



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION : Santé Mentale et Psychiatrie

**Le vécu des soignants dans la prise en soins des patients
souffrant d'anorexie mentale en
service de médecine dans un hôpital de la Métropole
Lilloise.**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin à 16H00

au Pôle Formation

Par Nahida BENZIDOUR

MEMBRES DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Enseignant infirmier : Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Emmanuel AZOUGUI

Département facultaire de médecine Henri WAREMBOURG
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

“Il ne faut pas attendre d’être parfait pour commencer quelque chose de bien”

L’Abbé Pierre

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Éric WIEL.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame Léone DE OLIVEIRA.

Je vous remercie également de me faire l'honneur de juger mon travail.

À mon Directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Emmanuel AZOUGUI.

Je te remercie pour ton soutien, ta bienveillance, ton accompagnement et ton implication lors de réalisation du mémoire.

J'aimerais remercier chaleureusement la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et santé mentale, Madame Margot TRIMBUR psychiatre et Monsieur Joël CHARBIT sociologue qui ont énormément aidé à la réflexion et à la conception de ce travail, de part les échanges dont j'ai pu bénéficier lors des consultations d'aide méthodologique.

À Monsieur le Professeur François PUISIEUX, responsable universitaire de la formation menant au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée, pour votre soutien et votre confiance pendant ces années de formation.

Au secrétariat pédagogique des études paramédicales, Madame Marie-Eve GODEFROY pour votre accueil très chaleureux et votre disponibilité.

À Madame Gwladys ACOULON, Directrice des études IPADE, pour votre accompagnement et votre disponibilité.

À tous les enseignants et intervenants, pour votre investissement au sein de la formation IPADE.

À mes collègues étudiants en Pratique Avancée qui m'ont permis d'élargir mes connaissances et compétences. Merci à Aurélie, Feyrouz, Djamel, Marie, pour cette belle énergie lors de ces deux années de formation.

À l'équipe médicale et paramédicale du service de psychiatrie et de médecine de Saint Vincent De Paul.

Merci à tous, pour votre soutien depuis ces nombreuses années, pour votre présence bienveillante et pour votre confiance.

À Madame Elodie ORINEL, Infirmière en Pratique Avancée.

Je te remercie pour tes conseils et ta disponibilité qui m'ont permis à la fois d'étendre mes connaissances et de me projeter dans mes futures missions.

À mes amis,

Merci à tous pour votre soutien et vos encouragements pendant ces deux années de formation.

À ma famille,

Merci à Jean-Charles, pour ton soutien inconditionnel, tes encouragements, ton écoute.

Merci à Zacharya et Bazil, pour votre compréhension et votre patience.

Merci à mes parents, frères et sœurs pour vos encouragements, votre présence et votre aide.

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

Remerciements	A
Sommaire	F
Glossaire	G
Introduction générale	1
PARTIE 1 :Introduction	1
1. L'anorexie mentale	2
2. Le vécu des soignants.....	15
3. Objectif de l' étude.....	17
PARTIE 2 : MÉTHODE	17
1.Le choix de l'outil.....	18
2. Caractéristiques de la population cible.....	19
3. Cadre légal et éthique.....	20
4. Transcription des données.....	21
PARTIE 3 : RESULTATS	21
1. Description de l'échantillon.....	21
2. Analyse des résultats.....	23
PARTIE 4: DISCUSSION	38
1.Discussion autour des objectifs de l'étude	38
2.Discussion autour de la méthodologie	38
Forces de l'étude.....	38
Limites de l'étude.....	39
3. Discussion autour des résultats de l'étude	40
4. Perspectives	45
Conclusion	48
Bibliographie	K
Table des illustrations	L
Table des matières	M
Annexes	O

GLOSSAIRE

AS : aide-soignant

ANEB : Anorexie et Boulimie QUÉBEC

CAM : Consultation d'Aide Méthodologique

ETP : éducation thérapeutique

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : hôpital de jour

IPA : infirmier en pratique avancée

IDE : Infirmier

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IMC : Indice de masse corporel

TCA : Trouble du comportement alimentaire

USC : unité de soins continus

Introduction générale

PARTIE 1 : INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire aux origines probablement multifactorielles, biologiques, psychologiques et environnementales. Cette pathologie psychiatrique est définie selon le DSM-5¹ par trois critères et de deux sous-types d'anorexie mentale. Je m'intéresserai dans mon mémoire à l'anorexie mentale restrictive. Ce trouble du comportement alimentaire s'inscrit au carrefour de la santé psychique et somatique. Cette pathologie d'évolution souvent chronique, entraîne fréquemment de longues périodes d'hospitalisations en psychiatrie mais également en service de médecine. La diversité des prises en soins en médecine allant d'un patient de médecine à un patient souffrant d'anorexie mentale engendre des difficultés pour les soignants formés « à garder en vie à tout prix » face à des patients qui donnent l'impression de ne pas tenir à la vie. Dans cette clinique, le soignant peut se sentir impuissant dans la prise en soins de ces patients. Il peut ainsi exprimer des contradictions auxquelles il se confronte dans la qualité des soins apportés et sa posture thérapeutique auprès des patients.

La prise en soins multidisciplinaire est recommandée par l'HAS² puisqu'elle permet une optimisation dans le parcours de soins des patients et favorise les échanges formels et informels entre les différents acteurs du soin.

J'ai pu remarquer durant mon stage de première année d'infirmière en pratique avancée, réalisé en médecine polyvalente, qu'un grand nombre de soignants pouvaient être confrontés à des situations complexes, pouvant avoir des répercussions sur leur vécu dans la prise en soins et la qualité de soin. Travaillant dans un service de psychiatrie adulte, spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, il m'a paru important d'approfondir ce questionnement à travers mon expertise clinique. C'est pourquoi, j'ai choisi d'explorer le vécu des soignants dans la relation soignant-soigné. De plus, il est aussi important d'analyser les expériences vécues et de pouvoir comprendre les émotions et les ressentis professionnels et/ou personnels. En outre, il me semble essentiel d'étudier leurs perceptions du soin et d'identifier les difficultés et les ressources qu'ils peuvent déployer au quotidien. Pour terminer, cela permettrait de réfléchir à un accompagnement adapté aux besoins de ces soignants qui serait mis en place et travaillé par l'infirmière en pratique avancée.

1. L'anorexie mentale

1.1 L'anorexie mentale : une histoire complexe

Si l'anorexie semble connaître une recrudescence ces dernières années, il est important de rappeler qu'elle n'est pas un phénomène récent³.

D'après Micheli-Rechtman, (2007)⁴, l'anorexie mentale a été décrite pour la première fois en 1694 par Richard Morton sous le nom de "consommation nerveuse". Au 19^{ème} siècle, elle est devenue une entité clinique distincte, avec des contributions majeures de Lasègue (anorexie hystérique) et Gull (apepsie hystérique). De plus, l'anorexie a été initialement liée à l'hystérie, une névrose dominante à l'époque. Le terme "anorexie mentale" n'a été utilisé qu'en 1883 par Huchard pour remplacer l'anorexie hystérique de Lasègue.

Des recherches historiques suggèrent des cas d'anorexie dès le 7^{ème} ou 9^{ème} siècle.

Trois courants principaux débattent de la relation entre l'anorexie médiévale et l'anorexie moderne :

- Rudolph M. Bell (1985) : Affirme l'existence d'une anorexie typique au Moyen Âge, basée sur des études de femmes mystiques comme Catherine de Sienne.
- Caroline W. Bynum : Contesté l'interprétation de Bell, arguant que les comportements de jeûne des mystiques étaient motivés par des raisons religieuses et non par une anorexie mentale.
- T. Habermas : Adopte une position intermédiaire, reconnaissant des similitudes entre les deux mais soulignant des différences importantes dans le contexte et les motivations.

1.2 Qu'est ce que l'anorexie mentale ?

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)⁵ définit l'anorexie mentale comme « *un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin, qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. L'anorexie est très souvent associée à des troubles psychologiques.* »

L'anorexie mentale est défini par le DSM-5¹ selon 3 critères :

- *Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.*
- *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la norme.*
- *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.*

1.3 Quelles sont les différentes formes d'anorexie mentale ?

Deux sous-types sont identifiés ⁴²:

- Anorexie mentale restrictive.
- Anorexie mentale boulimique avec purge.

Type Restrictif : Pendant les trois derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par un régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

Type accès hyperphagiques/purgatifs : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de crises d'hyperphagies récurrentes et/ou recourt à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

Anorexie mentale : différents stades de sévérité selon HAS².

Chez les adultes, la sévérité minimum est basée sur l'indice de masse corporel (IMC) réel et chez les enfants et les adolescents sur le percentile d'IMC.

Léger : IMC > ou = 17 kg/m²

Modéré : IMC 16-16,99 kg/m²

Sévère : IMC : 15-15,99 kg/m²

Parfois l'hospitalisation est nécessaire et il n'est plus possible pour certaines patientes dont le poids est trop bas de consulter en ambulatoire. Une hospitalisation est généralement proposée lorsque ⁴³ :

- l'IMC est < 14 kg/m² au-delà de 17 ans;
- l'IMC est < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans;
- l'IMC est < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans.

L'absence de règles depuis au moins 3 mois, définie par le terme aménorrhée, est un indicateur important en clinique, même s'il n'apparaît plus parmi les critères diagnostiques de la maladie depuis la 5e édition du DSM¹, compte tenu de l'utilisation fréquente d'une contraception œstroprogestative qui crée des hémorragies de privation masquant l'aménorrhée.

Le ralentissement de la croissance chez une jeune adolescente peut également être évocateur.

L'anorexie mentale peut entraîner différents symptômes. Certaines personnes atteintes d'anorexie peuvent présenter « *des obsessions alimentaires, une hyperactivité physique, un surinvestissement intellectuel, un déni des troubles, une dysmorphophobie, une hyperémotivité, une impulsivité, des troubles anxieux, des pensées obsessionnelles, une dépression et des idées suicidaires. Le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires peuvent entraîner un isolement social, un repli sur soi, une interruption des études et de l'activité professionnelle, ainsi que, dans certains cas, des conduites addictives* »⁷ (AMELI)

1.4 Les éléments épidémiologiques

Les troubles du comportement alimentaire constituent un problème de santé publique qui comprend essentiellement l'anorexie mentale, la boulimie mentale et les comportements alimentaires compulsifs isolés. L'anorexie touche 0,9 % des femmes. Mais, à l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq. Ils se déclarent après la puberté, entre 14 et 18 ans pour l'anorexie, mais seule la moitié des personnes est traitée pour ces troubles alors que 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale en décèdent à long terme. Les épidémiologistes mentionnent l'urgence et la nécessité d'une détection précoce. Ils soulignent aussi que la guérison peut intervenir après une longue évolution⁸. (Godart 2008).

D'après l'INSERM, après cinq ans d'évolution, deux tiers des patients sont guéris. Pour les autres, on parle d'anorexie mentale chronique. Des rémissions ou guérisons plus tardives sont toujours possibles. A terme, la moitié des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21% souffrent de troubles chroniques et 5 à 6% décèdent.

La mortalité est maximale l'année qui suit la sortie d'hospitalisation des patientes. Elle est due aux complications somatiques dans plus de la moitié des cas (le plus souvent un arrêt cardiaque), à un suicide dans 27% des cas et à d'autres causes dans 19% des cas. Le taux de suicide associé à l'anorexie est le plus important de toutes les maladies psychiatriques.⁵

Il s'agit de la pathologie psychiatrique enregistrant le plus haut taux de décès de 5% à 10 % : à 10 ans.

« Une étude épidémiologique menée auprès d'adolescents dans leur 18e année, en France en 2008, indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5% de ces jeunes filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans. Des données étrangères vont dans le même sens, avec des chiffres équivalents. »⁵ (INSERM)

Selon l'INSERM⁵ une revue des études épidémiologiques réalisées entre 2000 et 2018, la prévalence de l'anorexie au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes. Ces chiffres sont restés stables au cours des dernières décennies.

Un dépistage précoce est nécessaire afin d'éviter les conséquences négatives sur la croissance et la puberté. Pour un dépistage simple, la Haute Autorité de Santé (HAS)¹ recommande l'utilisation de questions ouvertes évaluant les symptômes. Il existe des échelles de dépistage simples. La plus connue est l'échelle SCOFF F(annexe 1) qui repose sur 5 questions auxquelles le patient doit répondre par "oui" ou par "non". La présence de deux "oui" suggère fortement la présence d'un TCA.

Le repérage et la prise en soins précoce du trouble semblent favoriser le pronostic, avec un risque diminué de chronicité et de complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales.⁹

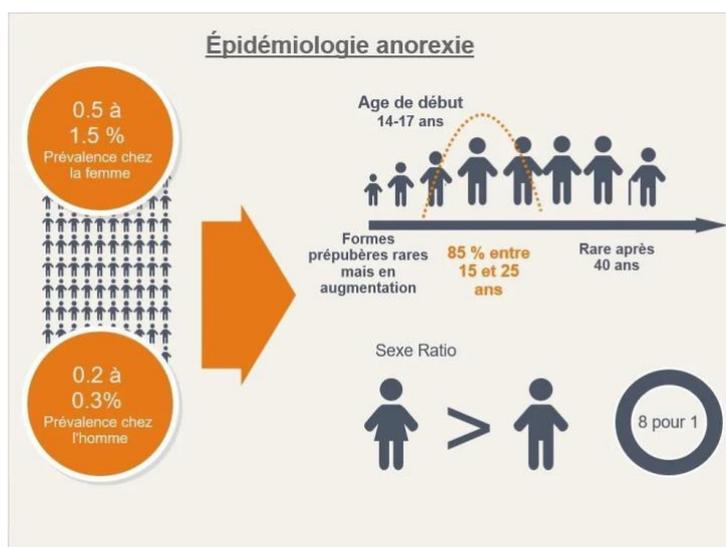


Fig. 1 Epidémiologie anorexie mentale INICEA ¹⁰

1.5 Quels sont les symptômes de l'anorexie mentale restrictive ?

Les symptômes et comportements d'une personne souffrant d'anorexie mentale sont les suivants ¹⁰ :

- une restriction alimentaire « volontaire » qui s'impose sur une longue période ;
- une peur obsédante de prendre du poids ;
- une distorsion de l'image de son corps ;
- un intérêt marqué pour la nourriture qui devient obsessionnel ;
- un amaigrissement considérable
- une satisfaction apparente due à la perte de poids et un plaisir évident à renoncer à la nourriture ;
- une obsession pour le sport et l'activité physique ; un surinvestissement intellectuel ;
- une dénégation et un déni de la maigreur parfois extrême ;
- un sommeil perturbé et une humeur qui se dégrade.

D'autres signes peuvent apparaître, provoqués par la dénutrition, comme une pilosité anormale sous forme d'un fin duvet (lanugo), une sensibilité des extrémités au froid et une baisse de la température corporelle, des œdèmes de dénutrition, une sécheresse de la peau ou encore une perte de cheveux.

On notera une disparition de caractéristiques sexuelles secondaires et l'apparition d'une aménorrhée, étant bien souvent un critère de sévérité du trouble. Un ralentissement du rythme cardiaque peut survenir également, de même que des malaises fréquents, qui sont des signes de dénutrition grave.

1.6 Comment reconnaître les premiers signes

Il est important de repérer les premiers signes d'anorexie mentale le plus tôt possible, afin de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et éviter ainsi toutes complications corporelles, psychologiques ou psychosociales graves, potentiellement mortelles.

Plusieurs signes et comportements peuvent alerter la famille et l'entourage ¹¹ :

- La restriction alimentaire peut prendre plusieurs formes. Une adolescente peut se soucier de ce que les autres membres de la famille mangent, s'inviter dans la cuisine pour la sélection des menus, trier ses aliments pour en exclure certains de son assiette. Elle peut aussi décider de sauter des repas, tout mettre en place pour éviter les repas partagés, entamer des périodes de jeûne, acheter des produits allégés, compter ses calories...
- L'hyperactivité peut également alerter l'entourage. Un adolescent ou une adolescente qui va décider de se « prendre en main », de se mettre au sport de manière intense, régulière et compulsive. Faire du sport devient alors une véritable obsession et ce qui était sain et agréable ne l'est plus. L'hyperactivité peut également s'observer dans l'investissement scolaire, associé au perfectionnisme.
- L'image de son corps change drastiquement. Une personne atteinte d'anorexie mentale peut cacher sa perte de poids sous des vêtements amples ou au contraire l'exhiber fièrement.
- Les vomissements se répètent après avoir mangé. Cela peut être le cas d'une jeune femme qui se lève de table à la fin de chaque repas pour aller aux toilettes.
- La prise de laxatifs, de coupe-faim, de diurétiques pour tenter de ne pas grossir peut indiquer une anorexie mentale.
- La potomanie peut aussi être détectée. Il s'agit d'une situation dans laquelle une personne consomme de l'eau, du café, du thé ou des tisanes quotidiennement, à l'excès, allant jusqu'à 3, 5 voire 7 litres par jour, dans le but de se remplir l'estomac et de remplacer la nourriture.
- Plus discrète, une exposition plus importante au froid peut être observée, afin de « brûler des calories ».
- Sur le plan cognitif, on peut voir apparaître de fausses croyances sur la manière dont le corps fonctionne, en particulier le système digestif, mais aussi sur les propriétés des aliments.

Chez l'adolescent, la détection de la maladie peut se faire à l'école, par le médecin de santé scolaire ou l'infirmière. C'est également le rôle du médecin généraliste qui, au cours d'un

examen médical, peut constater une perte anormale de poids ou un arrêt de son évolution, un arrêt des règles chez une jeune fille qui ne prend pas la pilule.

L'anorexie mentale est une maladie qui s'installe insidieusement. L'amaigrissement est progressif et le trouble se structure par étape, c'est pourquoi le délai entre la reconnaissance des symptômes et le diagnostic médical est parfois long.¹⁰

1.7 Abord psychopathologique de l'anorexie mentale

De nombreuses théories psychopathologiques¹² se sont penchées sur la genèse du trouble anorexique.

Selon Moukhaiber et al (2016)¹² « *La psychanalyse considère l'anorexie comme une tentative échouée de défense contre l'angoisse suscitée par l'adolescence. Selon cette perspective, l'anorexie mentale se développe lorsque le psychisme n'est pas préparé à affronter les bouleversements de l'adolescence* ».

- **Séparation-individuation** : Les processus de séparation-individuation sont essentiels au début de la vie psychique. Ils permettent à l'enfant d'intégrer l'ambivalence des sentiments et de se différencier progressivement de la mère. L'échec de ces processus peut entraver la constitution du sentiment d'identité.
- **Réactivation à l'adolescence** : L'adolescence réactive ces processus de séparation-individuation en remettant en question les liens aux parents. Les adolescentes qui ont maintenu un lien fusionnel avec leur mère peuvent être tiraillées entre dépendance et désir de se différencier.
- **Menace narcissique** : Les transformations pubertaires et l'accès à la sexualité sont vécus comme une menace narcissique. Le comportement alimentaire devient alors une «solution défensive» pour apaiser l'angoisse. Toutes les manifestations d'agressivité et de sexualité sont réprimées.
- **Amaigrissement et effacement du caractère sexuel** : L'amaigrissement efface le caractère sexuel secondaire du corps, qui n'est plus vécu comme un objet de désir. L'agressivité, notamment envers la mère, est souvent déniée et s'exprime à travers le corps comme une «révolte silencieuse».
- **Conduite d'hypermaîtrise** : Les pulsions agressives et sexuelles sont canalisées dans une conduite d'hypermaîtrise. Cette dernière devient un organisateur de la vie psychique et relationnelle, entraînant un repli sur soi et des activités solitaires.

- **Faux self** : Selon la notion psychanalytique de faux self décrite par Winnicott, les patientes anorexiques ont une personnalité clivée en vrai et faux self. Le faux self correspond à la partie du moi soumise aux exigences extérieures. Ces jeunes filles se soumettent au désir de leur entourage, renonçant à leurs aspirations personnelles par peur de déplaire ou de décevoir. Elles sont souvent des enfants modèles qui remplissent les attentes parentales.
- **Angoisse de performance** : L'anorexie est liée à une angoisse de performance, où les patientes craignent de ne pas être à la hauteur des idéaux parentaux. Cette angoisse se manifeste souvent par une hyperactivité intellectuelle.
- **Négation du désir et difficulté à intégrer l'ambivalence** : Les adolescentes anorexiques ont du mal à intégrer l'ambivalence pulsionnelle (y compris l'agressivité) vis-à-vis de la mère. L'amaigrissement devient une «solution défensive» pour apaiser l'angoisse liée à la sexualité et à l'identité.
- **Défaut des processus d'identification et refus du féminin** : L'échec des processus d'identification et le refus du féminin sont également impliqués. La fragilité du narcissisme et l'organisation en faux self contribuent à la pathologie.
- **Rôle de la fonction paternelle** : Le père, en tant que garant des limites et représentant de la loi, joue un rôle essentiel dans la différenciation, l'intériorisation des limites et la socialisation. Si la fonction paternelle est défaillante, l'enfant peut rester dans un lien fusionnel avec la mère.

Les théories systémiques ont quand à elles, examinée le rôle de la famille dans l'anorexie mentale et se sont concentrées sur le fonctionnement familial des patientes.

- **Structure familiale** : Les familles de patientes anorexiques sont souvent décrites comme rigides et surprotectrices. Elles résistent au changement et ont des difficultés à s'adapter. Les limites entre les membres de la famille sont floues, entraînant une confusion des rôles et des places.
- **Communication et conflits** : Ces familles présentent des défaillances de communication et évitent les conflits. Elles maintiennent une apparence d'harmonie, mais les émotions négatives (envie, colère, hostilité) sont perçues comme menaçantes pour cette harmonie.
- **Implication de l'enfant** : L'enfant devient souvent l'agent régulateur de la stabilité familiale. Il est désigné comme le porteur du symptôme de dysfonctionnement familial.

- **Mythes d'unité familiale** : Les familles des patientes anorexiques peuvent être bloquées par des mythes d'unité familiale pathologique. Ces croyances partagées empêchent la famille de s'adapter aux changements liés aux cycles de vie, comme l'adolescence. Les limites entre générations et individus sont floues, et ces mythes sont liés à des craintes profondes de rupture ou de perte.
- **Protection contre l'angoisse de perte** : L'exploration familiale révèle souvent des deuils non résolus ou des expériences traumatiques de séparation chez les parents des patientes anorexiques. Le mythe d'unité familiale agit comme une protection contre ces angoisses de perte non élaborées. Tout mouvement d'autonomisation ou de détachement est perçu comme menaçant.
- **Tentative de loyauté envers la famille** : L'anorexie peut être vue comme une tentative de loyauté envers le mythe d'appartenance à la famille. En suspendant la problématique de la transition à l'adolescence, les forces de régression et les besoins de protection prévalent. Maintenir l'homéostasie familiale devient essentiel, et l'investissement du monde extérieur à l'adolescence perturbe cet équilibre.
- **Survalorisation du conformisme social et de la performance** : Les parents des patientes anorexiques valorisent souvent le conformisme social, la performance et le contrôle du plaisir. Cette survalorisation des performances scolaires et sociales se fait au détriment de l'expression des émotions et des manifestations affectives.

Selon les théories cognitivo-comportementales, l'anorexie mentale est liée à des distorsions cognitives qui perturbent le traitement des informations relatives au corps et à l'alimentation.

- **Croyances erronées** : Les patientes anorexiques ont des croyances erronées concernant le poids et l'apparence physique. Ces distorsions cognitives touchent l'image de soi et l'impact que le poids peut avoir sur le sentiment de réalisation personnelle. Le besoin de contrôle alimentaire et d'apparence est associé à un perfectionnisme et à une faible estime de soi.
- **Renforcement du comportement alimentaire** : Ces distorsions cognitives renforcent la conduite anorexique. La perte de poids donne un sentiment de maîtrise, tandis que la peur de reprendre du poids génère de l'anxiété. La restriction alimentaire diminue cette anxiété, créant ainsi un cercle vicieux.

1.8 Les comorbidités psychiatriques

L'ANEB Québec (Anorexie et Boulimie Québec)¹³ nous éclaire que dans le domaine professionnel, la comorbidité fait référence à la combinaison de deux ou plusieurs troubles qui, bien qu'initialement indépendants, se retrouvent chez un même individu. On parle alors de double ou de triple diagnostic. Dans le contexte des troubles alimentaires, il est intéressant de noter que certains troubles de la personnalité sont souvent associés à ces problématiques.

Tout d'abord le **trouble de la personnalité évitante**

- Ce trouble se caractérise par une préoccupation excessive et une hypersensibilité face au jugement d'autrui.
- Les personnes atteintes de ce trouble peuvent éprouver des difficultés dans leur fonctionnement quotidien en raison de cette sensibilité.
- Elles ont tendance à éviter les activités sociales ou professionnelles qui impliquent des contacts anxiogènes.
- La peur du rejet, de l'humiliation et de ne pas être acceptées pour ce qu'elles sont est prédominante.

Ensuite le **trouble de la personnalité dépendante** est caractérisé par une crainte excessive de prendre des décisions sans l'avis d'un tiers, ainsi qu'un besoin que les autres assument les responsabilités qui relèvent normalement de la vie de la personne atteinte. Les manifestations les plus courantes sont :

- **Crainte de faire des choix** : La personne dépendante peut avoir du mal à prendre des décisions par elle-même, cherchant constamment l'approbation des autres.
- **Non-expression des désaccords** : Elle évite de s'opposer ou d'exprimer un avis divergent de peur de perdre le soutien des autres.
- **Difficulté à s'initier dans de nouveaux projets** : Non pas par manque d'énergie ou de motivation, mais par manque de confiance en son jugement et en ses capacités.
- **Volontariat pour des tâches désagréables** : Elle peut se porter volontaire pour effectuer des tâches désagréables uniquement pour ne pas perdre le soutien d'autrui.

Quant au **trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive**, il se caractérise par une préoccupation excessive pour l'ordre, le perfectionnisme, la morale (indépendamment de toute pratique religieuse ou culturelle) et le contrôle mental et émotionnel :

- **Rigidité et perfectionnisme** : La personne est très rigide dans ses décisions et interactions avec les autres. Elle a des attentes élevées envers elle-même et peut avoir du mal à déléguer.
- **Préoccupation excessive pour l'argent** : Elle peut également manifester une grande préoccupation pour l'argent.
- **Difficulté à terminer les tâches** : Ses attentes élevées peuvent la rendre inefficace dans l'accomplissement de tâches.
- **Préoccupation pour l'ordre et le contrôle** : Elle peut être obsédée par l'ordre et le contrôle, ce qui peut affecter sa flexibilité et sa capacité à s'adapter.

1.9 Les complications

Les complications sont nombreuses qu'elles soient somatiques, psychologiques et sociales¹⁴.

- Dénutrition, amyotrophie, perte de masse musculaire
- Aménorrhée
- Métaboliques : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, syndrome de renutrition inappropriée, hypoglycémie
- Insuffisance rénale fonctionnelle
- Leucopénie, neutropénie et immunodépression, thrombopénie
- Cardiovasculaire : hypotension, bradycardie, allongement du QT, insuffisance cardiaque
- Hypothermie
- Cytolyse hépatique, lithiase biliaire
- Trouble du transit : œsophagite, gastro parésie
- Neuropathie carencielle périphérique : asthénie, ralentissement psychomoteur
- Escarre, xérose cutanée, lanugo, chute de cheveux, ongles striés et cassants, acrocyanose
- Difficulté sociale et relationnelle, isolement, déscolarisation, arrêt de travail
- Passage à l'acte auto agressif, suicide
- Episodes dépressifs, trouble de la personnalité,
- Baisse de l'estime de soi

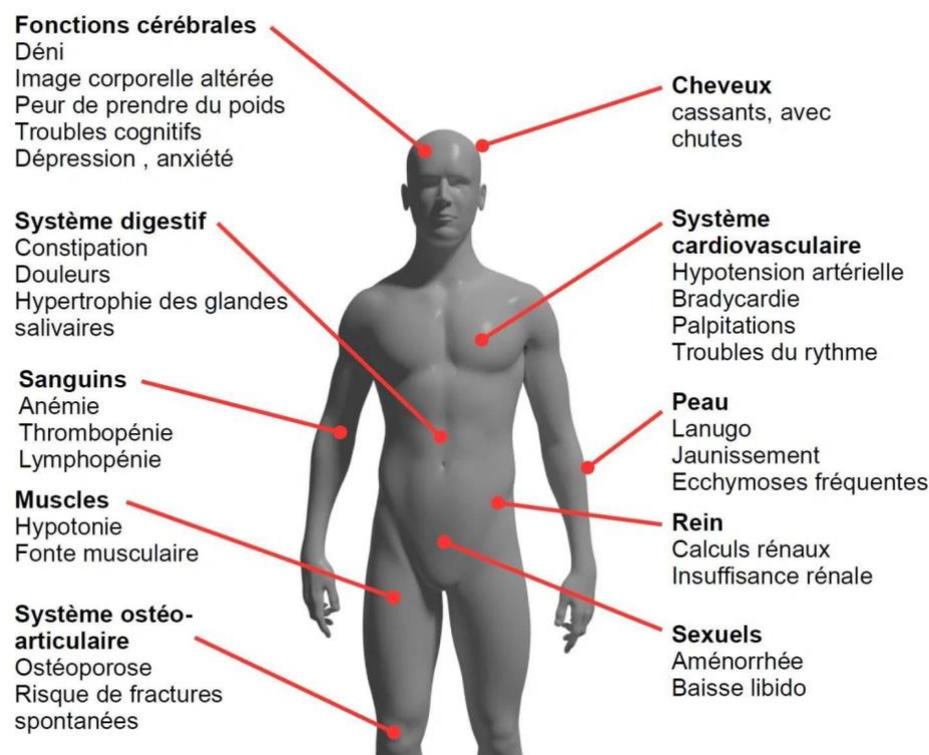


Fig.2 des complications somatique INICEA¹⁰

1.10 Evaluation et examens

Une évaluation complète du patient, englobant les aspects somatiques, nutritionnels et psychologiques, sans oublier les dimensions familiales et sociales, est essentielle. Cette analyse approfondie permet d'identifier les signes de gravité, notamment ceux nécessitant une hospitalisation, afin de prendre en soin le patient de manière globale.

Ces critères sont définis par la HAS¹⁵ et reproduits en annexe 2.

Examen clinique complet avec mesure des constantes (pouls, PA, température), mesure du poids en sous-vêtements, calcul de l'IMC ($\text{kg}/\text{T en m}^2$; taille), appréciation des fluctuations pondérales.

Examens paracliniques indispensables

NFS, TP, Ionogramme sanguin, urée, créatinémie, Glycémie, Phosphorémie, Transaminases, TSH, Albuminémie, Pré albuminémie

Bandelette urinaire ;

Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST

Ostéodensitométrie osseuse après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante.

1.11 Quels sont les traitements de l'anorexie mentale

L'hospitalisation dans les cas graves

Lorsque l'état du patient se dégrade de manière importante, une hospitalisation devient indispensable ⁶. On parle de cas sévères lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) descend en dessous de 15 ou qu'une décompensation psychique aiguë se manifeste. Dans ces situations critiques, l'hospitalisation se déroule idéalement dans un service de psychiatrie spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires. Lorsque le pronostic vital est engagé, c'est-à-dire si l'IMC est inférieur à 14, le patient est confié en urgence à un service de médecine, de soins continus voire de réanimation. La priorité absolue devient alors la renutrition sous surveillance médicale stricte. Cela peut nécessiter des perfusions ou une sonde naso-gastrique pour stabiliser l'état du patient. Cette phase de renutrition intensive vise à atteindre un poids minimum permettant un transfert ultérieur en service de psychiatrie.¹⁶

Une fois hospitalisé en psychiatrie, en médecine polyvalente ou en soins continus, le cadre thérapeutique est selon l'usage du service défini par le médecin référent du TCA. Ce cadre repose souvent sur un "contrat de poids" établi avec le patient. Ce contrat fixe un objectif de poids à atteindre avant d'autoriser les visites de la famille et des amis. Cette mesure vise à favoriser la rééducation alimentaire et une surveillance régulière du poids du patient. Parallèlement à la renutrition, un suivi psychologique complet est mis en place. Il comprend des séances de psychothérapie individuelle, des thérapies corporelles, des ateliers thématiques et des séances d'ergothérapie, de psychomotricité, musicothérapie... En fonction des besoins spécifiques du patient, des médicaments peuvent être prescrits, comme des antidépresseurs ou des anxiolytiques. Dans des cas rares, des neuroleptiques peuvent également être envisagés. Enfin, des compléments alimentaires peuvent être intégrés au programme de renutrition pour combler d'éventuelles carences.

Au sein de la structure hospitalière étudiée, la prise en soins des troubles du comportement alimentaire s'articule autour des équipes de psychiatrie, de médecine polyvalente, urgences et soins continus.

Les soins sont possibles de l'unité de soins continus jusqu'aux consultations ambulatoires en passant par la médecine polyvalente, l'hospitalisation à temps complet et l'hospitalisation de jour du trouble du comportement alimentaire en psychiatrie.

Les patients ayant un indice de masse corporelle entre 11 et 13 kg/m² sont pris en soins par le service de médecine polyvalente. Lorsque la dénutrition est plus profonde, avec des troubles cardiaques ou nécessitant une sédation, les soins sont initiés en USC jusqu'à stabilisation. La renutrition est effectuée uniquement à l'hôpital¹⁷.

Pour guider les prises en soins lors de l'hospitalisation, l'HAS¹⁵ recommande la rédaction d'un contrat thérapeutique : « *Les programmes de soins hospitaliers spécialisés, multidisciplinaires, doivent intégrer les objectifs et les modalités de soins. Il est recommandé que ces programmes de soins soient déclinés dans un contrat de soin, écrit ou oral, intégrant ou non une période de séparation.* » (HAS, 2010a, p. 23)¹⁵

Les durées d'hospitalisation doivent être aussi longues que nécessaires mais « *ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes sur le plan de l'insertion sociale et du développement* ». (HAS, 2010a,) Des interventions à visée motivationnelle avant ou au début de l'hospitalisation devraient être utilisées afin d'augmenter l'engagement dans la thérapie, et de diminuer le risque de sorties prématurées d'hospitalisation. (HAS, 2010a)¹⁵

2. Le vécu des soignants

Le vécu des soignants dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale en service de médecine polyvalente, urgences et soins continus peut être abordé à travers plusieurs axes de réflexion.

Les soignants qui prennent en soins des patients souffrant d'anorexie mentale sont confrontés à des impacts émotionnels et professionnels intenses. Selon Smith et al. (2018),¹⁸ "*travailler avec des patients anorexiques peut susciter des sentiments de frustration, d'impuissance et de colère chez les soignants, en raison de la nature complexe et chronique de ce trouble.*" Cette citation souligne l'impact émotionnel significatif que l'anorexie mentale peut avoir sur les soignants, affectant leur bien-être général et leur capacité à fournir des soins de qualité.

Ensuite, il est important de considérer l'impact psychologique que peut avoir la prise en charge des patients anorexiques sur les soignants. Selon Berwick et al. (2012)¹⁹, les soignants peuvent ressentir de la frustration, de la colère ou de l'impuissance face à la résistance du patient à s'alimenter. Cette confrontation avec la souffrance psychique du patient peut engendrer un sentiment d'impuissance chez le soignant.

Par ailleurs, la relation soignant-soigné dans le cadre de l'anorexie mentale peut être très complexe. Selon Vandereycken et al. (2008)²⁰, les soignants peuvent être confrontés à des difficultés de communication avec les patients anorexiques, en raison de leur déni de la maladie ou de leur refus de se faire soigner. Cette relation peut être source de stress et d'épuisement émotionnel pour les soignants.

De plus, il est important d'aborder la dimension éthique de la prise en soins des patients anorexiques en service de médecine polyvalente, urgences et soins continus. Selon Mannel (2014)²¹, les soignants doivent faire face à des dilemmes éthiques, notamment lorsqu'il s'agit de prendre des décisions difficiles quant à la réanimation ou à la contention des patients anorexiques en état de dénutrition sévère.

La prise en soins des patients anorexiques nécessite une approche interdisciplinaire impliquant différents professionnels de la santé tels que les nutritionnistes, les psychologues et les psychiatres. La collaboration entre ces différentes disciplines peut influencer la qualité des soins prodigués aux patients (Darcy et al., 2010)²².

Enfin le stress et l'épuisement professionnel sont des problèmes courants parmi les soignants impliqués dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale. Selon une étude menée par Johnson et al. (2019)²³, *"les soignants rapportent des niveaux élevés de stress liés à la complexité des besoins des patients anorexiques, ce qui peut entraîner un épuisement émotionnel et professionnel."* Cette recherche met en évidence l'importance de soutenir les soignants confrontés à des situations cliniques difficiles pour prévenir le burn-out et garantir des soins meilleurs aux patients.

Pour améliorer le vécu des soignants dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale, il est intéressant d'investir dans une formation spécialisée et un soutien continu. Selon une étude de Brown et al. (2020)²⁴, *"une formation adéquate sur la compréhension de l'anorexie mentale, les stratégies de communication efficaces et la gestion du stress peut renforcer la confiance des soignants et améliorer la qualité des soins dispensés."* Ces résultats soulignent

l'importance d'offrir aux soignants les outils et les ressources nécessaires pour faire face aux difficultés associées à la prise en charge des patients anorexiques.

3. Objectif de l' étude

L'objectif de cette étude est d'explorer, de décrire et d'analyser le vécu des soignants impliqués dans la prise en soin des patients souffrant d'anorexie mentale au sein de différents services de médecine, des urgences et des soins continus dans un établissement hospitalier de la métropole lilloise. Il vise à comprendre les sentiments, les ressentis et les émotions auxquels les soignants sont confrontés dans leur interaction avec ces patients.

Afin de recueillir des données, je propose de mener une recherche qualitative impliquant des entretiens semi-directifs avec des soignants. Ces entretiens seront analysés selon une approche thématique inductive, permettant de faire émerger les thématiques clés liées à leur expérience et à leur point de vue.

PARTIE 2. METHODE

Ce travail a été réalisé sous la supervision du Docteur Emmanuel AZOUGUI, chef de clinique au sein du service de Psychiatrie de l'hôpital Saint Vincent de Paul à LILLE.

J'ai sollicité et obtenu l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale Haut de France. Après deux rencontres en juillet et en septembre 2023, un planning a été élaboré dans l'accompagnement de mon mémoire.

En outre, j'ai pu bénéficier de plusieurs rendez vous à la consultation d'aide méthodologique : Le 31 octobre 2023, le 19 décembre 2023, le 06 février 2024, le 05 mars 2024, le 30 avril 2024.

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p. 43)²⁵.

Pour explorer ce travail de recherche, une approche qualitative s'avère la plus adéquate pour saisir la complexité du phénomène étudié. En effet, il ne s'agit pas ici de quantifier des données, mais plutôt d'explorer et d'analyser en profondeur les expériences et le vécu des participants.

L'analyse thématique s'impose ainsi comme une méthode de choix pour faire émerger les thématiques centrales qui se dégagent des récits recueillis. Cette démarche permet de cerner les nuances et les subtilités du vécu des participants, contribuant ainsi à une compréhension plus fine du phénomène étudié.

La qualité du travail est tracée à l'aide d'une grille COREQ (annexe 3) traduite en français (Gedda, 2015)²⁶

1. Le choix de l'outil

1.1 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif peut être envisagé comme un outil méthodologique qui permet de recueillir des données riches et nuancées, d'explorer un phénomène complexe et d'enrichir la compréhension du sujet étudié. L'entretien semi-directif se distingue par sa flexibilité et par la liberté d'expression qu'il accorde aux participants. Cette approche dynamique favorise une expression libre et authentique des participants, les encourageant à partager leurs expériences, leurs vécu et leurs ressentis de manière détaillée. L'entretien semi-directif permet de dépasser les simples opinions et d'explorer les motivations, les ressentis et les expériences vécues par les participants. Cette approche qualitative permet de recueillir des données et de faire émerger de nouvelles hypothèses, contribuant ainsi à enrichir la compréhension du sujet et à faire avancer la recherche.

1.2 Elaboration du guide d'entretien

Dans un premier temps, un guide d'entretien (annexe 4) a été élaboré avec l'aide de la Consultation d'Aide Méthodologique (CAM) de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM). Deux entretiens tests ont été réalisés auprès d'infirmières volontaires connaissant le thème du travail de recherche. Ces entretiens n'ont pas été exploités pour l'analyse.

La version finale du guide (annexe 4) a été validée par le directeur de mémoire et la CAM de la F2RSM.

La construction de ce guide visait à étudier le vécu des soignants en abordant des aspects essentiels tels que les ressentis, la relation thérapeutique, la collaboration, le soutien, l'accompagnement et la formation.

Ce guide a été utilisé de la même façon pour tous les entretiens avec une possibilité d'ajouter des questions de relance ou de précisions pour approfondir les réponses des participants.

2. Caractéristiques de la population cible

2.1 Le choix de la population cible et lieux d'investigation

Critères d'inclusion :

- être Médecin Thésé
- être Infirmier Diplômé d'Etat
- être Aide-soignant Diplômé d'Etat
- exercer en service de médecine polyvalente, aux urgences et en soins continus
- être volontaire pour participer à ce travail de recherche

Critères d'exclusion :

- Les médecins spécialistes du TCA

Douze professionnels médicaux et paramédicaux se sont portés volontaires. Tous ont été retenus pour participer à l'étude.

La population investiguée est composée de médecins, d'infirmiers, d'aides soignants exerçant dans le même établissement hospitalier et recevant des patients souffrant d'anorexie mentale. Ce sont des hommes et des femmes, âgés de 24 à 48 ans et ayant de 1an et demi à 11 ans d'expérience professionnelle.

2.2 Mode de recrutement de la population cible

L'étude a été menée après avoir obtenu l'accord de la direction des soins de l'établissement hospitalier concerné.

Diverses méthodes de recrutement ont été mises en œuvre. Tout d'abord, les cadres de soins des différents services hospitaliers ont été contactés par téléphone pour organiser des réunions d'information. Lors de ces réunions, le sujet de l'étude a été présenté en détail aux cadres de soins. Une lettre d'information destinée aux participants à l'étude, élaborée par la Fédération de Recherche en Santé Mentale (annexe 5), a été affichée dans toutes les salles de soins pour informer les équipes soignantes.

Ensuite des réunions ont été organisées avec les différentes équipes paramédicales pour leur présenter le sujet de l'étude, répondre à leurs questions et recueillir leur consentement potentiel

à participer. À la suite des réunions, des rendez-vous individuels ont été organisés pour mener les entretiens qualitatifs.

Pour terminer une réunion médicale a été organisée pour présenter l'étude à toutes les équipes médicales et obtenir leur consentement pour participer.

La période de recrutement s'est étendue du 02 Janvier au 09 Février 2024.

2. 3 Le lieu d'investigation

Centre hospitalier spécialisé dans la prise en soins des troubles du comportement alimentaire dans la région de Lille Métropole.

2.4 Les entretiens semi-directifs réalisés

Les entretiens ont été organisés en fonction des disponibilités de chaque professionnel volontaire. Onze entretiens ont été suffisants pour atteindre la saturation des données. Un entretien supplémentaire a été réalisé, mais n'a apporté aucune information nouvelle. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes. Les entretiens avec les professionnels médicaux et paramédicaux ont eu lieu entre le 12 janvier et le 9 février 2024. Les entretiens se sont déroulés sur leur lieu de travail, dans une pièce calme et isolée. Tout a été mis en œuvre pour garantir le bon déroulement des entretiens sans interruption.

L'enregistrement a été réalisé avec un dictaphone (ZAQE-A55).

3. Cadre légal et éthique

Afin de garantir le respect de l'éthique de la recherche, le consentement oral de chaque participant a été obtenu avant le début de chaque entretien. Cet accord concernait l'enregistrement audio et la transcription ultérieure de l'échange. Tous les participants ont donné leur accord. Il était également précisé que chaque participant avait la liberté de mettre fin à l'entretien à tout moment. Dans le souci de préserver la confidentialité des participants, l'ensemble des données recueillies a été anonymisé et désidentifié.

Dans le respect de l'éthique de la recherche et de la protection des données personnelles, certains détails ont été anonymisés, y compris le nom de psychiatre, de médecin somatique, ainsi que le nom de certaines structures ou activités.

4. Transcription des données

Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonyme à l'aide d'un ordinateur portable de la marque Samsung® et du logiciel Microsoft Word®. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim (Annexe 6), puis analysés. Pour préserver l'anonymat des participants, les entretiens ont été numérotés chronologiquement.

Un codage a ensuite été effectué, en formulant des codes à partir du verbatim. Un deuxième chercheur de la consultation d'aide méthodologique de la F2RSM est intervenu dans l'analyse, en participant également au codage. La mise en commun des codes des deux chercheurs correspond à la triangulation.

Afin de distinguer les propos de la chercheuse des réponses des participants ont été mis en gras et en italique.

Méthode d'analyse thématique inductive.

Une analyse thématique a été effectuée inspirée par la méthode en 6 étapes développée par Braun et Clarke, elle-même détaillée par certains auteurs (Maguire & Delahunt, 2017)²⁷.

- Phase 1 : *se familiariser avec les données*
- Phase 2 : *génération de codes initiaux*
- Phase 3 : *Recherche de thème*
- Phase 4 : *Revue des thèmes*
- Phase 5 : *définir et nommer les thèmes*
- Phase 6 : *Production du rapport*

L'analyse des verbatims consiste à identifier, analyser et résumer les thèmes principaux retrouvés dans le corpus. Les résultats de cette analyse sont ensuite présentés.

PARTIE 3. RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Ce tableau présente une répartition de professionnels de la santé en fonction de leur âge, genre, profession, année d'obtention du diplôme, ancienneté dans le service et formation spécifique sur les troubles du comportement alimentaire (TCA).

On observe que la majorité des professionnels sont des femmes, avec seulement un homme parmi les douze personnes listées. Les professions représentées sont principalement des infirmiers (IDE) et des aides-soignantes (AS), avec également quelques médecins. Les âges des professionnels varient de 24 à 48 ans, la moyenne d'âge se situant autour de 33 ans.

Concernant l'ancienneté dans le service, on note une grande diversité allant de 1 an et demi à 11 ans, avec une moyenne d'environ 5 ans. Certains professionnels ont suivi une formation spécifique sur les troubles du comportement alimentaire (TCA), tandis que d'autres n'ont pas suivi cette formation.

Enfin, les années d'obtention du diplôme s'étendent de 2009 à 2022, montrant une certaine diversité dans l'expérience et la formation des professionnels de la santé listés dans le tableau.

Les professionnels travaillent dans le même centre hospitalier de la métropole de LILLE.

Cinq professionnels exercent en médecine polyvalente, 1 en médecine et aux soins continus, trois aux urgences et trois en soins continus.

	Âge	Sexe	Profession	Année d'obtention du diplôme	Nombre d'années dans le service	Formation spécifique TCA Oui /Non
E1	34	F	Médecin	2018	4	Non
E2	30	F	Médecin	2022	2	Non
E3	24	F	IDE	2022	1 et demi	Non
E4	25	F	IDE	2021	3	Non

E5	26	F	IDE	2018	4	Oui
E6	34	F	AS	2009	11	Oui
E7	27	F	IDE	2017	3	Non
E8	48	F	AS	2018	5	Non
E9	48	F	AS	2011	10	Non
E10	30	F	IDE	2018	5	Non
E11	28	F	IDE	2022	2	Non
E12	46	M	IDE	2014	8	Non

2. Analyse des résultats

2.1 La relation soignant-soigné : une condition nécessaire selon les soignants interrogés

La relation soignant-soigné

Tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que la relation soignant-soigné est un élément fondamental dans la prise en soin de l'anorexie mentale. Cette relation se caractérise par :

La confiance

Les soignants essaient d'établir un climat de confiance qui est vu comme un des facteurs influençant la relation .

E6: Je veux dire qu'au départ, c'est naturel.[...] Après voilà, on vous fait confiance.

E12: La parole est aussi un acte dans la relation confiance.

Certain(es) exprime de la déception quand au manque de confiance .

E3: bah on est toujours un peu déçu, on est toujours. On pense que y a une confiance qui s'est mis entre notre patient et nous mais en fait pas du tout .

Certain(e) soignant trouve qu'il y a un impact du trouble alimentaire sur la confiance

E2: Tout roule, voire tout trop bien parce que du coup on est en suspect quand tout se passe trop bien, ça aussi c'est difficile.

D'autres soignant(es) trouve que la relation de confiance est fragile.

E4: Elle est compliquée dans le sens où même si on a une relation de confiance, les patients anorexiques à tout moment, ils peuvent bafouer cette confiance

Le médecin reconnaît que cela peut prendre du temps et des efforts, mais que c'est compliqué

E1: "Moi à mon niveau peut-être que, à un moment donné, il y a une confiance qui s'installe."

E1: Non, moi je ne peux pas leur faire confiance, c'est compliqué [...] parce qu'elles sont malades et que à un moment donné, à tout moment, elles peuvent faire quelque chose différemment et que je suis pas là pour qu'elle me fasse conf...fin mon travail, c'est pas de faire en sorte qu'elle m'apprécie, qu'elle me fasse confiance [...]

E9: Avec eux c'est compliqué de créer un lien parce qu'ils s'en servent et si nous on doit rester professionnel

L'alliance thérapeutique

La construction d'une relation de confiance est nécessaire pour établir et maintenir l'alliance thérapeutique, les soignants l'expriment ci-dessous.

E2: Et donc l'alliance thérapeutique, elle se fait forcément aussi avec moi tous les jours, mais je pense que la principale alliance thérapeutique, elle se fait beaucoup avec le médecin référent

E3: L'écoute, la parole. On essaie de passer du temps avec elle, de les comprendre,

E7: Je pense qu'elle est pas rancunière, je pense qu'elle aurait pu avoir une rupture assez fréquemment.

L'empathie

Les soignants(es) interrogés soulignent l'importance de l'empathie dans la relation soignant-soigné pour comprendre et soutenir les patients souffrant de troubles alimentaires et pour favoriser un environnement positif.

E5: j'ai enlevé le plateau et je me suis assise avec elle et puis je j'ai dit je lui ai demandé ce qui se passait, puis c'est elle qui a parlé plus que moi hein mais voilà j'étais là.

E7: [...] je vais lui dire là par contre j'ai fait ça, j'aurais pas dû et on va repasser sur ce qui était prévu à la base. Et on va dire que c'est assez agréable avec elle parce qu'elle entend les choses et elle le comprend.

E9: L'approche, elle est soignante, elle est pro, elle peut être être chaleureuse aussi hein, ça empêche pas la chaleur hein, ça empêche pas l'empathie [...]

La bienveillance

Elle se définit comme une attitude caractérisée par la considération pour les autres. Pour les soignants (es) interrogés cela contribue à une expérience patient positive et à une meilleure qualité des soins.

E3 : Ouais, y a des soirs où y a des soirs où Bah à la place de manger Bah je reste avec une une TCA 45 min dans sa chambre pour essayer de comprendre.

E4: [...] j'essaie de m'intéresser pour qu'il voit que bah je m'intéresse à lui ou à elle et que bah je suis pas juste une infirmière qui fait les soins et et basta quoi. C'est vraiment de la bienveillance.

E5: j'ai enlevé le plateau et je me suis assise avec elle et puis je j'ai dit je lui ai demandé ce qui se passait, puis c'est elle qui a parlé plus que moi hein mais voilà j'étais là.

L'écoute active

Les soignants (es) interrogés exprime que l'écoute active permet la relation thérapeutique.

E5: J'essaie de m'intéresser à eux, de poser des questions un petit peu sur leur vie personnelle. [...] je me dis, ça reste un soin donc je me dis c'est pas parce que la personne elle est autonome et machin qu'on peut pas discuter 10 Min en fait bon ben des fois, j'essaie si je vois que la personne elle a envie de discuter, je vais papoter

E4: "C'était vraiment une écoute active en fait, je l'écoutais, je la conseillais, je lui faisais penser à autre chose."

Le tutoiement ou le vouvoiement

Les soignants interrogés ont évoqué la possibilité de tutoyer ou de vouvoyer les patients, avec leur accord préalable.

E3:il préfère qu'on les tutoie ou nous tutoyer.

E4: Et Ben faut rester professionnel, Eh Ben on essaye de mettre des petites barrières dans le sens où on évite de les tutoyer.

E6: Moi je je tutoie pas déjà. J'arrive pas,

L'attitude des soignants (es)

Naturels

Certains soignants (es) interrogés déclarent que leur attitude envers les patients souffrant d'anorexie mentale est semblable à l'attitude qu'ils adoptent de façon générale avec les autres patients.

E6: Ben comme tout autres patients.

E7:Personnellement, non, non, je la prends en charge au même, enfin exactement pareil que les autres patients

E8: euh euh Non, c'est une patiente comme les autres[...]

Communicant

La communication avec les patients est mise en avant par les soignants (es) interrogés.

Elle est peut être basée par rapport à des différences comme certains soignants (es) le soulignent :

E1:Bah peut-être si quand même, parce que je sais qu'elles sont différentes et que du coup en termes d'échanges on peut pas échanger comme avec un autre malade parce que elles sont pas accessibles pareil.

Précautionneux

Les soignants (es) interrogés font preuve de prudence par rapport aux informations des patients.

E3:Non pas spécifiquement. J'essaye de chercher mais euh euh.Je viens juste que je fais peut-être plus attention à mes papiers (de transmissions).

Décontractée et humoristique

Les soignants évoquent l'utilisation d'un ton léger et ironique pour communiquer avec les patients.

E12 : Euh Alors moi j'ai toujours été à bout en train donc je lance toujours un petit truc d'humour à 2 balles quoi et ils sont tout contents.

Sensibilisation au langage

Les soignants expriment qu'ils adaptent leur vocabulaire en fonction du patient.

E2: Oui je pense que personnellement je fais beaucoup plus attention à ce que je vais dire au poids des mots.

E4: En général avec mes patients plus jeunes, j'ai toujours un vocabulaire différent.

E12 : ouais ouais j'adapte mon vocabulaire à la patiente ou au patient, hein

La personnalisation

Le soignant(e) interviewé(e) prend en compte l'âge, le contexte et les caractéristiques individuelles des patients

E5: C'est vrai que je vais facilement les appeler pour leur prénom.

Relation autoritaire

Le soignant (e) interrogé (e) est conscient du risque d'une relation thérapeutique autoritaire

E2 :parfois il y a un côté autoritaire qui est obligé de se mettre en place, même si c'est pas du tout ça normalement une relation saine avec un patient.

2.2 Les ressources comme un outil pour la relation

La polyvalence et diversités des soins

Les soignants interrogés soulignent la polyvalence et la diversité des soins dans leur travail. Ils mentionnent la variété des pathologies qu'ils rencontrent et l'aspect technique de leur travail, ce qui leur permet de rester intéressés et stimulés.

E1:c'est un service qui est général où on voit pleins de pathologies différentes, ca reste un peu varié

E12 : j'étais quasiment que des services techniques, j'ai fait que de la réa, des urgences, des soins intensifs cardio. Voilà quoi en service conventionnel je ne m'ennuie un petit peu.

E7 : la technicité des soins, ouais, ça je retrouve ce côté adrénaline et à la fin de la journée, je me dis Ouais...

E4: je voulais pas m'enfermer dans une spécialité.

E2: La diversité des pathologies.

Utilité sociale

Ces témoignages reflètent l'engagement et la motivation des soignants à contribuer au bien-être des personnes qu'ils soignent.

E7 : OK j'ai sauvé des gens aujourd'hui.

E1: Bah, euh..., vraiment l'envie de soigner des gens je pense qui viens de probablement soigner..euh..ma...fin...j'ai des proches qui étaient malades et du coup l'envie de soigner de pouvoir soigner des gens et de pouvoir faire quelque chose pour eux du coup.

Apprentissage continu

Les soignants interrogés (es) expriment pouvoir élargir leurs connaissances et leurs compétences.

E3: De voir de tout et ne pas m'enfermer dans une pathologie. Et de vraiment apprendre en fait, continuer à apprendre.

Choix du service

Les soignants interrogés ont mis en évidence différents facteurs dans leur choix de service et de spécialité. Certains ont été influencés par des expériences positives lors de leurs stages pré-professionnels, où ils ont apprécié le travail dans ce domaine spécifique de la médecine.

E7 : c'est quand même la 4e fois que le docteur B venait me chercher pour aller dans ce service, donc je me suis dit c'est pas rien, c'est assez valorisant.

E6: Et y a eu un poste mes copines travaillaient là, elles m'ont dit viens , viens donc je suis venue et en vrai, Ben j'ai adoré la médecine

E5: Parce que j'ai toujours voulu faire de la médecine Po, j'ai fait mon stage pré pro en med po

E3: oui mon stage, j'ai fait un stage ici et que j'avais énormément aimé

E1:l'équipe est bien d'un point de vue médicale, on s'entend hyper bien et d'un point de vue paramédicale aussi et ça c'est très important pour moi,

E10:j'ai adoré mon stage aux urgences, j'ai adoré mon stage en réa et je travaille aux urgences.

Complexité de la pathologie

Les soignants interrogés reconnaissent la complexité des troubles du comportement alimentaire.. Certains mentionnent que ces patients nécessitent une prise en charge spécifique et qu'ils ne les rencontrent pas régulièrement dans leur pratique.

Les soignants soulignent la difficulté de comprendre et de gérer les TCA, en particulier par rapport à d'autres troubles de santé mentale.

E12 : c'est vrai autant les schizophrènes, j'arrive à un petit peu à les gérer. Des petites dépressions aussi, mais c'est vrai que les TCA, c'est assez compliqué

E8: Je pense que nous ici on prend pas trop en charge ces patients là ici[...] c'est pas les patients qu'on va rencontrer tout le temps...

E4: bah avec les collègues ont en a parlé entre nous et des fois on se dit que c'est une pathologie qui est très compliquée à comprendre quand on n'est pas du tout dedans

Certains soignants indiquent un intérêt pour en apprendre davantage sur les TCA.

E5: Mais c'est vrai que c'est un domaine qui m'a toujours un peu intrigué et en même temps intéressé.

D'autres soignants décrivent les aspects techniques des soins infirmiers, tout en reconnaissant que la prise en soins globale des TCA dépasse leur champ de compétences.

E10: Après si y a des euh c'est souvent en général y a peut-être des prises de sang, des choses comme ça à faire. Nous en fait, on fait les soins techniques, tout ce qui est prise de sang, ECG des choses comme ça, mais c'est pas nous directement qui qui gérons du tout le TCA.

Le soignant met l'accent sur la nature intangible des TCA, ce qui rend leur compréhension et leur traitement encore plus difficiles.

E2: C'est vrai qu'au début, c'est c'est très compliqué, je trouve, de de d'appréhender cette pathologie qui est en plus pas palpable, qu'on ne voit pas, dont on voit les effets..

Le soignant met en évidence le poids émotionnel que peut représenter la prise en charge des patients souffrant de TCA pour les professionnels de santé

E9: L'anorexie c'est je sais pas j'ai pas de notion de psy mais c'est une pathologie qui est bouleversante, qui peut être bouleversante pour les soignants

La collaboration

Plusieurs soignants interviewés relèvent l'importance de la collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA).

Le soignant énumère les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients TCA, soulignant la diversité des expertises requises.

E3: bah les médecins, nos médecins et les médecins TCA et la diététicienne et les aides soignantes. E3: Bah non, on se met pas tous ensemble dans une même pièce, mais chacun donne son avis sur les dossiers en fait et qu'on a un problème

Les soignants mettent en évidence l'approche collaborative adoptée, avec des échanges d'avis et des discussions en équipe.

E6: En tout cas, moi je dis "on" parce que je parle en équipe [...] Bah en équipe, on discute en équipe

Le soignant mentionne les réunions pluridisciplinaires comme un moyen formel de favoriser la collaboration et la communication entre les différents professionnels.

E7: Je pourrais en parler parce qu'on a la réunion pluridisciplinaire cet après-midi en tout cas, c'est ce qui a été convenu dès le début.

La communication

La communication favorise une meilleure compréhension du patient et de sa pathologie et renforce la coordination des soins.

Le soignant met en avant l'utilisation d'un logiciel pour la transmission d'informations et la traçabilité des interventions, favorisant une communication structurée et documentée.

E9: on se transmet des informations et surtout y a une énorme traçabilité sur le logiciel.

Le soignant insiste sur la nécessité d'adopter un discours commun et cohérent entre tous les intervenants auprès du patient, pour éviter les messages contradictoires et renforcer la cohérence de la prise en charge.

E2:[...] Mais la femme de ménage, au médecin ou à l'interne étudiant qui est là Enfin, c'est vrai, tous ceux qui ont une discussion avec le ou la patiente doit vraiment avoir le le même propos le meme discours [...]

Le soignant témoigne de la réceptivité de l'équipe médicale aux signalements des problèmes rencontrés par les soignants, soulignant l'importance d'une communication ouverte et réactive.

E8: Ici ils sont accessibles franchement de ce côté ça va. Ils nous écoutent, on dit on a un problème, ils écoutent, ils mettent en pratique tout de suite.

Le soignant décrit la mise en place de points de discussion réguliers entre les équipes, permettant de partager les informations, de coordonner les actions et de lever les incertitudes.

E1: On fait des points réguliers avec les équipes pour discuter, on fait le point sur toutes les questions qu'il peut y avoir.

Le soignant exprime son épuisement face aux difficultés de communication avec le patient souffrant d'anorexie mentale.

E3: on doit répéter plusieurs fois. Ils comprennent, mais ils sont pas souvent d'accord. E7: bah c'est fatiguant psychologiquement de la prendre en charge parce que c'est tout le temps rabâché.

Le soignant interrogé évoque qu' un outil plus efficace peut faciliter la communication et le partage d'informations entre les professionnels de santé.

E7: Oui mais je pense qu'il faut un autre outil pour pouvoir communiquer avec l'équipe médicale et paramédicale parce que comme j' dis, y a beaucoup trop d'infos qui se perdent

Le comportement

Les soignants soulignent l'importance de maintenir des limites professionnelles pour protéger leur bien-être émotionnel et éviter le transfert.

E6: Ça dépend, j'avoue que comme là là actuellement bah. Après moi, je suis dans ma tête, je me dis, ça reste un soin donc je me dis c'est pas parce que la personne elle est autonome et machin qu'on peut pas discuter 10 Min.

E7: Donc je me suis dit, il va falloir que je me protège et que je ne fasse pas trop de transfert. Et dès le début, je me suis dit et j'ai prévenu mon binôme d'ailleurs,

E12: Bah parce que moi j'ai un euh je suis un des rares à laisser ma vie privée à la porte de l'hôpital et je l'a récupère en sortant et inversement, je sors de l'hôpital, je laisse ma vie, ma vie professionnelle, je rentre chez moi ou quoi.

Les soignants suggèrent que l'expérience personnelle des TCA peut influencer l'approche des soins aux patients.

E2: L'expérience, je pense que ça joue beaucoup, je fais plus les mêmes choses.

E3: ca me fait mal au cœur de voir des jeunes filles comme ça, se détruire; Moi je l'ai vécu, je l'ai géré d'une autre façon

Le soignant démontre une approche proactive pour nouer des liens avec les patients sur un plan personnel.

E5: J'essaie de m'intéresser à eux, de poser des questions un petit peu sur leur vie personnelle.

Le soignant utilise le dialogue interne et des stratégies pour maintenir une distance émotionnelle tout en prodiguant des soins.

E4: Bah j'arrive à me dire bon, on est au travail, ce qu'il fait c'est pas par rapport à moi, c'est sa patho qui parle, c'est pas lui personnellement

E4: Et Ben faut rester professionnel. Eh Ben on essaye de mettre des petites barrières

Gestion des émotions

L'impact émotionnel et psychologique que peut avoir la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale sur les professionnels de santé.

Les soignants interrogés évoquent le fait d'être touché personnellement par les patients, en raison de leur jeune âge ou de similitudes avec leur propre entourage.

E4: Bah c'est toujours un peu compliqué dans le sens où c'est souvent des jeunes patientes, des jeunes mineurs. Moi j'ai beaucoup de cousins et de cousines de leur âge

E5: Bah surtout qui sont un peu comme relativement au rapport d'âge avec nous parce qu'on est quand même une équipe jeune donc c'est vrai que des fois ça peut renvoyer à des choses.

Pour d'autres soignants il n'y a pas d'impact émotionnel.

E1: Je me sens pas embêtée, particulièrement

Le soignant admet penser aux patients en dehors du travail, suggérant une implication émotionnelle.

E7: Je vais pas mentir que quand je rentre chez moi, je vais penser à elle de temps en temps.

Le soignant décrit un sentiment de mal-être et des impacts émotionnels suite à la prise en soins d'un patient.

E8: Mais oui, ici, ça, ça me rend pas bien..hier, je ne fais qu'à aller voir le médecin j'étais pas bien.

Le soignant qualifie l'anorexie mentale de pathologie "bouleversante" pour les soignants, soulignant la charge émotionnelle inhérente à ce domaine.

E9: L'anorexie c'est je sais pas j'ai pas de notion de psy mais c'est une pathologie qui est bouleversante, qui peut être bouleversante pour les soignants.

L'éthique

La prise en soins des patients souffrant de TCA exige une navigation attentive entre les principes éthiques, le bien-être des patients et les réalités cliniques.

E1: Oui, bien sûr. Allez parfois, ça pose des questions. Des questions qui sont légitimes, hein ? Jusqu'où on va chez des gens. Est ce que c'est la maladie qui les amène là ou alors est ce que c'est des vrais choix [...] Et du coup ouais il y a souvent des questions éthiques qui se posent. Heureusement on en discute à plusieurs parce que c'est de toute façon des décisions qui ne sont pas prises seules. Et ça se passe, en général bien, c'est vrai que souvent on discute.

E2: oui oui Ah le questionnement éthique, il est permanent alors permanent.

Le soignant évoque la tension entre le respect des protocoles standardisés et la nécessité de prendre en compte les particularités individuelles de chaque patient.

E3: Au niveau éthique ouais c'est quand même dur au niveau du protocole, je trouve pour certains après on sait que c'est pour leur bien.

Le soignant décrit un sentiment initial de malaise face à certaines mesures restrictives, soulignant l'importance de la compréhension des objectifs et des bénéfices pour le patient.

E4: Au tout début[...]Je me disais purée, c'est limite la prison.[...]. Et puis du coup j'en ai discuté avec les médecins parce que du coup on a aussi des médecins spécialisés dans l'anorexie [...] finalement j'ai compris en fait pourquoi on faisait tout ça, pourquoi on mettait en place toutes ces stratégies que c'était pour leur bien.

Le soignant met en avant la nécessité de reconnaître les besoins spécifiques des patients TCA tout en leur garantissant une égalité de traitement et d'attention.

E5: Bah un peu quand même parfois parce que je me dis Ben c'est des patients comme les autres, ils ont autant besoin qu'on soit là si ce n'est plus parfois.

2.3 Obstacles matériels et humains

Préjugés et stigmatisation

Les soignants interviewés expriment des sentiments de méfiance et d'agacement face aux comportements perçus comme manipulateurs.

E8: le côté manipulation [...]Elle vous fait culpabiliser je crois. Ils savent comment jouer avec nous hein parce que ils savent que hein je pense que elles sont malignes hein.

E9: c'est des gens qui manipulent [...] la patiente qui essaye encore une fois de de jouer, de, d'essayer de cerner le soignant qu'elle a en face d'elle, de trouver ses failles, de fayoter avec elle sur ses failles pour faire genre t'es ma copine et puis après j'obtiens ce que je veux.

E7: quand on en parle avec l'équipe, la première chose qu'on va dire c'est faut pas croire ce qu'elle dit. TCA égale mensonge égale manipulation. C'est vraiment la première image, le premier truc qui ressort quand on parle d'un patient qui a des troubles du comportement alimentaire.

Le soignant décrit la frustration et la confusion ressenties face aux comportements perçus comme manipulateurs.

E5: ils sont quand même forts dans la manipulation. Mais ça peut être parfois déroutant parce que nous, on, on s'investit aussi. Et puis en fait, ils nous la mettent à l'envers parfois.

Le manque de temps

Les soignants expriment leur frustration face au manque de temps pour établir des relations avec les patients TCA, comprendre leurs besoins individuels et offrir un soutien adéquat.

E3: On essaie de passer du temps avec elle, de les comprendre, on n'a pas souvent le temps.

E6: Donc bon Bah dans le service de médecine, on va dire que des fois la prise charge, elle est un peu plus complexe parce qu'on n'a pas le temps, comme vous pourriez avoir au 4e pour des choses, moi je, moi ça je serais contente hein de faire avec eux des jeux de cartes. Des machins, mais on manque de temps

E6: Ca dépend, on peut avoir des gens pas trop compliqué et pis là ben par exemple on a beaucoup de gériatrie, des gens qui déambulent, des gros soins, beaucoup de toilettes du coup le temps n'est pas le même

Le soignant suggère que la prise en soins peut être perçue comme moins exigeante par rapport à d'autres pathologies .

E7: Non, moi je suis plutôt contente de la prendre en charge parce que par rapport à nos autres patients, ça reste une prise en charge plus légère,

Le soignant illustre le dévouement de certains professionnels de santé qui sacrifient leur temps personnel pour offrir du temps aux patients

E4: Oui c'est très compliqué dans un service de médecine polyvalente de trouver le temps et c'est pour ça que bah moi ça m'est déjà arrivé de sauter ma pause pour être avec un patient et discuter avec.

La coopération

Le soignant met en avant la nécessité de réunions régulières avec les différents professionnels pour faire le point sur l'état des patients et coordonner les soins

E1: Ça dépend de la question.euh..De principe, je pense que l'accompagnement, il doit toujours être avec les psychiatres de toute façon. Donc la question se pose toujours avec eux et avec les médecins spécialistes du TCA aussi, forcément.

E1: Enfin les points avec les psychiatres et les médecins du TCA sont indispensables avec les équipes régulièrement pour faire le point.

Les soignants illustrent la complémentarité entre les professionnels du champ somatique et ceux du champ psychologique, chacun apportant son expertise .

E10: nous c 'est vraiment le côté somatique.

E11: j'ai le souvenir d'une d'une petite jeune qui était venue adressée par son médecin traitant pour un TCA et on l'avait adressé à l'équipe de Psy directement en fait.

La formation

Le soignant estime que la présence de professionnels déjà formés dans l'équipe suffit.

E1: Non, non, pas forcément, parce que. Bah on a des collègues qui sont bien formés et qui sont bien accessibles et du coup je pense qu'il y a pas besoin particulièrement de se former spécialement vu qu'il y a déjà des médecins qui le sont.

Les professionnels de santé soulignent l'importance de mieux comprendre les mécanismes des TCA, leurs répercussions somatiques et les motivations des patients.

E2: c'est une formation de terrain. Et qui nous permet d'acquérir aussi des connaissances pour comprendre ce qu'on fait. C'est c'est aussi ça qui est difficile, hein !! C'est de la méconnaissance. Je pense à la base de de plein de choses, de des mécanismes, du TCA, mais aussi de ce qu'ils engendrent sur le somatique. [...] Je pense que ça permettrait de comprendre beaucoup de choses aussi si on est un peu plus formé, et de l'expliquer aussi peut être différemment que aussi aussi brut de ça

E5: Ca serait bien qu'on est tous une formation sur qu'est-ce qu'un TCA ? Pourquoi ? Pourquoi ils en arrivent enfin, comment ça se déclenche, qu'est-ce qui se passe dans leur tête ? Le mécanisme, tout ça, ça pourrait nous aider je pense,

E8: Non, pour nous, en tant que aide soignante, non. On n'a pas demandé ça, ça devait être franchement, on prend la en charge, hein ? Il devait quand même nous former sur ca hein parce que là on ne sait même rien, on est obligé d'appeler souvent le service quoi. Nous tous on devrait être formés.

Le soignant sollicite l'aide et l'expertise des collègues plus expérimentés.

E4: Oui bah en général je demande au médecin ou aux infirmières qui ont plus d'expérience que moi.

E4: Bah les formations, (rires) , les formations pour mieux comprendre pour mieux euh pour que la prise en charge soit plus optimale, c'est juste une compréhension et des stratégies qu'on pourrait nous apprendre et qu'on peut ensuite mettre en place ici dans le service.

2.4 Effet sur le cadre thérapeutique

Le protocole du cadre thérapeutique

Les soignants évoquent l'importance d'un cadre clair et stable pour guider les interventions et assurer une prise en soins cohérente des patients.

E1: il faut avoir une ligne directrice qui est commune et que on doit pas changer..le cadre, c'est nous qui le posons donc à partir de ce moment-là, on se pose un peu en gardien de ce cadre et du coup du coup ça fait qu'on a une position parfois extrêmement stricte.

E3: On est, voilà, voilà, on essaie de mettre du cadre parce qu'en fait c'est trop, sinon ça part au début. Quand je suis arrivée mais même quand j'étais en stage, c'était beaucoup plus cadré que ça, on avait vraiment un cadre fixe, tout le monde c'était ça [...] ben c'est les médecins qui annoncent les ce genre de protocole ou autres.

Le soignant exprime la multitude de protocoles et la difficulté de les appliquer.

E8: C'est compliqué, je pensais pas que il va avoir autant de protocoles,

E7: il y a un protocole de soin qui est mis en place et qu'il faut respecter. Donc là oui je vais suivre les directives données par par l'équipe pluridisciplinaire.

E6: Enfin nous on a plus de mal, c'est sur les protocoles en fait parce que tout le monde n'est pas pareil, lui, il a accès à la salle de bain. Ah bah elle non.

Risque d'essoufflement

Les soignants décrivent le système de rotation des médecins en médecine, permettant de souffler face à des prises en soins éreintantes.

E1: La patiente anorexique, on lui dit, mais après tous les jours, ce qu'il faut faire, c'est reprendre le cadre et recadrer le cadre, [...] On change. Nous, en médecine, on change les médecins, ils font une rotation, on change tous les 15 jours, 3 semaines en général de secteur du coup.

E2: On change de patients tous les 15 jours, 3 semaines, ce qui nous permet aussi de souffler parfois quand les prises en charge sont un peu trop éreintantes.

E3: on switch entre collègues parce que c'est normal,

Le soignant exprime le soulagement ressenti lors du départ d'une patiente souffrant d'anorexie mentale

E9: Quand elle est sortie, on était ouff, on était soulagé, qu'il y a eu un soulagement quand même, parce c'est des gens qui restent longtemps,

Le soignant évoque le besoin de pauses et de changement de binôme

E7: Ouais, ouais, j'ai d'ailleurs des collègues qui ont fait pause là quelques semaines pour souffler un peu et du coup changer de binôme.

PARTIE 4: DISCUSSION

1. Discussion autour des objectifs de l'étude:

Les objectifs de l'étude ont été atteints. Cette étude a permis d'exposer, de décrire et d'analyser le vécu des soignants, leur approche, les difficultés rencontrées lors de la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale, ainsi que les perspectives envisageables. Les propositions d'amélioration exprimées dans cette recherche ont pour finalité d'éclairer les soignants et de les orienter vers des pratiques plus adaptées.

2. Discussion autour de la méthodologie

Forces de l'étude

Cette étude qualitative s'attache à explorer les expériences des soignants, notamment des médecins, des infirmières et des aides-soignants, tout au long du parcours de soin des patients atteints d'anorexie mentale. Le choix d'une méthodologie qualitative s'est imposé comme le plus pertinent pour saisir les ressentis et les perspectives de cette population cible.

Le choix de réaliser des entretiens individuels plutôt que des groupes focus a permis aux soignants de s'exprimer plus librement, sans crainte de jugement ou d'appréhension. Cette approche individuelle a favorisé une expression authentique des expériences vécues

La triangulation des données a contribué à renforcer la validité de l'étude et à réduire les biais d'interprétation.

Une grille COREQ (Gedda, 2015)²⁶ est utilisée et placée en annexe pour évaluer la qualité de l'étude. De plus, un journal de bord est tenu en amont et durant toute l'étude.

Limites de l'étude

Cette étude a été menée uniquement dans la région des Hauts-de-France, et ne peut donc pas refléter le vécu des soignants d'autres régions de France. En effet, la prise en soins de l'anorexie mentale et l'organisation du parcours de soin n'est pas identique d'une région à l'autre. On peut cependant suggérer que les résultats rapportés concernant le vécu au patient souffrant d'anorexie mentale pourraient être extrapolés à plus grand niveau.

De plus, en raison du manque de formation initiale du chercheur principal à la conduite d'entretiens semi-dirigés, l'apprentissage de cette technique s'est effectué de manière progressive au fil des entretiens réalisés. Cette situation expose potentiellement à un manque d'exploration approfondie de certaines données, pouvant constituer un biais d'investigation.

De même, lors de l'étape d'analyse, bien que les thèmes soient identifiés et discutés par deux personnes, la catégorisation des verbatims dans les thèmes n'est pas triangulée en groupe de recherche.

Cette étude se concentre exclusivement sur l'analyse du vécu des médecins, infirmiers et aides-soignants impliqués dans la prise en soins des patients atteints d'anorexie mentale. Une analyse plus complète aurait nécessité de recueillir et d'analyser les expériences des patients, de leur entourage et des autres professionnels de santé impliqués.

Ensuite les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) ne se présentent généralement pas aux urgences pour une consultation directe liée à leur trouble. Ils sont habituellement suivis en médecine polyvalente, en soins continus ou en psychiatrie à temps complet ou en hôpital de jour. En effet, les patients TCA sont rapidement orientés vers l'équipe spécialisée en psychiatrie des urgences. Cette équipe est compétente pour assurer une prise en soins médicale et psychologique adaptée à leurs besoins. Le contexte des urgences ne permet pas de s'attarder sur les aspects psychologiques des patients. Face à un patient souffrant de TCA, les infirmières et l'aide-soignante aux urgences se concentrent sur la stabilisation de l'état de santé physique du patient et la réalisation d'actes techniques médicaux nécessaires.

Le ratio hommes-femmes parmi les soignants interviewés était de 1 pour 11.

Les soignants interrogés ont principalement évoqué des cas de patientes atteintes de troubles du comportement alimentaire (TCA) et ne mentionnant que peu de cas de patients masculins.

Le sujet du vécu des soignants est encore peu exploré dans la recherche et la littérature scientifique.

3. Discussion autour des résultats de l'étude.

Les résultats de notre étude révèlent les difficultés rencontrées par les soignants dans la prise en soins de l'anorexie mentale, notamment en ce qui concerne la compréhension de la pathologie, l'établissement d'une relation thérapeutique et l'accompagnement des patients. Des perspectives d'amélioration ont également été évoquées par les soignants, ce qui suscite de nouvelles questions et invite à approfondir la réflexion sur ce sujet.

3.1 Anorexie et parcours professionnels des soignants : Vers une meilleure compréhension des motivations et des enjeux.

En examinant les parcours professionnels des soignants impliqués dans la prise en soins des patients anorexiques, on peut comprendre ce qui les attire vers des spécialités telles que la médecine polyvalente, les urgences et les soins continus. En explorant plus en profondeur leurs motivations et les implications émotionnelles qui les poussent à s'investir auprès de patients souffrant d'anorexie mentale, on peut mettre en évidence les facteurs qui les attirent vers ce domaine spécifique de la santé et les valeurs qui les guident dans leur pratique quotidienne.

Les soignants interrogés expliquent avoir choisi des services comme la médecine polyvalente, les soins continus et les urgences pour diverses raisons : la diversité des pathologies, la polyvalence des soins, la technicité, le désir de "*sauver des vies*" et la possibilité d'un apprentissage continu.

Ces services prennent en soins des patients souffrant d'anorexie mentale sur le plan physique et sont confrontés à des situations complexes.

Dans le service de médecine polyvalente, deux médecins ont suivi une formation universitaire sur les TCA et la renutrition. Ils font office de référents somatiques pour les TCA dans l'ensemble du département, englobant la médecine polyvalente, les soins continus, les urgences et le service de psychiatrie (HDJ).

Les soignants indiquent que leur apprentissage de la pathologie s'effectue principalement dans le cadre professionnel. Cet apprentissage se base sur l'expérience directe acquise lors de la prise

en soins des patients anorexiques dans les services de soins ou se réfère aux médecins référents du TCA. Dans le cadre de leur formation sur les troubles du comportement alimentaire (TCA), une infirmière et une aide-soignante ont participé à une réunion de psychoéducation au sein d'un service d'hôpital de jour (HDJ) de psychiatrie spécialisé dans les TCA.

Elles ont également eu l'opportunité d'observer le médecin somatique du TCA référent lors de ses consultations avec les patients.

3.2 Vers une approche holistique de l'anorexie : L'importance de la collaboration

La collaboration avec l'équipe de psychiatrie est fondamentale pour assurer une prise en soins globale et holistique des patients anorexiques, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins. En effet l'ensemble des soignants interrogés soulignent la nécessité d'une collaboration pluridisciplinaire étroite avec l'équipe de psychiatrie, « *la pluridisciplinarité doit donc aussi s'inscrire dans une suffisante complémentarité, dans la cohérence et le respect d'une certaine continuité, seules garanties pour les patients de retrouver l'unité perdue dans la désorganisation interne qu'ils traversent. Au-delà de la diversité des supports théoriques et des pratiques, la ligne d'horizon doit rester commune à tous* »²⁸. tant pour leur propre bénéfice que pour celui des patients.

Cette approche pluridisciplinaire s'intègre également à la collaboration avec la diététicienne, qui joue un rôle essentiel dans la prise en soins nutritionnelle des patients.

3.3 Relation soignant-soigné et anorexie : L'impact des préjugés et la nécessité d'une approche individualisée

De nombreux soignants ont des idées préconçues sur les patients anorexiques, les considérant comme manipulateurs et peu dignes de confiance, voire comme des sources de conflit entre les équipes.

Ces préjugés, souvent transmis d'une équipe à l'autre, créent une méfiance initiale envers les patients anorexiques lors de leur hospitalisation, ce qui peut nuire à la relation soignant-soigné. Une infirmière exprime son désir de se forger sa propre opinion sur ces patients, soulignant l'importance d'une approche individualisée et objective.

3.4 La relation soignant-patient anorexique : Essentiel mais vulnérable

Les soignants interrogés soulignent l'importance capitale de la relation entre le soignant et le patient anorexique pour assurer des soins de qualité.

Selon Watson (1999)²⁹, le "caring" ou "prendre soin" représente « *un ensemble d'attitudes, une manière d'entrer en relation avec une personne pour l'aider à croître, à s'actualiser, à se développer. Le caring est construit autour de dix facteurs dont le développement d'une relation d'aide et de confiance, ce qui demande des attitudes spécifiques : congruence, empathie, chaleur humaine.* »

Les soignants reconnaissent que cette relation se construit progressivement, mais qu'elle est souvent fragilisée par le patient ou les soignants eux-mêmes.

Les soignants insistent sur l'importance de l'écoute active, de l'empathie, de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance pour une prise en soins efficace des patients anorexiques.

Les soignants s'efforcent d'établir un climat de confiance avec les patients anorexiques, considéré comme un élément essentiel de la relation thérapeutique. Cette relation est définie par Carl Rogers (1957)³⁰ comme « *la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute qui influence le travail thérapeutique* » et Bordin (1979)³¹ souligne « *que l'alliance ne serait pas en elle-même curative, mais qu'elle constituerait plutôt un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement[...]* »

Cependant, les comportements parfois manipulateurs ou destructeurs de ces patients peuvent mettre à l'épreuve cette confiance et générer des sentiments négatifs chez les soignants.

Certains soignants ressentent de l'injustice, de la frustration et de la colère face à ces comportements, se sentant blessés ou offensés par les paroles ou les actes du patient.

Ces émotions négatives peuvent nuire à la relation thérapeutique et entraver la prise en soins efficace des patients anorexiques.

Des témoignages d'infirmières et d'aides-soignantes illustrent ces difficultés, relatant des situations où les patients leur ont manqué de respect, générant des émotions négatives intenses.

3.5 Alliance thérapeutique et anorexie : Naviguer entre les difficultés de la maladie et les comportements des patients

Les soignants soulignent la fragilité de la relation de confiance avec les patients anorexiques, susceptible d'être brisée à tout moment par leurs actions ou par la complexité de la maladie elle-même. Cela met en lumière la force et la résilience des soignants qui déploient des efforts considérables pour maintenir une alliance thérapeutique solide.

Cette alliance est perçue comme importante par les infirmiers et les aides-soignantes, tandis qu'un médecin la juge non nécessaire lorsque l'état physique du patient est préoccupant.

Certains professionnels de santé reconnaissent l'impact profond des troubles alimentaires, qu'ils perçoivent parfois comme des entités puissantes qui exercent un contrôle important sur les patients et influencent la dynamique de confiance au sein de la relation thérapeutique.

3.6 Soignants et anorexie: Au-delà des contraintes techniques, une relation de bienveillance et d'engagement

Les soignants font preuve d'une bienveillance et d'une empathie profondes envers leurs patients. Cette attitude se manifeste selon Decety (2004)³² par « *deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects.* ». Pour concrétiser cette approche empathique, les soignants consacrent du temps de qualité à leurs patients, les écoutent activement et manifestent un intérêt sincère pour leurs préoccupations. Malgré une charge de travail souvent conséquente et l'absence de prise en charge technique spécifique pour les patients anorexiques, ils s'efforcent de trouver du temps pour chaque patient. Cette implication profonde leur procure un sentiment d'utilité et de satisfaction professionnelle.

Les infirmières expriment une préférence pour le tutoiement avec les patients anorexiques, sous réserve de leur accord.

Elles justifient ce choix par l'âge et les centres d'intérêt souvent similaires avec les patients, favorisant une relation de proximité, de confiance et une communication plus fluide et naturelle. En revanche, les médecins et les aides-soignants, généralement plus âgés, privilégient le vouvoiement pour maintenir une distance professionnelle et respectueuse.

3.7 Des hospitalisations prolongées : L'impact émotionnel et professionnel sur les équipes soignantes

Les soignants constatent unanimement que les séjours à l'hôpital sont généralement plus longs pour les patients souffrant d'anorexie mentale que pour ceux atteints d'autres pathologies. Cette durée prolongée s'explique par la complexité du trouble et la nécessité d'une prise en soins pluridisciplinaire. Afin d'éviter l'essoufflement et l'épuisement professionnel liés à la prise en soins de patients anorexiques, les médecins effectuent des rotations tous les 15 jours vers d'autres services de médecine. Les infirmiers et aides soignants travaillent en binôme lorsqu'ils se sentent dépassés par la complexité des soins, ils n'hésitent pas à demander de l'aide aux collègues. Ils se sentent soutenus dans les équipes.

Les hospitalisations longues pour les TCA représentent un enjeu particulier pour les soignants, tant sur le plan émotionnel que professionnel. En effet, la prise en soins de ces patients chroniques nécessite un investissement important en temps, en énergie et en ressources émotionnelles, ce qui engendre diverses réactions chez le soignant.

Les infirmiers et aides-soignantes évoquent un manque de temps lié à la charge de travail, ce qui les oblige parfois à sacrifier leurs pauses pour accompagner les patients anxieux, tristes. De plus l'implication émotionnelle intense et prolongée dans la prise en soins des patients atteints d'anorexie mentale peut mener à un épuisement émotionnel, une lassitude à répéter le cadre thérapeutique pour les soignants ce qui a été exprimé par l'ensemble des soignants.

Les médecins interrogés ne mentionnent pas d'impact personnel, mais plutôt professionnel en lien avec la famille du patient. En revanche, les infirmiers et aide-soignante déclarent qu'ils se sentent impacter personnellement et professionnellement en lien avec la famille des patients. Selon Piel, E. & Roelandt, J. (2001)³³ « *Les familles et les proches de personnes souffrant de troubles mentaux assument un lourd fardeau. D'ailleurs tout le monde s'accorde à penser que les familles dans tous les cas souffrent. Les familles et les proches veulent être informées dès le début des troubles, elles souhaitent des conseils pour l'intervention lors des crises et pour les actes du quotidien, une continuité des soins, un système social cohérent (logement, ressources, travail), une attitude empathique des professionnels et un soutien proprement thérapeutique s'il le faut* ». Il est possible de leur proposer des thérapies et associations d'utilisateurs.

Cependant, certaines infirmières et une aide-soignante ont confié avoir été touchées par cette pathologie dans leur entourage familial ou amical et qu'il est parfois difficile de mettre une limite.

3.8 La complexité des cadres thérapeutiques dans l'anorexie : Réflexions éthiques et recherche de solutions conjointes

Les professionnels de santé interrogés ont abordé leur propre positionnement réflexif et les dilemmes éthiques auxquels ils font face dans le cadre du traitement des patients anorexiques. L'adoption d'une approche éthique permettra aux soignants de développer une posture et une pratique réflexives. En effet, comme le souligne Vasconcelos-Bernstein Doris³⁴ « *l'éthique peut être définie comme un code de conduite qui prône le respect de la liberté et de la dignité de l'être humain* ».

Cependant, les soignants soulignent que les cadres thérapeutiques imposent parfois des restrictions aux patients, ce qui crée des incompréhensions chez les infirmiers et les aides-soignants.

Face à ces situations, les médecins s'engagent régulièrement dans des discussions avec les médecins référents des troubles du comportement alimentaire et les patients pour trouver des solutions adaptées. Cela implique de naviguer entre le respect de l'autonomie du patient et la nécessité de le protéger de sa maladie, tout en favorisant la communication et la collaboration entre les différents acteurs impliqués. D'ailleurs, l'élaboration du cadre thérapeutique individualisé de chaque patient, s'appuie sur les conseils et l'expertise reconnue des médecins somatiques référents des TCA.

3.9 Étendre les formations spécifiques à l'ensemble des soignants

Concernant la formation, les médecins expriment le souhait de se spécialiser dans d'autres domaines, ils soulignent que des médecins somatiques bénéficient déjà de formations spécifiques dans ce domaine.

De leur côté, les infirmiers et les aides-soignants manifestent le besoin de formations plus approfondies pour comprendre et accompagner au mieux les patients anorexiques, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients.

D'ailleurs depuis quelques années, des groupements de professionnels de santé de diverses disciplines ont vu le jour, tous unis par un objectif commun : la prise en soins des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. En 2005, une telle association a émergé dans les Hauts-de-France et a été officialisée en 2007. Son but principal est d'améliorer la coordination des soins dispensés aux patients atteints de TCA en mettant en lien les différents acteurs et structures impliqués dans leur parcours thérapeutique. Un recensement national des services de prise en soins des troubles du comportement alimentaire a été réalisé par la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)³⁵. Ce répertoire³⁶, accessible aux patients, à leurs familles et aux médecins, constitue un outil précieux pour l'orientation des personnes concernées. La FFAB centralise également les informations relatives aux formations dispensées par les réseaux régionaux.

4. Perspectives

D'après la définition du Conseil International des Infirmiers (CII)³⁷ adoptée en 2008 : « *un infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de la profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisée à exercer* ».

La pratique est encadrée par le décret³⁹ du 18/07/2018 et régi par la co-rédaction d'un protocole d'organisation avec l'équipe médicale. Par ailleurs, les 6 dimensions de son champ de compétences peuvent être mises en perspective selon le modèle de HAMRIC⁴⁰ avec la pratique clinique, l'expertise, le conseil, la recherche, la collaboration, la prise de décision éthique, l'expertise dans l'accompagnement du patient, le leadership clinique.

« La pratique infirmière avancée (PIA) est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes ; populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ de l'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier et à l'épanouissement et au progrès de la profession ». Association des infirmières du Canada, la pratique avancée, cadre national, avril 2002⁴¹

La spécificité de la profession d'infirmière en pratique avancée présente plusieurs enjeux majeurs pour l'amélioration de la qualité de la prise en soins des patients et participer à l'élaboration du projet de soins. Ces enjeux incluent l'expertise clinique, la capacité à exercer un leadership au sein des équipes de soins de santé, et l'aptitude à collaborer avec d'autres professionnels de la santé. L'IPA joue un rôle clé dans la prévention, la promotion de pratiques fondées sur des données scientifiques, l'élaboration de protocoles de soins et la mise en œuvre de nouvelles initiatives visant à améliorer la qualité des soins. La coordination des soins et l'approche holistique de la prise en soin des patients sont optimisées par une collaboration étroite avec les médecins, les IPA, les équipes paramédicales, les pharmaciens, les thérapeutes et d'autres spécialistes, ainsi qu'avec des associations et des structures extérieures. La connaissance de l'offre de soins sur le territoire permet de cibler les personnes concernées. La spécificité de la profession de l'IPA présente des enjeux majeurs pour l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi les théories en sciences infirmières permettent de comprendre et d'analyser les différents concepts et dimensions des soins infirmiers, et d'élaborer des modèles de prise en soin personnalisés et adaptés à chaque patient. Les concepts infirmiers et les références en sciences infirmières sont autant d'éléments essentiels qui contribuent à l'exercice de cette profession et à la constante amélioration des soins dispensés aux patients et permettent d'avoir une attitude réflexive sur les questions éthiques.

Une évaluation clinique approfondie et holistique

L'IPA, grâce à sa formation approfondie et à son expertise clinique, est en mesure d'effectuer une évaluation complète et holistique de l'état de santé des patients atteints de TCA. Cette évaluation ne se limite pas aux aspects physiques de la maladie, mais prend également en compte les dimensions psychologiques, émotionnelles et sociales de la vie du patient.

Leadership clinique et expertise avancée :

L'IPA, grâce à sa formation approfondie et à son expérience clinique avérée, peut exercer un leadership clinique précieux au sein des équipes. Elle peut guider et encadrer les autres professionnels de santé, en partageant ses connaissances et en favorisant une approche cohérente et centrée sur le patient.

Coordination des soins et gestion de cas complexes :

L'IPA peut jouer un rôle central dans la coordination des soins et le parcours de soin de patients souffrant de TCA ainsi que la gestion de cas complexes, en veillant à ce que tous les intervenants collaborent efficacement et que les besoins et demandes du patient soient pleinement pris en compte. Elle peut également servir de contact pour les patients et leurs familles, leur offrant un soutien et une orientation individualisés.

Développement et mise en œuvre de protocoles de soins :

L'IPA peut participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles de soins standardisés et individualisés pour les patients atteints de TCA. L'IPA peut accompagner les patients et leurs familles dans l'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires pour gérer leur maladie au quotidien, ETP, psychoéducation. En s'appuyant sur les dernières données probantes et les meilleures pratiques, elle peut contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins prodigués.

Promotion de la recherche et de l'innovation :

L'IPA peut jouer un rôle moteur dans la promotion de la recherche et de l'innovation dans le domaine des TCA. En menant des recherches cliniques, en diffusant les connaissances et en participant à des formations continues, elle peut contribuer à faire progresser la compréhension et la prise en soins des TCA.

Soutien aux soignants et valorisation de leur contribution :

L'IPA peut apporter un soutien aux soignants qui accompagnent les patients atteints de TCA, en reconnaissant les difficultés auxquels ils sont confrontés et en leur offrant des ressources et des formations adaptées. Elle peut également valoriser leur contribution essentielle au sein des équipes pluridisciplinaires et promouvoir leur bien-être professionnel.

CONCLUSION

Le mémoire de recherche qualitatif explorant le vécu des soignants accompagnant des patients souffrant d'anorexie mentale en milieu hospitalier (services de médecine polyvalente, urgences et soins continus) propose une analyse approfondie des difficultés et des réalités auxquelles les professionnels de santé sont confrontés. Les témoignages recueillis révèlent un sentiment partagé et ambivalent de bienveillance, bienveillance, d'impuissance, de frustration et d'épuisement émotionnel face à la complexité de la maladie et aux comportements parfois extrêmes des patients.

En effet, les soignants décrivent un sentiment d'impuissance face à la souffrance des patients et à la difficulté de les aider à se rétablir. Ils évoquent des relations parfois tendues et conflictuelles avec les patients, marquées par le déni, la manipulation et la résistance aux soins. La charge émotionnelle liée à ces interactions peut être intense et mener à un sentiment d'épuisement professionnel.

D'ailleurs les soignants expriment un besoin de formation spécifique sur la prise en soins de l'anorexie mentale et des troubles du comportement alimentaire en général. Ils regrettent également le manque de ressources disponibles pour accompagner efficacement les patients et leurs familles, notamment en matière d'outils psychologiques et d'accompagnement social.

De plus, les professionnels soulignent l'importance d'une prise en soins pluridisciplinaire impliquant des médecins somatiques, des psychiatres, IPA, infirmiers, aides-soignants, des psychologues, des diététiciens et des travailleurs sociaux. Ils insistent sur la nécessité d'une meilleure collaboration entre les différents services et professionnels pour assurer une continuité des soins et une approche cohérente pour le patient.

Pour terminer, l'implantation d'un Infirmier en Pratique Avancée dans les établissements hospitaliers de psychiatrie-santé mentale représente une évolution importante pour l'avenir de la prise en soins des troubles mentaux. Grâce à ses compétences élargies, à son expertise clinique et à son approche centrée sur le patient, l'IPA peut jouer un rôle dans l'optimisation de l'offre de soins, favoriser une meilleure collaboration entre les différents services et les professionnels, de développer et diffuser des formations spécifiques, mettre à disposition des ressources et des outils adaptés.

BIBLIOGRAPHIE

1. American psychiatric association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/
2. Haute Autorité de Santé (HAS). (2010). Anorexie mentale : prise en charge. https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
3. Nandrino, J. (2015). Introduction. L'anorexie mentale : présentation du problème. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 1-21). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0001>
4. Micheli-Rechtman, V. (2007). La douleur d'avoir faim : l'anorexie. *Le Journal des psychologues*, 246, 40-44. <https://doi.org/10.3917/jdp.246.0040>
5. Inserm. (n.d.). Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Anorexie mentale <https://www.inserm.fr/>
6. Anorexie mentale : prise en charge : Recommandations. Haute Autorité de Santé ;2010
7. Anorexie mentale. www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes
8. Godard, N., & Falissard, B. (2008). *La Santé de l'homme*. 394, 16-18.
9. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Risques somatiques de l'anorexie mentale - Association Autrement [Internet][cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-427-risques-somatiques-de-l-anorexie-mentale.htm>
10. L'anorexie mentale. <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/lanorexie-mentale-tout-savoir-maladie>
11. Iceta Sylvain, Bronnec Marie, Guillaume Sébastien. Repérage, évaluation et critère de gravité d'un trouble des conduites alimentaires. *Revue Alcoologie eAddictologie*, 2023.
12. Moukhaiber S, Piette C, Triffaux J-M. Avoir faim au risque d'en mourir ? Le paradoxe de l'anorexie mentale. *Rev Med Liege*. 2016 ;495-501
13. Anorexie et Boulimie Québec (ANEB). (s.d.). *Anorexie et boulimie Québec (ANEB)*. La comorbidité en matière de troubles alimentaires - Aneb
14. Helfer, J., Favaro, A., Ambresin, A., Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente, *Rev Med Suisse*, 2016/522 (Vol.12)
15. Anorexie mentale : prise en charge 3 - Critères d'hospitalisation à temps plein" Juin 2010- HAS

16. Levecq, M. (2021). Analyse réflexive des pratiques de prises en soins des patients de plus de 15 ans souffrant d'anorexie mentale dans un service de médecine polyvalente. Mémoire pour l'obtention du diplôme Inter Universitaire des troubles du comportement alimentaire.
17. Dubocage C. Le réseau TCA du Nord-Pas-de-Calais. 2011. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/086-modalites-prise-charge-troubles-comportement-alimentaire-nord-pas-calais.html>
18. Smith A., et al. (2018). Emotional challenges faced by healthcare professionals working with patients with anorexia nervosa: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 6: 34.
19. Berwick, D., et al. (2012). Burnout and stress among healthcare professionals : the role of the work environment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(3), 248-256.
20. Vandereycken, W., et al. (2008). The therapist in eating disorders : a neglected aspect of treatment ? *European Eating Disorders Review*, 16(3), 162-170.
21. Mannel, M. (2014). Ethical issues in the care of patients with anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 171(7), 781-785.
22. Darcy, A. M., et al. (2010). Anorexia nervosa in the family : A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 392-403.
23. Johnson B., et al. (2019). Stress and burnout among healthcare professionals working with patients with anorexia nervosa: a quantitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3): 321-335.
24. Brown C., et al. (2020). Training and support for healthcare professionals caring for patients with anorexia nervosa: a systematic review." *Eating Disorders Journal*, 15(2)
25. Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
26. Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
27. Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis : A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, Article 3. <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Maître, E. (2018).
28. (2012). Introduction: La rédaction. *Cliniques*, 3, 12-15. <https://doi.org/10.3917/clini.003.0012>
29. Watson, J.(1998) . Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers. Seli Arslan

30. Dartevelle, B., La psychothérapie centrée sur la personne : Approche de Carl Rogers. Bernet-Danillo. ; 2003.
31. Parédoc. Réseau documentaire des IFSI de la région Centre val de Loire.
<https://www.formationsparamedicales.wordpress.com>
32. Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
33. Piel, E. & Roelandt, J. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale : Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT. VST – Vie sociale et traitements, no<(sup> 72), 9-32. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/vst.072.0009>
34. Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Instaurer l'alliance thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 310, 25-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025> .
35. FFAB. Annuaire national des centres de soins, TCA. 2017. Disponible sur : https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/2017_ANNUAIRE_DEFINITIF.pdf
36. Recommandations de bonne pratique relatives l'anorexie mentale : <https://www.ffab.fr/actualite/colloques-et-formations/291-decouvrez-les-recommandations-de-bonne-pratique-professionnelle-pour-l-anorexie-mentale>
37. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet].
38. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee85>.
39. Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée.;2018
40. Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., O'Grady E.T., "Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach", Elsevier Health Sciences, 2013
41. Association des infirmières du Canada, la pratique avancée, cadre national, avril 2002
42. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015
43. Anorexie mentale. <https://www.santemagazine.fr/sante/fiche-maladie/anorexie-anorexie-mentale-177601>

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Epidémiologie anorexie mentale INICEA.....	5
Figure 2 : Complications somatique INICEA.....	13

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	A
Sommaire	B
Glossaire.....	G
Introduction générale.....	1
PARTIE 1 :INTRODUCTION	1
1. L'anorexie mentale	2
1.1 L'anorexie mentale : une histoire complexe.....	2
1.2 Qu'est-ce que l'anorexie mentale ?.....	2
1.3 Quelles sont les différentes formes de l'anorexie mentale.....	3
1.4 Les éléments épidémiologiques.....	4
1.5 Quels sont les symptômes de l'anorexie mentale restrictive	6
1.6 Comment reconnaître les premiers signes.....	6
1.7 Quels sont les facteurs prédisposant l'anorexie mentale	8
1.8 Les comorbidités psychiatriques	10
1.9 Les complications	12
1.10 Evaluation et examens.....	13
1.11 Quels sont les traitements de l'anorexie mentale.....	14
2. Le vécu des soignants.....	15
3. Objectif de l'étude.....	17
PARTIE 2 : METHODE.....	17
1. Le choix de l'outil.....	18
1.1 L'entretien semi-directif.....	18
1.2 Elaboration du guide d'entretien.....	18
2. Caractéristiques de la population cible.....	19
2.1 Le choix de la population cible et lieux d'investigation.....	19
2.2 Mode de recrutement de la population cible.....	19
2.3 Le lieu d'investigation.....	20
2.4 Les entretiens semi-directifs réalisés.....	20
3. Cadre légal et éthique.....	20
4. Transcription des données.....	21
PARTIE 3 : RESULTATS.....	21
1. Description de l'échantillon.....	21
2. Analyse des résultats.....	23
2.1 La relation soignant-soigné : une condition nécessaire selon les soignants interrogés.....	23
2.2 Les ressources comme un outil pour la relation ou les ressources facilitant une relation positive ou autres.....	27
2.3 Obstacles matériels et humains.....	34
2.4 Effets sur le cadre thérapeutique	37
PARTIE 4: DISCUSSION.....	38
1. Discussion autour des objectifs de l'étude.....	38
2. Discussion autour de la méthodologie.....	38
Forces de l'étude.....	38
Limites de l'étude.....	39
3. Discussion autour des résultats de l'étude.....	40
3.1. Anorexie mentale et parcours professionnels des soignants : Vers une meilleure compréhension des motivations et des enjeux.....	40
3.2. Vers une approche holistique de l'anorexie mentale : l'importance de la collaboration.....	41

3.3 . Relation soignant-soigné et anorexie mentale: L'impact des préjugés et la nécessité d'une approche individualisée.....	41
3.4. La relation soignant-patient anorexique: essentiel mais vulnérable.....	42
3.5. Alliance thérapeutique et anorexie : Naviguer entre les difficultés de la maladie et les comportements des patients.....	42
3.6. Soignants et anorexie: Au-delà des contraintes techniques, une relation de bienveillance et d'engagement.....	43
3.7. Des hospitalisations prolongées : L'impact émotionnel et professionnel sur les équipes soignantes.....	43
3.8. La complexité des cadres thérapeutiques dans l'anorexie: Réflexions éthiques et recherche de solutions conjointes.....	44
3.9. Étendre les formations spécifiques à l'ensemble des soignants.....	45
4.Perspectives.....	45
Conclusion.....	48
Bibliographie.....	K
Table des illustrations.....	L
Table des matières.....	M
Annexes	O
Annexe 1 : Echelle SCOFF	
Annexe 2 : Critères d'hospitalisation à temps complet. HAS	
Annexe 3 : Grille COREQ	
Annexe 4 : Guide d'entretien	
Annexe 5 : Lettre d'information pour les participants à l'étude qualitative	
Annexe 6 ; Verbatims	

ANNEXE 1

ECHELLE DE SCOFF

Questionnaire SCOFF



1 - Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

- 0 - Non.
 1 - Oui.

2 - Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

- 0 - Non.
 1 - Oui.

3 - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

- 0 - Non.
 1 - Oui.

4 - Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

- 0 - Non.
 1 - Oui.

5 - Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

- 0 - Non.
 1 - Oui.

Calculer

Résultat :

Interprétation:

Le questionnaire SCOFF est une aide au dépistage des troubles du comportement alimentaire. Un résultat à 2 ou plus révèle un possible trouble du comportement alimentaire.

Références:

Luck A.J. and coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, *B.M.J.*, 325: 755-6, October 2002.

Garcia F.D. and al., Detection of eating disorders in patient: idity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire, *Clinical Nutrition*, Volume 30, Issue 2, , Pages 178-181, April 2011.

[\[Racine\]](#) - [\[Alphabétique\]](#) - [\[Spécialités\]](#)

ANNEXE 2

Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ▸ bradycardie sinusale FC < 40/min ▸ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²

Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)	
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L Cytolyse hépatique > 10 x N Hypokaliémie < 3 mEq/L Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) >150 mmol/L (déshydratation) Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> Tentative de suicide réalisée ou avortée Plan suicidaire précis Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> dépression abus de substances anxiété symptômes psychotiques troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> Conflits familiaux sévères Critiques parentales élevées Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

- Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

ANNEXE 3

GRILLE COREQ (Gedda, 2015)

Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion

- Caractéristiques personnelles

1) Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?

BENZIDOUR Nahida

2) Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ?

Diplôme d'Etat d'Infirmier

3) Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Infirmière en psychiatrie à l'hôpital, étudiante en 2ème année du Diplôme d'Etat d'Infirmier de Pratique Avancée.

4) Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Une femme

5) Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Pas d'expérience

- Relations avec les participants

6) Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant de commencer l'étude ?

Non

7) Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ?

Les participants savaient que la chercheuse travaillait dans le même établissement, qu'elle était infirmière, étudiante à la pratique avancée.

8) Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?

L'intérêt pour le thème du trouble du comportement alimentaire, l'anorexie mentale.

Domaine 2 : Conception de l'étude

- Cadre théorique

9) Orientation méthodologique et théorique : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

Etude qualitative, analyse thématique inductive.

- Sélection des participants

10) Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ?

Après accord de la direction des soins de l'établissement dans lequel l'étude est effectuée, les cadres de soins des différents services de médecine polyvalente, urgences et soins continus ont été contactés par téléphone. Il leur a été demandé lors de réunions de proposer aux infirmier(e)s volontaires de participer à cette recherche en leur indiquant que celle-ci s'intéressait au « au vécu des soignants dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale. »

Les médecins ont été contactés par téléphone et présentation du sujet lors de réunions médicales.

11) Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ?

Par l'intermédiaire de leur cadre de santé

12) Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

12 participants

13) Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonnées ? Raisons ?

Le nombre de refus n'a pas été communiqué à la chercheuse. Seuls les volontaires ont été mis en lien avec la chercheuse.

- Contexte

14) Cadre de la collecte des données : Ou les données ont-elles été recueillies ?

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail de chaque participant dans un bureau en retrait.

15) Présence de non participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Non

16) Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

1 médecin exerçant en médecine polyvalente, 1 médecin travaillant en médecine et en soins continus, 3 infirmier(e)s et 1 aide soignante exerçant en médecine polyvalente, 2 infirmier(e)s et 1 aide soignante exerçant aux urgences, 2 infirmier (e) s et 1 aide soignante exerçant en soins continus. Homme et femmes, âgés de 24 à 48 ans et ayant de 1 an et demi à 11 ans d'expérience dans les services somatiques.

- Recueil des données

17) Guide d'entretien : les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Un guide d'entretien avait été réalisé par la chercheuse avec l'aide de la F2RSM puis testé auprès de 2 répondants. A la suite de ces entretiens tests il a été validé par le directeur de mémoire et la Cellule d'Aide Méthodologique de la F2RSM.

18) Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?

Non

19) Enregistrement audio-visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Oui, un enregistrement avec un dictaphone (ZAQE A-55) a été utilisé.

20) Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?

Oui, un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche. Des notes de terrain ont été prises après chaque entretien.

21) Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?

Les entretiens individuels ont une durée moyenne de 25 minutes.

22) Seuil de saturation : le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

La saturation des données a été atteinte au bout de 11 entretiens. 1 entretien supplémentaire a été réalisé et n'a pas apporté de nouveaux éléments.

23) Retour des retranscriptions : les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Le retour de la retranscription a été proposé à chaque participant. Aucune demande n'a été formulée par les participants.

Domaine 3 : Analyse et résultats

- Analyse des données

24) Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codés les données ?

2

25) Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Non

26) Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Les thèmes n'étaient pas défini à l'avance.

27) Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Aucun, codage manuel.

28) Vérification par les participants : les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Non, ils n'ont pas eu connaissance des résultats à ce jour.

- Rédaction

29) Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?

Oui. Les thèmes ont été illustrés par des extraits de verbatim identifiés avec le numéro d'entretien (dans l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens).

30) Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

Oui

31) Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui

32) Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Oui

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

BENZIDOUR Nahida étudiante IPADE

Mémoire qualitative : Le vécu du soignant dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale en service de médecine polyvalente, urgences, soins continus.

QUESTIONNAIRE :

Question 1 : Parcours professionnel

Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?

Pouvez-vous me décrire votre parcours et votre formation ?

Qu'est-ce qui vous a amené à choisir ce métier ?

Pourquoi avoir choisi ce service ?

Question 2 : Ressentis

Que ressentez-vous lorsque vous rencontrez un.e patient.e souffrant d'anorexie mentale ?

Comment gérez-vous ces ressentis ?

Que disent vos collègues et vos proches quand vous échangez avec elles et eux sur ces ressentis (si toutefois vous le faites) ?

Quel est l'impact de ces prises en soin sur votre vie personnelle/professionnelle ?

Question 3 : Relation thérapeutique

Y a-t-il une manière spécifique d'aborder (gestes, discours, vocabulaire, posture) les patient.e.s souffrant d'anorexie mentale ?

Comment établissez-vous une relation de confiance/alliance thérapeutique avec ces patient.e.s ?

Qu'est-ce qui rend certaines de ces prises en soins plus complexes que d'autres ?

Vous est-il arrivé de faire face à des dilemmes éthiques durant ces prises en soins ? Si oui, lesquels ?

Question 4: Collaboration

Comment collaborez-vous avec l'équipe pluridisciplinaire lors des prises en soins ?

Lorsque vous faites face à des situations complexes, vers qui pouvez-vous vous tourner ?

A quelles stratégies d'entraide (coping) avez-vous recours ?

Question 5 : Formation et accompagnement

Avez-vous reçu ou demandé des formations ?

Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous permettre de mieux accompagner ces patient.e.s ?

ANNEXE 5

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS A L'ETUDE QUALITATIVE

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche qui concerne
Le vécu des soignants dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale en service de médecine polyvalente, urgences, soins continus dans un hôpital de la métropole Lilloise.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude :

On peut constater un nombre restreint d'étude sur les troubles du comportement alimentaire hors cette problématique se rencontre dans la pratique clinique de nombreux soignants en service de médecine, urgences, soins intensifs.

Objectifs de l'étude :

L'anorexie mentale est une problématique grave en santé publique avec une mortalité et morbidité importantes entraînant souvent des hospitalisations complexes, longues associant des soins psychiatriques et somatiques

Déroulement de l'étude :

Etude qualitative ; Entretien semi-directif ; soignants travaillant en service de médecine, urgences, soins intensifs.

Bénéfices de l'étude :

Nous espérons que cette étude permettra de comprendre les expériences des soignants dans la prises en soins des patients souffrant de trouble du comportement alimentaire .

Résultats :

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (contact@f2rsmpsy.fr).

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès de la personne responsable : *nom et coordonnées*

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) 211 rue du Général Leclerc, 59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE (contact@f2rsmpsy.fr)

L'absence de réponse aux questionnaires de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre aux questionnaires fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

ANNEXE 6

VERBATIMS



AUTEURE : Nahida BENZIDOUR

Soutenance le : 24 Juin 2024

Titre du mémoire : Le vécu des soignants dans la prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale en service de médecine dans un hôpital de la métropole Lilloise.

Title : The Caregiver's Experience in the Care of Patients Suffering from Anorexia Nervosa in Medical Departments in a hospital in the Lille metropolitan area.

Mots clefs : infirmière en pratique avancée, le vécu, anorexie mentale, relation soignant-soigné, empathie, entretiens.

Key words : the Advanced Practice Nurse, Experience, Anorexia Nervosa, Caregivers Patient's Relationship, Empathy, Interviews.

Contexte : L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire, aux origines multifactorielles telles que des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Elle est au carrefour de la santé psychique et somatique. La prise en soins des patients souffrant d'anorexie mentale est multidisciplinaires, complexes et longues. Les soignants jouent un rôle crucial dans le traitement et le soutien des patients. Ce travail vise à explorer et à comprendre les expériences des soignants, leurs émotions, la relation soignant-soigné, les stratégies et les difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, monocentrique. Je réalise des entretiens semi-directif auprès de médecins, infirmiers, aides-soignants en service de médecine, urgences et soins continus.

Résultats: La relation soignant-soigné est primordiale pour la confiance et l'alliance thérapeutique, elle permet de diminuer la résistance des patients. L'organisation des soins et la charge de travail en service de médecine, urgences et soins continus ne permet pas aux soignants de prendre en soins de manière optimale les patients souffrant d'anorexie mentale.

Discussion et conclusion : Ce travail a permis de mettre en évidence les difficultés émotionnelles ainsi que la méconnaissance et la stigmatisation de l'anorexie mentale par les soignants travaillant dans ces différents services. L'IPA pourra accompagner les équipes par des formations, des réunions de soutien et d'informations de la pathologie .

Abstract

Background : Anorexia nervosa is an eating disorder with multifactorial origins, such as biological, psychological, and environmental factors. It lies at the intersection of mental and somatic health. The care of patients suffering from anorexia nervosa is multidisciplinary, complex, and lengthy. Caregivers play a crucial role in the treatment and support of patients. This work aims to explore and understand the experiences of caregivers, their emotions, the caregiver-patient relationship, the strategies, and the challenges they might encounter.

Method : This is qualitative and single-centered study. I carry out semi-structured interviews with doctors, nurses and caregivers in medical service, emergencies and continuing care.

Results : The caregivers-patients relationship is essential for trust and the therapeutic alliance, it helps reduce patient resistance. The organization of care and the workload in the medical department, emergencies and continuing care do not allow caregivers to optimally care for patients suffering from anorexia nervosa.

Discussion and conclusion : That work made it possible to highlight the emotional difficulties and the lack of knowledge and the stigmatization of anorexia nervosa by caregivers working in different services. The APN will be able to support the teams with training, support meetings and pathology information.

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Emmanuel AZOUGUI

