maladies (CIM). Ils peuvent être repérés par des signes d'alertes (changements d'habitudes alimentaires, changement de l'état psychique et somatique) ainsi qu'avec un questionnaire de dépistage: le scoff (Sick, Control, One stone, Fat, Food) qui comprend 5 questions:

1- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?

- 2- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois?
- 4- Pensez-vous être gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?
- 5- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?

Un score supérieur à 2 réponses positives indique une possibilité d'anorexie mentale ou de boulimie.

4.1.3- Prise en charge et devenir:

Ces troubles doivent être repérés de manière précoce. La prise en charge de ceux-ci est pluridisciplinaire. Elle se réalise en équipe avec les différents acteurs de santé: les médecins, les psychiatres, les diététiciens, les psychologues, les infirmiers et aides-soignants. Plusieurs dispositifs peuvent être mis en place: en ambulatoire, en psychiatrie et dans les cas les plus graves en hospitalisation. L'objectif est de limiter les conséquences somatiques et les complications. Il est important de comprendre également le mécanisme psychologique pour ne pas évoluer vers la chronicité. La prise en soin peut passer par des thérapies familiales, cognitives et comportementales.

4.2- L'anorexie:

4.2.1 - Définition et épidémiologie:

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire qui se caractérise par une restriction, voire un refus strict et volontaire de s'alimenter, qui a pour conséquence un amaigrissement, ainsi que des répercussions physiques et psychologiques.

Cette pathologie se caractérise par une peur intense de prendre du poids, le sentiment de toujours être en surpoids, même si ce dernier s'avère être relativement bas pour son âge, son sexe et sa taille. La personne anorexique cherche par tous les moyens à contrôler son corps afin de maigrir encore et toujours. Il existe deux formes d'anorexie mentale: la première est une forme restrictive pure où l'amaigrissement est obtenu par le jeûne et la restriction alimentaire. La seconde forme comprend des épisodes boulimiques: après un accès de goinfreries incontrôlable, la personne se fait vomir, utilise des laxatifs et/ou des diurétiques, des émétiques.

L'anorexie se déclenche dans la majorité des cas à l'adolescence. C'est en effet une période durant laquelle le corps évolue grandement. Par ailleurs la pression sociale est particulièrement importante,

notamment entre 14 ans et 17 ans avec un pic de prévalence maximal à 16 ans. Cependant, la pathologie peut survenir plus tôt comme à 8 ans ou encore plus tard, après 18 ans selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020). L'anorexie est présente à travers toutes les ethnies et les catégories sociales. Pendant longtemps, l'anorexie a été considérée comme un trouble essentiellement féminin, aujourd'hui il est reconnu qu'elle touche également les hommes: en effet, selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020), la prévalence de l'anorexie chez l'homme au cours d'une vie serait de 0,2 pour 100 personnes. Le nombre de cas est beaucoup plus élevé chez la femme, cela peut s'expliquer par la pression sociale subie par ces dernières, à l'intérieur de notre société qui donne énormément d'importance à l'apparence physique, notamment dans les divers médias (journaux, magazines, télévision, réseaux). Ce trouble peut durer de quelques mois à quelques années. Effectivement, la phase anorexique dure en moyenne d'un an et demi à trois ans. Lorsque le trouble dure plus de cinq ans, on parle d'anorexie chronique. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020) indique qu'au bout de ces cinq ans, deux tiers des sujets guérissent, un tiers est amélioré. Ils indiquent également sur 100 personnes atteintes d'anorexie, 21 vont souffrir de troubles chroniques et 5 à 6 personnes décèdent suite à un suicide ou suite aux complications somatiques. Il s'agit de la maladie psychiatrique la plus mortelle. La plupart des prises en charge sont longues et sont réalisées au cas par cas.

4.2.2- Symptômes et diagnostic:

L'anorexie se présente par une triade de symptôme qui comprend l'amaigrissement (le poids de dénutrition, IMC inférieur à 17,5 kg/m²), l'anorexie (par une restriction ou purge alimentaire délibérée) et l'aménorrhée (absence de menstruation depuis au moins 3 mois).

Certains symptômes sont avant-coureur et peuvent alerter. Cela peut être la manière dont la personne s'alimente ou son rapport obsessionnel avec la nourriture. La personne se soucie de ce que les autres mangent, met en place des stratégies pour manger moins ou ne pas manger du tout. Elle peut cacher l'amaigrissement sous vêtements amples ou au contraire s'exhiber par fierté d'avoir perdu du poids et de contrôler son corps. La perception que la personne a d'elle-même, ainsi que l'estime de soi, sont perturbés. Elle présente également une grande vitalité (sportive et intellectuelle).

Le diagnostic est réalisé en prenant en compte les principaux symptômes d'apparitions. Il est important que le diagnostic soit précoce pour éviter l'évolution vers une forme chronique de la maladie, qui comprendrait des complications somatiques, psychiatriques et psycho-sociales. Le repérage précoce permet une meilleure prise en soin, une meilleure mise en place de l'alliance thérapeutique et diminue les risques causés par le trouble. Il existe en effet un risque de décès (suicide ou complications somatiques), un risque de chronicité, de rechute ou de désinsertion sociale. Le CIM, le DSM V et le CFTMEA permettent l'évaluation et la pose du diagnostic. Lors du diagnostic, les différents symptômes sont évalués, notamment les signes psychologiques et cognitifs (Refus de maintenir un poids corporel normal, obsession par rapport à l'alimentation, le corps, le poids, contrôle mental de la prise alimentaire, dysmorphophobie, recherche de contrôle, déni de la maladie, rigidité et manque de flexibilité, perfectionnisme); les signes comportementaux et physiques (Restriction et sélectivité alimentaire, conduite de purge, possibilité de potomanie, hyperactivité motrice et/ou intellectuelle, exposition au froid, isolement, retrait social); les symptômes somatiques (les troubles métaboliques comme l'hyponatrémie, l'hypokaliémie. La fonte du pannicule adipeux, peau, perte cheveux, hypotension, bradycardie, troubles du rythme cardiaque, hypothermie, plaintes digestives comme des reflux gastro-oesophagiens, constipation, et ostéoporose.).

4.2.3- Les différents facteurs de la pathologie:

L'anorexie est polyfactorielle. Les facteurs qu'elle comprend ont une étroite proximité et peuvent favoriser son apparition à différentes parties de la vie de l'individu. Il peut s'agir de facteurs génétiques, biologiques, familiaux, environnementaux (socioculturels) ou culturels. Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020), ceux-ci peuvent être prédisposants, précipitants et pérennisants. Ils sont variables en intensité et en nombre. Cependant, il est important de rappeler que chaque personne touchée par l'anorexie a un parcours et des événements de vie propre à elle-même.

Les facteurs prédisposants comprennent: les facteurs familiaux c'est à dire la génétique, les comorbidités (comme par exemple les troubles alimentaires, la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires), les relations familiales (vis à vis des idéaux, des conflits, des rigidités ou encore des critiques). Les facteurs environnementaux se composent de l'idéal de minceur, des grossesses multiples, d'une prématurité, d'un événement de vie précoce stressant ou du niveau socio-éducatif. Ainsi que les facteurs individuels qui sont développementaux et peuvent engendrer des difficultés

relationnelles, un déficit cognitif et émotionnel, une intolérance aux émotions négatives, un perfectionnisme, un évitement des émotions, une rigidité, une focalisation sur les détails, des traits autistiques, une modification de l'estime de soi, de la personnalité, du tempérament et de l'attachement. Ces traits de tempéraments peuvent être caractéristique d'une anorexie. Les facteurs individuels peuvent également être biologiques (génétique, stress, carences). En général, les facteurs prédisposants apparaissent durant l'enfance.

Les facteurs précipitants apparaissent à l'adolescence. C'est une période de grands changements pour l'individu notamment par rapport à la puberté: les changements hormonaux, la maturation cérébrale et psychologique, la transformation physique ainsi que le changement des interactions sociales. À cet âge-là, le corps change, l'individu peut se sentir mal dans sa peau. La pression sociale de cette catégorie d'âge joue également un rôle dans le fonctionnement psychologique de l'individu. Outre la pression sociale de cette catégorie d'âge, il existe aussi la pression sociale des réseaux sociaux. En effet, depuis peu, il a été montré que les réseaux sociaux provoquaient de plus en plus de troubles alimentaires. Un article du journal en ligne Le Quotidien nous informe: *“Les jeunes s'abonnent à des fils sur Instagram, par exemple, et suivent des gens qui correspondent à l'idéal qu'ils aimeraient atteindre. Ça les amène à se sentir déprimés, moins beaux et à avoir envie de modifier leur image. Quand les jeunes font des recherches sur les régimes ou les exercices sur les médias sociaux, ils se retrouvent bombardés d'informations en ce sens, explique Martine Fortier, psychologue à la clinique de l'adolescence. L'accès facile à des applications de calcul de calories peut aussi être dangereux.”* (Anne Marie GRAVEL, 2020). Une nutritionniste, Joanie Lapointe, déclare également dans l'article que les réseaux favorisent les troubles alimentaires. Ceux-ci peuvent être entretenus par des personnes souffrant elles-mêmes de troubles et qui les affichent sur instagram par exemple: *“Ils ont accès à des gens qui ont aussi des troubles alimentaires et qui partagent leurs trucs. Il y a des forums. Les personnes photographient leur assiette et donnent toutes les techniques qu'elles utilisent.”*. À cette période, comme à toutes les autres, des événements de vie stressant peuvent se produire (décès, divorce, séparation). Cela favorise l'installation d'un trouble psychiatrique comme les troubles du comportement compulsifs (TOC), la dépression, l'anxiété qui sont des facteurs de comorbidité. Certaines populations sont reconnues plus à risque comme par exemple les adolescents, les mannequins, les sportifs professionnels, les personnes présentant des maladies somatiques impliquant un régime alimentaire (diabète de type 1, dyslipidémie), des jeunes femmes après des régimes restrictifs ou encore des personnes ayant des antécédents familiaux ou personnels de troubles du comportement alimentaire.

Les facteurs pérennisants participent à la chronicisation de l'anorexie. Ils comprennent des facteurs biologiques, psychologiques et neurocognitifs. En effet, le corps s'adapte et finit par se modifier suite aux restrictions alimentaires: les systèmes de la régulation de l'appétit, du métabolisme et de l'humeur sont concernés par ces modifications. Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020) , les conséquences suite aux adaptations du corps sont un endommagement du système cérébral de la récompense (à 80%) mais également un dysfonctionnement qui crée des anomalies biologiques au niveau de la neurotransmission comme un hyperfonctionnement du système sérotoninergique (la sérotonine est un neurotransmetteur qui est impliqué dans la régulation des comportements, de l'humeur, de l'anxiété et de l'apprentissage) et une anomalie du circuit dopaminergique (la dopamine est un neurotransmetteur impliqué dans le plaisir et l'effet de récompense). La chronicisation se met en route avec les effets positifs initiaux du trouble: les réactions positives de l'entourage (pour l'assiduité scolaire par exemple), la sensation de contrôle de soi, de son corps, de son régime, la diminution de la dépression et de l'anxiété. Mais cet état entraîne une dénutrition puis des effets négatifs à long terme avec notamment des difficultés relationnelles, une anxiété sociale, des symptômes dépressifs et anxieux ou une perte de flexibilité mentale. Cette perte de bien être peut alors devenir un cercle vicieux.

4.2.4- Prise en charge et devenir:

La prise en charge doit être précoce, car comme il a été dit précédemment, il existe un risque de complications somatiques à long terme, notamment au niveau cardiaque (cardiopathies congestives), digestif (atteinte hépatique), immuno-hématologique (aplasie médullaire grave, accidents infectieux), développement staturo pubertaire, squelettique(ostéoporose), neurologique (diminution de la concentration, lenteur psychomotrice, atrophie cérébrale), rénale (IRF), métaboliques (homéostasie perturbée quand forme boulimique), dentaires (carences et vomissements) et gynécologique (infertilité). D'autres risques sont à prévenir: le risque de rechute, de désinsertion sociale, voire de décès (suicide ou suite à une complication somatique).. Une bonne prise en soin nécessite l'acceptation de la maladie, c'est-à-dire le dépassement de la phase de déni par la personne concernée et l'adhésion aux soins de celle-ci.

La prise en soin est tout d'abord pluridisciplinaire: elle est réalisée par différents professionnels de santé (médecin, psychiatre, pédopsychiatre, nutritionniste, diététicien, psychologue, infirmiers, aides-soignants...). Un médecin coordonnateur assure tous les liens ainsi que l'organisation globale des soins. Ces soins sont réalisés dans la durée, avec un suivi sur plusieurs années. Ceux-ci peuvent

être dispensés en dans différents services comme en psychiatrie ou dans des services de nutrition. Cela peut également être en pédiatrie pour les enfants. Le mode d'hospitalisation peut être différent en fonction des besoins de la personne et du stade de la prise en charge, cela peut donc être en ambulatoire, en hôpital de jour, en psychothérapie ou dans des cas plus graves en hospitalisation complète. La prise en charge est automatiquement réalisée en ambulatoire sauf si une urgence somatique et psychiatrique est détectée. La prise en charge, en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle, est thérapeutique: un objectif pondéral est discuté avec le patient pour le poids à atteindre de manière progressive. Effectivement, le premier objectif est de stopper la perte de poids. Une prise en charge médicamenteuse peut être créée avec des anxiolytiques, des antidépresseurs ou encore des traitements contre les carences suite à la restriction ou aux purges, mais elle n'est pas toujours obligatoire. Une thérapie nutritionnelle va également être mise en place. Celle-ci va permettre de réapprendre à manger en reprenant une alimentation équilibrée, en appréhendant les aliments tabous (gras, sucre, beurre,...), de manger à nouveau des sucres lents pour éviter les crises ainsi que de se réhabituer aux repas assis à table. Lors des thérapies, les patients anorexiques bénéficient d'informations en rapport avec le poids et l'alimentation. L'objectif est de modifier le rapport que le patient entretient avec l'alimentation. Cette thérapie s'intéresse également aux comportements compensatoires de purge qu'utilisait le patient. Cela lui permet de perdre l'habitude d'utiliser des méthodes comme les laxatifs par exemple. Lorsque la fin de l'hospitalisation arrive, le suivi continue en soins ambulatoire (Hôpital De Jour, consultation..) car les personnes sont encore suivies au moins 1 an, elles ne sont pas guéries en sortant de l'hospitalisation. Par ailleurs, différentes formes de psychothérapies sont mises en place pendant au moins 1 an. Pendant cette durée des interventions psychologiques sont réalisées comme des soins psychologiques individuels et familiaux (adaptés aux patients, de son entourage, du stade de la maladie...).

4.3- Le contrat de soins:

4.3.1- Définition:

Selon le dictionnaire le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, un contrat est un "Accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes et faisant naître des obligations entre elles". C'est une sorte de convention.

Un contrat de soin permet d'organiser la relation entre le soignant et le soigné. Celui-ci naît lors de leur première rencontre. Il permet de fixer un cadre et des objectifs, des obligations. Il entraîne les notions de responsabilité médicale et de droits du patient.

4.3.2- Cadre historique et législatif:

La fondation des contrats de soins débute en 1936 avec l'arrêt Mercier. Celui-ci dispose que : *“il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien, l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins, de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux idées acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle.”* (M. Guisseau-Gohier, 2007). Suite à ce texte apparaît la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité des systèmes de santé: l'article met en évidence les droits du malade, c'est à dire le principe d'autonomie, l'égalité des droits et du savoir, ce qui favorise sa participation active aux soins. L'adhésion et la participation du malade au contrat mis en place ne peut être que bénéfique. Par ailleurs, selon l'article *“La pertinence des contrats de soins dans le traitement de l'anorexie mentale”*: *“Le contrat thérapeutique n'a encore aucune valeur juridique. Il ne faudrait pas confondre contrat de soin et contrat juridique ; ce dernier se réfère explicitement au code civil qui énonce les conditions essentielles d'une convention. Le contrat de soin ne s'inscrit pas dans un cadre législatif ou juridique mais dans un cadre thérapeutique dont le but n'est ni répressif, ni adaptatif.”* (M. Guisseau-Gohier, 2007).

Celui-ci n'est pas forcément écrit mais plutôt oral, moral et symbolique. Il est fondé sur une confiance mutuelle, un engagement réciproque. Il permet de fixer des objectifs, des moyens pour y accéder et le temps nécessaire à cette démarche. Il est spécifique à chacun et demeure un fil conducteur, un repère dans la prise en charge.

4.3.4- Conditions de mises en place et intérêt dans la prise en soins:

Le contrat de soin est utilisé depuis de nombreuses années dans la prise en soins des personnes anorexiques. Il s'agit d'un outil thérapeutique. Celui-ci permet de fixer un cadre et des limites que cela soit au niveau relationnel, temporel ou spatial. Cela diminue l'angoisse chez les

personnes anorexiques. En effet, cette démarche peut être perçue comme rassurante et une sensation de contrôle peut être ressentie, tout en les accompagnant.

Cette offre de cadre thérapeutique permet à la personne prise en soin de se laisser guider et d'être soulagée. La construction du contrat est faite de manière subtile et aboutit à un engagement mutuel: *"Il va constituer un tiers différenciateur entre le patient, le thérapeute et l'équipe soignante, favorisant le travail thérapeutique dans un rapproché suffisamment sécurisant, évitant la confusion ou l'emprise de la relation duelle."* (M. Guisseau-Gohier, 2007). Le cadre relationnel permet donc d'éviter tout conflit, toute relation de duel avec les soignants car les choses sont explicites.

Cependant, comme nous l'indique le même article : *"Celui-ci ne doit pas être trop lâche, sinon il est source d'angoisse ou de rupture, les patients étant confrontés à leur toute-puissance et à leur destructivité. A contrario, il ne doit pas être trop rigide, synonyme d'emprise et d'arbitraire, et doit pouvoir survivre à quelques transgressions. « Les anorexiques nous obligent à la rigueur et doivent nous garder de répondre en miroir à leur rigidité. Il est sans doute aussi mauvais de n'avoir à l'égard de ces patientes aucun projet précis et de 'naviguer à vue' que d'avoir longuement élaboré un protocole thérapeutique intangible pour lequel aucun aménagement circonstanciel n'est possible. Dans ce dernier cas, c'est au malade de s'adapter au traitement et non l'inverse ».* (M. Guisseau-Gohier, 2007).

Un contrat efficace se crée et se réalise sur le long terme, dans la continuité d'une présence soignante: *"En tant qu'engagement mutuel, le contrat constitue pour le patient une garantie de soins au long cours, quelle que soit l'évolution, au-delà des rechutes qui ont tout intérêt à être anticipées par les soignants."*(M. Guisseau-Gohier, 2007). Il permet à la personne anorexique de sortir de la position de défi car la personne se sent en sécurité et peut donc ainsi s'ouvrir. Dans un contrat de soin, la séparation peut être utilisée comme outil thérapeutique. Cela peut être vu comme un moyen de mettre en place un contrat de poids, de mettre en place une distance avec le milieu familial qui peut être conflictuel, d'introduire l'équipe médicale. La séparation est suivie d'une phase de retrouvaille qui est préparée.

Il existe une multitude de contrats. Chacun est également adapté spécifiquement à la personne concernée. Ces contrats de poids existent sous plusieurs formes comme non écrits, sans séparation, avec séparation, avec des objectifs comportementaux et pondéraux, avec séparation partielle, à

durée déterminée, avec un engagement mutuel sur des objectifs de changement, en particulier alimentaire. Tous les critères du contrat permettent la mise en place de limites contenantantes vis-à-vis de l'hyperactivité motrice, de la chute de poids, de la mégalomanie ou du narcissisme. Les engagements sont mutuels autour de la prise de soin. Des consignes sont mises en place: temps de repas, prise de poids, contact avec l'entourage, temps de sorties, activités physiques... Outre les effets bénéfiques sur les patients, il est important de préciser que le contrat de soin est également un support de réflexion pour les équipes vis-à-vis des pratiques et limites très souvent malmenées par la personne anorexique. Il permet une vision d'ensemble de la prise en soin.

4.4- L'adhésion:

4.4.1- Définition:

L'adhésion est l'action d'adhérer à un projet, une idée, une doctrine. C'est le fait de donner son adhésion à une proposition, donner son approbation. *“Le concept d'adhésion thérapeutique, tout comme ceux de compliance et d'observance, sont fréquemment utilisés dans le domaine de la santé (1). Ils qualifient l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie.”* (C. Debout, 2012).

4.4.2- Le cadre législatif:

L'adhésion est un concept encadré par un cadre législatif. Le consentement, qui permet l'adhésion aux soins, est régi par plusieurs lois comme la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans le code de santé publique, l'article 36 (article R.4127-36) dispose: *“Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42.”* De plus, le code de

santé publique précise dans l'article L1111-4, que la personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.

L'anorexie touche beaucoup d'enfants et d'adolescents, il existe également des lois concernant les soins chez les mineurs. Pour commencer, l'article 371-1 du Code civil indique que l'autorité parentale *"appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité"*. En effet, l'article 36 du code de déontologie médicale dispose que les titulaires de l'autorité parentale prennent les décisions concernant la santé du mineur. Si celui-ci est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et les titulaires de l'autorité parentale doivent concerter leur volonté avec celle du mineur.

Pour autant, le mineur joue un rôle important dans son adhésion aux soins: L'article L. 1111-4 du code de santé publique indique que le mineur peut consentir aux soins s'il est capable d'exprimer sa volonté: *"Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision"*. Malgré ça, la loi n'autorise qu'une "participation" du mineur, le consentement est donc donné par les parents ou les tuteurs légaux. Par ailleurs, le mineur peut consentir seul aux soins, l'article L.1111-5 autorise le mineur à garder le secret de soins à l'égard de ses parents.

4.4.3- L'intérêt de l'adhésion aux soins dans la prise en charge des anorexiques:

_____La prise en soins des patients ne peut fonctionner que si ceux-ci donnent leur consentement, leur adhésion à ces soins. Une adhésion aux soins nécessite que la personne ne soit plus dans une phase de déni et accepte un accompagnement. Celle-ci est très importante d'un point de vue éthique. Elle met en valeur l'autonomie et la motivation du patient. Si la personne n'est pas consentante, elle n'adhère pas aux soins, ce qui aurait une influence négative sur la prise en charge et cela pourrait également créer un blocage que ce soit du côté de l'équipe soignante ainsi que du côté du soigné. De nos jours, le patient est au cœur de sa prise en soin, c'est un acteur indispensable à celle-ci donc son adhésion au soins est synonyme d'une prise de conscience de ce rôle et de l'importance de celui-ci.

4.5- Les soins relationnels:

4.5.1- Définition:

Le soin est selon le dictionnaire de l'infirmier, une action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui. Selon l'ouvrage "Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante" : « *le soin est une attention particulière, portée à une personne qui vit une situation particulière et ce dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* » (W. Hesbeen, 1997).

La relation est définie selon le dictionnaire le Larousse comme "*l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles*". Il existe différents types de relations qui peuvent être de civilité, de nature fonctionnelle, d'investigation, de compréhension, de réassurance. La relation de civilité est une relation conviviale, informelle, qui répond à un code culturel ainsi qu'à un code social. Celle-ci est commune à toutes les rencontres. La relation fonctionnelle est dans le but d'une investigation, d'une connaissance spécifique pour un domaine spécifique. Quant à la relation de compréhension et de réassurance, celle-ci vise le confort, l'aide, l'empathie et l'écoute attentive.

Les soins relationnels mettent en place une communication, celle-ci peut-être verbale c'est à dire le parler ou non verbale avec le paralangage, le paraverbal et le verbal analogique. On dit que le non verbal compte pour 93 % de la communication. C'est donc à travers lui que l'on transmet le plus d'informations. La communication mène donc à la relation, c'est lorsqu'il y a une rencontre entre deux personnes qui entrent en interaction. C'est un processus continu qui est au cœur de la prise en charge. Dans les soins relationnels, l'écoute est une attitude également très importante. L'écoute est identifiable avec les différentes attitudes de Porters que sont le jugement, l'interprétation, le soutien et la relation d'aide, l'investigation ou l'enquête, la décision et pour finir, l'empathie.

4.5.2- La relation de confiance:

Selon le dictionnaire Larousse, la confiance est "un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose". Elle est également définie comme une "Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait

que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence." selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

La confiance permet de créer une relation stable, fiable, authentique et éthique. Celle-ci est également basée sur la bienveillance. Elle suppose une réciprocité, comme le précise l'article "de la confiance dans la relation de soin" (P.Sureau, revue Soins n°824, avril 2018). Le soignant fait confiance au soigné et le soigné fait confiance au soignant. Il s'agit donc d'une attitude qui permet la construction de la relation soignant/soigné. Malgré ça, elle n'est pas suffisante à elle seule, d'autres attitudes comme l'écoute, le respect sont indispensables à la construction de la relation de soin.

4.5.3- L'intérêt des soins relationnels et de la relation de confiance dans la prise en soin:

Le soin relationnel est le fondement même de la prise en soin du patient. Celui-ci est composé de différents éléments comme l'écoute, la prise en compte de l'autre et de différentes valeurs humaines. Le soin relationnel permet de lancer une dynamique relationnelle qui est très importante dans la prise en charge des patients afin de réaliser des soins de qualité. Il permet une communication adaptée et propre à chaque personne selon ses besoins. Il nécessite un engagement, une réflexion, l'utilisation de méthodes qui ont été réfléchies et un entretien de tout cela afin d'être au plus proche du malade. Dans la prise en soin d'une pathologie comme l'anorexie, établir une relation nécessite également une posture très attentive. Le fait d'entretenir le soin relationnel amène à créer une relation de confiance. Cela permet de prendre en compte les ressentis du patient et suite à cela, construire un projet de soin individualisé. La relation de confiance permet de mettre en valeur le contrat de soin et d'optimiser celui-ci afin qu'il ait le plus d'effet bénéfique possible.

4.6- La posture professionnelle:

4.6.1- La définition:

La posture est une attitude qu'un individu adopte par rapport au milieu et la situation dans laquelle il est. Selon l'IRTS (Institut Régional du Travail Social), c'est "La notion de posture professionnelle définit une attitude, une manière d'être dans l'échange : Accueillir l'autre avec son histoire est avant tout le reconnaître dans son unicité, accepter d'être déboussolé dans la rencontre avec lui pour mieux l'accompagner vers ses solutions."

4.6.2- Les mécanismes de défenses:

Les mécanismes de défenses sont présents chez tous les humains, ils ont été décrits pour la première fois par Sigmund Freud. Ils permettent à chacun de se protéger devant d'éventuelles souffrances. La définition selon Sigmund Freud est « Processus de défense élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui lui permettent de lutter contre l'angoisse. ». Ceux-ci combattent l'angoisse, la peur, la perte d'estime, les affects négatifs (la jalousie, le deuil), les pulsions inacceptables (l'agressivité), les jugements et interdits du surmoi.

Les mécanismes de défenses peuvent être caractérisés de "mature" lors de situation de stress léger. Ils ont une fonction adaptative. Ceux-ci peuvent également être qualifiés "d'immatures" lors de situation de stress majeur. Ils ont une vocation strictement défensive. On peut retrouver les mécanismes de défense chez les soignants, ceux-ci sont les suivants: la banalisation, la dérision, l'évitement, la fausse réassurance, le mensonge, la rationalisation, la fuite en avant, l'identification projective. Les mécanismes se déclenchent dans des situations dans lesquelles la personne concernée veut se protéger. Certains peuvent être plus faciles à contrôler que d'autres mais beaucoup se déclenchent de manière inconsciente, ce qui ne peut fragiliser la relation avec autrui.

4.6.3- Les sentiments et les émotions:

Un sentiment est, selon la définition du Larousse, un "état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations".

Une émotion est, selon la définition du Larousse, un "trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc." ou encore une "Réaction transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement".

Dans le métier d'infirmier, on peut être amené à parler du concept de compétences émotionnelles. Dans l'article "compétences émotionnelles et mieux être au travail" (I.Dumas et P.Didry, décembre 2019), il est expliqué qu'elles sont présentes lors de relations humaines, celles-ci permettent une gestion des émotions au niveau professionnel et au niveau personnel. Cela est bénéfique lors de situations de crises, en effet il est dit dans ce même article: "L'infirmier va être en contact avec des craintes, des souffrances, le désespoir, parfois la colère vécue par le patient ou le soignant.", d'où l'intérêt d'acquérir des compétences émotionnelles. Elles sont désignées comme une capacité à

identifier et comprendre ses émotions et celles des autres. Le docteur Paul Ekman, dans ce même article "compétences émotionnelles et mieux être au travail" (I.Dumas et P.Didry, décembre 2019) explique qu'il existe sept principales émotions qui sont: la joie, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, le mépris et la peur. Il est important de bien connaître ses émotions afin d'identifier ce que l'on ressent, cela développe par la suite les compétences émotionnelles et donc la manière dont on réagit à celles-ci, ce qui a une grande influence sur l'approche du soignant dans la prise en soins des patients. Par exemple, dans la prise en soin d'une personne anorexique, certains comportements ou refus peuvent impacter le soignant et susciter chez lui des émotions. Ces émotions peuvent être gérées grâce aux compétences émotionnelles, ce qui favorise la relation soignant/soigné. En effet, il est précisé dans l'article "compétences émotionnelles et mieux être au travail" (I.Dumas et P.Didry, décembre 2019) : "Les compétences émotionnelles sont nécessaires aux professionnels de santé pour s'adapter aux divers contextes de soins ayant un impact psychoaffectif sur l'individu."

4.6.4- L'impact de la posture professionnelle sur la prise en soins:

La posture professionnelle des soignants est influencée par de nombreux critères notamment le vécu personnel et le vécu professionnel. En effet, chaque individu à son propre vécu et ses propres expériences, ce qui a une influence directe sur le développement de certains mécanismes de défenses ou sur certaines réactions suscitées par des émotions ou des sentiments. Il est nécessaire lors d'une prise en soin d'être conscient de ses émotions, de savoir les identifier et de connaître ses limites. En effet, le fait de pouvoir identifier tout cela permet de s'adapter à divers environnements afin d'adopter la meilleure posture possible face à celle-ci. Cela à un effet positif sur les valeurs personnelles et professionnelles. Par ailleurs, le fait de connaître ses émotions ne fait pas tomber le soignant dans les normes culturelles et sociales mises en place par la société, qui le projette comme quelqu'un de fort, qui ne montre pas ses émotions. Cela met plutôt en avant que le fait de se connaître et connaître ses émotions permet au soignant d'utiliser son vécu et ses expériences émotionnelles pour adopter la meilleure posture professionnelle possible ce qui va favoriser le lien thérapeutique.

5- La méthodologie

Afin de réaliser mon travail de fin d'étude, j'ai dû effectuer deux entretiens avec des infirmiers différents. L'objectif était ensuite d'analyser et confronter leurs réponses.

J'ai réalisé un guide d'entretien de manière à classer mes questions selon différents objectifs qui sont les suivants:

- Connaître la définition personnelle de l'anorexie selon le soignant ainsi que ses représentations.
- Identifier les prises en charge d'une personne anorexique et si la maladie peut avoir un impact sur la prise en charge.
- Connaître les différents acteurs de la prise en charge d'une personne atteinte d'anorexie.
- La personnalisation de l'accompagnement et ses limites.
- Connaître les particularités de la relation soignant/soigné concernant une personne étant anorexique.
- Savoir comment le soignant gère le refus de soin.

J'ai donc réalisé des démarches afin de réaliser ces entretiens avec des infirmiers ayant déjà eu l'expérience de la prise en soin d'une personne anorexique, ma question de départ traitant de ce sujet.

Pendant la période de stage du semestre 6, j'ai envoyé des mails à différents services mais il a été compliqué pour certains de me donner des retours. J'ai fini par réaliser mon premier entretien, qui s'est révélé être très intéressant, avec une infirmière ayant travaillé en psychiatrie. Étant donné le contexte sanitaire, celui-ci a été réalisé en visio-conférence. J'ai réalisé après cet entretien que j'avais rencontré quelques difficultés: je n'étais pas très à l'aise étant donné que c'était mon premier entretien. Mon deuxième entretien a été réalisé avec une infirmière travaillant dans une clinique spécialisée en nutrition. Cet entretien a été très enrichissant étant donné la spécificité de celui-ci dans les troubles du comportement alimentaire. Je me suis rendue dans le service pour le réaliser et j'ai pu remarquer que cela m'a permis d'être plus à l'aise et donc de pouvoir poser d'autres questions, ce qui a créé un échange et une discussion.

6- Analyse descriptive:

6.1 - La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:

Pour ces infirmières, l'anorexie est une pathologie concernant les troubles alimentaires. L'infirmière N°2 évoque les 3 principaux symptômes des 3 A ainsi que les autres symptômes autant au niveau somatique que psychique comme l'hyperactivité, l'anxiété, l'exclusion sociale, le déni et la

rigidité. Dans le premier entretien, l'infirmière parle également de la détresse psychologique présente chez les personnes anorexiques. Les deux infirmières expliquent que la population féminine est majoritairement touchée par l'anorexie. Le peu de cas d'anorexie chez les hommes est abordé par l'infirmière N°2. Par rapport au comportement existant pour les personnes anorexiques, le comportement de la restriction est énoncé par les deux infirmières et est donc celui qui ressort le plus. L'infirmière ayant plus d'expérience a également abordé l'anorexie boulimique.

6.2- La prise en charge de l'anorexie: le cadre de suivi et les acteurs:

L'infirmière N°1 explique la prise en charge des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire dans les services de psychiatrie. L'infirmière N°2 présente la même chose mais dans les services spécialisés en nutrition. Les deux expliquent les différents modes d'hospitalisation, libres ou forcées. Elles sont d'accord sur la prise en soin au niveau de la renutrition, mais l'infirmière N°2 donne également des précisions sur la prise en soin psychologique, notamment par rapport au nombreux entretiens et aux nombreuses activités réalisées. Elles abordent toutes les deux le suivi pluridisciplinaire qui semble être au centre de la prise en soin. Le suivi dans les services est très détaillé par l'infirmière N°2 qui aborde de nombreuses facettes du suivi notamment au niveau des différentes activités réalisées qui participent beaucoup au suivi et à la prise en charge. Le suivi psychologique ressort chez l'infirmière N°1 qui est en psychiatrie. Le cadre est décrit différemment par chacune des infirmières étant donné la différence des deux services, pour autant on y trouve des ressemblances: une séparation, des conditions concernant les sorties et certains droits. Concernant l'après hospitalisation, les évolutions somatiques et psychologiques sont abordées par les deux infirmières. L'infirmière N°2 donne des précisions sur l'importance de l'autonomie et la réinsertion sociale tandis que l'infirmière N°1 décrit des rechutes et un risque de suicide.

Concernant les acteurs de la prise en charge des personnes souffrant d'anorexie, les propos des deux infirmières sont similaires: une équipe paramédicale avec les aides soignants, les infirmières ainsi qu'une équipe médicale avec le psychiatre et le nutritionniste. Les autres intervenants sont également précisés: le kinésithérapeute, la psychologue, la diététicienne... Par ailleurs, l'infirmière N°1 aborde le rôle de l'entourage dans la prise en charge, notamment celui de la famille et des amis.

6.3- La place du contrat de soin dans la prise en soin de l'anorexie:

Le contrat de soin est défini par l'infirmière N°1 comme un moyen de donner un cadre en fonction des besoins de la personne. Il est également présenté comme un élément favorisant le lien thérapeutique. Pour l'infirmière N°2, le contrat de soin est présenté comme un moyen permettant de donner des objectifs. La prise en charge est différente selon les services, ce qui est expliqué par l'infirmière N°2 qui distingue l'hospitalisation en psychiatrie d'un service de nutrition. Dans le contrat de soin, les deux infirmières abordent les droits du patient lors de l'hospitalisation ainsi que les interdictions, elles se rejoignent sur le fait que celles-ci peuvent évoluer. Par rapport aux avantages du contrat de soin, elles sont d'accord sur le fait qu'il peut procurer une grande motivation ainsi qu'un investissement chez le patient mais également chez le soignant. Par ailleurs, l'infirmière N°2 insiste sur l'effet fortificateur du contrat de soin sur le lien thérapeutique. Elle aborde d'autres aspects positifs tels que l'engagement, la responsabilité et la protection, qui donne une dynamique et un cadre à la prise en charge. Malgré cela, il existe des freins au contrat de soin: l'infirmière N°1 parle de la non adhésion, qui rend le contrat de soin non valable tandis que l'infirmière N°2 explique que le déni de la pathologie est la première contrainte rencontrée durant une prise en soin. Le rôle soignant dans le contrat de soin et donc dans la prise en charge est très important et selon l'infirmière N°2 il se présente sous la forme d'accompagnement, de soutien et de vigilance. Elle précise qu'il est très important de respecter le cadre tout en donnant du sens à ce que l'on fait.

6.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion de refus de soins:

Concernant la relation soignant/soigné, le thème de la confiance ressort chez les deux infirmières. Elle parle toutes les deux d'une relation de confiance mutuelle, venant autant du soignant que du soigné. L'infirmière N°1 aborde également l'influence de l'adhésion ou non aux soins dans la relation soignant/soigné. Elle précise l'importance de l'écoute et de la bienveillance dans la relation de soin.

Face au refus de soin, l'infirmière N°1 nous parle de la mobilisation de la famille, de l'entourage tandis que l'infirmière N°2 nous présente l'équipe pluridisciplinaire comme ressource. Elle explique également la possibilité de ne pas rester dans le service si la personne ne le veut pas, ou le fait d'être orienté dans une autre structure. Le comportement du soignant face au refus de soin a été abordé avec l'infirmière N°2 qui face à un refus, explique qu'il est important de connaître ses limites et se protéger en tant que soignant car les émotions peuvent prendre de la place dans ces prises en soin. Elle parle de discernement pour préserver le lien thérapeutique. Par ailleurs, elle précise également l'existence de formation universitaire spécialisée dans ces pathologies.

7- L'analyse interprétative:

7.1- La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:

Pour commencer, les deux infirmières définissent l'anorexie comme une pathologie concernant des troubles alimentaires. De même, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020) définit l'anorexie comme "un trouble du comportement alimentaire". Une des infirmières évoque les 3 A (amaigrissement, aphagie, aménorrhée) comme les principaux symptômes de l'anorexie mentale ce qui rejoint les explications de l'HAS : "*le diagnostic d'anorexie mentale est confirmé quand on repère chez une jeune fille pubère les 3A: restrictions alimentaire parfois justifiée par une perte d'appétit, amaigrissement, aménorrhée (absence de règle).*" (La Haute Autorité de Santé, Juin 2010). Cette même infirmière aborde également les autres symptômes au niveau somatique, psychique et social. Ce qui s'apparente au document d'information de l'HAS destiné aux familles et aux patients datant de Juin 2010. En effet, ce document précise "*La personne se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle affectionnait avant. Elle se referme sur elle-même, ne sort plus, et certaines s'enferment pour travailler, surinvestissent leurs études, d'autres perdent le goût de tout.*" (La Haute Autorité de Santé, Juin 2010). Cet extrait nous présente l'exclusion sociale, la rigidité et l'hyperactivité intellectuelle dont nous a parlé l'infirmière N°2. Par ailleurs, l'infirmière N°1 explique qu'une grande détresse psychologique est présente chez les personnes anorexiques, ce qui rejoint les propos de l'INSERM : "*l'anorexie est très souvent associée à des troubles psychologiques*".

Concernant l'épidémiologie, il ressort chez les deux infirmières que le principal public touché est féminin, en particulier les adolescentes. En effet, l'INSERM décrit que: "*l'anorexie mentale se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans*" ce qui correspond à la période d'âge donné par les deux infirmières. Il précise également "*la prévalence de l'anorexie au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes*" (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020). Cela rejoint les propos des deux infirmières concernant le public le plus touché qui serait le public féminin. Malgré ça, on ne trouve pas d'information expliquant le peu de cas masculin alors que l'infirmière N°2 nous explique que les cas masculin sont sous-évalués.

Par rapport au comportement, les deux infirmières se rejoignent sur le comportement restrictif de l'anorexie. L'infirmière N°2 nous parle également de l'anorexie boulimique. La définition du Vidal

rejoint les propos des deux infirmières en présentant les deux comportements: *“Certaines personnes, dites anorexiques contrôlées, respectent ces restrictions. D’autres, les anorexiques boulimiques, alternent phases anorexiques et crises de frénésie alimentaire.”*

7.2- La prise en charge de l’anorexie: le cadre de suivi et les acteurs:

Concernant la prise en charge de l’anorexie, la version des deux infirmières est différente étant donné qu’une d’entre elles travaille dans un service spécialisé dans la nutrition et l’autre en psychiatrie, l’approche n’est donc pas forcément la même. Pour autant, elles se rejoignent sur la prise en soin au niveau de la renutrition, qui semble être indispensable. Selon l’INSERM, il existe un objectif nutritionnel pour normaliser le poids. Il précise également *“La rémission et la reprise pondérale peuvent s’accompagner d’une amélioration des troubles psychiatriques éventuellement associé à l’anorexie, comme les symptômes dépressifs et anxieux.”*

L’INSERM précise également les modes de prise en charge comme la consultation ou l’hospitalisation à temps plein qui peut être imposée par un tiers, par les parents ou par les médecins. Les deux infirmières abordent elles aussi les modes d’hospitalisation libres ou forcées. Elles parlent ensuite du cadre, qui comprend différentes phases comme la séparation et différentes conditions concernant les sorties, la fermeture des toilettes dans les chambres, l’accès au téléphone... Ces phases ne sont pas abordées dans l’article de l’INSERM. Concernant l’après hospitalisation, les deux infirmières abordent la surveillance et le suivi régulier du patient, car l’évolution somatique et psychologique sont fragiles avec un risque de rechute ou de suicide par exemple. En effet, selon l’INSERM : *“les rechutes sont fréquentes lors de l’évolution de l’anorexie mentale. En cas de rémission, le suivi doit se maintenir au moins un an.”* Il précise également l’importance du suivi étant donné que *“La mortalité est maximale l’année qui suit l’hospitalisation des patientes.”* et que *“Le taux de suicide associé à l’anorexie est le plus important de toutes les maladies psychiatriques.”*(Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020).

La prise en charge est réalisée de manière pluridisciplinaire selon les deux infirmières. Elles distinguent l’équipe médicale de l’équipe paramédicale et des autres intervenants. Selon l’INSERM *“la prise en charge et le suivi sont multidisciplinaires, psychologiques et somatiques.”*. L’infirmière N°1 nous explique que la famille et l’entourage jouent un rôle essentiel dans la prise en charge d’une personne anorexique, de même que l’INSERM : *“il est indispensable d’associer l’entourage à la prise*

en charge, notamment la famille, pour les mineurs mais aussi pour les adultes.” (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 08 octobre 2020).

7.3- La place du contrat de soin dans la prise en soin de l’anorexie:

Le contrat de soin permet, selon l’infirmière N°1, de donner un cadre, tout en s’adaptant aux besoins de la personne. C’est un fortificateur de la relation thérapeutique. Selon l’infirmière N°2, le contrat de soin donne des objectifs. Les deux infirmières se rejoignent sur le fait que le contrat de soin est réalisé dans un but, dans un objectif particulier. Elles abordent la nécessité d’un engagement venant des deux parties, comme le précise l’article “la pertinence des contrats de soins dans le traitement de l’anorexie mentale” : “*En tant qu’engagement mutuel*” (M. Guisseau-Gohier, 2007). Il est décrit par les deux infirmières comme un outil favorisant l’alliance thérapeutique. Cette même revue explique que le contrat de soin favorise le travail thérapeutique, ce qui confirme l’utilité de celui-ci ainsi que ses avantages car il crée une dynamique chez le soigné et chez les soignants. Par ailleurs, l’article de cette revue explique que des phases sont réalisées dans le contrat, comme la phase de séparation. Il aborde également certaines consignes mises en place comme les temps de sortie, les temps de repas... Ces consignes sont également citées par les deux infirmières, qui ont expliqué lors des entretiens les droits et les interdictions des patients.

Concernant les aspects négatifs du contrat de soin, les avis divergent. L’infirmière N°1 aborde la non adhésion qui invalide le contrat de soin, tandis que le déni ressort plus chez l’infirmière N°2. La revue de l’information psychiatrique apporte des nuances en se basant sur le comportement des soignants dans le contrat de soin. Il explique que celui-ci ne doit ni être trop lâche car cela pourrait apporter une rupture mais il ne doit pas être trop stricte pour ne pas conforter la rigidité des personnes anorexiques.

7.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion du refus de soins:

Le soin est décrit par Walter Hesbeen comme “une attention particulière, portée à une personne qui vit une situation particulière et ce dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé”. Les deux infirmières n’ont pas cité de définition concernant la relation de soin, elles ont plutôt abordé les valeurs qu’elle comprend. La confiance est la valeur la plus abordée concernant la relation soignant/soigné. Elle est citée par les deux infirmières comme

étant une base mutuelle de la relation thérapeutique. Elles décrivent la confiance comme quelque chose créant un lien, ce qui rejoint la définition du dictionnaire Larousse concernant la relation qui est *“l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.”*. La définition de la confiance selon le dictionnaire Larousse est *“un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose.”*. Cela nous confirme l'importance de sa place dans la relation de soin. La confiance fait intervenir d'autres valeurs dans la prise en soin, l'infirmière N°1 nous cite la bienveillance et l'écoute. L'article *“De la confiance dans la relation de soin”* (P.Sureau, avril 2018), explique également que la confiance permet de créer une relation stable, basée sur la bienveillance. On peut donc comprendre que celle-ci est au centre de la prise en soin.

Par ailleurs, il est possible malgré tout d'être confronté à un refus de soin, une non adhésion aux soins. L'adhésion est définie comme l'action d'adhérer à un projet. Elle permet de donner son approbation, ce qui est nécessaire étant donné que celle-ci est encadrée par un cadre législatif qui comprend la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le code de santé public précise que la personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir de traitement. Cet aspect législatif de la prise en soin n'a pas été abordé par les deux infirmières. En effet, face au refus de soin, les ressources sont différentes. L'infirmière N°1 nous explique l'importance de la famille et de l'entourage face au refus de soin tandis que l'infirmière N°2 ferait intervenir l'équipe pluridisciplinaire. Elle précise également que face au refus de soin, il est possible d'orienter le patient vers d'autres solutions comme un nouvel établissement. Elle définit le patient comme acteur de sa prise en soin en disant qu'il est libre de partir s'il en ressent le besoin. L'infirmière N°2 est la seule à aborder le comportement des soignants face au refus de soin, elle explique qu'il est important de connaître ses limites afin de rester soignant. Elle aborde la protection de soi-même, qui est faite par l'implication dans le contrat de soin car celui fixe un cadre et donc des limites. La protection de soi-même peut également être faite de manière inconsciente, en utilisant des mécanismes de défense. Selon Sigmund Freud, les mécanismes de défense sont des *“processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui lui permet de lutter contre l'angoisse.”*. Ces mécanismes peuvent permettre aux émotions d'être camouflées, de prendre moins de place. L'infirmière N°2 parle de discernation, qui est nécessaire afin de se protéger, ne pas prendre les choses pour soi et préserver le lien thérapeutique.

8- La discussion:

Dans cette dernière partie, il est de rigueur de confronter les différents thèmes abordés dans mon cadre théorique, les informations recueillies lors des entretiens avec les différents professionnels ainsi que mon avis personnel.

8.1- La définition et la représentation de l'anorexie chez les soignants:

Pour commencer, les lectures effectuées ainsi que les entretiens réalisés m'ont permis de définir l'anorexie. D'après mes lectures et mes expériences, l'anorexie est donc un trouble du comportement alimentaire, qui se caractérise par une restriction volontaire de l'alimentation dans le but de perdre du poids. Elle est souvent plus présente chez le jeune public féminin. Il existe 2 types d'anorexie: l'anorexie restrictive et l'anorexie boulimique. On y trouve 3 principaux symptômes qui sont les 3A: amaigrissement, aphagie, aménorrhées. La particularité de l'anorexie est que la pathologie se trouve à la frontière entre le somatique et le psychiatrique. C'est d'ailleurs ce que nous présente l'INSERM et les deux professionnels avec qui les entretiens ont été réalisés. L'anorexie est donc caractérisée par de nombreux symptômes qui sont somatiques, psychiatriques et sociaux. En effet, on peut également trouver une dénutrition, une rigidité, une hyperactivité intellectuelle et sportive, une détresse psychologique, beaucoup d'anxiété ainsi qu'une exclusion sociale. Une des manifestations importantes de la pathologie est le déni. Très souvent, la personne anorexique pense que tout va bien et qu'elle contrôle la situation, ce qui rejoint l'aspect également de la rigidité.

Pour ma part, j'ai rencontré lors de mes expériences professionnelles des jeunes patientes anorexiques, ce qui m'amène à penser que le public féminin est majoritairement touché. Concernant les différents symptômes, j'ai pu remarquer chez les patientes rencontrées un amaigrissement et un refus de s'alimenter. Certaines s'alimentaient très peu, en prenant les plats les plus faibles en calories. D'autres utilisaient des techniques particulières afin de cacher à l'équipe soignante le fait qu'elles ne s'alimentaient pas, comme par exemple cacher la nourriture mâchée dans des mouchoirs qui sont ensuite jetés dans la poubelle ou jouer avec la nourriture afin de donner un effet de mouvement qui amène à faire croire que la personne mange. Afin de garder cet aspect de contrôle de soi et de son poids, certaines patientes pouvaient avoir tendance à mentir ou à manipuler afin de mettre en confiance le personnel soignant. J'ai remarqué que cet aspect n'avait pas du tout été abordé par les deux infirmières. Il est important de préciser que ces comportements ne venaient pas de la personne en elle-même mais que cela était dû à la pathologie, qui engendre une nécessité de contrôle. Malheureusement, ces comportements peuvent avoir des conséquences sur la

relation soignant/soigné, ce que nous verrons au cours d'une des prochaines parties de cette discussion.

8.2- La prise en charge: le cadre de suivi et les acteurs:

La prise en charge de l'anorexie est pluridisciplinaire. On peut constater, selon les recherches effectuées et les entretiens réalisés, que celle-ci peut être effectuée de différentes manières comme en hospitalisation ambulatoire, conventionnelle ou alors par des psychothérapies. Le mode d'hospitalisation peut se faire de manière libre, la personne se présente d'elle-même, elle peut également être adressée par son médecin ou imposée par un tiers. En général, la prise en charge est somatique, psychique et sociale. Elle est toujours réalisée de manière pluridisciplinaire notamment avec l'équipe médicale qui comprend le psychiatre et la nutritionniste, l'équipe paramédicale constituée des infirmiers, des aides soignantes, des auxiliaires de puériculture ainsi que d'autres intervenants comme la psychologue, le kiné ou la diététicienne par exemple. Le premier objectif est de renutrir la personne afin qu'il n'y ait pas de complications somatiques. Il est évident que la patiente ne récupérera pas directement le poids qu'elle a perdu, selon une des infirmières rencontrée, l'objectif est de récupérer ce qui n'aurait pas dû être perdu, elle emploie d'ailleurs le terme "démaigrir" pour différencier cela du fait de reprendre un poids normal pour un âge et une taille en particulier. Si cela ne suffit pas, une prise en charge thérapeutique peut être créée notamment avec une alimentation parentérale, des compléments alimentaires ou autres traitements. Au niveau de la prise en charge psychique, un suivi est mis en place, des entretiens sont régulièrement réalisés avec différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. On constate également que de nombreuses activités sont mises en place, celles-ci prônent la créativité et la libre expression, ce qui permet aux patientes de déposer ce qu'elles portent en elles et de les valoriser, pour renforcer leur estime d'elles-mêmes. Des activités avec les kinésithérapeutes, les psychomotriciens leur permettent de prendre conscience de leur corps et de ressentir celui-ci. Durant un de mes stages, j'ai pu assister à une séance de sophrologie. À la fin de celle-ci, une des patientes qui était anorexique, s'est mise à pleurer et nous a par la suite confié des choses qui étaient très intimes pour elle. J'ai pu constater l'effet libérateur de cette activité et l'intérêt de celle-ci dans la prise en charge psychique de l'anorexie. Comme pour la prise en charge somatique, des thérapeutiques peuvent être mises en place notamment des anxiolytiques, si les activités ne suffisent pas à diminuer les différentes angoisses. Lors des hospitalisations conventionnelles, un cadre est mis en place. Une prise en charge au niveau social est également réalisée avec des exercices effectués avec la diététicienne qui consiste à aller au restaurant ou aller faire ses courses. Le but de celles-ci est d'autonomiser la personne. Ce

sont des choses qui peuvent nous paraître banales mais qui peuvent constituer un véritable obstacle pour les personnes anorexiques. Pour finir sur la prise en charge, il est important de préciser qu'une fois sorti du cadre d'hospitalisation, les patientes ne sont pas guéries. Un suivi est donc maintenant à l'extérieur pendant une période d'au moins un an.

Lors de la prise en soin, un cadre particulier peut être établi. Le cadre de soin est régi par le contrat de soin, qui est mis en place au début de la prise en charge. Le critère de cadre qui ressort le plus dans les recherches effectuées et dans les propos des infirmières est la séparation. Cela consiste à couper la personne de son entourage, du monde qui l'entoure et des réseaux afin qu'elle puisse s'apaiser et se recentrer sur elle-même. Cela permet en général aux patientes de se rendre compte de leurs difficultés. D'autres conditions sont également présentes dans le cadre posé comme par exemple des repas thérapeutiques en groupe, des horaires précis de sortie, un accès restreint au téléphone, les toilettes fermées après le temps des repas... Me concernant, j'ai pu constater la quasi-totalité de ces conditions dans les services. Par ailleurs, celles-ci évoluent de manière progressive, c'est également patient-dépendant.

8.3- La place du contrat de soin dans la prise en charge de l'anorexie:

Le contrat de soin est un outil thérapeutique très fréquemment utilisé dans la prise en soin de l'anorexie. Selon le dictionnaire le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, un contrat est un "Accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes et faisant naître des obligations entre elles". Les deux infirmières donnent des définitions complémentaires du contrat de soin: c'est un élément qui permet de donner un cadre et des objectifs en fonction des besoins de la personne. Celui-ci évolue et est modifié de manière patient-dépendante. Il est important de préciser que pour le bon fonctionnement de celui-ci, les deux partis, c'est-à-dire les soignants et le soigné, sont concernés. Un engagement réciproque est nécessaire. C'est le contrat de soin qui détermine les droits ou interdictions du patient, comme par exemple le temps de la phase de séparation, les conditions d'utilisation du téléphone, le temps de sortie, les moments du repas, la fermeture des toilettes ou non après celui-ci. Il pose aussi un objectif pondéral qui est réévalué au fur et à mesure de la prise en charge. Un contrat de soin comporte des bénéfices mais également des inconvénients. Par rapport aux bénéfices, on peut considérer que celui-ci apporte une dynamique de soin chez le soigné et chez les soignants. Effectivement, le fait d'atteindre certains objectifs peut être motivant, cela permet une implication des deux parties. Le fait d'être guidé et d'avoir un cadre peut être

réconfortant pour les personnes anorexiques, le contraire serait angoissant pour elle, même si cela peut paraître contradictoire étant donné qu'un des objectifs de la prise en charge est de rendre la personne autonome et moins rigide. On constate également que le contrat de soin est un fortificateur de lien thérapeutique, il permet d'établir une confiance entre le soignant et le soigné. La confiance est une valeur indispensable dans cette prise en soin car grâce à celle-ci la patiente peut s'ouvrir et confier des choses qu'elle n'a jamais dit auparavant, cela crée un effet libérateur qui aura une influence positive sur la psychologie de la personne concernée. Le contrat de soin permet également de responsabiliser la personne anorexique et le soignant. Par ailleurs, étant donné que le cadre est posé, les différentes situations rencontrées sont moins conflictuelles ce qui favorise le lien thérapeutique. Cependant, il existe des inconvénients au contrat de soins. Lors des entretiens, les deux infirmières ont abordé des aspects négatifs: la première infirmière a évoqué la non adhésion aux soins car effectivement, le contrat ne peut avoir lieu sans le consentement du patient. La seconde infirmière a expliqué que le déni était une contrainte très forte qui empêchait tout démarrage de prise en soin. Le contrat de soin est donc un outil très intéressant qui apporte beaucoup de bénéfices à la prise en charge, malgré des restrictions temporaires souvent mises en place au début. Malgré cela, ne peut-on pas entendre que la confiance soit parfois remise en question dans le sens où la personne peut se demander par exemple: "si l'équipe ferme les toilettes après chaque repas, c'est peut être parce qu'elle ne me fait pas confiance et croit que je vais faire une purge après celui-ci"? C'est là qu'intervient le rôle soignant, qui est un rôle de soutien, d'accompagnement. Ce rôle est présent pour nous rappeler que certes, en tant que soignant il est nécessaire d'être très vigilant car en effet le taux de rechutes chez les personnes anorexiques est très important, mais qu'il est indispensable de se poser les bonnes questions et de se demander pourquoi on est amené à réaliser tel ou tel acte, afin de donner du sens à ce que l'on fait.

8.4- La relation thérapeutique: les particularités et la gestion du refus de soins:

La relation thérapeutique est un élément central de la prise en charge. Selon les infirmières rencontrées, la valeur principale de la relation thérapeutique est la confiance. C'est une base mutuelle, elle permet la création d'un lien. Selon le dictionnaire Le Larousse, la confiance est "un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose.". La confiance, comme il a été dit dans la partie précédente, favorise l'adhésion aux soins. Elle crée une relation stable, bienveillante. L'écoute est également importante dans la relation soignant/soigné. Tout cela favorise l'adhésion aux soins.

Cependant, il arrive que l'équipe soignante soit face à un refus de soin. Dans ce cas, la patiente n'adhère pas aux soins, elle ne donne pas son approbation pour l'accompagner dans une prise en charge. Le refus de soin est encadré par la loi du 4 mars 2002, la loi Kouchner. Lors d'un refus de soin, on constate qu'il existe plusieurs ressources : la mobilisation de l'équipe soignante ou encore de l'entourage, qui comprend la famille et les amis, leur rôle est très important. Ces ressources permettent d'accompagner la personne soignée vers d'autres solutions. Cela peut être la modification de certaines prises en soin ou encore l'orientation vers d'autres professionnels, d'autres établissements.

Certaines situations de refus de soins peuvent-être compliquées pour les professionnels de santé, notamment lors de la prise en soin de jeunes personnes anorexiques, ce qui a été dans mon cas avec une petite fille âgée de 8 ans comme il a été expliqué dans ma première situation. Les recherches réalisées et les entretiens avec les professionnels de santé m'ont fait constater qu'il est important de faire preuve de discernement dans ces moments et cela passe par l'adoption d'une bonne posture professionnelle. Celle-ci est influencée par le vécu personnel et professionnel du soignant, elle se crée également avec l'expérience. Elle permet, non pas de se créer une "carapace", mais d'utiliser ces émotions et son vécu afin d'adopter la bonne attitude dans une situation donnée.

Ces recherches m'ont aidé à mieux comprendre et à prendre du recul sur mon questionnement de départ. Au cours de celles-ci la posture soignante ainsi que les émotions du soignant ont été plusieurs fois abordés et m'ont amené à faire évoluer ma question de départ, je pourrais envisager une autre question qui serait : **"En quoi les émotions de l'infirmier influencent-elles la posture professionnelle?"**

9- Conclusion:

Pour conclure, les recherches réalisées afin de construire mon cadre théorique ont complétées mes connaissances et répondu aux différentes questions que je me suis posées lors des différentes situations rencontrées en stage. Les entretiens m'ont apporté d'autres connaissances et une vision plus concrète de la réalité des services, des prises en charge et des ressentis des différents professionnels de santé. Le fait de confronter toutes ces données, c'est-à-dire mon cadre théorique, mes entretiens, les analyses de ceux-ci et mon vécu personnel, m'a permis de prendre du recul sur

les situations vécues et d'apporter des réponses à mes questionnements. Cela m'a également permis de me positionner et me projeter en tant que future professionnelle. Je pense que suite à ce que ce travail m'a apporté, je réfléchirai davantage à mon positionnement professionnel et au discernement qu'il est important d'effectuer, notamment dans la prise en charge de personnes anorexiques.

Aujourd'hui, l'actualité sanitaire nous amène à nous questionner sur la prise en charge des personnes anorexiques. En effet, depuis le début de la crise sanitaire et suite au premier confinement, on observe une recrudescence des troubles du comportement alimentaire. Selon l'article "Coronavirus: les troubles du comportement alimentaire en forte hausse depuis le début de la crise" (J.Chabas, journaliste à Europe 1, 28 avril 2021) nous informe que les spécialistes constatent une hausse de 30% des consultations liées à des troubles alimentaires. On y trouve pour causes l'isolement social ou le retour contraint dans le cadre familial. Les confinements ont créé un manque de repères, de cadre... Ce qui est compensé par le contrôle du corps et de la nourriture. Les services font donc face à un afflux de patients et de longues listes d'attente, ce qui complique les prises en charge.

10- Bibliographie:

Ouvrage:

- Hesbeen W. (1997) *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Masson, p43-52

Article:

- Laura Gay et Nadine Satori (janvier 2019), *Les troubles du comportement alimentaire*, La revue de l'infirmière, N°247
- Patrick Sureau (avril 2018), *de la confiance dans la relation de soin*, Revue Soins, n°824
- Isabelle Dumas et Pascale Didry (décembre 2019), *compétences émotionnelles et mieux être au travail*, La revue de l'infirmière, N°256

Textes législatifs:

- Stéphanie Tamburini, Juriste MACSF (11 août 2020), *Patient mineur: le consentement aux soins*,
<https://www.macsfr/responsabilite-professionnelle/Actes-de-soins-et-technique-medicale/patient-mineur-consentement-soin>
- Auteur non précisé (6 mai 2019), *Recueillir le consentement de mon patient*, Conseil National de l'Ordre des médecins,
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>

Site web:

- Haute Autorité de Santé (30 septembre 2010), *Anorexie mentale: prise en charge*,
https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
- Haute Autorité de Santé (Juin 2010), *Anorexie mentale: prise en charge, document d'information destiné aux familles et aux patients*,

<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

- Institut national de la santé et de la recherche médicale (08 octobre 2020), *Anorexie mentale*,
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- Anne Marie Gravel (5 février 2020), *Les réseaux sociaux créent de plus en plus de troubles alimentaires*, Le quotidien numérique,
<https://www.lequotidien.com/actualites/les-reseaux-sociaux-creent-de-plus-en-plus-de-troubles-alimentaires-0a719bcb8ec25a800cd512009e33b2fa>
- Joanna Chabas (28 avril 2021), *Coronavirus: les troubles de l'alimentation en forte hausse depuis le début de la crise*, Europe 1
<https://www.europe1.fr/sante/coronavirus-les-troubles-de-l'alimentation-en-forte-hausse-depuis-le-debut-de-la-crise-4041429>
- Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S. & Vénisse, J. (2007). *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. *L'information psychiatrique*, 5(5), 389-395.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8305.0389><https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-5-page-389.htm>
- Debout, C. (2012). Adhésion thérapeutique. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 50-53). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-50.htm#:~:text=C'est%20le%20degr%C3%A9%20d,explorer%20son%20rapport%20au%20traitement.>
- Florent Meyniel, Guy M Goodwin, JF William Deakin, Corinna Klinge, Christine MacFadyen, Holly Milligan, Emma Mullings, Mathias Pessiglione, Raphaël Gaillard (21 mars 2017), *Une nouvelle étude sur le rôle joué par le sérotonine dans la prise de décision*,

<https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/une-nouvelle-etude-sur-le-role-joue-par-la-serotonine-dans-la-prise-de-decision/>

- Auteur et date non précisés, *Posture professionnelle et juste distance dans l'accompagnement*, Institut Régional du Travail Social
<http://www.irts-fc.fr/09SEPERFECTIONNER/fpdf/fiche.php?ref=432&numpole=pole3&coulpo le=DF001A>
- Fédération Française Anorexie Boulimie :
<http://www.irts-fc.fr/09SEPERFECTIONNER/fpdf/fiche.php?ref=432&numpole=pole3&coulpo le=DF001A>
- Votadoro, P. (2019). La haine sous contrat : soigner l'anorexie à l'hôpital [*]. *Adolescence*, 2(2), 247-267.
<https://www.cairn.info/journal-adolescence-2019-2-page-247.htm>
- Aline Satin (7 mai 2009), *La relation de soins: une question de confiance?*, Espace éthique région Ile-de-France,
<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

Dictionnaire:

- <https://www.larousse.fr> relation / confiance /
- <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anorexie-boulimie.html>
- <https://www.cnrtl.fr/> : contrat / confiance /

Cours:

- Auteur et date non précisés, Les concepts fondateurs de la relation dans un contexte de soins (Présentation PowerPoint)
<https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/concepts-fondateurs-1458031488452-pdf>

11- Sommaire annexes

- I- Annexe N°1: guide d'entretien
- II- Annexe N°2: premier entretien
- III- Annexe N°3: deuxième entretien
- IV- Annexe N°4: analyse d'entretien

I- Annexe N°1 : guide d'entretien

- Je suis Julie, étudiante infirmière en 3ème année et mon sujet de mémoire concerne la prise en charge de jeunes patientes anorexiques. L'enregistrement est anonyme. Est ce que je peux enregistrer cet entretien?

Objectifs	Questions
Connaître la définition personnelle de l'anorexie selon le soignant ainsi que ses représentations.	<ul style="list-style-type: none">- Qu'est ce que cela vous évoque lorsqu'on vous dit le mot "anorexie"?- Quels sont les différents modes de prise en charge d'une personne anorexique?
Savoir les prises en charge d'une personne anorexique et savoir si la maladie peut avoir un impact sur la prise en charge.	<ul style="list-style-type: none">- Quels sont les différents modes de prise en charge d'une personne anorexique?- Quel est l'aboutissement de ces prises en charge?
Connaître les différents acteurs de la prise en charge d'une personne atteinte d'anorexie	<ul style="list-style-type: none">- Quels sont les différents professionnels de santé avec qui vous collaborez durant ces prises en charge?
Personnalisation de l'accompagnement et ses limites	<ul style="list-style-type: none">- En quoi consiste un contrat de soins et quelles en sont les indications?- Quels sont les avantages et les inconvénients?
Connaître les particularités de la relation soignant/soigné concernant une personne étant anorexique	<ul style="list-style-type: none">- Qu'est ce que la relation entre le soignant et la personne anorexique évoque pour vous?
Savoir comment le soignant gère le refus de soin	<ul style="list-style-type: none">- Quelles sont vos ressources lorsque les patients n'adhèrent pas aux soins?

- Nous arrivons au terme de l'entretien, avez-vous quelque chose à ajouter?

II- Annexe N°2 : premier entretien

Étudiante: Je suis Julie, je suis étudiante en 3ème année et mon sujet de mémoire concerne la prise en charge des jeunes patientes anorexiques, l'entretien est anonyme est ce que ça vous dérange si j'enregistre cet entretien?

Infirmière: Non, non ça ne me dérange pas. Moi je m'appelle Lauryn, je suis infirmière et j'ai travaillé dans un service de psychiatrie qui accueillait entre autres des personnes anorexiques.

E: D'accord alors qu'est ce que ça vous évoque lorsqu'on vous parle d'anorexie?

I: C'est un trouble du comportement alimentaire qui touche la plupart des jeunes adolescentes. Ça peut durer des années et ça apparaît généralement à l'adolescence, quand il y a la puberté qui arrive, le rapport au corps évolue en particulier chez les jeunes femmes surtout dans notre société actuelle où tout est dans l'apparence. Ça peut aussi montrer, être le résultat d'une grande détresse psychologique et beaucoup, beaucoup de jeunes adolescentes sont touchées par ça. Ce qui fait le plus penser à l'anorexie c'est la restriction alimentaire ce qui entraîne une perte de poids.

E: Et quels sont les différents modes de prise en charge d'une personne anorexique?

I: Ça nécessite un suivi psychologique très régulier, ça peut mener aussi à des hospitalisations libres donc la patiente se présente d'elle-même pour être hospitalisée parce qu'elle se rend compte qu'il y a un problème. Ou ça peut aussi être une hospitalisation forcée quand quelqu'un de la famille s'inquiète, en général les parents. Dans un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire ou dans un service psychiatrique afin d'être bien entourée et d'avoir une bonne prise en charge.

E: Et donc quel est l'aboutissement de cette prise en charge?

I: Soit il y a une amélioration psychologique, ce qui entraîne aussi une amélioration somatique avec une reprise de poids qui peut parfois rester bien pendant des années mais des fois il y a des rechutes ou alors une prise en charge qui s'aggrave, qui nécessite une hospitalisation, pour renutrir la patiente ou voire pire, une aggravation de l'état psychologique qui peut mener au suicide.

E: D'accord, et quand il y a une prise en charge d'une personne anorexique, quels sont les différents professionnels de santé avec qui vous collaborez?

I: Du coup il y a l'équipe paramédicale avec les infirmiers, il y a aussi les psychiatres, les psychologues... Il peut y avoir aussi des auxiliaires de puériculture quand c'est dans un service pour enfants. Tous les professionnels collaborent entre eux, il y a quand même des entretiens très réguliers avec les patients, avec l'infirmier et le psychiatre et c'est vraiment un travail de collaboration entre équipe médicale et paramédicale.

E: Concernant l'accompagnement des personnes anorexiques, est ce que vous pouvez m'expliquer en quoi consiste un contrat de soin et quelles en sont les indications?

I: Déjà à chaque hospitalisation, en tout cas en psychiatrie, il y a un contrat de soins qui est fait, qui est personnalisé en fonction des besoins du patient, en fonction de sa pathologie. Et donc un contrat de soin c'est un processus thérapeutique qui permet de créer un lien de confiance entre le soignant et le soigné, ça permet aussi de créer un cadre spatial, temporel et relationnel pour le patient et c'est vrai que pour que le contrat soit vraiment optimal dans la prise en charge, le mieux c'est quand même le consentement du patient. Par exemple, en psychiatrie, un contrat de soin ça va être d'abord, les premières heures d'hospitalisation, le patient est complètement isolé de l'extérieur. Il n'a pas le droit d'avoir des appels, pas le droit d'avoir de visites, pas le droit de sortir de l'enceinte du service et après en fonction des entretiens passés avec le psychiatre et l'infirmière et l'évolution dans le service le contrat de soin peut être élargi avec par exemple le droit de passer des appels, le droit d'avoir des visites mais ça c'est vraiment patient-dépendant et selon l'évolution de la pathologie.

E: Et pour vous, quels sont les avantages et les inconvénients d'un contrat de soin?

I: En terme d'avantages ça permet vraiment de créer un cadre pour le patient, ça lui permet de se concentrer sur sa prise en charge. Ça permet aussi de fixer des objectifs, et ça peut être une source de motivation parce que par exemple si tout se passe bien le contrat de soin peut être élargi comme ça ça permet plus de liberté pour le patient si les premières étapes de son contrat sont respectées. Après en terme d'inconvénient je pense que c'est plus par le consentement parce que c'est vrai que si le patient ne consent pas au contrat de soin, le contrat il est caduc parce qu'à partir du moment où la personne ne consent pas à être soignée elle s'investira pas dans sa prise en charge donc le contrat de soin est un peu inutile dans ce cas là et le patient peut se sentir enfermé de ne pas avoir le droit de faire si ou ça et ça peut être un frein à la prise en charge.

E: Par rapport à la relation soignant/soigné, qu'est ce que celle-ci évoque pour vous? Avec une personne anorexique?

I: D'abord c'est une relation de confiance mutuelle, il faut que la personne soignée ait confiance en les soignants, enfin l'équipe soignante et ça va aussi dans l'autre sens, il faut que les soignants aient confiance en le patient. Ça permet vraiment, si le patient sent que l'équipe lui fait confiance, ça peut aussi être un tremplin pour la prise en charge et que ce patient adhère au contrat de soin et dû coup à la prise en charge de la maladie. C'est aussi une relation d'écoute, l'équipe médicale et paramédicale se doit d'écouter le patient, d'essayer de comprendre ce que dit le patient. C'est aussi une relation de bienveillance, les soignants ne jugent pas les patients.

E: Quelles sont les ressources lorsque les patients ne consentent pas aux soins?

I: On peut impliquer les proches du patient, que ce soit les parents, les frères, les sœurs ou même les amis, parce qu'en général ils ont une relation différente de la relation soignant soigné. C'est une relation qui dure depuis toujours pour certains, c'est une confiance de toujours, ça peut aussi être un repère d'avoir des gens qu'on connaît dans l'implication de la prise en charge, après voilà.

E: Très bien, merci beaucoup pour vos réponses et pour le temps que vous m'avez accordé.

III- Annexe N°3: deuxième entretien

Étudiante: *Je suis Julie, je suis étudiante en 3ème année et mon sujet de mémoire concerne la prise en charge des jeunes patientes anorexiques, l'entretien est anonyme est ce que ça vous dérange si j'enregistre cet entretien?*

I: Je suis infirmière dans un service de nutrition depuis 2005 et spécialement depuis 2013. C'est un service au sein d'une clinique de nutrition et on n'est pas spécialisé en psychiatrie donc c'est très important par rapport à la prise en charge. Au départ c'est axé sur la nutrition et en même temps quand ils ont créé cette unité là il y a eu une idée de faire intervenir quand même une équipe sur le travail de la psychie, donc des psychiatres et des psychologues et pas seulement le versant nutrition. C'est en ça que c'est particulier parce qu'on est à cheval entre des services pur nutrition où peuvent aller les patientes anorexiques et puis des patients qui iraient vers la psychiatrie pure. C'est un petit peu la particularité ici. Ici on arrive on n'a pas forcément de formation spécifique, on y vient comme infirmière générale et ça aussi c'est important.

E: *Alors, ma première question c'est qu'est ce que ça vous évoque quand on vous parle d'anorexie?*

I: L'anorexie mentale restrictive c'est une pathologie très spécifique parce qu'elle touche justement les deux domaines c'est à dire que les symptômes ont une répercussion corporelle mais c'est une maladie psychique. C'est tout un ensemble de symptômes, comme on dit "les 3 A" donc l'amaigrissement, l'aménorrhée et l'aphagie. Donc des personnes qui ne vont plus manger, qui vont perdre du poids de façon très importante sur un court laps de temps et une des conséquences ça va être l'absence de règles, ça veut dire qu'il y a un dérèglement hormonal très important. C'est souvent couplé en plus avec d'autres symptômes qui sont une hyperactivité, donc des personnes en mouvements incessants, en sur activité sportive, de la marche et des patients qui gèrent une anxiété majeur, qui vont être dans un retrait social, c'est à dire que progressivement ils vont être en retrait dans la relation avec leurs amis, leur famille et vraiment un renfermement sur soit même. Les patients peuvent être assez isolés. Dans l'anorexie mentale il peut aussi y avoir la boulimie vomisseuse, c'est un autre versant et dans ces cas là les symptômes vont être différents et nous on accueille ces deux types de patients ici.

E: *Quels sont les différents modes de prise en charge d'une personne anorexique?*

I: Alors, c'est assez vaste comme question, vous avez d'autres questions plus précises après?

E: *Oui oui, en fait c'est par rapport à différents objectifs donc là mon objectif c'est connaître la définition personnelle du soignant ainsi que ses représentations, donc quand je parles de la définition je veux aussi prendre en compte la prise en soin. Grossièrement, comment soigne-t-on une personne anorexique?*

I: Alors nous la prise en charge comme je vous disais, on est pas en psychiatrie, mais on va avoir un cadre de soin. Ici, quand il y avait des personnes anorexiques avant, qui étaient prises en charge, dans un service plus général ou en tout cas il n'y avait pas de prise en charge spécifique. Quand ils

ont monté l'unité il y a 10 ans, ils ont réfléchi à ça en regardant ce qui était fait en France, avec des prises en charge très nutritionnelles et d'autres très psychiatrique et donc comment ils pouvaient en même temps dans la spécificité de cette clinique, car nous sommes un soin de suite, donc comment on s'inscrit dans ce cadre là. Et donc là la prise en charge actuellement, quand les patientes sont adressées par le médecin généraliste ou alors elles ont un psychiatre qui peut les suivre et ce n'est pas la personne qui téléphone directement ni sa famille, on demande qu'il y ait un professionnel de santé. Il y a une première rencontre, donc le médecin va rencontrer la patiente, bon la patiente, ça fait partie d'un pourcentage élevé de filles, il peut y avoir quelques garçons mais c'est souvent qu'on pense sous évaluer les anorexies de garçon, même si c'est peut être un pour cent de la population qu'on peut avoir, n'empêche qu'il y a des garçons, mais on n'a pas bien identifié chez eux cette pathologie là et peut être que justement les dernières études montrent qu'il faut être plus vigilant sur l'apparition d'un symptôme. Les patients vont être reçus soit seuls, soit avec leurs parents, soit par un conjoint ou une conjointe. Cette première rencontre va évaluer la gravité de la maladie, que l'on évalue avec un IMC, donc le poids par rapport à la taille, parce que bon un poids ça ne veut pas dire grand chose. Il y a des études qui ont défini plusieurs types d'IMC de dénutrition légère, modérée, extrêmement sévère qui permettent des orientations vers des établissements. En fonction de ça, ça permet au médecin d'évaluer la rapidité de la prise en charge mais pour ça aussi il va décrire à la patiente ce que l'on fait ici afin qu'elle ne soit pas dans le déni complet de la maladie. On peut avoir des patients qui disent qu'ils ont une maladie digestive mais qu'ils n'ont pas de problèmes d'anorexie. Donc ça c'est très compliqué parce que nous on va leur parler constamment de leurs troubles du comportement alimentaire même si c'est insupportable à entendre, il y a quand même l'adhésion à la pathologie et ce qui en découle. Parce que si la personne est complètement dans le déni, on ne va pas pouvoir lui apporter de l'aide parce qu'elle refuse le dialogue. L'autre chose après, c'est le cadre de soin, qui est défini donc ça va être les conditions de séjour qui vont être une séparation familiale donc c'est avec les plus proches. Elle n'est pas quantifiée, elle est discutée avec le patient à son entrée. Actuellement les médecins la réduisent mais quand je suis arrivée il y a 6/7 ans c'était 3 semaines facilement ou le patient n'avait aucun contact avec ses proches. L'objectif de ça c'est pour recentrer le patient sur le travail qu'il a à faire sur lui-même et pouvoir s'adresser si il est en difficulté auprès de soignants, parce que sinon c'est arrivé qu'on laisse un téléphone à des patientes et dès qu'elles vont mal, qu'elles ont une crise d'angoisse, plutôt qu'appeler l'infirmière elles vont appeler la famille qui en plus est à distance donc c'est angoissant pour eux aussi. Il faut aller vers le soignant qui peut être pourra l'aider et atténuer son état d'anxiété. Donc cette séparation est plus courte. L'idée n'est pas de priver la personne mais de lui dire que le travail commence aussi par se recentrer sur ses difficultés. C'est compliqué voir inimaginable pour certaines patientes qui sont très accrochées à leurs portables pour avoir des réseaux et tout ça... Et tout compte fait j'ai vécu plusieurs fois ces derniers temps, des patientes pour qui la première journée est très difficile mais qui ensuite en tirent un bénéfice très apaisant parce qu'elles s'inquiètent moins de certaines choses, elles sont moins envahies par les angoisses. Tout compte fait c'est intéressant de se dire que quelque chose qui peut paraître inhumain, avec une perte de droits, c'est une sorte de soin. Il faut toujours se demander pourquoi on fait cela, en quoi elle peut aider le patient, peut être qu'elle n'est pas adaptée à lui. Ça peut créer une angoisse mais jusqu'à quand cette angoisse peut être supportée et comment peut elle être travaillée en équipe. Par contre, il y a un moment où l'angoisse peut être telle que ça n'a plus de sens. C'est vraiment la frontière, on est toujours dans cette limite là qui est très fine. Il y a donc la prise en charge nutritionnelle car ils viennent souvent dans un cadre de dénutrition sévère. Ça va être avec le médecin nutritionniste qui est son médecin référent, avec la

diététicienne qui va revoir avec eux les menus, qui sont adaptés en fonction de leurs besoins, donc là pour les gens qui ne mangeaient plus rien, on ne va pas leur demander de manger ce qu'ils devraient manger pour leur âge pour leur état de santé. Là il y a des risques de différentes pathologies, c'est vraiment très important d'y aller par étapes, pour que eux même prennent la main sur alimentation en étant rassurés. On est très vigilant au syndrome de renutrition qui est un risque majeur. Elles font l'expérience qu'en re-mangeant, le poids ne va pas augmenter d'un seul coup, ce qui est leur angoisse majeur, mais souvent elles se rendent compte qu'elles n'ont pas pris de poids, voire qu'elles en perdent. A côté de ça elles ont une hyperactivité. La prise en charge psychique est faite par un psychiatre qu'elle ne choisissent pas et une psychologue où elles font la demande pour être suivies. c'est vraiment leur équipe référente donc il y a un suivi. Et puis dans le contexte de soin, elles ne vont plus pouvoir préparer elles-mêmes leur nourriture, par contre elles peuvent préparer avec la diététicienne avec une petite adaptation, elles ne peuvent pas tout changer. Les plateaux sont faits en cuisine et pesés et leur menu et plateau sont faits, ce n'est pas un buffet. Dans certaines unités c'est un buffet et ça peut aider comme ça peut majorer des angoisses. Mais ça peut être à un moment intéressant pour travailler les proportions. Pour gérer l'hyperactivité, il y a une prise en charge par le kiné en groupe ou individuel. On a la chance d'avoir une psychomotricienne qui est à la limite entre le corps et le ressenti de celui-ci et on a aussi un art thérapeute. On a 3 ateliers, 2 qui sont en co-animations avec la psychologue, un atelier axé sur la créativité parce que ce sont des patientes qui ont une mésestime d'elles même, voir un effondrement psychique sur la valeur qu'elles imaginent avoir vis à vis des autres, l'atelier va soutenir cette estime. L'autre est un atelier d'écriture, d'expression, elles déposent les choses qu'elles portent à l'intérieur. Ce n'est pas une feuille blanche, elles sont guidées pendant celui-ci. Elles peuvent ensuite le lire. C'est en petit groupe pour se sécuriser un peu, c'est important de se sentir respectée. Donc la prise en charge elle est dans un cadre de soin je dirais, avec différents professionnels, donc une équipe pluridisciplinaire mais qui travaille vraiment ensemble puisqu'on a 2 réunions dans la semaine ou on va rediscuter de chaque dossier de patient, ou on va discuter sur le domaine psychique, nutritif et l'activité corporelle pour faire le point, réajuster nos positionnement vis à vis d'elles, savoir quel point on travaille plus. Il y a aussi un moment où une reprise de contact va être faite donc dans cette dynamique là, il va y avoir des entretiens familiaux parce qu'à un moment il faut aussi que le patient puisse exprimer à sa famille ses difficultés, mais toujours en présence de médecin. C'est important parce qu'à un moment il va y avoir une sortie, et ça permet de la sécuriser pour éviter les rechutes.

E: Et je voulais savoir du coup par la suite, quand elles sont dans les services, quel est l'aboutissement de la prise en charge? C'est un retour à domicile? Comment ça se passe quand elles sortent d'ici?

I: Alors elles ne sortent pas avec un IMC de 18, ça c'est pas possible, sinon on les garderait 10 ans pour certaines, et encore... elles sortent encore dénutrie. Dans ce cadre là c'est retrouver une autonomie, retrouver un rapport entre les relations qu'elles ont avec les aliments, la nutrition, qui est plus rassurant pour elle, c'est à dire qu'elles vont être capable de manger, manger en groupe avec des amis, de la famille, dans les restaurants. Pour l'instant il ne sont pas ouvert mais c'est quelque chose qu'on travaille dans les weekends, on propose d'aller au restaurant pour se confronter au regard des gens qu'elles ne connaissent pas, avec un plat qu'elles n'ont peut être pas choisi, ou alors ce n'est peut être pas le menu qu'elles veulent. Elles ne connaissent pas les proportions, elles ne savent pas comment ça a été cuisiné, tout ce rapport là est très angoissant pour elles. Oser aller faire ses courses, ça paraît être des choses toutes simples... La diététicienne avait avant le covid un atelier

où elles allaient dans un supermarché avec elle et elles faisaient pour de faux les courses avec l'idée d'aller dans des rayons où elles ne vont plus, avec des aliments qu'elles ne prennent plus, faire une liste de courses avant sur le papier et voir ce qu'elles prennent quand elles sont confrontés à ceux-ci dans un magasin. Il y a encore quelques mois, il y avait des tests dans le sens où elles avaient des permissions le weekend, qu'on nomme thérapeutique car on va travailler ces notions d'autonomisation, de réassurance, de reprise de contact social, de gestion du temps, du vide, prendre soin de soi. C'est important car c'est un retour tout doucement à la vie extérieure, surtout qu'elles reviennent le dimanche soir, on en reparle dans la semaine avec les différents professionnels pour voir les points qui tiennent et ceux qui ne tiennent pas. Il peut y avoir pour certaines des fenêtres thérapeutiques, pour avoir un temps entre 3 semaines et 1 mois où elles retournent dans leur cadre de vie soit chez leurs parents, soit seules chez elles, chez leur conjoint... L'idée c'est qu'elle reprenne leur vie ordinaire, et voir ce qui tient ou non, puis dans un objectif de stabiliser leur poids et ensuite augmenter, c'est à dire que le chiffre augmente mais comme on leur dit ici, c'est pas que le poids augmente, c'est plutôt démaigrir. On ne joue pas sur les mots mais c'est plutôt récupérer ce qui n'aurait jamais dû être perdu. C'est le discours que l'on tient car souvent elles disent qu'elles ont peur de prendre du poids. Par contre il y a tout le travail psychique qui a été fait et elles ne vont pas récupérer leur vie d'avant avec les mêmes angoisses parce qu'on les aura travaillées donc si dans la famille les relations sont difficiles, l'idée c'est de travailler ça pour que la mise en parole puisse être plus facile pour elles. Ça va être des étapes qui vont les rassurer et qui vont aussi rassurer la famille, qui sont complètement dépassées car c'est une maladie extrêmement perturbante pour les familles. Donc soit la famille qui peut être en difficulté elle-même, soit une personne de la famille, soit le couple en lui-même qui est en difficulté. On a souvent par exemple des patients qui vont décompenser lors d'un divorce par exemple et on ne le sait pas forcément au départ pendant les hospitalisations les parents vont se séparer donc le climat n'aidait pas la jeune fille à exprimer des choses et elle le met peut-être en acte. C'est pas forcément ça, mais on ne trouve pas tout le temps la cause de l'anorexie, pourquoi elles sont rentrées dans l'anorexie. Des fois on voit bien que le climat familial n'a pas aidé, il y a régulièrement des patientes qui ont des histoires de vies très compliquées avec de la violence ou des abus sexuels mais c'est pas forcément ça, ça peut être simplement un climat qui va être anxiogène pour elles alors que peut être leurs frères et soeurs ne seront pas touchés de la même façon donc c'est vraiment un psychisme qui va fonctionner comme ça. En ce moment, on a pas mal de patients qui ont décompensé plutôt à l'école, sur des paroles, des harcèlements scolaires... est ce que ça rajoute à quelqu'un qui déjà était pas bien, est ce que ça majore l'angoisse, de mésestime d'elles mêmes et elles le vivent sous forme d'anorexie en retrouvant une maîtrise d'elles-mêmes. Il faut vraiment penser que l'anorexie c'est pas qu'un abandon, c'est une maîtrise. Elles ont à un moment très faim, c'est insupportable la faim, on ne pense qu'à la nourriture et elles vont dépasser ça. Elles vont arriver dans une notion où elles n'ont même plus faim, elles n'ont même plus soif, le ressenti de la douleur est amoindri, ça fait partie de toutes ces absences dans la définition de l'anorexie, qui est assez vaste.

E: On a déjà un peu abordé le sujet, ma question suivante était par rapport aux différents professionnels de santé avec qui vous collaborez.

I: Les responsables et référents principaux c'est les nutritionnistes, ils ont chacun 6 lits et puis les psychiatres qui sont de l'extérieur, qui viennent juste pour un temps rencontrer le patient 1 fois par semaine puis pour la réunion du staff, une petite demi-heure par semaine, donc ils ne les voient pas

beaucoup vivre, ils n'ont pas beaucoup de contact plus que ce que nous on peut en dire. Ils sont là aussi pour les entretiens familiaux, ce sont des entretiens qui se font en chambre, avec le médecin. Le psychiatre est seul avec le patient. Le médecin c'est avec la cadre de santé et l'infirmière. Les médecins sont très disponibles pour passer régulièrement. Il y a une seule diététicienne qui les voit au moins une fois par semaine et en plus elle faisait des ateliers diététiques, un atelier sur les épices, un atelier sur l'instant repas, c'est un lien social le repas donc c'est pas rien de se priver d'un repas. Un atelier qui est féculents et lipides, le but peut être de faire une vinaigrette et pour certains ça va être impossible de toucher l'huile, elles ont peur de prendre du poids en touchant la bouteille d'huile et puis de manipuler quelques féculents pour évaluer les proportions, à travers ça c'est les détacher de la balance parce qu'elles pèsent beaucoup les aliments, elles sont généralement aussi bonnes que la diététicienne avec les apports caloriques de chaque aliments... Et donc là ça va les détacher un peu, c'est un temps intéressant, c'est un rapport avec les aliments qui ont extrêmement peur, ça représente le poids, le poids représente l'obésité, c'est toutes les représentations de l'alimentation qui sont faussées. Par rapport au corps, le kiné, avec différents types d'ateliers et apprendre des mouvements mais sans faire de la gym à outrance. Il y a un atelier de respiration, c'est important de voir le ventre bouger, elles aiment avoir un ventre creux, mais le ventre peut gonfler quand on respire donc on se réapproprie son corps aussi. Un atelier relaxation et marche lente, d'autres sensations que la marche automatique qui déconnecte de toutes les pensées. La psychomotricienne, qui a ses ateliers en individuel, l'art-thérapeute qui faisait du Chi Kong qu'elle ne peut plus faire en ce moment et des ateliers individuels, là elle refait des ateliers en mini-groupe. La psychologue, l'atelier psychothérapeutique, on va utiliser un médium par exemple ça peut être de la peinture, de l'argile. Des médiums spécifiques pour un travail spécifique dont on sait que les effets vont être psychothérapeutiques. La cadre de santé est particulièrement là sur ce qui est relation avec la famille, l'accueil, les patientes peuvent venir lui parler, elle est très disponible. Il y a une infirmière, une aide soignante le matin et la même chose l'après-midi. Le weekend il n'y a qu'une seule infirmière qui est là pour toutes les patientes pendant 24 heures. Le travail des aides soignantes c'est un travail avec l'infirmière, donc prise des constantes, pour l'infirmière les médicaments... La pesée qui n'est pas évidente, parce que ça a un rapport très angoissant, il y a des enjeux derrière, des enjeux comme les sorties, les permissions si il y a tel poids qui est arrivé, c'est aussi les efforts de la semaine et à l'inverse ce matin une patiente qui accepte de ne plus perdre de poids mais du moins ne pas en prendre, elle a augmenté de 300 grammes, c'est une angoisse, "Mon poids a bougé", elle est dans des calculs, elle sait qu'elle mange tant de calories par jour donc elle ne devrait pas prendre de poids. C'est tout ce travail là qu'on doit assouplir, ça fait partie des symptômes de la pathologie qui est la rigidité. Il y a des scanner qui ont été fait, au niveau du cerveau il y a des modifications sur certaines choses, elles sont souvent dénutries donc épuisées, elles ont souvent pas assez donc en hypoglycémie, au niveau du cerveau c'est aussi un manque de... Elles savent très bien communiquer, il y en a qui font des études très poussées mais à côté de ça elles ne vont pas pouvoir gérer certaines choses à côté et elles vont se créer des rigidités qui vont les rassurer, il y a beaucoup de tocs. Elles ont organisé leur journée comme si ou comme ça pour se rassurer et l'imprévu est insoutenable: qu'est ce qu'il va se passer, qu'est ce que je peux faire, ça peut décaler mon repas, ma sortie... C'est intéressant parce que ce matin ça la mettait en difficulté sur ça, sur quelque chose qu'elle pensait maîtriser et qu'elle ne maîtrisait plus, mais dans la vie il y a beaucoup de choses qu'on ne maîtrise pas. Je lui ai demandé en visite ce qui avait été décidé et elle m'a dit "que mon poids se stabilise". Pour elle ça voulait dire "il ne bouge pas" alors que ça peut être à 100 grammes près, on peut être autour de. Vous voyez ce n'est pas jouer sur les mots. Donc là c'était un contrat qui avait été mis

cette semaine, sur un objectif de la semaine. Pour elle c'est pas ça, alors qu'est ce qu'on fait, qu'est ce qu'on lâche pour lui permettre d'être un peu moins angoissée et qu'est ce qu'on va remettre au travail, on ne peut pas rester tout le temps dans cette maîtrise là qui l'enferme et qui l'épuise. Alors je réfléchis aux autres professionnels, et puis nous au niveau infirmier on fait des entretiens infirmiers, soit sur des thématiques comme par exemple l'augmentation des féculents sur les plateaux repas, l'augmentation des lipides... tel ou tel aliments, on va être dans une progression, on va re-motiver par l'entretien, c'est presque des entretiens d'éducation thérapeutique, qu'est ce qu'elles veulent de leur côté, qu'est ce qu'elles mettent en place, quelles sont les étapes qu'elles pensent imaginer, qu'est ce qui est dur, qu'est ce qui n'est pas dur, quelle stratégie elles auraient. Il y a des entretiens suite à l'angoisse par exemple d'une patiente comme ce matin. Un petit entretien pour recueillir, pour diminuer l'angoisse, revoir avec elle, lui rappeler les objectifs, voir ce qu'elle a accepté, il y a des entretiens on va prendre régulièrement le point dans la semaine, de façon plus ou moins formelle, en plus des moments où elles sont anxieuse, où elles ont besoin d'aide. Voilà, ça m'embêterait d'oublier quelque'un mais je crois que c'est bon.

E: D'accord, par rapport à l'accompagnement elles arrivent ici, elles ont un contrat de soins qui est mis en place, est ce qu'il y en a toujours un? Est ce qu'il propre à chacun quand ça démarre au début c'est le même pour tout le monde? Comment ça fonctionne?

I: Quand elles arrivent ici elles sont dénutries, donc on va retravailler sur ça. Par contre, à cette première rencontre, le rendez-vous de consultation comme appellent les médecins, c'est là que vont être définies les grandes lignes de l'objectif de l'hospitalisation. Elles viennent ici ce n'est pas à la demande d'un tiers comme en psychiatrie, elles peuvent partir. Il faut que la demande vienne d'elles et quelle est leur demande, les médecins vont travailler sur ça. Pour ça il faut accepter de se dire "oui j'ai un trouble du comportement alimentaire, c'est insupportable à entendre mais au moins je l'admet". C'est à dire qu'on a normalement éliminé toutes causes avant, donc elles savent qu'on va travailler sur ça. On va leur en parler toute la journée. Il y a donc déjà une forme d'adhésion même si ça peut paraître difficile. Ensuite il y a la question des repas, elles savent qu'il va y avoir des repas, avant le covid, je n'ai pas parlé de ça, il y avait des repas thérapeutiques, c'est à dire qu'elles mangeaient toutes ensemble le midi, du lundi au vendredi et le repas le soir et le weekend est en chambre seul. Donc là aussi, la notion de convivialité, du regard de l'autre, comment je mange vis à vis de l'autre, si j'ai des toc particuliers, comment je vais gérer mes toc vis à vis de l'autre donc c'est très intéressant mais malheureusement on ne peut plus le faire en ce moment. Ça elles le savent, parce que pour certaines elles ne mangeaient même plus avec leurs parents par exemple, leurs conjoints... Elles mangeaient seules dans un coin donc elles savent qu'elles vont avoir ça, il faut qu'elles adhèrent à toutes ses conditions, qui sont globales pour tout le monde. Elle savent que effectivement les toilettes sont fermées à certains horaires, elles savent qu'elles ne peuvent pas sortir comment elles veulent faire du sport, elles savent qu'il y a des horaires de sortie, des horaires de sorties de libre, on a la chance d'avoir un petit parc où elles peuvent aller marcher, c'est toujours des demi-heures libres, on ne va pas les surveiller, il y en a qui sont à la limite de la course et pour d'autre c'est une sortie en groupe, accompagnée par un soignant. Elles n'auront pas le droit à d'autres temps dans la journée. Il y a un certain nombre de choses comme ça qu'elles savent, des fois elles n'en ont pas entendu la moitié, des fois elles n'ont pas voulu entendre où ça fait trop d'informations... Ou aussi parce qu'elles sont épuisées et elles ne peuvent pas tout retenir. Donc elles arrivent et c'est un peu la surprise, la panique sur certaines choses: "mais j'ai pas accepté ça".

C'est la que le médecin leur a fait signer une feuille, il y a 2 documents qui sont montrés, qui là aussi, il est dit dedans que si a un moment on a besoin d'avoir des traitements, anxiolytiques, psychotropes ou autres, bien évidemment on en parle avec le patient, on ne force jamais les patients à la prendre mais si à un moment on voit que ça peut quand même les aider, voir qu'il y en a besoin, pour les aider dans leurs symptômes, on va leurs donner, on va leur dire "ça on estime que c'est le passage pour vous aider, ça sera peut être pas tout le temps" mais si il refuse ça peut être une raison pour lesquelles on estime qu'il doit s'en aller. Nous en tant qu'équipe on pourra pas le faire parce qu'ils sont trop anxieux, et ils sont inatteignables par la parole, pour les entretiens ça va être compliqué. La même chose au niveau nutrition, ils savent très bien qu'à un moment ils peuvent avoir des compléments, donc une alimentation artificielle sous forme d'entérale avec une sonde nasogastrique, ça il faut qu'ils l'acceptent avant. Tout ça normalement le médecin a préparé le terrain déjà un peu et ça peut être déjà défini "a votre arrivée vous n'êtes pas très bien, on vous posera une sonde nasogastrique et vous aurez une entérale.". Donc ils le savent, ils le redoutent, c'est toujours quelque chose de très très angoissant. Ça fait partie des choses où, plus c'est préparé en amont, ça sera difficile, mais plus acceptable. Ils se motiveront aussi pour ne plus en avoir besoin. Il y a toute cette préparation là, il y a effectivement, vu en amont, au rendez-vous de consultation, les objectifs posés, l'hospitalisation peut être une durée ou elle peut aussi être un poids. Le patient va arriver, une fois par semaine il y a la visite avec le médecin, l'infirmière et le cadre et on va rediscuter de ce que voit l'équipe et ce que voit le patient, comment il se positionne, est ce qu'il accepte ou pas et donc là on est régulièrement dans la négociation donc effectivement, plus on va avoir un lien thérapeutique fort, plus la négociation va être moins conflictuelle et plus le patient, même si c'est douloureux, même si c'est difficile, va savoir qu'il ne va pas être seul à le vivre et on va être à ses côtés pour l'accompagner. L'objectif peut évoluer, imaginons que c'est des patients qui ne bougent pas énormément de poids, on se rend compte qu'à un moment il vaut mieux avoir peut être une fenêtre thérapeutique pour redynamiser, ça peut être un objectif. A l'inverse, le poids a bien augmenté, je prends par exemple pour les boulimiques vomisseurs, certains viennent en se disant "je vais me sevrer des crises", mais c'est pas un effet magique, c'est rarement le cas en 1 mois, 1 mois et demi, je dirais 6 semaines. Par contre si ils peuvent déjà réduire, si ils peuvent repérer dans quel contexte ils font leurs crises, quel est les différents types de crises, à ce moment là il n'y aura pas la même stratégie derrière et ils auront gagné une certaines autonomie, ils vont pouvoir se repérer dans leur vie, ça sera déjà une étape, ils vont sortir, tester, voir comment ils vivent leur vie ordinaire, être confrontés à des choses difficiles et puis par la suite revenir pour travailler un autre point, donc de plus en plus, de toute façon depuis tout le temps, ça a été des projets personnels, adaptés à chaque patients avec évidemment l'idée principale de sortir de la dénutrition. Plus ils vont s'approcher d'un IMC au moins à 16 ou 17, c'est à dire pas très loin de la normale, plus ils vont aussi prendre conscience émotionnellement à quel point ils se sont mit en difficulté, à quel point ils ont pas envie de retomber là dedans, à quel point ça les as épuisé moralement, c'est aussi qu'ils se positionnent. Et puis il va y avoir des fois des aller/retour, il y a pas si longtemps que ça une patiente est revenue, c'était chouette de la voir parce que je repensais à ses premières années quand elle est venue, elle est venue elle était mineur il me semble, voilà, on aurait pas pensé qu'elle pourrait s'en sortir à ce moment là, mais elle a repris le cours de sa vie et l'anorexie est un mauvais souvenir je dirais. D'autres vont être plus fragiles, avec un IMC assez bas, il faudra toujours être très très vigilant, la moindre chose émotionnelle dans leur vie peut avoir un impact sur leur état de santé. Donc ils peuvent revenir ponctuellement, faire le point, ça peut suffir. J'ai pas parlé tout à l'heure mais à l'extérieur, quand les patients sortent pour nous ce qui est très important c'est qu'il y ai un étayage

extérieur, enfin quand ils sortent, pour nous ils n'ont pas fini leur sortie de l'anorexie donc il faut qu'il y ai psychiatre, psychologue, diététicien, kiné, donc c'est à dire qu'il y a toute une équipe, ils ont pris des rendez-vous autour d'eux dans un premier temps, souvent en plus ils n'ont pas repris leur travail ni les études donc il faut qu'ils continuent les soins à l'extérieur, c'est très important. Quelqu'un qui dit qu'il n'a pas pris les rendez-vous, limite il ne sort pas, il faut vraiment cet accompagnement, ce relai là. Et puis après depuis 4 ou 5 ans, c'est pour les patients pas très loin, enfin bon il y en a qui viennent à l'hôpital de jour de brest, des fois c'est un peu loin quand même... Ils viennent à la journée, l'idée est de travailler le repas thérapeutique, se souvenir comment c'est un repas, un plateau standard et puis rencontrer leur médecin, faire le point avec une psychologue et d'avoir un atelier. Là avec le covid, ils viennent soit le matin soit l'après midi. L'idée étant qu'ils retournent chez eux, ils ont leur étayage à l'extérieur mais ils vont revenir de temps à autre. Certains c'est dès leur sortie, ils vont venir tous les 15 jours par exemple et puis d'autres vont venir une fois par mois puis tous les mois pendant 3 mois. Ce sont des objectifs préparés lors de la préparation de la sortie: qu'est ce que veut le patient, qu'est ce qui va être important pour le médecin, est ce que ça a un sens? Il y en a qui vont revenir juste en consultation médicale parce qu'ils ont un suivi à l'extérieur et on estime qu'il peut être suffisant. C'est leur demande et nous ce qu'on estime qui peut les aider.

E: D'accord, et donc par rapport à ce contrat de soins, qu'est ce que vous qualifieriez comme avantages ou inconvénients?

I: Un contrat de soin c'est l'implication de deux parties, y'en a pas une qui prime sur l'autre. Il y a l'obligation médicale qui est de mettre le patient hors de danger. Donc effectivement c'est très important l'engagement de ce côté là. Quand vous allez être opéré ou quelque chose comme ça, il y a un contrat de réussite: le patient attend pas grand chose, il vient et il espère aller mieux. Là il y a un engagement de leur côté, c'est à dire que s'ils ont pas envie de se soigner, ce qui peut arriver hein, des fois ils arrivent ici en disant "j'ai besoin d'aide, j'ai besoin d'aide" mais c'est impossible. Ça va être compliqué pour nous, on ne peut pas lutter contre eux. On peut pas les forcer à manger, il y a l'entérale mais y'en a qui la vide... En plus on est pas un établissement ou on peut être présent tout le temps avec eux, par exemple le weekend il n'y a qu'une infirmière pour 12 patients donc si ils sont 12 à être pas bien en même temps, c'est ingérable. L'infirmière gère les petits déj, elle fait les médicaments, les entretiens, les animations... Il y a un moment ou si on est pas assez contenant pour eux, ça ne sera peut être pas le bon lieu. Donc il faut qu'il y ait une vie de leur part, même s'il y a de l'angoisse. C'est les aider à prendre conscience de ce qu'ils veulent vraiment, est ce qu'ils acceptent que le poids remonte, que le chiffre remonte, est ce qu'ils acceptent de sortir de cette anorexie, ne plus être maigre qu'est ce que ça représente? C'est l'intérêt du contrat de soin, c'est à dire qu'ils ont une responsabilité. Ils ne vont pas être là en disant "faites un miracle" et toute l'équipe fait le travail pour eux. Il y a un engagement de leur part: on ne fait pas contre eux et on ne fait pas à la place d'eux, on est en soutien et de l'accompagnement. On va relancer une dynamique, on va les remotiver, essayer de trouver des solutions, avoir de l'imagination pour relancer ça. Mais par contre on ne peut pas le faire malgré eux. Donc il va falloir à un moment qu'ils s'impliquent. Je pense à une patiente, qui est dans une telle hyperactivité, plus ça allait quand elle revenait, plus c'était intolérable. Elle ne pouvait pas imaginer ne pas marcher 3 heures par jour. Il y a un moment où on est plus aidant, elle n'écoutait même plus, elle était figée sur ce qu'elle mangeait, ça ne bougeait plus donc il y a un moment on se demande ce qu'on peut faire de plus pour elle. Donc soit ce n'est plus le moment, soit ce n'est plus le lieu. Si ce n'est plus le lieu maintenant, on peut aller

dans un autre établissement, retourner chez soi... c'est redonner un autre sens. Et puis parfois elles ne sont pas prêtes à abandonner des choses, là non plus on n'ira pas contre elles. On touche un petit peu nos limites. Le contrat de soin amène plutôt je trouve une bonne dynamique. Ce n'est pas le côté négatif, c'est le côté vigilance de notre côté. Un contrat de soin il y a un engagement des deux parts, ça nous demande à nous d'être vigilant "qu'est ce qu'on fait et est ce qu'on tient notre parole," c'est à dire qu'on a dit qu'on faisait ça, on ne revient pas sur notre parole après, c'est très important déjà pour le lien thérapeutique, pour que la personne reprennent confiance en elle à travers ça. Donc par exemple tenir notre parole c'est "vous deviez reprendre 200 grammes avant de partir en permission, vous ne les avez pas pris, vous n'allez pas en permission" même si la personne ne va pas bien. Et puis après il y a des fois des situations où on se dit qu'en pesant les choses, il vaut tout de même mieux qu'elle parte mais en lui disant que là on est en train de remettre en cause notre parole et notre engagement de notre côté. C'est très subtile, c'est très mouvant mais on s'adapte c'est à dire qu'on est pas là pour faire plaisir aux patients, on est là pour les faire sortir de la maladie. Et c'est du sport. C'est pour ça qu'on a nos réunions d'équipes, c'est redonner du mouvement, redonner un sens à nos soins. Quand je pensais au téléphone portable, c'est pas pour enlever un téléphone portable et les embêter ou les contraindre dans quelque chose. Pour nous ça a un sens, chaque chose que l'on fait a un sens dans un soin thérapeutique. C'est toujours intéressant quand un élève arrive ou un nouveau collègue et nous demande à quoi ça sert, on sait expliquer normalement. C'est important que ça soit un vrai sens pour chacun d'entre nous. Si ça n'a pas de sens, il y a un moment où entre le discours et ce que vous faites ça va décrocher et le patient va le sentir. Ils savent très bien s'engouffrer dans ces cas là. Donc "je dis quelque chose, oui ça nous met en difficulté ensemble, j'aurais préféré que vous alliez en permission dans l'après-midi, ça vous aurait fait du bien bah non, vous allez pleurer peut être tout l'après-midi mais peut être que de ça vous allez peut être rebondir, en faire quelque chose: qu'est ce qui fait que ça a été impossible de prendre du poids dans la semaine alors que vous aviez la possibilité." Ce n'est pas de la punition, leur peine c'est déjà d'être enfermées dans la maladie. C'est ni une prison, c'est des patients qui en même temps on l'impression que jamais ils ne s'en sortiront donc il faut au contraire soutenir l'espoir, montrer que ça peut changer, se reconstruire, d'autres choses nouvelles peuvent se passer, il y a des patientes qui une fois sorties de l'anorexie sont mariées et ont des enfants. Pour d'autres elles devront gérer leurs angoisses dans leur vie en étant vigilantes. Je pensais à une chose, mais je n'ai pas cité leurs soins, ce sont les aides soignantes qui ont un soin très important, qui est un soin de confort. Avant le covid elles faisaient les soins esthétiques du visage, elles ne le font plus à cause des masques mais elles ont maintenu un effleurage des mains ou des pieds. Les patientes s'inscrivent si elles le souhaitent, c'est un moment très important pour les patientes et pour les aides soignantes car elles sont seules avec elles et c'est un autre soin où il y a un rapport au corps qui va être dans le bien être.

E: Par rapport au contrat de soin, la relation soignant/soigné est primordiale dedans je pense, mais qu'est ce que ça évoque pour vous cette relation?

I: Bah là je viens d'en parler, c'est à dire que c'est un engagement des deux parties, avec une idée de tenir parole des deux côtés, on pose des objectifs, il faut les tenir des deux côtés. On est pas là pour faire plaisir, ce n'est pas être soignant de faire plaisir et c'est pas soignant de faire du mal non plus, d'être dans la toute puissance, enfin j'exagère un peu dans les deux sens. On doit être soignant, qu'est ce que ça veut dire être soignant: ça veut dire aider l'autre pour le faire sortir d'une douleur, d'un mal être et l'aider à retrouver son autonomie. Moi je dirais ça, dans cette maladie et une vraie

autonomie, la maladie ne les autonomise pas, elle les enferme, les maîtrise, elles sont bloquées dans leur maîtrise et leur rigidité. Notre rôle c'est toujours, c'est toujours revenir, le contrat de soin les oblige à avoir un vrai lien thérapeutique qui est très fort. Après elles sont capables de nous faire confiance, elles vont commencer à nous parler, à nous dire des choses de leur intimité qu'elles n'ont parfois jamais dites, il faut avoir une grande confiance en l'autre pour pouvoir se révéler comme ça. Et ça c'est non seulement essentiel et ça se construit en étant vigilant pour le soignant, en travaillant sur lui. Qu'est-ce qui fait que tel ou tel comportement chez une patiente me fatigue, m'agace, je ne trouve plus le sens à mon soin. Ce sont des pathologies, ce ne sont pas les patientes, c'est une pathologie qui est vraiment très fatigante de ce côté là. C'est retrouver cette énergie qu'elles n'ont plus, mais une énergie positive, qui va vers la vie. Le contrat de soin peut aider à ça. Comme je disais tout à l'heure, fermer les toilettes, c'est pour éviter que certaines vomissent ou que d'autres jettent de la nourriture, mais bon elles ont leur poubelle à côté, elles peuvent faire autrement. D'une certaine façon ça n'a pas vraiment de sens, qu'un sens de montrer l'interdit, de montrer: "le moment du repas on ne jette rien donc si vous ne le mangez pas, laissez-le sur votre plateau. On va en parler, on ne va pas vous gronder, on ne va pas vous punir.". Quand elles commencent à comprendre ça c'est souvent les boulimiques vomisseuses qui vont être dans la honte, là vous avez un vrai lien thérapeutique, là elles vous racontent des choses qu'elles n'ont jamais dites à personne sur ce qu'elles vivent et ça, moi je me dis qu'on est responsable aussi de choses très intimes, il faut avoir une confiance dans les deux sens et une grande responsabilité en tant que soignant. Donc le contrat est bien thérapeutique, il amène à ça aussi.

E: *D'accord. Ma dernière question est "quelles sont vos ressources si le patient n'adhère pas aux soins?"*

I: Alors, les ressources c'est vraiment l'équipe multidisciplinaire et pluridisciplinaire c'est à dire que vraiment, parce qu'on est différents, pluridisciplinaires c'est vraiment des métiers différents, avec des approches différentes donc ça c'est très intéressant parce que c'est une pathologie qui touche le corps, la psychie, la relation familiale, sociale, voilà ça touche vraiment pleins de choses. Donc ça, chacun à ses domaines et peut enrichir l'équipe d'un regard nouveau et en plus parce qu'on est ensemble, on travaille ensemble donc il y a une dynamique un peu globale avec des personnalités différentes donc ça c'est super aussi ça amène des grandes richesses, donc après, il y a parfois des gens qui ont une nouvelle idée ou un nouveau truc, on se dit pourquoi pas le tester. Des fois ça peut suffire à redonner au patient une adhésion, quelque chose qui permet d'accepter de continuer les soins. Si quelqu'un n'accepte pas du tout il est toujours libre de partir, ça arrive de temps à autre que ça soit transformé en séjour un peu écourté ou alors sinon on va demander au patient, on ne va pas le faire derrière son dos que nous ici on estime que ça n'avance plus, souvent ils admettent eux-mêmes qu'ils n'en peuvent plus d'être ici, alors à ce moment là, pourquoi ils n'iraient pas dans un autre établissement? On a d'autres établissements avec lesquels on travaille, sur le département ou sur Paris et dans ces cas là, selon la gravité de la situation, ce qu'on estime qui est le plus adapté, on va faire des demandes sur ses établissements là. Donc entre temps ils peuvent être repartis chez eux, c'est des fois pas un transfert d'un établissement à un autre. Et puis après ça dépend de la disponibilité aussi de cet établissement. Des fois il y a un moment où ça ne sert à rien de s'épuiser et d'accepter, on est pas non plus dans la magie de croire qu'on va les guérir et que tout va bien se passer ici. Non, c'est plutôt, avoir la vérité, bien voir la réalité de nos limites, à ce moment là, on est encore soignants, parce que dans ces cas là on se dit "c'est bon je ne sais plus faire, bon bah peut

être que d'autres trouveront d'autres solutions" et le dire au patient. Et ça, ça peut-être très rassurant pour le patient, qui peut se dire "effectivement, moi même là j'ai l'impression de faire le tour, je n'avance pas, est ce qu'il n'y aurait pas d'autres solutions?". Plutôt que ne rien dire et puis faire semblant et que derrière, on sent les choses et on sent bien que le patient peut avoir l'impression qu'on le met dehors ou qu'on l'abandonne et pour certains les abandons ont déjà été compliqués, voir même de la famille qui sont à côté d'eux mais ils ne savent plus comment gérer, ils se sentent dépassés... Donc voilà, dans la réalité de nos limites, ça permet d'être très vigilant sur ce qu'on peut faire ou ne plus faire.

E: *C'était ma dernière question sauf si vous avez quelque chose à ajouter?*

I: Je ne crois pas, voilà je suis un peu partie dans tous les sens...

E: *Non, c'était très complet.*

I: Vous pensez que ça suffira? Et ah oui, aussi j'aurais pu rajouter ça, on a aussi des réunions qu'on appelle "Collège TCA" sur Rennes avec tous les établissements qui s'occupent des troubles alimentaires qui se réunissent, alors après en tant qu'infirmière on est pas obligé mais moi je sais que j'y vais. Et c'est important parce que par exemple une patiente qui arrive, on a déjà entendu parler d'eux car ils sont dans d'autres établissements et ces établissements on dit "bah voilà, nous on ne sait plus quoi faire." Donc on sait où la patiente en est rendue, on reçoit des patients des fois comme ça et la même chose, des patientes on en envoie, on explique le parcours et on demande des idées pour rebondir...

E: *Un peu comme les RCP mais pour les TCA?*

I: Exactement, voilà, ça se fait de plus en plus, ça permet de se connaître, ça permet quand on passe un coup de fil, bah quand on se connaît déjà des réunions il y a déjà un côté plus humain, plus professionnel, on dépasse ça, ce n'est plus quelqu'un d'impersonnel qu'on ne connaît pas. Et puis après les ressources, moi dans mes entretiens ou autre ça va être d'aller vers les psychologues ici, je vais discuter pas mal avec elle pour savoir comment aborder tel ou tel sujet, pour travailler avec la patiente et jusqu'où on peut aller et puis après c'est un peu tout, comme je disais au départ, nous on a pas eu de formation quand on arrive là, et que on se forme comme on peut, au contact des patients, donc ça ça a été pas forcément évident. Moi ça m'intéressait donc j'arrivais à réfléchir de mon côté, à lire pas mal et puis actuellement je suis en train d'essayer de passer un D.U. des troubles du comportement, donc une formation extérieure liée à ça pour refaire un peu le point. Mais effectivement, ça va être entre nous on va essayer de parler et je dirais que ce qui est très important c'est... vous avez parlé au départ, vous avez donné votre confiance et vous avez employé l'autre mot c'était "j'ai l'impression de me faire avoir". Alors vous avez dit ces deux choses là, je trouve ça intéressant parce que c'est souvent ce que mes collègues des fois on l'impression c'est à dire être très généreux donc donner, parce qu'on trouve ces patients malheureux, voilà...

E: *En fait on cherche à avoir leur confiance mais du coup on donne nous aussi notre confiance et forcément quand on voit qu'il y a eu, moi dans mon cas c'était la petite fille qui avait trafiqué sa tubulure et qui vidait son alimentation, je me sentais blessée en fait parce que elle m'avait dit qu'elle*

voulait aller mieux, qu'elle voulait partir d'ici et donc bah moi j'étais pleine d'espoir et ça m'a découragée.

I: Oui oui, et ça veut dire que vous le prenez en tant que personnel. Ça fait partie des choses où c'est tout un travail, où je dis souvent aux collègues, elles me disent qu'elles mentent, beaucoup de terme négatif je dirais, qui sont de l'ordre de la relation amicale presque, c'est à dire de tromperie, or en tant que soignant on n'est pas dans une relation comme ça. Il va falloir travailler autrement. Ça ne veut pas dire qu'on est pas émues par des situations, on est humain, on n'est pas des robots mais justement il va falloir travailler, être soignant, être dans le soin et la prise en charge avec le contrat de soin, ça ça nous protège c'est à dire "vous vous étiez engagée à ne pas jeter, vous vous étiez engagée à ne pas vomir, à ne pas cacher... comment ça se fait que voilà...". Si vous prenez au degré, je lui faisais confiance dans cette relation là, effectivement vous avez l'impression d'une trahison, mais là on est au niveau du ressenti et du rapport de l'amitié, l'amour enfin voilà, des émotions humaines en dehors du travail. En tant que soignant, c'est super intéressant de se dire que ce qu'il s'est passé là, et oui cette petite fille, elle est dans l'ambivalence de la maladie, elle a envie de s'en sortir, mais il y a des moments d'angoisse tel que la parole et ce qu'elle vous a dit ça n'existe plus. Et qu'elle est dans un autre registre, il s'agit de son angoisse et si vous n'êtes pas là au moment où ça arrive, comment elle va faire et elle ne peut faire que comme ça. Ça va plutôt être intéressant de se dire, s'asseoir et se dire "qu'est ce qu'il s'est passé dans ce moment là? Qu'est ce qui fait que vous n'avez pas été en capacité de nous appeler en tant que soignants? Qu'est ce qui fait que l'angoisse a été telle? Et qu'est ce qu'on va pouvoir mettre en place pour dépasser ça.". Et là vous êtes en train de créer un lien thérapeutique. Là vous êtes en train, non pas de justifier ce qu'elle a fait, mais de le remettre dans le cadre d'une maladie, parce que c'est un symptôme, le fait de cacher les choses et puis il va falloir essayer de trouver un lien, il y a des patients qui ne pourront pas faire autrement que d'être dans ça. Ça va être leur petite zone d'ombre où ils auront besoin de maîtriser un peu ça. Alors si derrière le poids augmente par exemple, en cas de troubles du comportement alimentaire, si les vomissements diminuent pour les boulimiques, ça va être rassurant pour tout le monde. Si à un moment par contre ce n'est plus faisable, dans ces cas là, il va falloir peut être dans cette période être dans un établissement où ils vont être hyper surveillés. Donc ça c'est les limites. C'est vraiment très important, le lien thérapeutique c'est un lien personnel sans en être un, c'est un lien d'abord soignant, souvent mes collègues se disent "ce n'est pas possible, je ne peux pas faire confiance", bah si, mais c'est quoi la confiance? C'est remettre, il y a là un symptôme et puis il y a la confiance et le lien qu'on va créer autour. Le patient si il peut pas dire, c'est peut être parce que jusque là personne ne lui a fait confiance et qu'il faisait ça avec ses parents. Donc ses parents l'aiment, ça se passe bien mais malgré tout il ne peut pas leur dire et qu'il faut réussir à dépasser ça et ça c'est vraiment intéressant dans le lien thérapeutique. Donc sur ça on peut s'appuyer quand même sur le contrat: "vous êtes engagé, il y a un moment où on va devoir faire ça ou non...". Alors des choses qu'on fait, j'en ai pas parlé mais on fait un inventaire de toutes les affaires des patients au départ pour enlever les objets qui pourraient avec lesquels ils pourraient s'auto-mutuler ou se faire du mal mais il y a aussi les aliments pour les boulimiques. C'est des inventaires qu'on peut régulièrement faire si on sait que c'est compliqué mais ça n'aide pas à garder la confiance un inventaire si on a besoin d'une fouille... C'est comment travailler, c'est dire "à un moment vous n'êtes pas en capacité de, vous avez des pulsions vous ne pouvez pas l'éviter, comment est ce qu'on peut vous aider, est ce que ce système là ça pourrait vous rassurer?". Alors ça peut être très stigmatisant surtout quand c'est la seule du service qui a ça... Mais ça peut des fois les faire réagir et puis des fois, moi j'ai vu des patientes, elles

étaient boulimiques, elles cachait de la nourriture quand même. Il y avait un inventaire tous les jours de sa chambre, des fois il n'y avait pas vraiment d'imagination, ça n'était pas très bien caché... Et quand on découvrait: "bah oui je me disais que vous ne le trouveriez pas". Ça ne nous est pas adressé, ce n'est pas quelque chose contre nous, ça ne veut pas dire que le lien thérapeutique n'est pas là. Il peut être vraiment très fort, ils peuvent avoir beaucoup confiance en ce soignant là. Mais malgré tout, le moment où il y a une angoisse qui existe plus rien n'est au-dessus. Donc c'est bien discerner ça en tant que soignant car si on le prend de plein front en se disant qu'on a peut être pas bien fait son boulot, faut pas se culpabiliser non plus, c'est leurs symptômes, ça nous protège de se dire ça, qu'on a fait notre boulot correctement mais que ce sont les symptômes, on va les travailler en équipe. Ça permet de relativiser, de réfléchir et puis il y a des personnalités avec qui, comme dans la vie, on va pouvoir aller loin dans cet accompagnement et d'autres patients qui nous agacent très vite et on ne va pas pouvoir aussi loin dans ce lien thérapeutique. C'est ce côté là qui permet de se connaître soi-même et de connaître la réalité de ses limites. Et d'où l'intérêt d'une équipe, si a des moments là personne peut aller voir telle ou telle collègue ça sera mieux. C'est un apprentissage, c'est se connaître soi-même. Mais c'est une pathologie très très très particulière, voilà.

E: Merci beaucoup pour toutes ces informations et pour le temps que vous m'avez consacré.

IV- Annexe N°4: Analyse d'entretiens

1- Connaître la définition personnelle de l'anorexie selon le soignant ainsi que ses représentations.

Thème 1: la définition	Thème 2 : les symptômes	Thème 3 : le public touché	Thème 4 : le comportement
<p><u>IDE 1:</u> - "trouble du comportement alimentaire."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "pathologie très spécifique parce qu'elle touche justement les deux domaines c'est à dire que les symptômes ont une répercussion corporelle mais c'est une maladie psychique."</p>	<p>1- Les 3 A:</p> <p><u>IDE 2:</u> - "l'amaigrissement, l'aménorrhée et l'aphagie."</p> <p>- "ne vont plus manger, qui vont perdre du poids de façon très importante sur un court laps de temps et une des conséquences ça va être l'absence de règles."</p> <p>2- Hyperactivité:</p> <p><u>IDE 2:</u> - "une hyperactivité, donc des personnes en mouvements incessants, en sur activité sportive, de la marche"</p> <p>3- Anxiété:</p> <p><u>IDE 2:</u> - "des patients qui gèrent une anxiété majeure"</p> <p>4- Exclusion sociale:</p> <p><u>IDE 2:</u> - "qui vont être dans un retrait social, c'est à dire que progressivement ils vont être en retrait dans la relation avec leurs</p>	<p>1- Public féminin:</p> <p><u>IDE 1:</u> - "touche la plupart des jeunes adolescentes."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "ça fait partit d'un pourcentage élevé de filles"</p> <p>2- Public masculin:</p> <p><u>IDE 2:</u> - "il peut y avoir quelques garçons mais c'est souvent qu'on pense sous évaluer les anorexies de garçon, même si c'est peut être un pour cent de la population qu'on peut avoir, n'empêche qu'il y a des garçons"</p>	<p>1- La restriction:</p> <p><u>IDE 1:</u> - " la restriction alimentaire ce qui entraîne une perte de poids."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "ne vont plus manger"</p> <p>2- La boulimie :</p> <p><u>IDE 2:</u> - "la boulimie vomisseuse"</p>

	<p>amis, leur famille et vraiment un renfermement sur soi même.”</p> <p>5- Détresse psychologique:</p> <p><u>IDE 1:</u> - “Ça peut aussi montrer, être le résultat d’une grande détresse psychologique”</p> <p>6- Le déni:</p> <p><u>IDE 2:</u> - “elle ne soit pas dans le déni complet de la maladie. On peut avoir des patients qui disent qu’ils ont une maladie digestive mais qu’ils n’ont pas de problèmes d’anorexie”</p> <p>7- La rigidité:</p> <p><u>IDE 2:</u> - “ça fait partie des symptômes de la pathologie qui est la rigidité”</p> <p>- “elles vont se créer des rigidités qui vont les rassurer”</p>		
<p>Analyse descriptive: Pour ces infirmières, l’anorexie est une pathologie concernant les troubles alimentaires. L’infirmière N°2 évoque les 3 principaux symptômes des 3 A ainsi que les autres symptômes autant au niveau somatique que psychique. Les deux infirmières expliquent que la population féminine est majoritairement touchée par l’anorexie. Le peu de cas d’anorexie chez les hommes est abordé par l’infirmière N°2. Par rapport au comportement existant pour les personnes anorexiques, la restriction est énoncée par les deux infirmières. L’infirmière ayant plus d’expérience a également abordé l’anorexie boulimique.</p>			

2- Identifier les prises en charge d'une personne anorexique et si la maladie peut avoir un impact sur la prise en charge.

Thème 1: la prise en charge	Thème 2: l'évaluation	Thème 3: le suivi	Thème 4: le cadre et les conditions	Thème 5: Après l'hospitalisation
<p>1- Mode d'hospitalisation:</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "Hospitalisations libres." - "Hospitalisation forcée." <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "adressées par le médecin généraliste ou alors elles ont un psychiatre qui peut les suivre." <p>2- Le lieu:</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire." - "service de psychiatrie." <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "Clinique de nutrition" - "hôpital de jour" <p>3- Prise en charge somatique: La</p>	<p>1- IMC</p> <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "on évalue avec un IMC, donc le poids par rapport à la taille" - "IMC de dénutrition légère, modérée, extrêmement sévère qui permettent des orientations vers des établissements" 	<p>1- Suivi psychologique:</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "suivi psychologique très régulier." - "entretiens très réguliers avec les patients." <p>2- Suivi en équipe pluridisciplinaire:</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "il y a quand même des entretiens très réguliers avec les patients, avec l'infirmier et le psychiatre et c'est vraiment un travail de collaboration entre équipe médicale et paramédicale." <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "2 réunions dans la semaine ou on va rediscuter de chaque dossier de patient, ou on va discuter sur le domaine psychique, 	<p>1- La séparation</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "les premières heures d'hospitalisation, le patient est complètement isolé de l'extérieur. Il n'a pas le droit d'avoir des appels, pas le droit d'avoir de visites" <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "une séparation familiale donc c'est avec les plus proches." - "3 semaines facilement ou le patient n'avait aucun contact avec ses proches." <p>2- Les repas</p> <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "repas thérapeutiques, c'est à dire qu'elles mangeaient toutes ensemble le midi, du lundi au vendredi et le repas le soir et le weekend est en 	<p>1- Évolution somatique</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "une amélioration somatique avec une reprise de poids qui peut parfois rester bien pendant des années" <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "elles ne sortent pas avec un IMC de 18, ça c'est pas possible" - "elles sortent encore dénutries." <p>2- Évolution psychologique</p> <p><u>IDE 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "il y a une amélioration psychologique" <p><u>IDE 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - "quand les patients sortent pour nous ce qui est très important c'est qu'il y ai un étayage extérieur, enfin quand ils sortent, pour nous ils n'ont pas

<p>renutrition</p> <p><u>IDE 1:</u> - “une hospitalisation, pour renutrir la patiente.”</p> <p><u>IDE 2 :</u> - “prise en charge nutritionnelle car ils viennent souvent dans un cadre de dénutrition sévère.”</p> <p>- “les menus, qui sont adaptés en fonction de leurs besoins.”</p> <p>- “syndrome de renutrition qui est un risque majeur”</p> <p>- “objectif de stabiliser leur poids et ensuite augmenter, c'est-à-dire que le chiffre augmente mais comme on leur dit ici, c'est pas que le poids augmente, c'est plutôt démaigrir.”</p> <p>- “ils peuvent avoir des compléments, donc une alimentation artificielle sous forme d'entérale avec une sonde nasogastrique”</p> <p>4- Prise en charge psychique</p>		<p>nutritif et l'activité corporelle pour faire le point, réajuster nos positionnement vis à vis d'elles, savoir quel point on travaille plus.”</p> <p>- “entretiens d'éducation thérapeutique”</p> <p>- “il y a des entretiens on va prendre régulièrement le point dans la semaine, de façon plus ou moins formelle”</p> <p>- “des réunions qu'on appelle “Collège TCA””</p> <p>3- Suivi avec la famille:</p> <p><u>IDE 2:</u> - “il va y avoir des entretiens familiaux parce qu'à un moment il faut aussi que le patient puisse exprimer à sa famille ses difficultés, mais toujours en présence de médecin.”</p> <p>4- Le suivi dans les activités</p> <p><u>IDE 2:</u> - “Le kiné, avec différents types d'ateliers et</p>	<p>chambre seul.”</p> <p>3- La chambre</p> <p><u>IDE 2:</u> - “Les toilettes sont fermées à certains horaires.”</p> <p>- “un inventaire de toutes les affaires des patients au départ pour enlever les objets qui pourraient avec lesquels ils pourraient s'auto-mutiler ou se faire du mal mais il y a aussi les aliments pour les boulimiques.”</p> <p>4- Les sorties</p> <p><u>IDE 1:</u> - “pas le droit de sortir de l'enceinte du service”</p> <p><u>IDE 2:</u> - “elles ne peuvent pas sortir comment elles veulent faire du sport, elles savent qu'il y a des horaires de sortie, des horaires de sorties de libre, on a la chance d'avoir un petit parc où elles peuvent aller marcher, c'est toujours des demi-heures</p>	<p>fini leur sortie de l'anorexie donc il faut qu'il y ai psychiatre, psychologue, diététicien, kiné”</p> <p>3- Réinsertion sociale</p> <p><u>IDE 2:</u> - “elles vont être capable de manger, manger en groupe avec des amis, de la famille, dans les restaurants.”</p> <p>4- Autonomie</p> <p><u>IDE 2:</u> - “retrouver une autonomie”</p> <p>- “Oser aller faire ses courses”</p> <p>- “des permissions le weekend, qu'on nomme thérapeutique car on va travailler ces notions d'autonomisation , de réassurance, de reprise de contact social, de gestion du temps, du vide, prendre soin de soi.”</p> <p>5- Rechutes</p> <p><u>IDE 1:</u> - “des fois il y a des rechutes ou</p>
--	--	--	---	---

<p><u>IDE 2:</u> - “un atelier axé sur la créativité parce que ce sont des patientes qui ont une mésestime d’elles même, voir un effondrement psychique sur la valeur qu’elles imaginent avoir vis à vis des autres, l’atelier va soutenir cette estime.”</p> <p>- “atelier d’écriture, d’expression, elles déposent les choses qu’elles portent à l’intérieur.”</p> <p>- “prise en charge par le kiné en groupe ou individuel. On a la chance d’avoir une psychomotricienne qui est à la limite entre le corps et le ressenti de celui-ci.”</p> <p>- “le travail psychique qui a été fait et elles ne vont pas récupérer leur vie d’avant avec les mêmes angoisses parce qu’on les aura travaillées”</p> <p>- “si a un moment on a besoin</p>		<p>apprendre des mouvements mais sans faire de la gym à outrance. Il y a un atelier de respiration, c’est important de voir le ventre bouger”</p> <p>- “des ateliers diététiques, un atelier sur les épices, un atelier sur l’instant repas, c’est un lien social le repas donc c’est pas rien de se priver d’un repas. Un atelier qui est féculent et lipides.”</p> <p>- “Un atelier relaxation et marche lente”</p> <p>- “La psychomotricienne, qui a ses ateliers en individuel”</p> <p>- “l’art-thérapeute qui faisait du Chi Kong”</p> <p>- “l’atelier psychothérapeutique, on va utiliser un médium par exemple ça peut être de la peinture, de l’argile.”</p>	<p>libres, on ne va pas les surveiller, il y en a qui sont à la limite de la course et pour d’autre c’est une sortie en groupe, accompagnée par un soignant.”</p>	<p>alors une prise en charge qui s’aggrave”</p> <p><u>IDE 2:</u> - “il va y avoir des fois des aller/retour”</p> <p>- “D’autres vont être plus fragiles, avec un IMC assez bas, il faudra toujours être très très vigilant, la moindre chose émotionnelle dans leur vie peut avoir un impact sur leur état de santé. Donc ils peuvent revenir ponctuellement, faire le point, ça peut suffir.”</p> <p>6- Le suicide</p> <p><u>IDE 1:</u> - “une aggravation de l’état psychologique qui peut mener au suicide.”</p>
--	--	--	---	--

<p>d'avoir des traitements, anxiolytiques, psychotropes ou autres”</p> <p>5- La recentration sur soi-même</p> <p><u>IDE 2:</u> - “le travail commence aussi par se recentrer sur ses difficultés.”</p>				
<p>Analyse descriptive: L’infirmière N°1 explique la prise en charge des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire dans les services de psychiatrie. L’infirmière N°2 présente la même chose mais dans les services spécialisés en nutrition. Les deux expliquent les différents modes d’hospitalisation, libres ou forcées. Elles sont d’accord sur la prise en soin au niveau de la renutrition, mais l’infirmière N°2 donne également des précisions sur la prise en soin psychiatrique. Elles abordent toutes les deux le suivi pluridisciplinaire qui semble être au centre de la prise en soin. Le suivi dans les services est très détaillé par l’infirmière N°2 qui aborde de nombreuses facettes du suivi notamment au niveau des différentes activités réalisées qui participent beaucoup au suivi et à la prise en charge. Le suivi psychologique ressort chez l’infirmière N°1 qui est en psychiatrie. Le cadre est décrit différemment par chacune des infirmières étant donné la différence des deux services, pour autant on y trouve des ressemblances: une séparation, des conditions concernant les sorties et certains droits. Concernant l’après hospitalisation, l’évolution somatique et psychologique sont abordés par les deux infirmières. L’infirmière N°2 donne des précisions sur l’importance de l’autonomie et la réinsertion sociale tandis que l’infirmière N°1 décrit des rechutes et un risque de suicide.</p>				

3- Connaître les différents acteurs de la prise en charge d’une personne atteinte d’anorexie.

Thème 1: l’équipe pluridisciplinaire	Thème 2: l’entourage
<p>1- L’équipe paramédicale</p> <p><u>IDE 1:</u> -“l’équipe paramédicale avec les infirmiers”</p>	<p>1- La famille</p> <p><u>IDE 1:</u> -“les proches du patient, que ce soit les parents, les frères, les sœurs”</p>

<p>- "les auxiliaires de puériculture."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "le cadre de santé."</p> <p>- "une infirmière, une aide soignante"</p> <p>2- L'équipe non médicale</p> <p><u>IDE 1:</u> - "les psychologues."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "diététicienne."</p> <p>- "le kiné."</p> <p>- "La psychomotricienne."</p> <p>- "La psychologue."</p> <p>- "l'art-thérapeute "</p> <p>3- L'équipe médicale</p> <p><u>IDE 1:</u> - "il y a aussi les psychiatres "</p> <p><u>IDE 2:</u> - "les nutritionnistes."</p> <p>- "psychiatres."</p>	<p>2- Les amis</p> <p><u>IDE 1:</u> - "ou même les amis."</p>
--	--

Analyse descriptive: Concernant les acteurs de la prise en charge des personnes souffrant d'anorexie, les propos des deux infirmières sont similaires: une équipe paramédicale avec les aides soignants, les infirmières ainsi qu'une équipe médicale avec le psychiatre et le nutritionniste. Les autres intervenants sont également précisés: le kinésithérapeute, la psychologue, la diététicienne... Par ailleurs, l'infirmière N°1 aborde le rôle de l'entourage dans la prise en charge, notamment celui de la famille et des amis.

4- La personnalisation de l'accompagnement et ses limites.

Thème 1:	Thème 2: La	Thème 3: Les	Thème 4: Les	Thème 5: Les	Thème 6: Le
-----------------	--------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--------------------

Définition et objectif du contrat de soin	personnalisation de la prise en charge	droits du patient	avantages du contrat de soin	inconvénients du contrat de soin	rôle soignant
<p><u>IDE 1:</u> - "il y a un contrat de soins qui est fait, qui est personnalisé en fonction des besoins du patient, en fonction de sa pathologie." - "un contrat de soin c'est un processus thérapeutique qui permet de créer un lien de confiance entre le soignant et le soigné, ça permet aussi de créer un cadre spatial, temporel et relationnel pour le patient."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "il y a effectivement, vu en amont, au rendez-vous de consultation, les objectifs posés, l'hospitalisation peut être une durée ou elle peut aussi être un</p>	<p>1- Selon le service</p> <p><u>IDE 1:</u> - "en psychiatrie, un contrat de soin ça va être d'abord, les premières heures d'hospitalisation, le patient est complètement isolé de l'extérieur. Il n'a pas le droit d'avoir des appels, pas le droit d'avoir de visites, pas le droit de sortir de l'enceinte du service." - "le contrat de soin peut être élargi avec par exemple le droit de passer des appels, le droit d'avoir des visites mais ça c'est vraiment patient-dépendant et selon l'évolution de la pathologie."</p>	<p>1- Droits</p> <p><u>IDE 1:</u> - "le droit de passer des appels, le droit d'avoir des visites mais ça c'est vraiment patient-dépendant et selon l'évolution de la pathologie." <u>IDE 2:</u> - "il y a des horaires de sortie, des horaires de sorties de libre"</p> <p>2- Interdictions</p> <p><u>IDE 1:</u> - " Il n'a pas le droit d'avoir des appels, pas le droit d'avoir de visites, pas le droit de sortir de l'enceinte du service." - "le patient peut se sentir enfermé de ne pas avoir le droit de faire si ou ça."</p> <p><u>IDE 2:</u></p>	<p>1- La motivation</p> <p><u>IDE 1:</u> - "ça peut être une source de motivation parce que par exemple si tout se passe bien le contrat de soin peut être élargi comme ça ça permet plus de liberté pour le patient si les premières étapes de son contrat sont respectées." <u>IDE 2:</u> - "Ils se motiveront aussi pour ne plus en avoir besoin." - " Le contrat de soin amène plutôt je trouve une bonne dynamique"</p> <p>2- Implication</p> <p><u>IDE 1:</u> - "créer un cadre pour le patient, ça lui permet de se concentrer sur sa prise en</p>	<p>1- La non adhésion aux soins</p> <p><u>IDE 1:</u> - "si le patient ne consent pas au contrat de soin, le contrat il est caduc parce qu'à partir du moment où la personne ne consent pas à être soignée elle s'investira pas dans sa prise en charge donc le contrat de soin est un peu inutile dans ce cas là et le patient peut se sentir enfermé de ne pas avoir le droit de faire si ou ça et ça peut être un frein à la prise en charge." 2- Le déni</p> <p><u>IDE 2:</u> - "il va décrire à la patiente ce que l'on fait ici afin qu'elle ne soit pas dans le déni complet</p>	<p>1- L'accompagnement</p> <p><u>IDE 2:</u> - "on est en soutien et de l'accompagnement"</p> <p>2- La vigilance</p> <p><u>IDE 2:</u> - "ça nous demande à nous d'être vigilant"</p> <p>3- Le respect du cadre</p> <p><u>IDE 2:</u> - "c'est à dire qu'on a dit qu'on faisait ça, on ne revient pas sur notre parole après" - "Donc par exemple tenir notre parole c'est "vous deviez reprendre 200 grammes avant de partir en permission, vous ne les avez pas pris, vous n'allez</p>

<p>poids.”</p> <p>- “L’objectif peut évoluer”</p> <p>- “une fenêtre thérapeutique pour redynamiser, ça peut être un objectif”</p> <p>- “Ce sont des objectifs préparés lors de la préparation de la sortie”</p>	<p><u>IDE 2:</u></p> <p>- “Elles viennent ici ce n’est pas à la demande d’un tiers comme en psychiatrie, elles peuvent partir. Il faut que la demande vienne d’elles et quelle est leur demande, les médecins vont travailler sur ça”</p>	<p>- “les toilettes sont fermées à certains horaires”</p> <p>- “elles ne peuvent pas sortir comment elles veulent faire du sport”</p> <p>- “Elles n’auront pas le droit à d’autres temps dans la journée”</p>	<p>charge. Ça permet aussi de fixer des objectifs”</p> <p><u>IDE 2:</u></p> <p>- “un contrat de soin c’est l’implication de deux parties”</p> <p>- “Donc il va falloir à un moment qu’ils s’impliquent”</p> <p>3- Fortification du lien thérapeutique et de la confiance</p> <p><u>IDE 2:</u></p> <p>- “plus on va avoir un lien thérapeutique fort, plus la négociation va être moins conflictuelle et plus le patient, même si c’est douloureux, même si c’est difficile, va savoir qu’il ne va pas être seul à le vivre et on va être à ses côtés pour l’accompagner.”</p> <p>- “on est en soutien et de l’accompagnement”</p>	<p>de la maladie. On peut avoir des patients qui disent qu’ils ont une maladie digestive mais qu’ils n’ont pas de problèmes d’anorexie. Donc ça c’est très compliqué”</p> <p>- “si la personne est complètement dans le déni, on ne va pas pouvoir lui apporter de l’aide parce qu’elle refuse le dialogue. “</p>	<p>pas en permission” même si la personne ne va pas bien.”</p> <p>- “on est pas là pour faire plaisir aux patients, on est là pour les faire sortir de la maladie.”</p> <p>- “une idée de tenir parole des deux côtés, on pose des objectifs, il faut les tenir des deux côtés. “</p> <p>4- Donner du sens à ce que l’on fait</p> <p><u>IDE 2:</u></p> <p>- “Quand je pensais au téléphone portable, c’est pas pour enlever un téléphone portable et les embêter ou les contraindre dans quelque chose. Pour nous ça a un sens, chaque chose que l’on fait a un sens dans un soin thérapeutique.”</p> <p>- “C’est important que</p>
---	---	---	--	---	--

			<p>- “Notre rôle c’est toujours, c’est toujours revenir, le contrat de soin les oblige à avoir un vrai lien thérapeutique qui est très fort.”</p> <p>- “là vous avez un vrai lien thérapeutique , là elles vous racontent des choses qu’elles n’ont jamais dit à personne sur ce qu’elles vivent”</p> <p>- “il faut avoir une confiance dans les deux sens et une grande responsabilité en tant que soignant. “</p> <p>- “le lien thérapeutique c’est un lien personnel sans en être un, c’est un lien d’abord soignant, souvent mes collègues se disent “ce n’est pas possible, je ne peux pas faire confiance”, bah si, mais c’est quoi la</p>	<p>ça soit un vrai sens pour chacun d’entre nous. Si ça n’a pas de sens, il y un moment ou entre le discours et ce que vous faites ça va décrocher et le patient va le sentir. Ils savent très bien s’engouffrer dans ces cas là.”</p> <p>5- Le soutien</p> <p><u>IDE 2:</u> - “Ce n'est pas de la punition, leur peine c'est déjà d'être enfermées dans la maladie. C'est ni une prison, c'est des patients qui en même temps on l'impression que jamais ils ne s'en sortiront donc il faut au contraire soutenir l'espoir”</p> <p>- “on est en soutien et de l'accompagne ment”</p>
--	--	--	--	--

			<p>confiance? C'est remettre, il y a là un symptôme et puis il y a la confiance et le lien qu'on va créer autour.”</p> <p>- “Ça ne nous est pas adressé, ce n'est pas quelque chose contre nous, ça ne veut pas dire que le lien thérapeutique n'est pas là.”</p> <p>4- L'engagement</p> <p><u>IDE 2:</u> - “il y a un engagement de leur côté”</p> <p>- “Il y a un engagement de leur part”</p> <p>5- La responsabilité</p> <p><u>IDE 2:</u> - “C'est l'intérêt du contrat de soin, c'est -à-dire qu'ils ont une responsabilité .”</p> <p>- “il faut avoir une confiance dans les deux</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>sens et une grande responsabilité en tant que soignant.</p> <p>6- La protection</p> <p><u>IDE 2:</u> - "ça nous protège de se dire ça, qu'on a fait notre boulot correctement mais que ce sont les symptômes, on va les travailler en équipe."</p>		
--	--	--	--	--	--

Analyse descriptive: Le contrat de soin est défini par l'infirmière N°1 comme un moyen de donner un cadre en fonction des besoins de la personne. Il est également présenté comme un élément favorisant le lien thérapeutique. Pour l'infirmière N°2, le contrat de soin est présenté comme un moyen permettant de donner des objectifs. La prise en charge est différente selon les services, ce qui est expliqué par l'infirmière N°2 qui distingue l'hospitalisation en psychiatrie d'un service de nutrition. Dans le contrat de soin, les deux infirmières abordent les droits du patient lors de l'hospitalisation ainsi que les interdictions, elles se rejoignent sur le fait que celles-ci peuvent évoluer. Par rapport aux avantages du contrat de soin, elles sont d'accord sur le fait qu'il peut procurer une grande motivation ainsi qu'une chez le patient mais également chez le soignant. Par ailleurs, l'infirmière N°2 insiste sur l'effet fortificateur du contrat de soin sur le lien thérapeutique. Elle aborde d'autres aspects positifs tels que l'engagement, la responsabilité et la protection, qui donne une dynamique et un cadre à la prise en charge. Malgré cela, il existe des freins au contrat de soin: l'infirmière N°1 parle de la non adhésion, qui rend le contrat de soin non valable tandis que l'infirmière N°2 explique que le déni de la pathologie est la première contrainte rencontrée durant une prise en soin. Le rôle de soignant dans le contrat de soin et donc dans la prise en charge est très important et selon l'infirmière N°2 il se présente sous la forme d'accompagnement, de soutien et de vigilance. Elle précise qu'il est très important de respecter le cadre tout en donnant du sens à ce que l'on fait.

5- Connaître les particularités de la relation soignant/soigné concernant une personne étant anorexique

Thème 1: la confiance	Thème 2: l'adhésion aux soins	Thème 3: l'écoute	Thème 4: La bienveillance
<p><u>IDE 1:</u> - "c'est une relation de confiance mutuelle." - "il faut que la personne soignée ait confiance en les soignants." - "il faut que les soignants aient confiance en le patient."</p> <p><u>IDE 2:</u> - "il faut avoir une confiance dans les deux sens" - "le lien thérapeutique c'est un lien personnel sans en être un, c'est un lien d'abord soignant, souvent mes collègues se disent "ce n'est pas possible, je ne peux pas faire confiance", bah si, mais c'est quoi la confiance? C'est remettre, il y a là un symptôme et puis il y a la confiance et le lien qu'on va créer autour." - "il faut avoir une confiance dans les deux sens et une grande responsabilité en tant que soignant. "</p>	<p>1- L'adhésion</p> <p><u>IDE 1:</u> - "si le patient sent que l'équipe lui fait confiance, ça peut aussi être un tremplin pour la prise en charge et que ce patient adhère au contrat de soin et dû coup à la prise en charge de la maladie."</p> <p>2- La non adhésion</p> <p><u>IDE 1:</u> - "si le patient ne consent pas au contrat de soin, le contrat il est caduc parce qu'à partir du moment où la personne ne consent pas à être soignée elle s'investira pas dans sa prise en charge donc le contrat de soin est un peu inutile dans ce cas là et le patient peut se sentir enfermé de ne pas avoir le droit de faire si ou ça et ça peut être un frein à la prise en charge."</p>	<p><u>IDE 1:</u> - "une relation d'écoute, l'équipe médicale et paramédicale se doit d'écouter le patient, d'essayer de comprendre ce que dit le patient."</p>	<p><u>IDE 1:</u> - "une relation de bienveillance, les soignants ne jugent pas les patients."</p>
<p>Analyse descriptive: Concernant la relation soignant/soigné, le thème de la confiance ressort chez les deux infirmières. Elle parle toutes les deux d'une relation de confiance mutuelle, venant autant du soignant que du soigné. L'infirmière N°1 aborde également l'influence de l'adhésion ou non aux</p>			

soins dans la relation soignant/soigné. Elle précise l'importance de l'écoute et de la bienveillance dans la relation de soin.

6- Savoir comment le soignant gère le refus de soin.

Thème 1: les ressources face au refus de soin	Thème 2: la prise en charge dans le refus de soin	Thème 3: Le comportement soignant dans le refus de soin	Thème 4: les formations soignantes
<p>1- La famille</p> <p><u>IDE 1:</u> - "On peut impliquer les proches du patient, que ce soit les parents, les frères, les sœurs ou même les amis."</p> <p>2- L'équipe pluridisciplinaire</p> <p><u>IDE 2:</u> - "l'équipe multidisciplinaire et pluridisciplinaire" - "on travaille ensemble donc il y a une dynamique un peu globale avec des personnalités différentes donc ça c'est super aussi ça amène des grandes richesses, donc après, il y a parfois des gens qui une nouvelle idée ou un nouveau truc, on se dit pourquoi pas le tester."</p>	<p>1- L'orientation vers d'autres solutions</p> <p><u>IDE 2:</u> - "Si quelqu'un n'accepte pas du tout il est toujours libre de partir" - "nous ici on estime que ça n'avance plus, souvent ils admettent eux mêmes qu'ils n'en peuvent plus d'être ici, alors à ce moment là, pourquoi ils n'iraient pas dans un autre établissement? "</p>	<p>1- L'acceptation de ses limites</p> <p><u>IDE 2:</u> - "Des fois il y a un moment où ça ne sert à rien de s'épuiser et d'accepter, on est pas non plus dans la magie de croire qu'on va les guérir et que tout va bien se passer ici. Non, c'est plutôt, avoir la vérité, bien voir la réalité de nos limites, à ce moment là, on est encore soignants, parce que dans ces cas là on se dit "c'est bon je ne sais plus faire, bon bah peut être que d'autres trouveront d'autres solutions" et le dire au patient." - "C'est ce côté là qui permet de se connaître soi-même et de connaître la réalité de ses limites."</p>	<p><u>IDE 2:</u> - "je suis en train d'essayer de passer un D.U. des troubles du comportement, donc une formation extérieure liée à ça pour refaire un peu le point."</p>

2- Se protéger

IDE 2:

- "être dans le soin et la prise en charge avec le contrat de soin, ça ça nous protège"

- "Donc c'est bien discerner ça en tant que soignant car si on le prend de plein front en se disant qu'on a peut être pas bien fait son boulot, faut pas se culpabiliser non plus, c'est leurs symptômes, ça nous protège de se dire ça, qu'on a fait notre boulot correctement mais que ce sont les symptômes, on va les travailler en équipe."

3- Les émotions

IDE 2:

- "Si vous prenez au degrés, je lui faisais confiance dans cette relation là, effectivement vous avez l'impression d'une trahison, mais là on est au niveau du ressenti et du rapport de l'amitié, l'amour enfin voilà, des émotions humaines en dehors du travail."

4- La discernation

IDE 2:

- "Ça ne nous est pas adressé, ce n'est pas quelque chose contre nous, ça ne veut pas dire que le lien thérapeutique n'est

		<p>pas là.”</p> <p>- “Donc c’est bien discerner ça en tant que soignant car si on le prend de plein front en se disant qu’on a peut être pas bien fait son boulot, faut pas se culpabiliser non plus, c’est leurs symptômes, ça nous protège de se dire ça, qu’on a fait notre boulot correctement mais que ce sont les symptômes, on va les travailler en équipe.”</p>	
--	--	---	--

Analyse descriptive: Face au refus de soin, l’infirmière N°1 nous parle de la mobilisation de la famille, de l’entourage tandis que l’infirmière N°2 nous présente l’équipe pluridisciplinaire comme ressource. Elle explique également la possibilité de ne pas rester dans le service si la personne ne le veut pas, ou le fait d’être orienté dans une autre structure. Le comportement du soignant face au refus de soin a été abordé avec l’infirmière N°2 qui face à un refus, explique qu’il est important de connaître ses limites et se protéger en tant que soignant car les émotions peuvent prendre de la place dans ces prises en soin. Elle parle de discernation pour préserver le lien thérapeutique. Par ailleurs, elle précise également l’existence de formation universitaire spécialisée dans ces pathologies.

12- Quatrième de couverture

NOM: Corsini
PRÉNOM: Julie

Titre du mémoire: Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins infirmiers influence la relation soignant/soigné?

Anorexia is an eating disorder. Caregivers, throughout their careers, may encounter anorexic patients. This particular pathology, at the border between the somatic and the psychiatric, is delicate to manage. During the situations I encountered while I was an intern, I was led to wonder how to deal with the young patients suffering from this pathology, how to behave and position myself faced with them. These questions led me to my initial question which was: In the context of caring for a young anorexic patient, how does adherence or not to nursing care influence the relationship between caregivers and patient? In order to answer this question, I began conducting research through reading articles on key concepts such as anorexia, adherence, relational care, caregiver/patient relationship, care contracts, and professional posture. Afterward, I set up interviews with two different professionals in order to confront their words with my theoretical framework. This allowed me to have a more precise vision on the caring of the pathology, notably on the somatic and psychiatric side, but also on the different actors involved in it. This work also showed me the importance of the discernment and the hindsight on the professional posture.

L'anorexie est un trouble du comportement alimentaire qui se caractérise par un refus volontaire de s'alimenter, accompagné d'une perte de poids importante en peu de temps. Les soignants, au cours de leur carrière, peuvent être amenés à rencontrer des patients anorexiques. Cette pathologie particulière, à la frontière entre le somatique et le psychiatrique, est délicate à prendre en charge. Lors de situations rencontrées en stage, j'ai été amenée à me demander de quelle manière prendre en charge cette pathologie chez des jeunes patientes, comment me comporter et me positionner face à celle-ci. Ces questionnements m'ont amenés à ma question de départ qui est: Dans un contexte de prise en soin d'une jeune patiente anorexique, en quoi l'adhésion ou non aux soins infirmiers influence la relation soignant/soigné? Afin de répondre à cette question, j'ai commencé par réaliser des recherches par le biais de lecture d'articles sur des notions clés: l'anorexie, l'adhésion, les soins relationnels, la relation soignant/soigné, les contrats de soins, la posture professionnelle. Par la suite, j'ai mis en place des entretiens avec deux professionnelles différentes afin de confronter leurs propos avec mon cadre théorique. Cela m'a permis d'avoir une vision plus précise de la prise en charge de la pathologie notamment au niveau somatique et psychiatrique mais également sur les différents acteurs intervenant dans celle-ci. Ce travail m'a également montré l'importance de la discernation et du recul dans la posture professionnelle.

KEY WORD: Anorexia, Adherence, Relation care, Caregiver/patient relationship, Care contracts

MOTS CLÉS: Anorexie, Adhésion, Relation soignant/soigné, Contrat de soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS:

Adresse: Pôle de formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation 2018/2021

