

SOMMAIRE

INTRODUCTION

page 02

PREMIERE PARTIE :

DU DEVELOPPEMENT PSYCHO AFFECTIF DE L'ENFANT A LA PERIODE D'ETAT, L'ANOREXIE MENTALE.

Chapitre I : Développement affectif de l'enfant

page 04

Chapitre II : L'anorexie mentale

page 10

DEUXIEME PARTIE :

D'UN CONCEPT DE SOIN A UNE MISE EN PRATIQUE.

Chapitre III : L'infirmier référent

page 16

Chapitre IV : Présentation de l'Unité d'Addictions

page 20

TROISIEME PARTIE :

SYNTHESE ET ANALYSE.

Chapitre V : Présentation, synthèse et première

analyse des entretiens

page 28

Entretien médical

page 44

Chapitre VI : Analyse

page 46

CONCLUSION

page 46

ANNEXES : Glossaire

page 50

BIBLIOGRAPHIE

page 52

INTRODUCTION

Le thème de mon Travail de Fin d'Etudes est " L'infirmier référent dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie". Pourquoi ai-je choisi ce thème ? L'idée de départ était d'orienter mon sujet comme un premier outil de réflexion sur ma pratique professionnelle. Cette dernière est envisagée sur le secteur psychiatrique.

Quel outil de travail pouvais-je cibler en particulier ? En articulation avec quelle pathologie ? Pour donner justement du sens à ma pratique professionnelle.

Il faut remonter à mon stage optionnel effectué en août 1999, dans une unité d'addictions de Loire Atlantique. J'y rencontre pour la première fois de jeunes adolescentes souffrant d'anorexie. Je retiens de cette rencontre la complexité de la pathologie dont souffrent ces patientes. Je retiens aussi la difficulté de la prise en charge du fait de cette complexité. Difficulté encore plus accrue, en ce qui me concerne, du fait de mon inexpérience, tant pratique que théorique. Il s'agit dans cette Unité d'une prise en charge, contractuelle, basée notamment sur un système d'infirmiers référents.

Pour illustrer mes propos, j'évoque maintenant deux moments forts de ce stage optionnel. Ceux-ci donnent respectivement ma problématique et mon hypothèse de départ.

Le premier moment fort se situe au cours d'un déjeuner, l'un des moments privilégiés dans l'accompagnement de patientes qui souffrent d'anorexie. Je décide de m'attabler en face d'une jeune adolescente pour qui l'une des difficultés majeures se situe au moment du repas. Difficulté qui sera réciproque, tant mon incapacité à insister sur le fait qu'elle doit manger sera flagrante. Je me rends compte à ce moment de la difficulté d'entrer en relation avec cette patiente quand il s'agit d'intervenir sur un objectif aussi important que peut être son alimentation. Après cet "échec", une analyse critique fait suite avec l'équipe soignante. Qu'est-ce qu'il s'est passé? Ou plutôt qu'est-ce qu'il ne s'est pas passé. Cela me confirme la toute puissance dans laquelle peut parfois se trouver une patiente souffrant d'anorexie. Un fonctionnement dans lequel je devais également être, vu la grande frustration que je vivais à ce moment précis ; une relation toute puissante de soignant avec cette jeune patiente qui n'aboutit pas. C'est donc un échec entre guillemets, ayant pu en discuter et l'analyser. Suite à cette expérience, je me questionne sur l'intérêt du référent infirmier et tout ce que cela implique dans la relation avec un patient.

Le deuxième moment fort se situe au cours d'une séance de relaxation que j'anime pour la première fois. La majorité des patientes présentes souffrent d'anorexie. C'est la première fois également qu'un homme anime une telle séance. A la fin de la séance, plusieurs patientes verbalisent qu'elles ont été gênées par cette voix d'homme qui était la mienne. Qu'est-ce qu'il s'y est joué ? Est-ce la nouveauté ? Est-ce le fait d'être un homme, avec la problématique que ces patientes peuvent connaître dans leur relation à leur sexualité, dans leur relation homme/femme ? Cette expérience, arrivant à la fin de mon stage, ne s'est pas renouvelée. Je reste donc avec ces questions. Je retiens dans un

premier temps l'hypothèse qu'il y a certainement une relation différente entre, soignant homme et soignante femme, et patientes souffrant d'anorexie.

Ces deux expériences sont le début de cette réflexion que je vais développer à travers ce travail de fin d'études. Soit l'intérêt d'un système d'infirmiers référents articulé dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie. Avec l'hypothèse qu'il existe dans cette prise en charge, une complémentarité entre soignant homme et soignante femme à travers leurs différences.

Les limites de ce travail, se sont principalement trouvées, dans un premier temps dans mon concept théorique. J'y aborde le développement affectif de l'enfant et l'anorexie mentale avec une approche psychanalytique. Une description somatique de l'anorexie, importante au demeurant, n'y est que brièvement abordée. Pourquoi une approche psychanalytique ? Parce qu'elle me permet la compréhension du développement d'une telle pathologie.

Par la suite, une autre de mes limites, a été de me cantonner à un seul terrain de recherche. Ma réflexion, je dois dire que je l'introduisais déjà lors de mon bilan de fin de stage optionnel avec l'équipe soignante de cette unité d'addictions. Et c'est en toute logique, en tout cas la mienne, que je la recontacte, pour poursuivre avec son aide, ce questionnement, pendant une durée de deux fois une semaine.

Au cours de ces deux semaines, j'ai ciblé mes entretiens auprès de l'équipe soignante uniquement. Une autre de mes limites aura donc été de ne pas m'entretenir avec des patientes souffrant d'anorexie. Pourquoi ce choix ? Il me semblait incontournable. Je rappelle que ce travail, je l'envisage comme premier outil de réflexion sur ma pratique professionnelle. Une réflexion qui se fait, à mon sens, par étapes, dans le temps. Je devais donc avoir comme première intégration personnelle, le fonctionnement de cette équipe, et être au clair avec celui-ci, pour pouvoir m'impliquer à mon tour, dans la prise en charge de ces patientes.

J'envisage successivement dans une première partie, le développement affectif de l'enfant, articulé avec la période d'état qu'est l'anorexie mentale. Il y fait suite, dans une deuxième partie, le concept de soin en psychiatrie appuyé par le système d'infirmier référent. Concept qui prend sens dans la prise en charge d'adolescentes souffrant d'anorexie et ce, au sein de l'unité d'addictions. Unité décrite dans son fonctionnement, en mettant en avant cette prise en charge. Enfin dans une troisième et dernière partie, la synthèse et l'analyse de ma recherche.

Chapitre I. Développement affectif de l'enfant.

La psychanalyse permet d'explorer l'inconscient, où des expériences défailtantes ou difficiles de l'enfant se sont enfouies, ont été refoulées. Ce refoulement dans l'inconscient est dû au fait que l'enfant n'a pas pu supporter consciemment ces expériences à la période où elles ont eu lieu. Je parle ici des relations parents/enfant, ayant une forte charge affective. Si la triangulation est problématique, la répercussion sur l'enfant peut l'être tout autant. L'enfant fera resurgir cette problématique, toujours inconsciemment, sous forme de symptômes. L'anorexie peut être l'un de ses symptômes. La psychanalyse est là pour traduire ces symptômes et permet ainsi au sujet d'annuler ses conflits intra-psychiques.

FREUD (1) décrit trois instances du psychisme que sont le **Ca**, le **Moi** et le **Surmoi**.

Le **Ca** : " Pôle des instincts, des pulsions, qui font tendre l'individu vers un but de façon à assouvir la satisfaction de sa pulsion, comme dans la faim, le sommeil, l'activité sexuelle."

Le **Moi** : "qualifie la personnalité, les traits de caractère. Il tient compte de la réalité extérieure face aux exigences des pulsions du Ca."

Le **Surmoi** : "il se forme chez l'enfant à partir des interdits parentaux. Il a une fonction répressive."

On peut dire que le Moi est un compromis entre le Ca et le Surmoi, et qu'il est la base de notre identité.

Je développe dans ce premier chapitre le Moi dans la première enfance avec les quatre étapes importantes du développement affectif de l'enfant décrit par Winnicott (2), pédiatre et psychanalyste. Les trois premières étapes qui entrent en jeu dans la relation mère enfant sont l'**intégration du moi**, la **personnalisation** et ensuite la **relation objectale**. La quatrième étape sera la **capacité d'être seul**, cette dernière étape aboutissant au complexe d'Oedipe. En articulation avec ses différentes étapes, j'illustre ce chapitre avec le témoignage d'une ancienne anorexique, Marya HORNBAKER (3), pour qui ces étapes ne se sont pas passées sans difficultés. Ce témoignage est retrouvé en gras pour ce chapitre. Avant de développer ces étapes, j'évoque maintenant ce que Winnicott appelle "la préoccupation maternelle primaire" et la "mère, fonction de miroir."

1. CHARTIER J.Pierre "Introduction à la pensée freudienne, les concepts fondamentaux de la psychanalyse" Bibliothèque Payot. 1993. P 141-144

2. D.W. WINNICOTT "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989. P 9-18 ; P 222- 223.

3. HORNBACHER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999.

La préoccupation maternelle primaire :

Winnicott décrit l'identification de la mère au nourrisson comme une capacité d'empathie pour savoir ce dont le nourrisson a besoin. La préoccupation maternelle primaire permet à la mère d'atteindre progressivement un degré de sensibilité accrue qui dure pendant les premières semaines qui suivent la naissance. La préoccupation maternelle primaire conditionne le début de la structuration du Moi ; celle-ci doit reposer sur "un sentiment continu d'exister suffisant".

Selon Anna FREUD (1), dès les tout premiers mois, "la relation entre la mère et l'enfant s'organise à travers la satisfaction des besoins de la sphère buccale et oro alimentaire..."

"Je n'ai jamais eu un rapport normal à la nourriture, même lorsque j'étais bébé. Ma mère a refusé de m'allaiter : elle disait qu'elle avait l'impression de se faire dévorer. J'étais allergique au lait de vache, au lait de soja et lait de riz. Mes parents me préparaient une mixture à base d'agneau haché et de lait de chèvre qui les rendait littéralement malade".(2)

La mère : fonction de miroir.(3)

Il s'agit de la fonction de support que le Moi de la mère assure auprès du moi de l'enfant. Quand le bébé au sein regarde le visage de la mère, il se voit en reflet dans le visage maternel. C'est le stade de l'identification primaire (4). On passe progressivement d'une dimension symbolique au sentiment de réalité.

L'enfant passe de la projection à la perception. Cela correspond au début du processus de séparation du non Moi (la mère) et du Moi (l'enfant). L'enfant aboutit progressivement à l'idée de la personne de la mère. On peut situer le début de ce processus de différenciation et de perception aux alentours du troisième ou du quatrième mois. Il n'est pas facile pour la mère de jouer un rôle de miroir.

"Mon père pouvait boire énormément, il mangeait constamment et il était sans arrêt obnubilé par son poids... Ma mère, une ancienne boulimique ou une boulimique non avouée avait de curieuses habitudes alimentaires... Les regarder manger donnait à peu près ceci : mon père vorace, essayait de dévorer ma mère. Ma mère hautaine et raide laissait mon père sur son assiette sans y avoir touché. Ils auraient mieux fait de se hurler, j'ai besoin de toi/moi non plus... Pendant ce temps-là, j'étais assise sur ma chaise, à deux, trois, quatre ans, essayant de dissiper la tension que je sentais monter entre eux en refusant de manger. "Cochonou, je t'en prie, mange", me suppliaient-ils... J'étais le porteur du symptôme".(5)

1. ALLILLAIRE J.F., DES LAURIERS A. "Soins psychiatrie", "L'anorexie, les maigreurs" septembre 1980. N°4. Page 11.

2. HORNBACHER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 20

3. WINNICOTT D.W. "Jeu et réalité" Ed. Gallimard. 1975. P 153-162

4. Identification primaire : Glossaire page 47

5. HORNBACHER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 29

Evolution de la relation mère enfant selon trois phases :

1. L'intégration du Moi.

a) La première organisation du Moi :

Selon Winnicott (1), si l'environnement fait défaut, le Moi reste immature. L'enfant ressent alors une angoisse extrême. Il a recours à la désintégration, c'est à dire la production active d'un état de chaos, pour lutter contre la non-intégration.

"... Enfant, j'éprouvais toujours une angoisse sourde. J'avais horriblement peur du noir et du satyre qui viendrait m'enlever la nuit pendant que je dormais. La présence des gens me rendait nerveuse. Je préférais rester dans ma chambre, la porte bloquée par ma commode, blottie dans un coin de mon lit avec un livre. Dix ans plus tard les thérapeutes diront : Marya veut vivre dans un monde à elle... Vigilance extrême. Peur énorme de l'abandon. Domine sa peur de la perte par une peur de la nourriture." (2)

Au départ en fusion avec sa mère, l'enfant perçoit des objets subjectifs, une brève expérience d'omnipotence, empreint de toute puissance magique. C'est la répétition de ces expériences qui donne de la force à son Moi faible. L'identification primaire qui établit déjà "le sentiment d'être" et qui est à la base du sentiment de soi, c'est à dire de l'identité. "L'identification primaire" et ses conséquences "est étroitement corrélative de la relation dite d'incorporation orale." (3) Cela rejoint ce que je notais quand j'évoquais la préoccupation maternelle primaire.

2. La personnalisation.

Selon Winnicott "Le Moi se fonde sur un Moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que le nourrisson commence à se rattacher aux corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane frontière."(4) H. Bruch (5) considère que le trouble fondamental et spécifique de l'anorexie mentale est un trouble secondaire à cette constitution de l'image du corps.

Progressivement s'accroît le sentiment d'être réel et la conscience d'avoir une identité. Une unité différenciée de l'extérieur, c'est le Moi en tant que personne.

Winnicott utilise le terme de personnalisation pour traduire cette étape. Il décrit également son contraire avec la dépersonnalisation qui selon lui est "la perte d'une union solide entre le Moi et le corps..."(6)

-
1. D.W. WINNICOTT "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989. P 9-18
 2. HORNBACHER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 26
 3. Incorporation orale : Glossaire page 51
 4. D.W. WINNICOTT "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989. P 13
 5. BRUCH H. "La cage dorée" Ed. PUF 1979 "Dictionnaire de psychiatrie" p 37
 6. D.W. WINNICOTT "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989. P 14

La dissociation peut donc porter sur la dissociation du soma et de la psyché et perturbe alors le sentiment d'exister. On peut donc parler de clivage (1). Soit l'origine de la psychose. M. Palazzoli-Selvini (2) fait de l'anorexie mentale une forme de psychose monosymptomatique.

"...C'est à quatre ans que je suis tombée dans le miroir... Je me suis longuement regardée dans le miroir. Tout à coup, j'ai senti mon cerveau se fendre : je ne la reconnaissais plus. J'étais divisée en deux : le moi dans ma tête et la fille dans le miroir. C'était un sentiment étrange, mais pas désagréable... Immobile, je pensais très fort "c'est pas moi, pas moi, pas moi" et parvenais à retrouver cette sensation de dualité, ces deux petites filles qui se regardaient de chaque côté du miroir. A l'époque, je ne savais pas que ce sentiment deviendrait permanent : l'ego et l'image, le corps et l'esprit. Pour moi, le "stade du miroir" prenait un sens nouveau. Le stade du miroir, c'est l'histoire de ma vie."
(3)

3. La relation d'objet.

La relation d'objet "désigne le mode de relation du sujet avec son monde. Une relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense."(4)

Pour Winnicott, la relation d'objet est la manière dont la mère et l'environnement proposent le monde à l'enfant. L'établissement de la relation d'objet se fait entre autres à travers l'objet transitionnel.

L'objet transitionnel est un chevauchement de ce que l'enfant conçoit et de ce que la mère apporte ; elle constitue une zone intermédiaire entre l'objectivité et la subjectivité. "L'espace potentiel" ou "espace transitionnel"(5), permet de "maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure".

Dans un premier temps, l'enfant n'a une relation qu'à des objets partiels. L'objet transitionnel qui participe au cheminement de l'enfant du subjectif à l'objectivité. On peut donner comme exemple le "Doudou" ou le "gléglé" pour parler d'objet transitionnel. Il a une valeur symbolique d'union avec l'objet maternel. C'est le fantasme de réunion avec la mère. Il est aussi la première "possession de quelque chose qui n'est pas moi"(6).

Tout cela s'établit entre quatre et douze mois et persiste plus tard dans l'enfance, en particulier lorsque l'enfant ressent une angoisse de séparation. Dans ces circonstances, on peut voir l'enfant désinvestir temporairement les objets extérieurs pour effectuer un repli narcissique, et ainsi, retrouver l'objet transitionnel délaissé.

1. Clivage : Glossaire

2. POSTEL J. "Dictionnaire de psychiatrie" Ed. Larousse. 1993. P 37

3. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 23

4. D.W. WINNICOTT "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989. P 14

5. WINNICOTT D.W. "Jeu et réalité" Ed. Gallimard. 1975. P 7-25

6. WINNICOTT D.W. "Jeu et réalité" Ed. Gallimard. 1975. P 8

Le phénomène transitionnel est donc une tentative faite pour unir et communiquer. A l'extrême, il sert de déni de la séparation d'avec la mère. Il est surtout l'intermédiaire vers le repérage du réel. Première manifestation de l'enfant à créer ou à imaginer l'objet c'est à dire à symboliser.

De là se développeront aussi son sens moral et ses capacités à entretenir des relations saines au sein de la société. L'enfant pourra alors aborder le problème de la triangulation des relations, c'est à dire le complexe d'Oedipe.

4. La capacité d'être seul. (1)

Parallèlement aux trois processus que sont l'intégration, la personnalisation et l'établissement de la relation objectale, apparaît "la capacité d'être seul". Cette notion est l'un des signes les plus importants d'une maturation réussie et elle pourrait presque être synonyme de maturité affective.

Elle prend source à partir de "l'expérience d'être seul en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère". Cela consiste à faire l'expérience de la solitude avec quelqu'un d'autre, le père par exemple.

Le petit enfant peut ainsi découvrir sa vie personnelle. Cette "relation au Moi" est capitale. Sa capacité d'être seul évolue parallèlement avec l'établissement des relations à trois, c'est à dire la triangulation ou encore le complexe d'Oedipe.

"...Papa estime que maman a été cruelle avec lui, alors il emmène Marya en ville pour lui payer une glace. Marya est aux anges et elle le lui montre, ce qui fait plaisir à papa, mais pas à maman. Maman a l'impression que papa essaie de l'exclure de la famille, alors elle achète de nouveaux livres à Marya. Papa estime qu'ils ne sont pas de son âge, ce qui provoque une dispute dans la cuisine pendant que papa prépare à manger..." (2)

1. WINNICOTT D.W. "De la pédiatrie à la psychanalyse" 1976. Ed Payot. P 369

2. HORNBACHER M. "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 31

Anna Freud (1) dit que "lors de la phase de mise en tension de conflits affectifs avec la mère et le père, phase de triangulation oedipienne, les conduites alimentaires peuvent être le lieu de résolution ou d'émergence de certaines angoisses en rapport avec cette problématique affective."

"...Les psys affirment qu'un couple qui est incapable de s'assurer un soutien mutuel ne peut s'occuper convenablement d'un enfant. Ils disent aussi que l'absence d'alliance conjugale pousse chaque parent à s'allier avec l'enfant. Celui-ci devient un pion, une monnaie d'échange, tandis que père et mère rivalisent pour être le meilleur parent... Dès que l'un avait le dos tourné, il fallait que je montre à l'autre que c'était lui que j'aimais le plus... Mes parents me nourrissaient donc à tour de rôle." (2)

Hilde Bruch (3) dit que "les anorexiques ont appris dès un très jeune âge à réagir davantage à la manière dont les autres perçoivent leurs besoins qu'à leurs besoins eux-mêmes".

CONCLUSION :

Pour conclure et appuyer ce chapitre, je reprends la conception de Philippe JEAMMET quand il parle pour une anorexique de "trouble de l'identification à leur propre mère"(4). Ce trouble entraînerait chez la mère un sentiment de culpabilité et une incapacité de se percevoir comme bonne mère. Ainsi cette mère va chercher à se démontrer le contraire en prévenant la moindre insatisfaction de l'enfant. L'alimentation peut tenir une place quasi exclusive dans cette tentative. De cette façon, une relation s'établit sur le mode de l'incorporation orale (5) où la nourriture est survalorisée.

Quant à l'enfant, il perçoit la culpabilité de sa mère et cette culpabilité devient pour lui source d'anxiété. Pour contrer cette anxiété, l'enfant peut mettre en place un mécanisme de défense comme "l'identification à l'agresseur" (6) décrit par Anna Freud. Il s'agira ici pour l'enfant d'imiter physiquement ou moralement la mère en adoptant certains symboles qui la désigne, ici l'alimentation. Ensuite, selon Anna Freud "on observe un renversement des rôles : l'agressé devient agresseur. L'agresseur (la mère et l'alimentation comme symbole désigné) est introjectée, c'est à dire passé du dehors au dedans. Dans le même temps, l'agressé (l'enfant) est projeté à l'extérieur et l'enfant va intérioriser cette relation et tourner cette agression sur lui-même".

Ainsi se trouve brossé le contexte psychoaffectif dans lequel peut apparaître l'anorexie.

1. ALLILLAIRE J.F., DES LAURIERS A. "Soins psychiatrie", "L'anorexie, les maigreurs" septembre 1980. N°4. Page 11.

2. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 33

3. HILDE Bruch. "In Casky" p 178

4. VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986

5. Incorporation orale : Glossaire

6. Identification à l'agresseur : Glossaire

Chapitre II. L'ANOREXIE MENTALE

L'anorexie mentale de l'adolescente est une "pathologie en recrudescence dans les pays industrialisés qui survient presque exclusivement chez les jeunes filles à la période post-pubertaire entre 16 et 25 ans".(1)

La triade des trois "A" (Anorexie, Aménorrhée, Amaigrissement) est un repère important pour diagnostiquer une anorexie mentale. Ce repère n'est cependant pas suffisant. Dans son ouvrage "l'anorexie mentale" (2), Jean-Luc VENISSE dit que "ce qui compte pour diagnostiquer une anorexie, c'est la reconstitution du comportement et des problèmes du malade et des types d'interactions et de rapports qu'il a pu avoir avec sa famille avant que la maladie devienne manifeste" ; ce que j'ai essayé de traduire dans le chapitre précédent.

1. SYMPTOMATOLOGIE.

1.A. Triade des 3 "A" :

Anorexie : Il s'agit d'une restriction alimentaire rapidement progressive, marquée par une désorganisation nutritive majeure. Cette rationalisation fait l'objet de rationalisation et de dissimulations multiples et se traduit par une diminution d'absorption calorique qui constitue le symptôme clinique marquant de l'anorexie mentale. L'apport calorique quotidien féminin étant normalement de 1800 à 2500 calories alors que pour l'anorexique il est le plus souvent inférieur à 300 calories. Nous verrons plus loin leur attitude face à la nourriture.

Aménorrhée : Elle est secondaire ou primaire ; elle s'intègre au registre des troubles endocriniens de l'ovaire (dysoovulations) d'origines psychogènes.

Amaigrissement : il est toujours secondaire à l'anorexie. Progressif, il tient compte du régime alimentaire de ces patientes. Lorsqu'on observe ces adolescentes, il est préférable de parler de maigreur plutôt que de perte de poids. Elle est tout à fait perceptible, même à travers leurs vêtements.

1. ANDRE Pierre " Psychiatrie de l'adulte" Ed Heures de France. 1997. P. 112
2. VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986

1.B. Autres troubles somatiques.

On peut observer les stigmates habituels de la dénutrition que sont les modifications de la peau, sèche, ridée, et des phanères, striés, cassants.

On peut également observer des troubles circulatoires habituels dans les formes chroniques à types d'acrocyanose des extrémités. L'hypotension et la bradycardie sont souvent retrouvées.

"Tous ces signes donnent l'apparence de jeunes femmes prématurément vieilles."(1)

2. CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE.

2 a. Attitude vis-à-vis de la nourriture :

Lorsque je me suis retrouvé à table face à une adolescente souffrant d'anorexie, je n'ai pu que constater ses incroyables habitudes alimentaires :

L'adolescente va se restreindre quantitativement mais aussi qualitativement. Il est assez remarquable d'observer la sélection qu'elle peut faire des aliments. Elle exclut quasiment le sucre, le beurre, les féculents et mange plus "facilement" des fruits, des légumes verts et un peu de viande. Elle va grappiller dans les plats, émietter le tout dans son assiette et finir par n'en manger que très peu. L'adolescente parlera d'un manque d'appétit pour justifier la restriction de son apport nutritif.

Paradoxalement on peut noter des préoccupations incessantes vis-à-vis de la nourriture, la cuisine, la diététique. Leur projet professionnel étant souvent tourné vers la diététique.

On retrouve des comportements boulimiques avec des vomissements auto-induits et un recours aux laxatifs pour annuler ces gavages impulsifs.

"Cette lutte active contre la faim, menée avec acharnement tout en étant douloureuse à travers les efforts qu'elle impose, est à l'évidence source de satisfaction intense. On peut rapporter cette satisfaction au sentiment de maîtrise, de contrôle qui y trouve son compte. Certains auteurs y voient l'érotisation de la sensation de faim, objet de fascination disent-ils, parlant même d'orgasme de la faim."(2) On peut évoquer pour illustrer ceci le témoignage de Marya HORNBAKER (3) " **Le parallèle avec mon rapport à mon corps et à la nourriture saute aux yeux. Boulimie : se repaître de nourriture et la rejeter. Anorexie : refuser la nourriture et se repaître de la faim même.**

1. VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986

2. VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986

3. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 26

2 b Troubles de l'image du corps et de la perception de ses besoins

On peut noter une peur intense et permanente de grossir qui correspond à la restriction volontaire de leurs apports caloriques. Une préoccupation constante qui justifie d'incessants contrôles (pesée, mensurations). Cette préoccupation est en partie contrée lors de l'hospitalisation avec une seule pesée par semaine. Cette dysmorphophobie est associée à une dysperception de l'image corporelle.

La méconnaissance de l'état corporel et donc la maigreur s'accompagne d'un refus de reconnaître leur maladie. Mécanisme de dénégation qui témoigne de la satisfaction, du sentiment de toute puissance et du sentiment de maîtrise, que procure la conduite anorexique dont le malade ne saurait faire le deuil comme cela. Tous les auteurs insistent sur l'indifférence de ces patientes à leur état, leur absence totale d'angoisse manifeste devant leur amaigrissement (souvent macabre).

"... L'avantage des troubles du comportement alimentaire, c'est qu'on est sûr d'en être maître puisqu'ils sont l'incarnation même de la maîtrise. C'est le seul moyen de contrôle qu'on a, pense-t-on, alors comment pourrait-on être contrôlé par eux ?..." (1)

Au delà de l'aspect extérieur, il y a également les besoins du corps qui sont méconnus, déniés par les anorexiques. On peut constater l'insensibilité apparente au froid de ces patientes qu'on voit peu vêtues quelle que soit la température et bien qu'elles en portent parfois les traces (gerçures). On peut ajouter à cela l'hyperactivité et le refus de reconnaître la fatigue comme le besoin de sommeil. Tout cela implique la consommation des calories.

2 c Affectivité bloquée et pseudo adaptation sociale

Cliniquement, celle-ci se traduit par des relations toujours superficielles. Souvent très nombreuses au début, elles témoignent d'une inassouvable avidité relationnelle et elles deviennent en général beaucoup plus rares par la suite. Quels que soient leur nombre et l'apparence de normalité qu'elles cherchent à défendre, elles masquent un vécu d'isolement qui est vécu douloureusement. L'hyperinvestissement scolaire lui sert de rationalisation tout en ayant valeur de réassurance narcissique. L'anorexique fait preuve beaucoup plus d'une hyperactivité scolaire, pauvre et peu imaginative, que d'une réelle hyperactivité intellectuelle riche et créative.

2 d Conflit déguisé avec l'entourage proche

L'anorexie est à la fois un appel et une révolte vis à vis de l'entourage familial, une recherche ambivalente d'une identité autonome autant désirée que redoutée. Jeammet parle de "conflit autonomie-dépendance"(2). Les réactions de cet entourage et l'atmosphère familiale très particulière qui s'instaure doivent donc être prise en compte au niveau diagnostic.

1. HORNBACHER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999. p 72

2. VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986

Le groupe familial a le plus souvent tendance dans un premier temps à banaliser et à faire preuve d'une certaine indifférence avant d'ouvrir brutalement les yeux sur ce qui lui devient de plus en plus insupportable. Un entourage qui multipliera les tentatives diverses, alternant suivant une chronologie variable et sans plus de résultats conduites de fermeté et de compréhension complaisante, dramatisation et banalisation.

"...Un soir, pendant le repas, j'ai avoué que je m'étais fait vomir. Il y a eu un long silence... "Je faisais pareil" a déclaré ma mère. "Je le savais" s'est écrié mon père. J'ai pleuré en disant que j'avais arrêté. Pour des raisons que j'ignore, nous nous sommes tous mis à rire..." (1)

Si les familles d'anorexiques sont souvent qualifiées de normales, d'apparemment banales, de nombreux travaux ont montré que se cachait derrière cette façade de normalité une organisation familiale assez pathologique.

"...Mon père, un homme brillant et gravement dépressif, était tout à tour adorable et enfermé. Ma mère, une femme brillante et gravement refoulée, était tout à tour tendre et glaciale. La maison tenait de la piste d'autos tamponneuses. Tout le monde roulait à une allure folle, se rentrait dedans et repartait de plus belle. Je n'y prenais personnellement aucun plaisir..." (2)

Au cours des premiers entretiens la famille se décrit comme n'ayant jamais connu le moindre problème. Les parents décrivent leur fille anorexique comme une enfant modèle n'ayant jamais occasionné le moindre souci. Selon eux, rien ne pouvait laisser prévoir un tel comportement. Il faut dire aussi que les parents n'acceptent pas de se sentir concernés par ce qui se passe. Ces familles tentent de montrer un visage sans faille, avec un souci d'apparence, d'une image parfaite à présenter aux autres allant de pair avec un défaut d'expressivité, d'authenticité dans l'expression des sentiments et les relations en général.

Pour illustrer mes propos, j'évoque maintenant un entretien pour une première hospitalisation auquel j'ai pu assister. Le père est pédiatre, la mère infirmière et la jeune fille est étudiante infirmière. Pendant ce premier entretien, la famille se décrit effectivement sans aucun problème. Ils mettent tous en avant, un mauvais cours de diététique qui aurait conduit cette jeune fille à cette perte de poids. On ne parle évidemment pas d'anorexie. Elle sera hospitalisée une semaine, selon le désir de toute la famille, fille comprise, pour faire un bilan, du fait qu'elle doit retourner rapidement en stage. Cet entretien montre bien la banalisation et la dénégation de la pathologie.

-
1. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard. 1999. p. 86
 2. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard. 1999. p. 28

L'agressivité, la colère, voire la sexualité n'appartiennent pas ou très peu, au registre expressif et relationnel de ces familles, ce qui est vrai également pour les marques d'affection, de tendresse (entre conjoint comme avec les enfants).

"... Moi, par exemple, je n'avais pas peur de la sexualité, j'avais simplement honte que cela me fascine autant. Au lieu de me dire que le désir sexuel était une chose normale, mes parents, en apprenant que je disais des grossièretés à l'école, m'ont fait comprendre qu'il valait mieux que je les garde pour moi... Mes parents, toujours évasifs à propos de la sexualité, sont devenus étrangement muets au moment de ma puberté. Ils avaient l'air aussi étonnés et ennuyés que moi. Ce n'est pas rare. Les pères sont souvent mal à l'aise devant la maturation de leurs filles et le mien l'était sans doute exagérément. Quant à ma mère, elle ne savait tout simplement pas quoi faire... La proximité qui avait existé entre nous, a soudain disparu et la grande coupable, à mes yeux, était ma maturité sexuelle imminente. Autrement dit, j'accusais mon corps lui-même". (1)

Je peux tenter d'expliquer cet exemple. Pour cela, je fais le lien avec mon premier chapitre en évoquant de nouveau l'incorporation orale. Freud décrit celle-ci comme une intrication de plusieurs buts pulsionnels. Il souligne que les deux activités, sexuelle et alimentaires, y sont étroitement liées sur un mode le plus souvent fantasmatique. Pour Marya, ce mode est ici actif. Je comprends par là que rejeter l'alimentation lui permet de rejeter sa sexualité, en gardant un corps d'enfant.

On décrit aussi le fait que ces familles soient dominées largement par les femmes. Ou alors avec un père qui est seul représentant masculin souvent décrit comme absent, inexistant. Il est mis ou se met à l'écart, et plus ou moins disqualifié par la mère quant à sa fonction de père ou de mari ; quel que soit sa réussite socioprofessionnelle, décrit comme soumis et passif dans l'univers familial.

On parle également de pères maternisés, prenant en quelque sorte le rôle de la "bonne mère" en cas de conflit explicite ou latent. Il se présente plus comme partie ou complément de la mère qu'en tant qu'objet d'un investissement oedipien génitalisé. Souvent fasciné par le syndrome anorexique, il chercherait inconsciemment à ignorer la valeur de séduction de cette fascination.

Au niveau conjugal, ces mères sont souvent présentées comme insatisfaites, inhibées dans leur comportement sexuel, frustrées quant à leurs aspirations et leurs possibilités intellectuelles. L'enfant anorexique serait investie de la tâche de les dédommager de leurs déceptions. Cette fille perd alors toute possibilité d'avoir des désirs autonomes.

Conclusion :

"Le corps des patientes souffrant d'anorexie est oublié, transparent. Corps clivé ou corps dénié, c'est toujours un corps objet et lieu de souffrance. Alors s'occuper de son corps, établir de nouveau avec lui une relation, où le plaisir est réintroduit, est à la fois participer au clivage du patient et se servir de cette participation pour l'aider à modifier sa relation à son corps"(2). C'est dans ce contexte que des adolescentes souffrant d'anorexie peuvent se faire hospitalisées. Une fois que l'anorexie est apparue, le déni de la maladie, le sentiment de puissance et de maîtrise qui l'accompagne rendent très difficile sa prise en charge. Sans oublier qu'il ne faut pas écarter dans cette prise en charge la cause de cette anorexie ; cause que nous pouvons retrouver dans la petite enfance comme nous avons pu le voir. C'est dans ce contexte qu'une équipe soignante pluridisciplinaire va rencontrer ces adolescentes souffrant d'anorexie. Avec une équipe infirmière au sein de laquelle rentre en jeu le référent infirmier. Le référent infirmier qui tient une grande place dans une telle prise en charge.

1. HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard. 1999. p. 58
2. VENISSE J.L., RENAULD M., ROUSSEAU M. "Conduites de dépendance du sujet jeune" ESF, 1995.

Chapitre III. L'INFIRMIER REFERENT

Pour faire le lien avec l'anorexie mentale, je n'ai abordé que le processus pathologique d'ordre affectif qui la définit. Si je n'aborde dans ce chapitre que le côté relationnel du soin infirmier, je n'oublie pas que l'anorexie nécessite la mise en oeuvre de soins de base et de soins techniques que nous confère notre cadre de compétence. Ce cadre est défini dans le décret du 15 mars 1993. Pour Mary TOPALIS (1), les soins infirmiers en psychiatrie sont considérés comme des échanges dynamiques entre l'infirmier et la personne. Ils requièrent la connaissance, et l'application des concepts relatifs au comportement, à la personnalité, au psychisme, à la psychopathologie et enfin aux relations interpersonnelles.

"Les soins infirmiers en santé mentale ont des aspects techniques et relationnels spécifiques. Ils visent à rétablir l'intégrité physique et mentale de l'individu, à l'aider à découvrir et comprendre ses difficultés et à lui donner les moyens de les résoudre. Ils se caractérisent par des soins de base éducatifs et relationnels requérant disponibilité, observation, écoute, compréhension des problèmes, respect de la différence, accompagnement et relation d'aide, mais aussi permanence et continuité" (2)

Je propose maintenant ma définition de l'infirmier référent, largement inspirée d'un article dont il a fait l'objet dans la revue "Soins psychiatrie" (3). Cette définition rejoint complètement ma conception de cet outil de travail. C'est pourquoi j'en garde les principaux titres à savoir un interlocuteur privilégié pour une personne soignée donnée et/ou son entourage, mais également pour l'équipe infirmière et l'équipe pluriprofessionnelle. C'est enfin un rôle de garant du projet de soins infirmiers, de sa dynamique, et la responsabilité de la démarche de soins infirmiers.

Le système d'infirmiers référents est mis en place dans l'unité d'addictions à laquelle je me réfère. Il prend en compte l'analyse des besoins des personnes soignées. A partir de cette analyse va naître un projet de soins individualisé, mis en place par l'équipe soignante. Ce mode d'organisation optimise, selon moi, la qualité des soins, dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie, tant elle a besoin de repères. Avec ce système, je peux déjà dire que tout infirmier, même s'il est référent pour une ou plusieurs personnes soignées, reste également un acteur dans la prise en charge pour les personnes soignées dont il n'est pas référent.

1. TOPALIS M. "Le nursing en psychiatrie" 6ème édition. 1976. P 14

2. "Guide du service infirmier" n° 11. Série Soins Infirmiers. P 42

3. J. MICOUD, R. LAFFOND, "Soins Psychiatrie", "L'infirmier référent" N° 187, septembre 1996. P 5

Un interlocuteur privilégié : Pour la personne soignée.

L'infirmier référent va se présenter comme un interlocuteur privilégié pour la personne soignée, il devient un repère humain au sein de l'équipe soignante. Il se rend disponible, écoute, conseille, rassure, favorisant ainsi la communication avec la personne soignée. Celle-ci peut ainsi exprimer les difficultés qu'elle rencontre, confier ses questionnements et/ou inquiétudes. On peut parler ici d'une relation empathique et l'associer avec la notion du transfert et de contre transfert décrit par Freud (2). Une notion que j'aborde maintenant avant de continuer sur le rôle de l'infirmier référent.

Transfert, contre transfert :

Il découle donc de cette relation empathique, une référence au modèle psychanalytique. La relation établie est ainsi définie sous le terme de transfert et contre-transfert. En psychanalyse, le transfert (1) est "un processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes de son expérience infantile, sympathiques ou hostiles se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel." Par exemple, l'adolescente souffrant d'anorexie déplaçant ce qu'elle ressent sur l'infirmier ; ce qui démontre que ce phénomène de transfert n'est pas réservé à la cure analytique. Il en existe dans toute relation.

Freud (2) distingue deux catégories de transfert. Il parle de transfert positif et de transfert négatif. Le premier permet au patient de se sentir en confiance et d'avoir envie de parler, de chercher à découvrir et à comprendre ce qui se passe en lui. Le second peut être le lieu de résistance, synonyme de stagnation voire d'agressivité vis-à-vis des soignants. Nous pourrions voir l'importance de cette dimension transférentielle lorsque je parlerai des premiers entretiens précédant une hospitalisation. Cette dimension permet de déterminer si l'hospitalisation est judicieuse ou non, si la patiente est confiante ou résistante. J'évoque aussi lors de la synthèse de mes différents entretiens comment les soignants peuvent utiliser ce transfert et en tirer profit.

On peut parler également du contre-transfert qualifié "d'effets inconscients reçus par l'analyste à partir du transfert de l'analysant. Il implique pour l'analyste de repérer quels affects son patient suscite chez lui et savoir en tenir compte dans sa façon d'interpréter le transfert de son patient. Pour l'infirmier, il ne s'agit pas de faire de la psychanalyse sauvage, mais de repérer lorsqu'il incarne, pour un patient, une de ces figures du passé et de déterminer laquelle. L'infirmier doit par ailleurs savoir qu'il ne fait que se prêter à ce rôle. Cet écart doit permettre au patient de progresser. Il s'agit également de lui permettre de se situer quant à ce que le patient suscite chez lui. Des soignants ont pu ressentir ce contre-transfert, marqué par un sentiment de ras-le-bol ou un sentiment qu'ils ne peuvent plus rien pour un patient donné. La prise de conscience de ce contre-transfert entraîne une amélioration du ressenti du soignant en même temps qu'un mieux être du patient."(3).

1. FRIARD. D. "Psychose, psychotique, psychotrope : quel rôle infirmier ?" p 121

2. CHARTIER Jean-Pierre "Introduction à la pensée freudienne" Ed. Payot. P 116

3. FRIARD. D. "Psychose, psychotique, psychotrope : quel rôle infirmier ?" p 123

Un interlocuteur pour la famille, l'entourage et /ou les partenaires sociaux

L'infirmier référent sera présenté à la famille, l'entourage et/ou les partenaires sociaux, comme étant celui avec qui ils devront prendre contact. Il se présentera comme un relais institutionnel pour faciliter au mieux la (ré)adaptation et la (ré)intégration de la personne soignée à son environnement social. Une relation de confiance et de collaboration entre l'équipe infirmière et l'entourage de la personne soignée sera ainsi optimisée.

Pour l'équipe infirmière et l'équipe pluriprofessionnelle

C'est sur la connaissance approfondie qu'a l'infirmier référent de la personne soignée dont il a la charge que l'équipe infirmière va s'appuyer pour élaborer et réaliser un soin personnalisé. L'objectif est de faciliter la réalisation du projet de soins pour cette personne soignée. Cela permet à chaque membre de l'équipe soignante de s'y inscrire de façon active et efficace. Chacun d'entre eux agit dans son cadre de compétences. L'infirmier référent reste le garant du projet de soins et de sa dynamique. Il est le garant de son application et de son évaluation.

Le responsable de la démarche de soins infirmiers

L'infirmier référent n'est pas le seul réalisateur de cette démarche. Il partage avec l'équipe infirmière la responsabilité des soins à dispenser. Pour la prise en charge d'adolescentes souffrant d'anorexie, le contrat nous donne les objectifs et les actions à mettre en oeuvre.

Le responsable de la tenue du dossier de soins infirmiers

Le dossier de soins infirmiers est lui aussi individuel où sont consignées toutes les informations nécessaires au bon déroulement des soins. En tant que responsable infirmier du contrat, l'infirmier référent veille à ce qu'il y soit inscrit et que tous les éléments concernant la planification des soins y apparaissent. Il s'assure que les transmissions écrites permettent à tous les acteurs du soin d'en réaliser la continuité en toutes circonstances.

Les réunions de synthèse

Elles permettent de "s'assurer que le projet thérapeutique individualisé élaboré par l'ensemble de l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin sera toujours en concordance avec les besoins de la personne soignée et ses capacités d'évolution ; il est important d'évaluer régulièrement et d'apporter les rajustements nécessaires lors de réunions de synthèse."(1)

1. J. MICOUD, R. LAFFOND, "*Soins Psychiatrie*", "L'infirmier référent" N° 187, septembre 1996. P 11

"L'infirmier référent, interlocuteur privilégié de la personne soignée et des différents partenaires du soin, y assure une fonction particulière. Il a pour mission de porter à la connaissance de l'équipe pluriprofessionnelle les données susceptibles d'être exploitées pour l'évaluation et le rajustement du projet thérapeutique individualisé. Il cherche à prévenir et réduire les décalages entre les actions de soins posées et les objectifs à atteindre. Pour ce dernier objectif, il faut solliciter, si besoin, les réunions de synthèse. Il convient de les préparer et y apporter des éléments exploitables par l'équipe soignante ; s'assurer de la bonne prise en compte par l'équipe infirmière des rajustements éventuels ou des orientations à conserver."(1)

Conclusion :

Dès son entrée à l'hôpital, un patient est avant tout en relation avec une institution. Le fait de travailler avec le système d'infirmier référent conditionne certainement avantageusement la relation avec le patient. Il permet d'humaniser l'hospitalisation. Une hospitalisation qui peut être vécue difficilement par une adolescente souffrant d'anorexie qui a perdu tout repère. L'infirmier référent est avant tout un repère humain au milieu de toute une équipe pluriprofessionnelle.

C'est à partir de cet apport théorique que se base une partie de mon questionnement. Comment cela se passe dans les faits ? Comment les référents sont-ils désignés ? Quelles sont les difficultés et les limites rencontrées avec ce système ? Autant de questions que j'ai pu poser au cours de mes entretiens.

Je développe dans le chapitre suivant le fonctionnement de l'unité d'addictions et ses espaces thérapeutiques, où j'ai effectué ma recherche.

1. J. MICOUD, R. LAFFOND, "*Soins Psychiatrie*", "L'infirmier référent" N° 187, septembre 1996. P 11

Chapitre IV. PRESENTATION DE L'UNITE D'ADDICTIONS.

Cette unité fait partie d'un Centre Hospitalier Régional. Elle comprend 12 lits pour l'hospitalisation temps plein et un suivi de 40 à 45 patients par semaine pour l'hôpital de jour, installé dans cette même unité. Cette dernière offre un traitement individualisé à des sujets jeunes de 16 à 35 ans environ, souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), de problèmes d'alcool, de toxicomanies, de dépendances médicamenteuses, de dépendances tabagiques, de conduites suicidaires à répétition, d'achats ou de jeux pathologiques.

Cette unité répond à plusieurs objectifs :

- la proposition de soins précoces, intensifs et spécialisés ;
- l'information et la prévention concernant ces troubles de plus en plus fréquents ;
- la formation des professionnels de santé à cette approche thérapeutique spécifique ;
- la recherche par l'étude approfondie de ces conduites. L'évaluation des traitements entrepris permet un meilleur ajustement et une plus grande efficacité de ceux-ci.

L'EQUIPE SOIGNANTE

Elle est pluridisciplinaire et comprend :

Un Professeur, médecin chef de service,
 Un médecin, praticien hospitalier universitaire,
 Un médecin, praticien hospitalier à mi-temps,
 Quatre médecins psychiatres (vacations),
 Un interne en psychiatrie,
 Un médecin généraliste (vacation),
 Une diététicienne (vacation),
 Deux psychologues dont une à mi-temps,
 Un cadre infirmier,
 Une assistante sociale (vacation),
 Une équipe de 12 infirmiers, 5 aides-soignants, 2 agents de service,
 Une secrétaire.

COMMENT SE PREPARE UNE ENTREE, UN SOIN ?

Les hospitalisations ne s'envisagent pas en urgence, exception faite pour les tentatives de suicides à répétition, souvent en lien avec le service des urgences. En général, trois entretiens préliminaires sont proposés. Ceux-ci permettent une première évaluation et une recherche d'alliance, avant toute proposition d'aide. Ces entretiens sont aussi mis en place afin de lutter contre le fonctionnement addictif sur le mode psychopathique du tout ou rien et du tout, tout de suite.

Le **premier entretien** est non directif. Il permet au patient de laisser émerger ce qui peut l'être de sa souffrance plus ou moins méconnue et disqualifiée. Une plaquette de présentation de l'unité lui est donnée et un deuxième entretien est proposé.

Le **deuxième entretien** est semi directif. C'est l'occasion d'une évaluation plus précise de ses difficultés. Il permet également d'évaluer la capacité de l'entourage à trouver une distance relationnelle acceptable ainsi que les mécanismes de défenses du patient par rapport à la prise en charge (dénier, clivage) et son expression affective, notamment dépressive.

Cet entretien permet également d'évaluer ce qui a pu changer ou être réfléchi depuis le dernier entretien notamment dans la dimension transférentielle (1) de la rencontre.

Enfin il y a l'évocation de la plaquette avec ce qu'il y a trouvé et ses attentes. Il s'ébauche là une négociation progressive du programme thérapeutique sous forme de contrat.

Le **troisième entretien** permet de proposer au patient, à partir des éléments précédemment recueillis, une représentation condensée de ce que le thérapeute pense de ses difficultés. Il propose en même temps un programme thérapeutique.

Les différentes prises en charge sont établies principalement sur un mode contractuel. Elles peuvent revêtir trois modalités différentes ; en rappelant qu'il est privilégié la modalité que l'on perçoit comme susceptible de conforter l'alliance, de minimiser les risques de rupture :

- **suivi ambulatoire**
- **hospitalisation de jour** (1 à 3 jours par semaine)
- **hospitalisation à temps complet**

Un contenu plus précis n'est élaboré qu'au cours d'un entretien spécifique ultérieur réunissant le patient (et les parents pour les mineurs) et les soignants impliqués dans cette modalité de prise en charge, soit le(s) référent(s) infirmier(s) et le référent institutionnel (médecin, psychologue).

HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

La date de début d'hospitalisation convenue, l'entrée se fait avec l'une des infirmières qui a participé aux premiers entretiens. Elle se présente comme l'une de ses infirmières référentes durant son hospitalisation. Le patient fait connaissance avec les locaux et le personnel dans le sens de travailler l'alliance thérapeutique.

1°) Temps d'accueil

L'infirmier référent passe un temps avec le patient pour s'installer et répondre à ses questions. Cela permet de vérifier si le patient n'a rien apporté de contraire au règlement (nourriture, laxatifs, toxiques pour les toxicomanes). A son entrée, le patient est si possible en chambre seule, pour se retrouver face à lui-même.

Lors d'un premier entretien médical, il est précisé les modalités d'hospitalisation, à savoir un temps d'observation plus ou moins variable dans le temps avant la mise en place du contrat de soins.

2°) Temps d'observation

Le temps d'observation est réciproque. C'est à dire que d'un côté le patient réfléchit à ce qu'il peut apporter et ce qu'il désire faire pour se soigner. De l'autre côté, l'équipe soignante fait le bilan de ce qui peut être mis en place. C'est la suite de l'évaluation initiale qui ici se précise (accompagnement, repos, cadre, séparation, alliance, somatique). Le temps d'observation est variable du fait de la connaissance du patient (s'il était déjà à l'hôpital de jour par exemple). Dans un premier temps, les patients mangent dans leur chambre la première semaine et plus si nécessaire. C'est un temps d'observation lors d'accompagnement qui permet d'évaluer les dysfonctionnements (notamment chez les patientes souffrant d'anorexie).

La durée du soin est conditionnée par les objectifs avec le projet de l'unité mais aussi et surtout le projet de soin du patient. Le projet est de ne pas se limiter à un abord superficiel mais privilégier un travail de fond. L'unité s'appuie sur un suivi antérieur et un suivi ultérieur qui peut être mis en place (suivi ambulatoire ou hôpital de jour).

3°) Le contrat

Le contrat de soins est personnalisé. Il inscrit le projet de soins dans la relation, dans la réalité. Le premier objectif est d'ouvrir un temps et un espace thérapeutique pour le soignant et le soigné.

Les objectifs et les indications thérapeutiques diffèrent en fonction du patient et de son histoire, de la réalité somatique, et du degré de conscience de cette réalité. Ils diffèrent également en fonction des modalités relationnelles et l'investissement du patient, de la psychopathologie et la capacité d'élaboration psychique du patient. En pratique, les objectifs peuvent être d'une grande diversité.

Différentes activités thérapeutiques peuvent être proposées suivant le projet de soins. Activités qui se font avec les patients de l'hôpital de jour. (cf. Activités thérapeutiques à l'hôpital de jour. Page 23)

Le document est écrit, signé et élaboré par le médecin et les infirmiers référents pour un patient donné. Ce contrat est un engagement mutuel. (Cf. Exemple page 36)

NB : Pour l'hospitalisation à temps plein, il y a deux référents infirmiers et un référent aide-soignant pour un patient donné. A la différence du suivi ambulatoire et de l'hôpital de jour où il n'y a qu'un référent infirmier.

4°) Suivi médical et traitement médicamenteux :

Les traitements médicamenteux sont un des aspects du projet de soin. Ils ne sont pas systématiques et sont pris en compte dans la relation avec le médecin traitant. Que ce soit avec le médecin généraliste ou le médecin psychiatre, cette relation semble toujours un élément important car elle prend en compte l'histoire de la démarche de soins pour chaque personne.

HOPITAL DE JOUR

1°) L'accueil

L'infirmière référente accueille la nouvelle patiente et la présente au groupe présent. L'accueil permet aussi bien à l'infirmière référente qu'au reste de l'équipe d'apprécier l'état général de chacun, aussi bien psychique que physique (état de fatigue marquée, isolement, tristesse, plaie non soignée). De ces observations peuvent découler un entretien individuel.

2°) L'entretien

En dehors des entretiens institutionnels (points et bilans), les entretiens peuvent être demandés par le patient ou la soignante de manière ponctuelle.

3°) Le temps du repas

Le repas, en présence des soignants, permet d'observer les dysfonctionnements, les habitudes alimentaires, plus particulièrement pour les pathologies alimentaires. La présence des soignants permet également de faire respecter le contrat établi avec le patient. C'est également un temps d'échange convivial entre soignants et soignés.

4°) La réunion AGAPE (Activité : Goût, Alimentation, Plaisir, Expression)

Cette réunion, plus communément appelée réunion après repas, dure une demi-heure et est obligatoire pour les patients qui mangent en salle (patients de l'hôpital de jour et de l'hôpital temps plein). Le but est d'amener tout le monde à s'exprimer sur ses plaisirs et/ou déplaisirs ressentis lors du repas. Cette réunion est animée par une psychologue de l'unité.

5°) Le temps libre

Ce temps libre est un temps sans programme défini, sans la présence des soignants où les patients peuvent lire, regarder la télévision, se détendre, etc.

6°) Le contrat

Le contrat de soin est de trois mois. Pendant ce temps les termes de l'engagement ne vont pas être remis en cause. Des "points" sont faits tous les mois. Le patient est amené à s'interroger sur lui-même et sur la signification de ses conduites. Au bout de ces trois mois, lors d'un bilan, il est décidé du renouvellement du contrat pour trois nouveaux mois, sous la même forme ou sous de nouvelles conditions. Il peut être convenu de l'arrêt de la prise en charge si les buts ont été atteints ou si le patient le demande. Cet arrêt ne se fait pas sur son simple désir mais en discussion avec l'équipe soignante infirmière et le référent institutionnel qui donnent également leur avis. Et c'est la confrontation des ces deux avis (patient et équipe soignante) qui vont faire progresser les choses.

7°) Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont des outils formalisés dans le contrat de soins individualisé, comme à l'hôpital temps plein. Elles ne sont qu'une aide à la relation de soin. Elles se déroulent pour la plupart l'après-midi. Elles peuvent être individuelles ou de groupe. Leur but est de susciter la réflexion personnelle. L'expérience de vie institutionnelle et les activités spécifiques contribuent à une meilleure connaissance de soi et permettent au patient de prendre conscience de ses difficultés relationnelles. Les activités thérapeutiques sont un médiateur précieux dans la relation de soin.

En santé mentale, et dans l'unité d'addictions, les "activités" correspondent à des actes précisés dans le décret de compétence du 15 mars 1993. Les activités sont des soins qui permettent de réanimer, de redonner vie, de contenir la pensée des patients. Cela exige de la part des soignants de trouver la "bonne distance". C'est un gage d'efficacité et de qualité qui protège et authentifie ainsi leur positionnement.

L'activité psychique du soignant inscrite dans ces activités constitue "l'appareil à penser les pensées" décrit par Wilfred Ruprecht Bion, sur lequel va s'étayer la reconstruction du psychisme du patient. Il s'agit de faire en sorte qu'après ou même pendant chaque séance, le patient puisse exprimer son ressenti par rapport à l'activité en question. De l'interaction soignant/soigné naît ce que nous pouvons appeler "l'espace de soins", qui permet au patient la rencontre avec la réalité. Winnicott rappelle que le soignant a pour objectif le passage de la dépendance à l'autonomie du patient et cela peut se faire à travers la créativité. Il rappelle également que "le jeu implique le corps, avec la manipulation des objets" (1), ce qui me semble très intéressant pour une patiente souffrant d'anorexie, dont le corps est dénié.

L'équipe soignante doit se donner les moyens (lieux et temps) pour élaborer, mentaliser le sens des activités qu'ils vont mettre en place.

1. WINNICOTT D.W. "Jeu et réalité" Ed. Gallimard. 1975. P 73

Thérapies de groupe et activités d'expression

Celles-ci visent à rétablir pour les patients une image positive de soi souvent défaillante et interroger les possibilités de changement dans la relation à l'autre :

- groupe d'entraînement à l'affirmation de soi (tous les 15 jours le mercredi matin)
- groupe de musicothérapie (le mardi matin et mercredi après-midi)
- groupe de psychodrame analytique
- atelier théâtre (le lundi après-midi)
- activité couture (le jeudi après-midi)
- activité dessin ou peinture (le mardi après-midi)
- atelier d'écriture (le vendredi après-midi tous les 15 jours)
- Activité Goût Alimentation Plaisir Expression (A.G.A.P.E)
- activité modelage (le jeudi après-midi)
- activité piscine (le vendredi en fin de matinée)
- atelier repas (le mercredi)
- atelier voix (le mardi après-midi)
- activité de "sortie en ville" (le vendredi)
- séjours thérapeutiques (deux par an)

Thérapies à médiation corporelle

Les signes de souffrance des troubles addictifs s'expriment souvent à travers le corps et il est nécessaire d'aborder plus spécifiquement ses difficultés. Il s'agit donc de reprendre plaisir à s'occuper de soi et de son hygiène corporelle et de poursuivre par un travail d'élaboration sur l'image du corps :

- Balnéothérapie (le mardi matin)
- relaxation en groupe (le lundi ou le mercredi matin)
- relaxation individuelle
- sport et gymnastique douce (le vendredi matin)
- utilisation du miroir

Thérapies individuelles

Selon les cas et les moments, il sera indiqué ou proposé des psychothérapies de différents types (de soutien, cognitives, à orientation psychanalytique, psychanalyse, ...). Chaque patient est invité à entreprendre à l'extérieur de l'unité cette démarche avec le psychothérapeute individuel de son choix.

Groupe de parents

Un groupe de parole proposé aux parents de patients souffrant d'anorexie ou de boulimie a lieu le premier lundi du mois. Il est ouvert à tous, y compris à des parents dont l'enfant n'est pas suivi par l'unité.

Un groupe de parole proposé aux parents d'enfants souffrant de toxicomanies, y compris médicamenteuses, a lieu le deuxième mardi du mois à l'unité d'addictions.

Autres groupes

Un groupe d'accueil, de premier contact et d'information permet d'attendre la date du premier entretien préliminaire, le deuxième lundi du mois.

Un groupe est ouvert aux patients souffrant de toxicomanies y compris médicamenteuses s'inscrivant dans une démarche de soins le premier et le troisième mardi du mois.

Un groupe de réflexion et d'information sur le tabagisme est proposé le second et le quatrième vendredi du mois.

Il est enfin proposé un groupe de suivi ambulatoire, sophrologie, musicothérapie, théâtre, psychodrame.

Relations avec les familles

Chaque famille de patient suivi peut, à tout moment, demander un rendez-vous avec le référent institutionnel (médecin, psychologue ou surveillante). Dans le cas où le contrat de soin prévoit un temps de séparation, les contacts entre les familles et l'équipe soignante se font par téléphone et entretiens. L'infirmier référent tient ici une place importante dans ces relations. Parfois, un suivi plus important est proposé par l'équipe ou demandé par les familles. Il s'agit là d'entretiens de psychothérapie familiale.

SUIVI AMBULATOIRE

Il s'agit d'un suivi individuel mené conjointement par l'infirmière et le médecin ou la psychologue. Les objectifs sont les suivants : établissement ou renforcement d'une alliance thérapeutique selon qu'il s'agisse d'un projet d'hospitalisation ou d'une continuité du soin après une hospitalisation. Dans la pratique, il s'agit lors d'un premier entretien d'aborder les comportements qui posent problème par le biais d'une auto-observation. Dans ce cadre, des objectifs précis et individuels sont fixés. Cela permet au patient de faire des liens avec les situations et ses affects. Cela peut également permettre au patient de faire des liens avec des éléments de son passé.

A l'issue de plusieurs entretiens avec l'infirmière, un nouveau bilan avec le médecin ou la psychologue est envisagé pour une évaluation. On convient alors d'un rajustement de la prise en charge. Une prise en charge suivant la même modalité est convenue avec un travail approfondi sur un point précis comme l'affirmation de soi par exemple. Quand l'amélioration du patient devient significative, les entretiens sont espacés pour enfin être arrêtés.

Conclusion :

La particularité de cette unité est qu'elle offre trois modes de suivi en un même lieu. Cela met ce suivi en accord avec le projet institutionnel qui privilégie le travail de fond.

Pour revenir sur ce qui a déjà été développé, l'intérêt a été de me questionner sur la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie, par l'intermédiaire de l'infirmier référent, au sein de cette même unité. La synthèse qui suit remet à plat mon questionnement cité dans le chapitre précédent ainsi que les éléments de réponses apportés par les professionnels de l'unité d'addictions.

Chapitre V. PRESENTATION, SYNTHÈSE ET PREMIÈRE ANALYSE DES ENTRETIENS INFIRMIERS.

A. PRESENTATION DE L'OBJET D'ETUDES

Pour introduire ce chapitre, je rappelle dans un premier temps ma problématique et l'hypothèse de départ, explicitées dans l'introduction de ce travail de fin d'études. Ma problématique est issue de deux moments au cours desquels je me suis trouvé en difficulté sans pouvoir y faire face.

Le premier moment fort se situe au cours d'un déjeuner, l'un des moments privilégiés dans l'accompagnement de patientes qui souffrent d'anorexie. Je décide de m'attabler en face d'une jeune adolescente pour qui l'une des difficultés majeures se situe au moment du repas. Difficulté qui sera réciproque, tant mon incapacité à insister sur le fait qu'elle doit manger sera flagrante. Je me rends compte à ce moment de la difficulté d'entrer en relation avec cette patiente quand il s'agit d'intervenir sur un objectif aussi important que peut être son alimentation. Après cet "échec", une analyse critique fait suite avec l'équipe soignante. Qu'est-ce qu'il s'est passé? Ou plutôt qu'est-ce qu'il ne s'est pas passé. Cela me confirme la toute puissance dans laquelle peut parfois se trouver une patiente souffrant d'anorexie. Un fonctionnement dans lequel je devais également être, vu la grande frustration que je vivais à ce moment précis ; une relation toute puissante de soignant avec cette jeune patiente qui n'aboutit pas. C'est donc un échec entre guillemets, ayant pu en discuter et l'analyser. Suite à cette expérience, je me questionne sur l'intérêt du référent infirmier et tout ce que cela implique dans la relation avec un patient.

Le deuxième moment fort se situe au cours d'une séance de relaxation que j'anime pour la première fois. La majorité des patientes présentes souffrent d'anorexie. C'est la première fois également qu'un homme anime une telle séance. A la fin de la séance, plusieurs patientes verbalisent qu'elles ont été gênées par cette voix d'homme qui était la mienne. Qu'est-ce qu'il s'y est joué ? Est-ce la nouveauté ? Est-ce le fait d'être un homme, avec la problématique que ces patientes peuvent connaître dans leur relation à leur sexualité, dans leur relation homme/femme ? Cette expérience, arrivant à la fin de mon stage, ne s'est pas renouvelée. Je reste donc avec ces questions. Je retiens dans un premier temps l'hypothèse qu'il y a certainement une relation différente entre, soignant homme et soignante femme, avec une patiente souffrant d'anorexie.

Ces deux expériences m'amenaient à me questionner sur l'intérêt d'un système d'infirmiers référents, articulé dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie, avec l'hypothèse qu'il existe dans cette prise en charge, une complémentarité entre soignant homme et soignante femme à travers leurs différences. Dans les faits, est-ce que cette problématique se serait posée si j'avais été moi-même référent ; avec l'idée d'avoir grâce à cela une meilleure alliance thérapeutique. En définitive, est-ce que le fait d'être un infirmier référent change profondément la relation thérapeutique avec une adolescente souffrant d'anorexie.

Pour m'éclairer sur cette problématique et cette hypothèse de départ, je me pose trois questions :

1°) Quelle information recueillir ? L'information qui doit être recueillie concerne évidemment l'hypothèse que je pose et les questions qui en découlent.

2°) Auprès de qui ? La question devait se poser. J'avais deux semaines de stage pour effectuer mes recherches. Je pouvais de ce fait choisir deux lieux de stage pour faire ensuite une comparaison de la prise en charge, et ainsi élargir mon champ conceptuel. A savoir, choisir un lieu où il y avait des référents et un autre où il n'y en avait pas. C'est une solution à laquelle j'ai réfléchi et que j'ai peut-être trop vite écarté. J'avais une problématique face à une situation donnée dans un lieu donné et c'est dans ce même lieu que je devais si possible y répondre. Deux semaines de recherche sur ce même terrain n'étaient selon moi pas de trop. J'aurais l'occasion d'y revenir dans la conclusion de ce travail.

3°) Comment faire le recueil d'information ?

J'ai choisi l'entretien comme seul outil d'enquête. C'est avec une approche semi-directive que j'enregistre globalement mes entretiens. Au total, 9 heures d'entretiens.

J'ai effectué mes entretiens sur les deux semaines de stages. Durant la première semaine je me suis centré sur les entretiens avec l'équipe infirmière. Soit une douzaine d'entretiens en y incluant le cadre infirmier et une psychologue. Deux infirmiers font partie de cette équipe, avec lesquels je me suis également entretenu.

Je m'entretenais sur la définition que l'équipe soignante se faisait du référent infirmier, sur le rôle qu'il avait auprès d'une patiente souffrant d'anorexie, sur les objectifs prioritaires, les limites et les problèmes que le référent pouvait rencontrer, les alternatives face aux éventuels problèmes. Enfin, je voulais savoir s'il existait une différence entre un soignant homme et une soignante femme dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie.

De cette première semaine a abouti une première synthèse. Une synthèse qui me permettait de cibler mes questions pour un dernier entretien avec le médecin au cours de la deuxième semaine. Cette deuxième semaine m'a permis également de faire les premiers liens entre mon cadre conceptuel et la pratique.

La synthèse qui suit est accompagnée d'une première analyse. Chaque point est analysé de façon linéaire. Une analyse qui tente de faire le lien avec les chapitres précédents, soit mon cadre conceptuel.

B. SYNTHÈSE ET PREMIÈRE ANALYSE.

1°) Qu'est-ce que pour vous un infirmier référent ?

Intervention d'un infirmier : *"Par rapport au soignant, les premiers outils pour travailler en psychiatrie, c'est soi, avec notre histoire. Nous sommes des individus avant d'être des infirmiers professionnels. On ne s'adresse pas forcément à un malade non plus, pas qu'à une anorexique. On va s'adresser à quelqu'un qui a elle aussi une histoire et la notion de référence et de travail et de soins va démarrer par la rencontre de nos deux histoires."*

Dans cette intervention, issue de mon premier entretien avec un infirmier, il est démontré que le soignant travaille aussi avec ses valeurs personnelles. Il montre le respect du patient à travers l'écoute de son histoire, l'écoute de sa vérité. L'infirmier ici ne voit pas en premier lieu la patiente anorexique mais d'abord une personne ; une personne qui ensuite souffre d'anorexie. Il ressort de cette intervention la dimension humaine de la relation qui est selon moi la plus importante. Une dimension que l'on peut reprendre dans tout lieu de soins, psychiatriques ou non.

Intervention d'une infirmière : *"Dans le cadre du service, pour le patient, le référent est un repère. Le patient va pouvoir visualiser, individualiser le référent infirmier dans tout le personnel qui tourne autour du soin. Le patient sait à qui s'adresser en priorité. C'est un repère relationnel mais aussi institutionnel. Le référent va accompagner le patient dans son projet de soins. C'est un travail autour de la relation d'une manière un peu singulière, privilégiée."*

Ici, nous pouvons dans un premier temps faire le lien avec le chapitre III où il est démontré l'importance de l'interlocuteur privilégié qu'est l'infirmier référent auprès de la personne soignée. Le référent concrétise le repère humain au sein de l'équipe soignante. Il permet une disponibilité et une sensibilité toute particulière, un soin personnalisé. C'est ici le point de départ de l'alliance thérapeutique.

Intervention de la psychologue : *"Le référent, c'est quelqu'un qui synthétise, qui garde depuis le début l'histoire du patient, au niveau de ses difficultés, au niveau de son passé, de sa vie dans l'institution, au niveau de sa vie avec le soignant. C'est quelqu'un en qui le patient a encore plus confiance qu'avec d'autres. C'est un médiateur précieux qui peut retranscrire des demandes, des souhaits ou des questions qui sont peut-être à un moment donné trop difficiles à dire directement. Le référent reste un élément très moteur quand on parle d'une prise en charge, il va au plus près et met en oeuvre les pistes de travail. C'est quelqu'un qui dépose en lui et des éléments du soignant et des éléments du soigné. C'est ce carrefour là qui est intéressant."*

Intervention de la psychologue du service qui renforce le lien entre les deux premières interventions en soulignant l'importance du "carrefour" entre soignant et soigné et la confiance qui peut naître de cette rencontre. Une conception que je rejoins quand la psychologue parle d'élément moteur de la prise en charge. Il s'agit là d'un précurseur du transfert entre soignant et soigné nécessaire pour faire progresser cette prise en charge.

Intervention d'une infirmière : *"Être référent, c'est donner des explications à l'équipe soignante sur ce que l'on attend de tel ou tel patient. C'est aussi reprendre les objectifs posés avec le médecin et la patiente dans le contrat, c'est être un rappel de ce qui a été un engagement à trois personnes. C'est aussi être la mémoire des entretiens qui ont précédé l'hospitalisation."*

"C'est lui qui sera au bilan, qui préparera avec l'équipe le contrat, avec une idée un peu plus précise de ce qui pourrait être aidant pour cette patiente parce qu'elle aura été un peu plus proche d'elle déjà, pendant le temps d'observation. C'est aussi le référent qui aura les contacts avec la famille".

Cette infirmière parle d'interlocuteur privilégié pour la personne soignée. C'est également le cas pour l'équipe soignante. En effet, c'est l'infirmière référante qui assiste aux entretiens avec la patiente, le médecin et/ou la psychologue et ce dans le cadre de l'élaboration d'un contrat de soins. C'est donc elle, avec l'aide du médecin et de la psychologue qui transmettra les éléments de cet entretien et leurs premières idées. Ce qui donne des pistes de travail qui seront discutées avec l'équipe soignante, avant d'être effectives. Cela permet pour cette équipe soignante une complémentarité, ainsi qu'une cohérence et une stabilité pour chaque membre de l'équipe. C'est donc *"être la mémoire"* de ce qui a précédé et transmettre ce qui se passe au cours de la prise en charge. Cela permet à chacun de se situer et d'agir selon ses compétences propres.

Il est évoqué les relations avec la famille. C'est aussi le référent infirmier qui sera en contact avec elle du fait de sa connaissance globale de la prise en charge et l'évolution de cette dernière. Je reprendrai cet aspect dans les objectifs prioritaires de la prise en charge.

Intervention d'une infirmière : *"En tant que référente, l'infirmière se trouve impliquée plus particulièrement dans la prise en charge d'une patiente. C'est donc l'infirmière qui dans un contrat de soins va être garante du projet et du cadre. L'infirmière se trouve engagée dans ce contrat au même titre que la patiente. C'est ici l'infirmière qui est garante du respect de ce contrat. C'est un rôle de contenant tout en étant enveloppant."*

Le référent infirmier est le garant du projet de soins et de sa dynamique. C'est ici le contrat qui fait la trame de ce projet individualisé au même titre que le dossier de soins infirmiers. L'infirmier ici s'engage à la réalisation de ce projet tel qu'il a pu être élaboré en équipe. Il s'engage aussi à la tenue du dossier de soins infirmiers, dans lequel on retrouve le projet de soins et les transmissions écrites relatives à son évolution.

Intervention du cadre infirmier : *"Être référent, c'est être responsable d'une personne en tant que sujet, dans sa globalité. C'est un travail de proximité qui est basé sur la confiance. C'est également pouvoir suivre le rythme du patient."*

2°) Quel est le rôle de l'infirmier référent auprès d'une patiente souffrant d'anorexie ?

Intervention d'un infirmier : *"Comme cela a pu déjà être dit, c'est un soutien privilégié vers lequel la patiente va repérer que c'est quelqu'un vers qui il faut aller de manière un peu prioritaire. Parce que c'est vrai que les patientes souffrant d'anorexie, comme les patients addictifs en général, auraient facilement tendance à s'éparpiller, à aller dans tous les sens."*

Intervention d'un infirmier : *"A son arrivée, la patiente anorexique est complètement perdue dans pratiquement tous les repères de sa vie. Il est important pour qu'elle puisse peu à peu les réintégrer qu'elle sache apprendre à demander ce dont elle a besoin à la bonne personne. Tout le monde ne peut pas tout faire. Il est important que le malade sache à qui se référer. Le malade peut demander n'importe quoi à n'importe quel membre de l'équipe qui peut répondre s'il s'agit de la vie de l'ensemble du cadre."*

Par contre, dans le cadre du projet de soins concret écrit pour le malade, avec des objectifs particuliers à atteindre, c'est le ou les infirmiers référents qui sont les principaux interlocuteurs du malade. S'il s'agit donc d'une question qui a rapport à ces objectifs, il faut renvoyer au référent. Ce n'est pas aider le malade que de vouloir répondre à tout. En hospitalisation temps plein, il faut se répartir les objectifs sur les deux référents. On ne peut pas récupérer quelqu'un sur des repères perdus si on lui donne trop d'avis différents."

Deux réponses qui confirment l'opportunité d'utiliser avec des patientes souffrant d'anorexie le système d'infirmiers référents. Ce système permet d'une part de négocier une réalité défaillante chez ces patientes. Il permet d'autre part le partage des tâches entre infirmier référent et équipe soignante, témoin d'une complémentarité indispensable pour potentialiser cette négociation de la réalité (image corporelle, alimentation). Cela évite à la patiente souffrant d'anorexie toute confusion supplémentaire qui pourrait être un frein à l'alliance thérapeutique souhaitée.

Pour l'hospitalisation temps plein, il y a deux infirmiers et/ou infirmières référents, ce qui permet une plus grande permanence de leur part.

Intervention d'un infirmier : *"Pour l'infirmière, c'est trouver les stratégies pour avoir la meilleure relation possible, relation qui va l'aider par rapport à ses difficultés. Donc ça n'est pas forcément être gentil, complaisant avec le patient. Il faut trouver la porte d'entrée qui va permettre au patient de progresser. C'est aussi pouvoir se faire accepter par le patient. D'une part le patient ne nous a pas choisis et l'infirmier ne le choisit pas non plus. Donc il y a un temps d'adaptation. Il faut donc nouer une alliance thérapeutique avec le patient, induire un climat de sécurité et de confiance pour que le patient puisse exprimer ce qui le fait souffrir."*

Le temps d'adaptation est synonyme de temps d'observation dans cette Unité d'Addictions. Il s'agit de tendre vers l'alliance thérapeutique ou un "transfert positif" pour reprendre les termes de Freud. C'est une étape importante car de là va découler la mise en place du contrat de soins. Il a été mis en évidence que les différents intervenants

ne devaient pas générer de confusions dans cette période d'observation, ce qui serait générateur de "transfert négatif" synonyme ici de difficultés dans la prise en charge. Je reprendrais cette idée à la question 5, mais je peux déjà dire que cela nécessite une cohérence et une consultation permanente entre les différents intervenants qui constituent l'équipe soignante.

Intervention d'une infirmière : *"Le rôle du référent est ensuite de les aider dans tout ce qu'elles ont verrouillé aussi bien au niveau alimentaire que dans toutes les conséquences que ça a au niveau corporel. Il faut prendre ça en compte et leur pointer tout ça. Il faut les y faire réfléchir pour les aider à passer au delà, dans la mesure où ici c'est un engagement qui leur est tout à fait personnel."*

Intervention d'une infirmière : *"C'est l'infirmière référente qui va plus travailler dans la réalité sur l'alimentation, sur l'image du corps. L'infirmière va être plus engagée sur un travail individuel avec par exemple un travail devant le miroir, des bains accompagnés, des massages, des temps de relaxation... Si c'est plus prendre conscience de sa souffrance physique et psychologique, c'est plus dans le cadre d'entretien individuel que l'infirmière référente va travailler. En tant que référente, l'infirmière vas se pencher sur l'évolution de la patiente d'une façon globale. Il faut prendre en compte cette souffrance."*

Il s'agit pour l'infirmier référent d'évaluer les difficultés majeures de la patiente. Evaluation qui se fait pendant et après le temps d'observation. S'il n'y a pas d'alliance thérapeutique préétablie, la patiente ne pourra entendre que difficilement ce que l'infirmière lui pointera comme étant ses difficultés. C'est encore une négociation de la réalité. Le référent infirmier qui suit l'évolution tout au long de la prise en charge peut ensuite pointer les progrès de la patiente et l'encourager à poursuivre à son rythme son contrat de soins.

3°) Quels sont vos objectifs prioritaires dans la prise en charge ?

Les objectifs prioritaires sont formulés dans le contrat de soin. Un exemple de contrat est proposé à la suite de cette question.

"Au niveau d'une patiente anorexique, il faut savoir que si cette personne arrive dans l'unité à un poids très bas, il s'agira de la restaurer physiquement avant de commencer le travail plus psychologique. Il faudra l'aider à s'alimenter, à s'hydrater. On ne brûle pas les étapes. Les objectifs prioritaires seront donc d'abord la restauration physique, la détente, accepter de se reposer, de se poser. A court terme, il faut faire en sorte que cela soit tenu. Ensuite aborder les relations, une relation avec les autres, une relation dans la famille, avec les parents, aborder la séparation, la dépendance à l'autre. Au niveau du corps accepter son corps, les changements lors de la reprise de poids, pouvoir en parler."

La reprise pondérale est effectivement prioritaire quand on connaît les désordres physiologiques que la perte de poids peut entraîner (Ch.II page 11). Une perte de poids qui peut conduire à plus ou moins court terme à la mort. Un minimum de reprise pondérale peut être considéré, au début de la prise en charge, comme un début d'engagement de la part de la patiente.

Un autre objectif prioritaire est de *"faire en sorte que les patients n'aient pas un désir de mort plus fort qu'un désir de vie."*(intervention d'une infirmière) C'est une parallèle de la reprise pondérale.

La réponse à cette problématique, une infirmière l'illustre bien dans ses propos et je rejoins son idée :

"Il faut donc construire un projet avec le patient sur lequel on peut trouver un terrain d'entente. Un contrat sur lequel on est susceptible de l'aider et lui de nous demander de l'aide. Donc cela va être de mener à bien ce travail et de vérifier que les objectifs peuvent être tenus et sont tenus et sont aboutis ou pas."

"Dans le cadre du contrat, il y a des pistes à travailler. Quelquefois c'est clairement dit et quelques fois c'est global et il faut ensuite prioriser les objectifs en en discutant avec le médecin. L'infirmière travaille ensuite dans la réalité au cas par cas. Chaque objectif pour chaque patient est différent. Il n'y a pas de contrat identique, c'est un contrat "sur mesure" pour le patient. Il est très important d'avoir un contrat pour une base commune."

"C'est plus confortable quand il y a des modalités de posées d'un commun accord avec la patiente et avec l'équipe. C'est une référence. En rappelant que c'est quand même des personnes qui auraient tendance à manipuler leur entourage. Il faut se positionner par rapport au travail que l'on fait en tant qu'infirmier référent, en tenant compte des différents intervenants."

Le contrat paraît ici un outil indispensable pour le référent infirmier pour suivre au mieux l'évolution de la patiente, avec les objectifs de ce contrat. Contrat qui a d'autant plus de valeur qu'il est établi avec la patiente. Les objectifs évoluent au fil de

l'hospitalisation, sur l'avis des différents intervenants. En rappelant que le référent infirmier reste encore le garant de cette évolution. Il rappelle à la patiente, au cours de points sur son hospitalisation, si elle se tient ou non aux objectifs définis. Cela permet ainsi de faire progresser la patiente, ou en tout cas de décanter les choses.

"Le travail va être aussi de travailler la séparation et l'individuation. Y compris dans la relation soignant et soigné, il faut travailler cette notion de séparation, surtout pour des patients que l'on suit depuis trois ou quatre ans. Il faut toujours avoir ça en tête, que l'on est là pour les accompagner vers une démarche d'autonomie, d'individuation. Nous ne sommes qu'une étape dans leur soin. Ils sont eux pris dans un comportement de dépendance, il faut donc travailler notre relation avec eux dans le sens de la séparation-individuation. C'est très important."

Deux éléments importants effectivement dans l'intervention de cette infirmière.

D'une part, il faut mettre en place la séparation entre la patiente et la famille pour qui la situation est devenue insupportable. Une séparation qui facilite l'individuation de la patiente.

D'autre part, l'infirmière aborde sa relation avec la patiente, avec qui il faut également travailler cette notion de séparation. L'infirmière rappelle à juste titre que les patientes souffrant d'anorexie sont prises dans un comportement de dépendance et qu'il faut de ce fait éviter cette dépendance avec le soignant. C'est d'autant plus vrai pour un suivi de longue date, comme l'infirmière le souligne. Le soignant doit aussi travailler pour lui cette notion de séparation. Il doit toujours garder en tête qu'il n'est qu'une aide, qu'une étape pour la patiente, dans sa démarche de soins. Concrètement, il faut simplement l'expliquer à la patiente.

L'application de ces différents objectifs ne se fait pas sans créer de problèmes pour l'infirmier référent. La question 5 tente d'y répondre.

EXEMPLE D'UN PREMIER CONTRAT :

Si l'on admet comme exemple, que la patiente a une perte de poids trop importante à son entrée, avec une séparation indispensable avec son entourage, le premier contrat pourrait être décidé comme suit :

Identification de la personne : Nom, Prénom, etc.

Durée du contrat : du 01/01/00 au 02/02/00

Travail sur l'alimentation et l'hydratation : repas accompagnés

Massages, accompagnement des temps de repos, du soir (en fonction des possibilités)

Pas de visite, pas de courrier, pas de téléphone.

Sorties accompagnées autorisées dans l'hôpital.

Signatures de : La patiente,

les référents médicaux, infirmiers, et la référente aide-soignante.

Ce premier contrat tient compte des deux objectifs prioritaires. C'est ci la reprise pondérale et la première séparation avec l'entourage. L'accompagnement des repas est indispensable pour voir où en est la patiente avec ses habitudes alimentaires. L'accompagnement des temps de repos l'est également pour l'aider à surmonter la séparation avec son entourage. Ces temps d'accompagnement sont autant de temps pour créer une alliance thérapeutique.

Après une restauration physique satisfaisante et en parallèle avec son renforcement, un travail psychologique peut voir le jour avec par exemple la mise en place d'activités comme médiateur de cet objectif. Objectif qui va s'inscrire dans le contrat sous la forme de ces activités. Je peux donner comme premier exemple l'activité "modelage". Cette activité sert à créer des représentations du corps, à leur démontrer leur propre potentialité créatrice, à travers la manipulation de la terre. L'adolescente anorexique peut prendre, au fil de ses séances, confiance en elle mais aussi confiance dans ce qu'elle a à communiquer aux autres. Ces séances peuvent être très fortes en ressenti de la part de ces patientes, lorsqu'on leur demande de décrire ce qu'elles ont voulu représenter à travers leur modelage.

4°) Quelles sont pour le référent infirmier les limites de la prise en charge ?

Intervention d'un infirmier : *"Les limites pourraient être de ne pas avoir d'espace personnel pour travailler des choses importantes pour le soignant. On parle ici de relations impliquées et impliquantes. Si en tant que soignant, nous n'avons pas d'espace pour traiter des questions autour de la mort, de la séduction, de plein de choses, c'est que les limites vont être vite posées."*

Le fait d'être référent infirmier permet de créer une relation privilégiée avec le patient. C'est à travers des entretiens individuels ("*espace personnel*") que le référent infirmier pourra aborder des questions qui lui semble essentielles pour la prise en charge, même si ces questions ont pu être suggérées et discutées en équipe.

Intervention d'un infirmier : *"c'est faire que la notion de référent ne vienne pas trop peser sur le soignant, que ça ne devienne pas trop lourd à porter. C'est peut-être aussi de se laisser embarquer dans des jeux relationnels qui vont t'entraîner dans des choses dans lesquelles il sera difficile de sortir. La limite serait donc notre état émotionnel, quand on sent que la prise en charge n'est plus possible entre nous soignant et le patient."*

"La limite serait aussi que quelqu'un, consciemment ou inconsciemment ne voudrait pas s'en sortir et irait vers la mort. Les infirmières veulent les aider à vivre et non pas les aider à mourir. Quand la patiente renvoie fortement notre impuissance, on se sent plus directement atteint."

C'est ici deux réponses que tout le personnel infirmier a pu formuler. Ils ont tous conscience que cela peut arriver. Il semble évident que la prise en charge peut parfois être problématique, dans une sorte de confrontation soignant/soigné. Ce peut être, pour reprendre l'exemple du contrat précédemment cité, une incapacité pour la patiente d'atteindre une restauration physique satisfaisante. C'est une réalité très concrète pour des adolescentes souffrant d'anorexie et qui implique pour elles un risque vital. Le soignant peut être ici en difficultés, ne trouvant pas le moyen d'inverser cette tendance. Se sentant plus impliqué du fait d'en être le référent, la charge émotionnelle que peut créer une telle situation peut être trop lourde à porter et effectivement renvoyer une forte impuissance. Je développe dans la question 6 les alternatives face à ce problème.

Intervention d'une infirmière : *"Une autre limite pourrait être parfois de diviser les équipes, c'est à dire si l'on n'intègre pas que le référent est avant tout un repère pour le soignant et le patient. En aucun cas cela n'exclue le partage et la mise en commun. Cela pourrait dériver vers "ce patient m'appartient" ou encore empêcher un autre soignant d'intervenir alors qu'il devrait le faire."*

Cette intervention nous éclaire sur ce que peut être la "toute puissance du soignant". Mais cette "toute puissance" n'est en aucun cas le synonyme de l'infirmier référent. L'infirmier référent ne règle pas tous les problèmes, il y contribue, quand il le peut, avec l'implication qu'il se donne dans la prise en charge. Et malgré tout, il faut aussi avoir en tête que l'on peut tous commettre des erreurs.

Intervention d'une infirmière : *"Les limites sont aussi posées par l'institution, par le contrat. Souvent les référents sont un peu mis au hasard, en fonction de la personne qui accueille et des disponibilités. Il peut y avoir des affinités qui ne sont pas forcément respectées. Avec les autres infirmiers, comment peuvent-ils s'inscrire dans une prise en charge sans être référent, quelle place est laissé aux autres ? Comment les choses se jouent et comment elles peuvent être complémentaires."*

Ces limites, tout le personnel infirmier en a également conscience. Le référent infirmier, même s'il est très important, ne reste, encore une fois qu'un des éléments de la prise en charge. A chacun, au cours des transmissions et des réunions de synthèse de se partager les tâches à accomplir. Pour ce qui est des "affinités" soignant/soigné, tout fonctionnement institutionnel quel qu'il soit a ses limites. Il serait très difficile de pouvoir à chaque fois attribuer un référent infirmier selon d'éventuelles "affinités".

5°) Travailler en tant que référent infirmier vous pose t-il Problème ?

Intervention d'un infirmier : *"La référence pose question en tous les cas. Avec quelques patientes effectivement, où il a fallu un peu plus d'espace, pour replacer les choses et pour reprendre une certaine maîtrise de ce qui pouvait se jouer là."*

Intervention d'une infirmière : *"Cela a pu poser problème au début, et peu à peu on trouve un écart entre nous et ce qui t'est ramené. Ca n'est pas nous en tant que soignant qui sommes visés, c'est quelque chose d'une rivalité qui est bien au delà de notre personne. Donc au fil du temps, on arrive à mettre un peu de jeu dans ces relations. Il est important de leur permettre ça."*

J'entends ici que chaque individu (soignant et soigné) est différent et qu'à partir de là il faut constamment se remettre en question quand on débute une nouvelle prise en charge, avec une nouvelle patiente. Les mêmes actions, les mêmes mots, n'ont pas forcément les mêmes effets d'un individu à l'autre. Il en est de même pour l'espace (entretien individuel et activités) que l'on doit s'accorder selon les situations de prise en charge. D'où l'importance de rappeler que chaque contrat est individualisé. Contrat individualisé pour suivre l'évolution du patient mais aussi celle de l'infirmier référent. Il doit par moments prendre du recul pour voir ce qu'il se passe avec la patiente et ainsi continuer dans les meilleures conditions la prise en charge.

"Si la relation est un peu psychothérapeutique, si la relation est affective et qu'il n'y a pas la supervision au niveau institutionnel, cela peut devenir problématique."

Cette intervention montre que le référent infirmier n'est pas seul dans la prise en charge et qu'une analyse de la situation autre que celle de l'infirmier est incontournable. Le médecin nous donne une réponse à cette intervention (cf. son entretien).

Un autre problème peut être *"l'excès de prise en charge. On ne peut être disponible pour tout le monde. Les patientes peuvent le dire de façon plus ou moins ouvertes. La référente est pour elles quelqu'un d'important et elles ont envie de se l'accaparer comme des enfants peuvent s'accaparer leur mère vis à vis des frères et soeurs. Là, il peut se jouer une rivalité entre elles. Les patientes peuvent se sentir frustrées même si cela peut parfois leur faire du bien."*

Il est vrai que le nombre de patientes prises en charge par une seule infirmière en tant que référente peut parfois être difficile à gérer. Mais du côté des patientes, peut-on dire que cet excès de prise en charge dont il est question est un problème. Quand on sait que c'est peut-être avec ces frustrations que ces patientes peuvent évoluer dans leur processus d'individuation qui leur fait le plus souvent défaut.

Intervention d'une infirmière : "A l'intra, le fait d'être à deux référents fait qu'ils peuvent se parler du travail qu'ils font l'un et l'autre pour la même patiente. Dans la réalité, ils peuvent être un et un parce qu'ils ne se voient pas souvent. Il faut bien savoir sur quoi l'un et l'autre travaille pour ne pas s'emmêler, parce qu'elles peuvent jouer la rivalité. A l'hôpital de jour, il n'y a qu'une référente. L'infirmière n'est donc pas dans la rivalité mais peut être, par contre, dans la confrontation."

Les alternatives face à ses problèmes sont développées dans la question suivante.

6°) Quelles sont vos alternatives face à ces problèmes ?

Intervention d'un infirmier : "Il est important d'utiliser les problématiques comme outil de travail. Il faut en parler à l'équipe. Pendant les temps de régulation, il est possible de parler avec les collègues de sa relation avec le patient. Il faut s'en donner les moyens."

Cela résume ce que j'ai pu recueillir au cours des différents entretiens. Transmissions journalières, réunions de synthèses hebdomadaires sont autant de moments essentiels pour faire le point sur les différentes problématiques rencontrées par les référents. Face à une patiente souffrant d'anorexie, il faut savoir qu'elles testent l'équipe en la clivant ; il y a le bon référent, le mauvais référent, sans parler de celui qui aurait dû être son référent à la place d'un autre parce qu'il est plus "sympa" que lui. Les moyens que sont les réunions et les transmissions permettent de maintenir une cohérence d'équipe et évitent de faire jouer ce clivage.

Une autre alternative, notamment face au risque vital que peut présenter une patiente souffrant d'anorexie, est l'hospitalisation en médecine pour une meilleure surveillance et prise en charge de ce risque. Il faut savoir reconnaître que la prise en charge n'est plus efficace et il devient nécessaire de passer la main. Si par la suite la patiente arrive à se restaurer physiquement. Elle pourra reprendre sa place au sein de l'unité pour la prise en charge psychologique.

Enfin, si la relation prend une dimension psychothérapeutique, il peut être proposé avec le référent institutionnel, une démarche à l'extérieur, comme le rappelle le médecin au cours de son entretien.

Pour ma part, je ne trouve actuellement aucune autre alternatives en terme de proposition d'action. Je peux simplement dire qu'un travail sur le vécu du soignant pourrait être mis en avant quand l'échec de la prise en charge se traduit par la mort de la patiente.

7°) Quelles différences voyez-vous entre un soignant homme et une soignante femme ?

Cette question me semblait importante. A la lecture des réponses données, je me rend compte qu'elle était indispensable si l'on admet que l'on travaille d'abord avec soi-même. Les différentes réponses qui suivent résument la pensée de cette équipe soignante et je les rejoint entièrement. Toutes les réponses retrouvées dans cette synthèse me semblent aussi importantes les unes que les autres.

Intervention d'un infirmier : *"On n'est pas professionnel indistinctement homme ou femme. Il se joue des choses avec un homme, différentes qu'il se joue avec des femmes."*

Intervention d'une infirmière : *"On est différent de part les sexes mais aussi sur la façon de voir les choses. Une équipe mixte, c'est toujours plus intéressant, y compris dans le jeu relationnel avec les patients. En tant qu'infirmière, c'est bien d'avoir un regard d'homme par rapport à cette pathologie qu'est l'anorexie qui est quand même nettement féminine. On peut parler ici de complémentarité."*

Intervention d'une infirmière : *"Au niveau du transfert, dans les représentations que les patientes souffrant d'anorexie ont d'un homme ou d'une femme, d'un père et d'une mère. En tant que femme, on peut être père ou mère. C'est plus au niveau symbolique dans la différence des sexes. Dans la prise en charge, on peut passer d'une représentation paternelle à une représentation maternelle à d'autres moments. On peut être les deux. Si on est plus dans une période de renarcicisation de la personne, de prise en compte de ses symptômes, on est plus du côté d'une représentation maternelle. Mais on peut aussi, quand on pose des limites, quand on dit que l'on n'est pas d'accord, représenter une image paternelle. Et inversement parce que la mère peut aussi poser ses limites et le père être plus maternant."*

Ce qu'il faut comprendre ici, c'est qu'une infirmière peut, symboliquement, passer d'un rôle de mère à un rôle de père. Soit, comme cette infirmière l'explique, un rôle symbolique de mère, quand elle va encourager la patiente dans la bonne évolution du soin ; ou alors un rôle symbolique de père et la loi (toujours symbolique) qu'il présuppose, quand la patiente refuse les objectifs du contrat qu'elle a accepté avec cette infirmière et un référent institutionnel. L'infirmière peut alternativement incarner ces deux rôles. C'est également vrai pour un infirmier. La complémentarité homme/femme serait donc un atout dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie.

Intervention d'un infirmier : *"La question de la séduction va forcément être un terrain avec lequel le soignant homme va devoir travailler. C'est peut être une des différences les plus notables dans la prise en charge."*

"Effectivement, quand une adolescente ou une jeune adulte demande un massage à un soignant homme, elle ne le demande sans doute pas de la même manière qu'elle le demanderait à une soignante femme. Qu'est-ce qu'il va se jouer dans cette relation-là ? Qu'est-ce que l'on va en faire ? Qu'est-ce que cela va impliquer pour elle de se montrer ? Cela va pouvoir être pour elle de se questionner par rapport à sa sexualité, à sa relation homme femme, à ses relations amoureuses, à sa crainte de lier une relation avec un garçon. Le fait d'être professionnel va donc être une manière d'aborder ce sujet et de pouvoir aller voir comment elle peut être dans une relation avec un homme. C'est aussi comment utiliser cela comme outil de travail. Les histoires de

séduction, de projection qui peuvent être massifs parce que l'on est un homme sont très intéressantes, même si ça n'est pas toujours facile. Mais il est important de replacer ton rôle et ta fonction tout en les autorisant d'être sur le terrain de la séduction mais de leur renvoyer que tu utilises cela pour les questionner, sur leur capacité à être amoureuse, à être dans l'agressivité etc...dans une autre sexualité."

Comme cela a pu être abordé dans le cadre conceptuel développant l'anorexie mentale, la sexualité (page 14) est très souvent un sujet qui n'est pas abordé en famille, un sujet tabou. Le simple fait d'être adolescente augmente cette curiosité que je qualifie de "normale" à cet âge. Cette curiosité est peut-être plus accrue chez des adolescentes souffrant d'anorexie du fait qu'elles n'y ont pas trouvé de réponses au sein de leur famille. Si l'on reprend l'exemple de Marya, l'anorexie lui permet effectivement de rester la petite fille qui plaisait à ses parents.

Un des rôles de l'infirmier comme d'ailleurs celui de l'infirmière est donc d'essayer de replacer l'adolescente dans un contexte moins pathologique que peut être le sien. C'est lui démontrer petit à petit que la sexualité n'est pas un obstacle à un épanouissement de sa personnalité et qu'il n'est pas non plus un obstacle à l'amour que peuvent lui porter ses parents.

Intervention d'une infirmière : *"Beaucoup d'anorexiques sont contentes quand c'est un homme qui les prend en charge. Ca leur permet déjà de ne plus être en fusion avec la mère, de trouver une image plus sécurisante, moins collée. Cela permet un espace. Nous travaillons trop en cercle fermé de femmes avec un pouvoir de la femme. L'avantage d'être une femme est que l'on a une sensibilité au corps qu'on perçoit beaucoup plus, de même que l'importance de la séduction. Une impression d'être plus maternante. Avec les familles, les mères s'adressent en tant que femme à une autre femme, soit dans une rivalité, une agressivité. C'est presque un combat de femmes, sur la femme qui saurait mieux soigner le jeune. Mais cela permet cette agressivité là, qu'elles ne vont pas décharger sur les hommes. Cette compétition-la de femme à femme se sent beaucoup plus dans les prises en charges. Ca leur permet de décharger cette agressivité quand elles ne savent plus trop où le faire."*

Deux points sont exprimés ici. D'une part l'idée que l'infirmier peut donner une autre image que celle de la femme souvent très présente dans l'environnement de l'adolescente souffrant d'anorexie. Cela peut permettre une meilleure prise en charge. Cela peut également être un frein, comme le rappelle un des infirmiers quand il m'évoque une prise en charge. Une adolescente pouvait mieux se sentir quand il était là et à l'inverse moins bien se sentir quand il n'y avait que des femmes au sein de l'équipe. Cela s'explique en partie par le fait qu'il n'y avait que des femmes autour d'elle dans son environnement familial.

D'autre part, nous avons aussi l'idée qu'une infirmière peut mieux aborder la question de la séduction, de femme à femme. Avec également l'idée de la confrontation entre la mère et l'infirmière. La mère ne supportant pas l'idée qu'une autre femme (ici l'infirmière) puisse prendre le relais du soin qu'elle apportait à sa fille. Cela permet aussi à la mère de renvoyer toute son agressivité sur l'infirmière. C'est peut-être le seul moyen qu'elle trouve pour le faire, à un moment où la mère peut être elle aussi complètement perdue, ne sachant plus quoi faire et où décharger son agressivité.

Intervention d'une infirmière : *"La différence se fait au niveau relationnel, au niveau du cadre. Au niveau relationnel, il est intéressant de réfléchir en quoi cela serait plus important qu'une patiente ait un homme ou une femme, ou les deux, en tant que référents. Ca introduit des relations différentes. Ca introduit la sexualité. Dans certaines prises en charge, c'est important qu'elles aient un homme et une femme comme référents. Dans la représentation du couple parental, c'est très important."*

Intervention de la psychologue : *"On peut dire qu'il y a vraiment des projections en fonction du sexe de l'intervenant. Le patient peut en fonction de son histoire projeter ses difficultés par rapport à ses identifications féminines et masculines. Parfois on a deux personnes du même sexe et cela pourrait être porteur d'avoir un homme et une femme, ne serait-ce pour voir comment se joue les différences pour le patient. Comment les choses peuvent être compliquées et difficiles. Ca paraît un point essentiel. Référence au père, à la mère et comment l'enfant se positionne."*

Quand cette infirmière et la psychologue parlent respectivement "de représentation du couple parentale" et de "projection en fonction du sexe de l'intervenant", il ne s'agit pas ici de les remplacer en tant que famille idéale. Il n'y a pas de famille idéale. Aucun parent n'est parfait, fort heureusement. S'il l'était, comment l'enfant pourrait-il l'égaliser ? Il en va de même pour l'équipe infirmière. Il n'en n'existe pas d'idéale. Ce que je veux simplement expliquer, c'est que l'infirmier et l'infirmière peuvent aborder par exemple le thème de la sexualité qui peut être ici problématique et ce d'une autre manière que celle des parents. Sexualité qui est abordé avec le regard d'un homme et d'une femme, symboliquement le père et la mère. Les parents ne sont en aucun cas écartés. Ils peuvent aborder ce thème grâce par exemple à la thérapie familiale. Une thérapie familiale peut être mise en place au sein même de l'unité. Des infirmières ont suivi une formation pour pouvoir y participer efficacement.

ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN

A ma première question sur la définition de l'infirmier référent , le médecin répond :

"L'infirmier référent c'est quelqu'un qui est repéré dans la vie quotidienne du patient lors de ses soins. Je dissocie les soignants de la proximité des soignants qui sont plus dans la distance. C'est un niveau de différenciation qui permet des dialectiques, de pouvoir mettre en pensée des choses. Donc la distance, c'est le référent institutionnel et dans la proximité c'est l'équipe infirmière. Et au sein de cette équipe infirmière il y a quelqu'un qui est repéré comme infirmier référent a qui l'on peut s'adresser de façon préférentielle. C'est un premier point."

"L'infirmier référent, c'est quelqu'un aussi qui, dans la proximité, porte une attention particulière pour le patient, donc porte le projet thérapeutique, porte l'histoire du patient, porte les questions, les difficultés. C'est vraiment quelqu'un avec qui il va se jouer dans la relation des choses plus organisées. On utilise ce matériel élaboré en y mettant du sens ce qui permet de travailler de façon privilégiée. L'infirmier référent n'a de sens que si il y a des infirmiers qui ne le sont pas. Là aussi cela crée des différences et cela favorise des investissements relationnels différents de la part du patient. Cela nous permet d'être au plus près du patient."

Le médecin résume ainsi le fonctionnement dans le quel peut évoluer l'infirmier référent avec ses propres fonctions.

Ma seconde question sur les alternatives aux limites et problèmes posés aux infirmiers et infirmières de l'unité :

"Une relation duelle trop importante pourrait s'installer. Elle pourrait être trop envahissante au niveau du contenu, au niveau de la charge émotionnelle. Il s'agit toujours de faire exister la position tiers de l'équipe par les réunions, cliniques ou institutionnelles, et les bilans avec le référent institutionnel. Cela permet d'apprécier ce qu'il se joue. Parfois, il faut des relations fortes au niveau infirmier référent et patient pour qu'il y est des choses qui se passent. Cela peut s'exprimer comme cela. Le référent institutionnel a un rôle de médiateur dans cette relation et permet à l'infirmier de mettre du sens sur ce qu'il vit ou à un moment donné si c'est trop fort, d'apprécier ce qu'il se passe et si cela prend une dimension psychothérapeutique, on peut proposer de faire une démarche à l'extérieur. Cela peut être une relation affective ou il n'y aurait plus de soins, mais cela peut être aussi une relation forte affectivement dans le soin. Quand à la caution psychothérapique, c'est souvent une crainte, mais on le retrouve plus dans le cadre de suivi ambulatoire qu'auprès de référents infirmiers en temps plein ou à l'hôpital de jour. L'équipe est plus globalement présente. Il faut que les infirmières réfléchissent à ce qu'elles font et toujours se référer au contrat qui est posé. Cela nécessite de la part de l'infirmier une certaine limitation. La relation psychothérapeutique, il y a des infirmiers qui seraient capable de l'avoir, mais ce n'est pas le cadre. Il peut y avoir des relations tout à fait authentiques, intéressantes hors cadre psychothérapeutique."

Il faut toujours essayer de comprendre ce qui se passe, ce que le patient est en train de jouer avec l'infirmier ou l'infirmière. Ici les patients ont souvent des attentes massives de réassurances narcissiques, de réassurances fondamentales. Alors il faut parfois que cela se passe et mettre des mots sur ce qu'il se joue. Il faut alors venir en aide à l'infirmier, que ce soit l'équipe, que ce soit le référent. Parfois cela prend plus ou moins du temps. Il y a l'aspect élaboratif, que le projet n'arrive pas à s'élaborer, ou que l'infirmière soit submergée et qu'il faille passer la main à quelqu'un d'autre. Je ne l'ai jamais vu. Cela pourrait être envisagé. Parfois quand la prise en charge est très lourde, il y a l'infirmière référente assistée par d'autres infirmières. Mais c'est très rare."

Le médecin résume ici la place que peut prendre le reste de l'équipe dans la prise en charge, ainsi que la place du référent institutionnel. On comprend ainsi que l'infirmier référent est loin de travailler seul et que tout est mis à sa disposition pour régler ses propres difficultés.

A ma dernière question, s'il existe une différence entre un soignant homme et une soignante femme dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie, le médecin répond :

"Dans une rencontre thérapeutique, nous avons soit la rencontre d'une personne du même sexe, soit de sexes différents. Cela va faire exister toute la dimension de la différence sexuelle. Evidemment il peut y avoir de la séduction homosexuelle comme de la séduction hétérosexuelle. Et puis tout le monde va se positionner à l'égard des gens du même sexe et des gens du sexe opposé. Il y aura donc un matériel différent qui adviendra et il s'agit de voir ce que le patient est en train de jouer et y mettre du sens. Il y a forcément des particularités parce que cela renvoie à des choses différentes dans la construction de la personne, parce que les émotions sont différentes avec un corps du même sexe ou du sexe opposé, ou si les représentations socioculturelles sont liées à tel sexe ou à tel autre. On a parfois l'impression que tel ou tel patient, ou le verrait plus avec un homme ou avec une femme. Notamment, je pense aux hommes pendant l'adolescence, avoir une relation avec un homme pour qu'il se solidifie, qu'il s'interroge sur ces questions là. Pour une patiente anorexique, il y aurait plus des choses de la relation à la mère qui seront vécues entre une jeune fille et la soignante."

On voit ici l'intrication entre plusieurs éléments : l'histoire de la patiente avec ses représentations socioculturelles. C'est aussi la rencontre de cette histoire avec celle du soignant et ses propres représentations. Une rencontre qui peut découler sur de nouvelles représentations pour la patiente, un nouveau regard sur une personne du même sexe ou du sexe opposé, avec par la-même une reconstruction de sa propre réalité.

CHAPITRE VI. ANALYSE

A travers ce qui a pu être décrit au cours de cette synthèse et première analyse, je peux dire que le travail de l'infirmier référent dans la prise en charge d'une adolescente souffrant d'anorexie n'est pas évidente.

Je connais maintenant la complexité, environnementale et affective, dans laquelle se développe une telle pathologie. Je connais également pour l'avoir vu, la complexité de sa période d'état. Une période d'état à laquelle l'infirmier référent se trouve confronté plus particulièrement du fait de son implication dans le suivi d'un contrat de soins.

Je peux aussi dire que cet infirmier référent n'est pas seul dans cette prise en charge. Il fait partie intégrante d'un projet de soins établi en partenariat avec toute une équipe pluriprofessionnelle. L'infirmier référent n'existe pas sans l'aide du reste de l'équipe infirmière. Elle est là pour le conseiller, le soutenir quotidiennement et lui donner du sens dans sa propre implication.

L'infirmier référent permet le repère humain, nécessaire pour la meilleure intégration d'une adolescente souffrant d'anorexie ayant perdu le plus souvent tout repère, au sein de l'unité décrite ici. C'est selon moi la fonction la plus importante dans ma conception de ce système. Un concept qui se rapproche d'un concept humaniste. Ce repère humain permettra par la suite une meilleure alliance thérapeutique qui conditionnera l'évolution de la prise en charge. L'infirmier référent peut ainsi aller au plus près des difficultés de la patiente, en discuter ensuite en équipe et réajuster ainsi les actions à mettre en oeuvre.

Quant à la différence entre un soignant homme et une soignante femme dans une telle prise en charge, je peux dire pour reprendre mon hypothèse de départ, qu'il faut plus y voir une complémentarité qu'une différence. Nous travaillons avec ce que l'on est, homme ou femme, et il faut s'en servir. C'est d'autant plus vrai que cette complémentarité permet de travailler sous deux regards différents la question de la sexualité très présente autour de ces adolescentes souffrant d'anorexie. Un travail qui demande une certaine connaissance de soi et de la pathologie elle-même.

En définitive, je peux dire que ce n'est pas le système d'infirmier référent qui est difficile en lui-même. Il est même selon moi très clair. C'est plus la complexité de la pathologie qui met en difficulté le soignant. C'est ici que la notion de repère pour le soignant prend toute sa place. Quand il y a une difficulté, on connaît la place de chacun dans la prise en charge. Et c'est peut-être là que se trouve la solution à ma problématique. En plus de mon inexpérience, je n'étais pas référent de la jeune adolescente qui déjeunait en face de moi ; je n'étais pas celui qui avait décidé avec elle dans le cadre d'un contrat qu'elle devait manger les trois quarts de son assiette. Je n'ai pas su me positionner et elle a su s'en servir.

Je sais maintenant qu'il est très difficile parfois pour un infirmier référent de faire accepter un tel objectif. C'est un objectif premier dans la prise en charge qui doit faire prendre conscience à l'adolescente sa dépendance à l'alimentation et la rendre autonome face à celle-ci. Cette autonomie ne sera acquise que lorsqu'elle pourra gérer par elle-même cette dépendance.

CONCLUSION

Je dois tout d'abord dire que ce Travail de Fin d'Etudes m'a permis de conforter mon projet professionnel. D'une part, parce que la recherche fut très enrichissante, à travers tous les ouvrages que j'ai pu étudier, mais aussi et surtout grâce à l'équipe soignante qui m'a fait partager sa pratique et son enthousiasme.

Avant d'aborder les difficultés rencontrées dans mon Travail de Fin d'Etudes, je tente maintenant de résumer le développement de ma recherche.

Si l'anorexie se déclare à l'adolescence, elle trouve sa fondation dans une défaillance au niveau des toutes premières relations. Cette défaillance perturbe ce que Winnicott qualifie de "capacité à être seul" ; une capacité qui s'établit en parallèle avec les premières relations où l'alimentation (incorporation orale) est survalorisée. Cette étape qui donne naissance au complexe d'Oedipe, à la triangulation, est perturbée. La séparation des parents avec l'adolescente devient problématique et l'individuation de cette dernière l'est tout autant.

Pour combler cette défaillance, l'adolescente souffrant d'anorexie reprend l'incorporation non pas sur un mode fantasmatique mais sur un mode actif. Elle rejette sa sexualité par peur de se faire rejeter par ses parents. Elle tente donc de refouler cette sexualité en refusant activement toute nourriture. L'adolescente garde ainsi un corps de petite fille, jusqu'à ce que ses parents s'aperçoivent, souvent tardivement, qu'il y a un problème.

C'est dans ce contexte que cette adolescente peut être prise en charge au sein de l'unité décrite ici. C'est dans ce lieu que l'infirmier référent a sa place, pour aider cette adolescente à retrouver une autonomie satisfaisante. Je dois rappeler que l'unité et l'équipe qu'elle incarne, avec notamment l'infirmier référent, ne sont qu'une étape dans cette recherche d'autonomie. Une psychothérapie, à la suite de cette prise en charge est bien souvent nécessaire pour potentialiser cette autonomie.

La difficulté majeure de cet écrit aura été pour moi de rendre compréhensible ce qui ne l'était pas pour moi, en tout cas au départ. J'entends par là la complexité d'une pathologie telle que l'anorexie mentale et plus particulièrement le développement affectif de l'enfant avant d'arriver à une période d'état non moins difficile à comprendre. Cette compréhension reste encore difficile. Un sociologue a dit que "ce qu'il faut travailler, c'est ce qui nous travaille".

Une autre difficulté a été d'expliquer concrètement le rôle de l'infirmier référent dans une telle prise en charge. J'aurais pu effectivement choisir un autre lieu de stage où ce système n'entraîne pas en jeu, si tant est qu'il en existe pour une telle prise en charge. Je n'ai pas cherché à en trouver. J'aurais pu également approfondir le rôle du reste de l'équipe avec un tel système. Je peux dire que ce système me paraît clair et il reste pour moi le repère humain essentiel dans ma conception du soin, avec l'implication qui en découle.

Je conclurai en disant que je n'ai pas encore assez de recul pour dire si tous les points ont été abordés aussi clairement que j'ai pu le souhaiter. Je rappelle simplement qu'il ne s'agit ici pour moi que d'une étape dans ma réflexion sur ma future profession dans le secteur psychiatrique. Une réflexion qui je pense, se prolonge tout au long d'une carrière. Une réflexion qui peut déjà être celle de mon vécu de soignant face à la mort ; quand ces jeunes adolescentes ont eu un désir de mort plus fort qu'un désir de vivre.

GLOSSAIRE

Addictions : VENISSE J.L.; RENAULD M., ROUSSEAU M. "Conduites de dépendance du sujet jeune"

Le mot vient de l'anglais addict qui signifie "être adonné à l'alcool, l'opium, etc.". Joyce Mc Dougall l'a proposé comme équivalent du concept de dépendance. La racine de ce mot est latine : *addictus* est un esclave pour dette et *addicto* signifie adjuger la personne du débiteur au créancier. Ce concept offre donc une métaphore riche de sens en mettant l'accent sur l'existence d'une culpabilité (la dette non payée), l'officialisation de la faute (l'adjudication par le tribunal) et le prix à payer (la contrainte par corps).

Clivage : LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. PONTALIS " Vocabulaire de la psychanalyse"

Terme employé par Freud sous le terme de clivage du moi : il s'agit de la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle. L'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement.

Le clivage pour Freud est le résultat du conflit ; si la notion a donc pour lui valeur descriptive, elle ne comporte en elle-même aucune valeur explicative. Au contraire, elle pose la question : pourquoi, comment le sujet conscient s'est-il séparé d'une partie de ses représentations ?

Freud ne manque pas d'utiliser le terme de clivage pour désigner ce dédoublement du moi en une partie qui observe et une partie qui est observée.

Identification primaire : LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. PONTALIS " Vocabulaire de la psychanalyse"

Mode primitif de constitution du sujet sur le modèle de l'autre, qui n'est pas secondaire à une relation préalablement établie où l'objet serait d'abord posé comme indépendant. L'identification primaire est étroitement corrélative de la relation dite d'incorporation orale.

Ce mode du lien de l'enfant à une autre personne a été décrit principalement comme première relation à la mère avant que la différenciation ne soit solidement établie. Cette relation serait évidemment marquée par le processus de l'incorporation.

Identification à l'agresseur : LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. PONTALIS " Vocabulaire de la psychanalyse"

Mécanismes de défense isolé et décrit par Anna Freud : le sujet, confronté à un danger extérieur (représenté typiquement par une critique émanant d'une autorité), s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Selon Anna Freud, ce mécanisme,

serait prévalent dans la constitution du stade préliminaire du Surmoi, l'agression restant alors dirigé sur l'extérieur et n'étant pas encore retournée contre le sujet sous forme d'autocritique. On observe un renversement des rôles : l'agresseur devient agresseur. Pour Anna Freud, le sujet passe par un premier stade où l'ensemble de la relation agressive est renversé : l'agresseur est introjecté, c'est à dire passé du "dehors" au "dedans", tandis que la personne attaquée, critiquée, coupable, est projetée à l'extérieur. Ce n'est qu'en un second temps que l'agression se tournera vers l'intérieur, l'ensemble de la relation étant intériorisé.

Incorporation : LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. " Vocabulaire de la psychanalyse"

Processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps. L'incorporation constitue un but pulsionnel et un mode de relation d'objet caractéristiques du stade oral ; dans un rapport privilégié avec l'activité buccale et l'ingestion de nourriture, elle peut aussi être vécue en rapport avec d'autres zones érogènes et d'autres fonctions. Elle constitue le prototype corporel de l'introjection et de l'identification.

Dans l'incorporation s'intriquent plusieurs buts pulsionnels. Freud souligne que les deux activités, sexuelle et alimentaire, y sont étroitement mêlées.

Transfert : Définition du praticien hospitalier de l'Unité d'Addictions.

Il y a du transfert dans toute relation. C'est un terme qui appartient aux gens psychanalytiques et qui est utilisé dans le champs thérapeutique, mais on peut l'utiliser dans n'importe quel champs. Cela traduit ici la reviviscence dans une relation actuelle d'une situation relationnelle vécue antérieurement et qui a été bloquée. Cela renvoie à la réactualisation de relations antérieures. Il peut être réactualisé un type de relation qui a fonctionné ou qui n'a pas fonctionné. C'est la réactualisation de choses du passé et c'est pour cela que l'on travaille avec cette notion. On voit comment le patient réagit et comment on interagit avec lui. Cela suppose que l'on se connaisse un peu pour voir justement comment on interagit, voir ce qu'il se joue et essayer de comprendre. L'on peut comme cela amener la patiente à dépasser les modalités relationnelles qui étaient bloquées et qui étaient causes de souffrance. Par exemple les anorexiques qui n'osent pas s'opposer, elles vont revivre une position inhibée, elles vont être toute gentille, rien n'est dans le paraître. Et si cela se joue, on peut lui en parler, être actualisé et travailler dessus. Il s'agit d'être vivant en face du patient. Ici nous sommes actifs face aux patients avec les actions concrètes que sont les objectifs du contrat.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

WINNICOTT D.W. "Jeu et réalité", Paris, Gallimard, 1980.

WINNICOTT D.W. "De la pédiatrie à la psychanalyse" 1976. Ed Payot.

WINNICOTT D.W. "Processus de maturation chez l'enfant" Ed. Payot. 1989.

HORNBACKER Marya "Piégée, mémoires d'une anorexique" Ed Bayard.1999.

POSTEL J. "Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie clinique"

BRUCH H. "L'Enigme de l'anorexie, la cage dorée"

VENISSE J.L. "Anorexie mentale" Nodule PUF, 1986.

VENISSE J.L., RENAULD M., ROUSSEAU M. "Conduites de dépendance du sujet jeune" ESF, 1995.

FRIARD. D. "Psychose, psychotique, psychotrope : quel rôle infirmier ?"

CHARTIER Jean-Pierre "Introduction à la pensée freudienne" Ed. Payot.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. " Vocabulaire de la psychanalyse"

ARTICLES :

J. MICOUD, R. LAFFOND, "*Soins Psychiatrie*", "L'infirmier référent" N° 187, septembre 1996.

ALLILLAIRE J.F., DES LAURIERS A. "*Soins psychiatrie*", "L'anorexie, les maigreurs" septembre 1980. N°4. Page 11.