

Table des matières

1	Introduction	6
2	La problématique	8
2.1	L'anorexie mentale, à la croisée des mondes médical et social	8
2.2	Anorexie mentale et bien-être social	9
2.3	Les objectifs de la recherche	10
2.4	Les hypothèses	11
3	L'anorexie mentale.....	12
3.1	Définition.....	12
3.2	Description.....	12
3.3	Prévalence.....	12
3.4	Différentes formes d'anorexie mentale	13
3.5	Signes cliniques	13
3.6	Causes.....	14
3.7	Conséquences	15
3.8	Prises en charge	15
4	Le travail en réseau.....	17
4.1	La multidisciplinarité ou la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité.....	17
4.2	Le travail en réseau.....	18
5	L'accompagnement	20
5.1	La nébuleuse de l'accompagnement	20
5.2	La posture d'accompagnement	22
6	La prise en charge de l'anorexie mentale	24
6.1	Les lieux de prise en charge en Suisse romande	25
6.2	Les interventions des éducateurs et éducatrices sociales	29
6.3	Les interventions des assistants et assistantes sociales.....	31
7	La démarche méthodologique	33
7.1	Terrain de recherche.....	33
7.2	L'échantillon.....	33
7.3	La technique de recueil des données	35
7.4	Éthique.....	35

8	L'analyse.....	37
8.1	La représentation de la santé	37
8.2	La prise en charge de l'anorexie mentale	41
8.3	Le travail en réseau.....	49
8.4	L'interdisciplinarité.....	53
8.5	Apports complémentaires des entretiens exploratoires	61
9	Synthèse des résultats	64
9.1	Retour sur les hypothèses.....	64
9.2	Retour sur la question de recherche.....	67
9.3	Les pistes d'action.....	68
10	Bilan de la recherche	70
10.1	Les limites de ce travail.....	70
10.2	Les perspectives de recherche.....	70
10.3	Mon parcours, ma planification.....	71
11	Références.....	73
12	Référence : image	75
13	Annexes	76
13.1	Guide d'entretien.....	76
13.2	Lettre d'information	81
13.3	Formulaire de consentement.....	82

Table des abréviations

AN ou AM	:	Anorexie mentale
AS	:	Assistants et assistantes sociales
BN	:	Boulimie nerveuse
CHUV	:	Centre hospitalier universitaire vaudois
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »
ES	:	Éducateurs et éducatrices sociales
NEC	:	Nutrition entérale continue
OFS	:	Office fédéral de la Statistique
OFSP	:	Office fédéral de la Santé Publique
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
TCA	:	Trouble du comportement alimentaire
TS	:	Travailleurs et travailleuses sociales

1 Introduction

Ce Travail de Bachelor porte sur l'anorexie mentale. Ce trouble du comportement alimentaire (TCA) « se caractérise par un refus de s'alimenter lié à un désir de perte de poids, alors même que celui-ci est normal, voire inférieur à la normale » (SIROLLI L., 2006, p.138). Tout au long de cette recherche, nous découvrirons les diverses spécificités liées à cette maladie psychiatrique. Nous nous intéresserons plus précisément à la prise en charge de la dimension sociale de la santé dans le contexte de l'anorexie mentale.

Je fus amenée à m'intéresser à ce sujet car un de mes proches a été confronté à cette maladie. En effet, j'ai accompagné une personne durant sa lutte contre l'anorexie mentale. Cette thématique me motive donc tout particulièrement. De manière globale et au travers de ce combat, je me suis rendue compte du suivi offert par les différent-e-s professionnel-le-s. Ces derniers et dernières étaient principalement issu-e-s de formations concernant la santé. Effectivement, les métiers de médecin, diététicien-n-e, ergothérapeute, psychologue, infirmier ou infirmière, ... étaient majoritairement représentés. Étant parallèlement en 1^{ère} année de formation à la Haute École de Travail Social (HETS), je m'étais questionnée sur la place des travailleurs et travailleuses sociales (TS) dans l'accompagnement professionnel. En effet, quelle place a ou pourrait avoir ma future profession dans la prise en charge de ce trouble alimentaire ? Cette réflexion initiale a donc suscité mon envie de mener une recherche approfondie sur ce sujet. Je suis consciente que je devrai me détacher de mes représentations. Toutefois, mon objectivité fait de moi une personne capable de laisser ses affects de côté.

Tout d'abord, la société occidentale actuelle prône le culte du corps. Beaucoup de gens sont en quête de minceur, d'un corps musclé ou tout simplement d'un bien-être physique. Le sujet de l'anorexie mentale est par conséquent de plus en plus traité par les médias et donc exposé au grand public. Selon l'Association Boulimie Anorexie (ABA), en 1997, 1 à 2% de la population adolescente était déjà touchée par l'anorexie et 5 à 8% par la boulimie en Suisse (ABA, 2015). Ces statistiques proviennent de Bettina Isenschmid, médecin cheffe à l'Hôpital de l'Île à Berne. Les troubles alimentaires constituaient donc et continuent de constituer un réel problème au sein de notre société. Pour avoir une vision plus récente, l'Office fédéral de la Statistique (OFS), à travers la statistique médicale de 2009, démontre que, sur 6'000 adolescent-e-s hospitalisé-e-s : « Des troubles de l'alimentation étaient la cause principale pour 417 hospitalisations d'adolescents : les patients souffraient d'anorexie mentale (77,2%), de boulimie (11,7%), ou d'autres troubles alimentaires (11%) » (OFS, 2009, p.3). Ainsi, ce sujet est au cœur de notre époque. Je pense donc qu'il est important de nous y intéresser afin de le comprendre et de pouvoir intervenir avec pertinence.

En outre, cette maladie n'est pas à négliger car elle n'est pas sans conséquence pour la santé. En effet, ce trouble mental, considéré comme une maladie, engendre des comportements à risques pouvant mener la personne jusqu'à son décès. Si la mort parvient à être évitée, la personne est tout de même en constantes souffrances psychique et physique. Alain Perroud, médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le relate dans son livre : « Être malade est, par définition, une source de souffrance. » (PERROUD A., 2009, p.35). L'anorexie mentale n'est donc pas à sous-estimer car elle provoque de réels tourments, tant pour les personnes malades que pour leur entourage proche. Selon l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) en 2012, « Le pronostic concernant les femmes souffrant d'AN [anorexie mentale] est bien connu ; il ne l'est pas encore suffisamment pour celles qui sont atteintes de BN [boulimie nerveuse]. Près de 5 % des patientes anorexiques meurent prématurément ; parmi les survivantes, environ 47 % deviennent asymptomatiques, 35 % environ sont sur le chemin de la guérison et 21 % environ restent atteintes chroniquement. » (OFSP, 2012, p.178). Selon moi, il est donc pertinent d'axer la recherche sur les professionnel-le-s afin de découvrir quelles pistes d'action ces derniers et dernières proposent pour rétablir la santé et soulager le quotidien des individus en question.

Ensuite, sur le terrain et de manière globale, le travail social s'intéresse aux addictions et se mobilise pour ce sujet. À ce propos, les gens entendent beaucoup parler de dépendances telles que l'alcoolisme, les drogues

ou encore les médicaments. Mais savent-ils à quel point une personne peut se retrouver emprisonnée dans des conduites de dépendance vis-à-vis de l'alimentation ? Car, toujours selon le Dr. Alain Perroud, « *L'anorexie induit un sentiment exaltant de réussite et de complétude qui s'apparente aux effets d'une drogue. Elle peut aussi prendre le caractère d'une conviction quasi délirante quand elle déforme considérablement la perception de son corps ou l'importance qu'on attache à son poids. Elle est longtemps accompagnée du sentiment qu'elle satisfait les attentes et comble les besoins personnels.* » (PERROUD A., 2009, p.36). Les diverses recherches menées dans le cadre de ce Travail de Bachelor nous permettront donc de comprendre les subtilités de l'anorexie mentale et les différentes épreuves traversées par les personnes concernées.

Pour terminer, nous mentionnerons la structure de cette recherche. Premièrement, la problématique sera décrite dans sa globalité, incluant la question, les objectifs ainsi que les hypothèses de recherche. Deuxièmement, nous développerons les notions de l'anorexie mentale, du travail en réseau, de l'accompagnement et de la prise en charge de ce trouble du comportement alimentaire. En effet, l'approfondissement de ces différents concepts nous permettra d'appréhender les divers éléments relatifs à la compréhension de ce travail. Dans une seconde partie, la démarche méthodologique prendra place. Nous présenterons le terrain de recherche, à savoir un établissement de Suisse romande, ainsi que l'échantillon des personnes participant à la démarche. La technique de recueil des données ainsi que l'éthique seront également exposées. Puis, nous analyserons les différents entretiens menés avec les professionnel-le-s afin de les lier aux différents concepts précédemment décrits. Pour terminer, la conclusion finale de ce travail exposera les limites de ce dernier, les pistes d'action survenues grâce à l'approfondissement des différents questionnements, mon parcours relatif à la réalisation de ce rapport écrit ainsi que les perspectives de recherche.

2 La problématique

2.1 L'anorexie mentale. à la croisée des mondes médical et social

L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique qui se manifeste principalement par un besoin obsessionnel de maigrir, une importante perte de poids pouvant aller jusqu'à la dénutrition ainsi qu'une résistance à la faim. (FONTE A., 2011, p.21) Ces conduites alimentaires déviantes adoptées par les personnes anorexiques sont destructrices. En effet, elles sont ancrées dans un mode de vie néfaste pour leur santé physique (malaises, carences, troubles cardiaques, dénutrition, ...), pour leur santé psychologique (mauvaise estime de soi, pensées suicidaires, dépression, ...) ainsi que pour leur équilibre environnemental (conflits familiaux, privations de sorties avec les pairs, déscolarisation, retrait social, ...). Selon Alain Fonte, infirmier général, « *Dans tous les cas, le pronostic vital peut être menacé. Selon le professeur Rigaud, les TCA équivalent à un cancer de l'âme ; nous rajoutons : qui ronge le corps.* » (FONTE A., 2011, p.22). Au sein de la problématique de l'anorexie mentale, la santé des personnes est donc au cœur des préoccupations. Mais que signifie le terme « santé » ? Pour beaucoup d'entre nous, la définition de cette dernière se résume par l'absence d'une maladie. (MAUTUIT D., 2009, p.34) Cependant, cette représentation a évolué suite à la définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1946.

Selon l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 2015). Cette définition regroupe donc la satisfaction des besoins physiques mais également des besoins mentaux et sociaux. En effet, selon Dominique Mautuit, docteur en sciences sociales et consultant dans les établissements du champ médico-social, sanitaire et éducatif, « *Aujourd'hui, et de plus en plus, la santé tend à se définir dans une vision holistique de l'homme.* » (MAUTUIT D., 2009, p.35). Il est vrai que la définition de la santé proposée par l'OMS intègre la notion de « bien-être social ». À ce propos, le sous-directeur général de l'OMS, le docteur Nikolai P. Napalkov, a déclaré en 1991 que « *Les mesures de la qualité de vie sont un indicateur de l'état de santé dont on reconnaît progressivement l'importance.* » (NIKOLAI P. NAPALCOV in MAUTUIT D., 2009, p.35). La dimension sociale étant particulièrement représentée par les professionnel-le-s issu-e-s du travail social, nous pouvons nous questionner sur les rôles et la place des TS dans l'accompagnement des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Effectivement, ce questionnement nous conduit directement à la pratique et aux interventions des professionnel-le-s issu-e-s du travail social. Car les ouvrages consultés et mon expérience concernant l'hospitalisation montrent que la majorité des professionnel-le-s concerné-e-s proviennent de formations médicales. Des médecins, des infirmiers et des infirmières, des diététicien-ne-s, des psychologues, des psychiatres, des physiothérapeutes ou encore des ergothérapeutes sont au cœur des pratiques. Les professions médicales sont donc particulièrement actives dans le suivi des patient-e-s. C'est également un constat de Dominique Mautuit qui déclare : « *Le système de santé est d'ailleurs dominé par le corps médical dont l'essentiel de la mission reste la lutte contre la maladie.* » (MAUTUIT D., 2009, p.34). Il est intéressant de souligner la mission poursuivie par les professionnel-le-s de la santé. En effet, celle-ci se caractérise par la lutte contre la maladie et non pas le maintien de la santé. La santé se définit donc davantage par l'absence d'une maladie que par les enjeux globaux cités par l'OMS, à savoir « *un bien-être physique, mental et social* » (OMS, 2015).

Cette conception de la santé a évolué suite à la définition préalablement citée de l'OMS. Car la qualité de vie est progressivement reconnue. « *Après avoir mis l'accent sur la mortalité, l'évaluation de l'état de santé est passée par une phase où l'on insistait davantage sur la morbidité pour atteindre finalement un stade d'évolution où l'on accorde plus d'importance à des critères positifs de la santé comme le bien-être et la qualité de vie.* » (MAUTUIT D., 2009, p.35). Nous pouvons alors nous demander quel-le-s sont les

professionnel-le-s qui représentent cette dimension sociale de la santé.

Par conséquent, c'est bien la prise en charge bio-psycho-sociale qui nous intéresse. Cela nous amène à formuler la question de départ ainsi : « **Dans le cadre de l'anorexie mentale, quelle est la place des travailleurs et travailleuses sociales au sein du réseau interdisciplinaire et quels sont leurs outils pour assurer un accompagnement ?** ». La place des TS au sein du réseau interdisciplinaire est un questionnement fondamental de ce Travail de Bachelor. Ont-ils un rôle à jouer et de quelle nature ? Le domaine de l'anorexie mentale relève-t-il uniquement de la psychologie et de la diététique ? Si les TS ont un rôle à jouer, alors comment travaillent-ils avec les souffrances éprouvées par les patient-e-s et dans quel contexte ? Quelle posture adoptent-ils ? En résumé, de quelle manière interviennent les différent-e-s professionnel-le-s et comment ces derniers et dernières se mobilisent au travers de la relation d'aide proposée à la personne souffrant du trouble de l'anorexie mentale ? Ce sont effectivement des questionnements initiaux et fondamentaux de ce Travail de Bachelor.

2.2 Anorexie mentale et bien-être social

Nous avons vu que, selon l'OMS, la santé est également considérée sur le plan social. Nous nous intéresserons donc plus précisément à la manière dont les professionnel-le-s conçoivent la définition de la santé et comment ces derniers et dernières prennent en charge la dimension sociale de la santé. Pour ce faire, des entretiens ont été menés avec divers-e-s intervenant-e-s de la prise en charge. Il sera intéressant de découvrir de quelle manière elles et ils assument leurs rôles en fonction de leurs représentations de la santé, les différentes interventions proposées par chaque corps de métier, le travail en réseau ainsi que l'interdisciplinarité. Pour terminer, nous nous intéresserons aux éventuelles interventions des travailleurs et travailleuses sociales et découvrirons leurs actions dans le cadre de l'accompagnement professionnel proposé. La question de recherche peut donc être formulée ainsi : « **Dans le cadre de l'anorexie mentale, comment les professionnel-le-s issu-e-s des domaines sanitaire et social prennent-ils en charge la dimension sociale de la santé ?** ».

Cette question de recherche permettra d'aborder plusieurs thématiques sous-jacentes. Premièrement, une définition de l'anorexie mentale et le développement de ses spécificités seront abordés. Ensuite, de ce développement découleront les différents modes de prise en charge proposés à autrui pour combattre l'anorexie mentale. Puis, les différents concepts clés de ce Travail de Bachelor seront exposés ainsi que décrits : l'interdisciplinarité, l'accompagnement, le travail en réseau et les différents modes de prises en charge. À partir de ces différents concepts, les interventions des travailleurs et travailleuses sociales et leurs compétences professionnelles seront questionnées. Par conséquent, l'articulation du social et du sanitaire constituera un élément clé de la recherche.

Il est vrai que cette question de recherche s'articule entre les conséquences médicales de cette maladie psychiatrique et le bien-être social qui en découle. En effet, l'anorexie mentale engendre un grand nombre de conséquences physiques, psychiques ainsi que sociales. Il est donc intéressant de découvrir les possibilités avec lesquelles les personnes souffrantes peuvent se battre, en exposant les différents modes de prises en charge proposés par les professionnel-le-s. Ce qui nous permettra de nous intéresser aux concepts clés afin de concentrer notre regard sur la professionnalité. Quel-le-s sont les intervenant-e-s de la prise en charge ? Quelle sont leurs représentations de la santé et de quelle manière ces dernières influent sur leur manière de travailler ? De quelle façon est prise en charge la dimension sociale de la santé, tel que le relate la définition de l'OMS ? Quelle place et quels rôles ont les travailleurs et travailleuses sociales au sein du réseau interdisciplinaire ? Tous ces questionnements nous permettront d'acquérir une représentation de l'organisation des différent-e-s professionnel-le-s autour de cette thématique et cela de manière concrète également, au travers d'un lieu de prise en charge en Suisse romande.

2.3 Les objectifs de la recherche

Les objectifs théoriques

- Définir l'anorexie mentale et ses différentes spécificités ;
- Décrire les différents types de prise en charge de l'anorexie mentale ;
- Découvrir divers lieux de prise en charge existant en Suisse romande ;
- Exposer les différents concepts : le travail en réseau, l'interdisciplinarité, l'accompagnement et les interventions des travailleurs et travailleuses sociales (leurs compétences en lien avec la problématique).

Les objectifs de terrain

- Découvrir le système de collaboration entre les professionnel-le-s intervenant dans la prise en charge de l'anorexie mentale (interdisciplinarité) ;
- Comprendre la manière dont s'organise le réseau professionnel ;
- Comprendre la place des TS, leurs rôles et leurs outils vis-à-vis de cette pathologie ;
- Comprendre la manière dont les TS se positionnent dans un domaine de la santé ;
- Rencontrer deux psychothérapeutes travaillant dans le domaine de l'anorexie mentale, au début de la recherche, afin d'avoir une idée concrète de la prise en charge proposée ;
- Rencontrer un éducateur ou une éducatrice sociale ainsi qu'un-e assistant-e social-e intervenant dans la prise en charge de l'anorexie mentale afin de comprendre les interventions des TS ;
- Axer la recherche sur une prise en charge spécifique en Suisse romande ;
- Questionner les pratiques professionnelles :
 - Questionner la représentation de la santé et découvrir la manière dont cette dernière influence la pratique,
 - Questionner les représentations des rôles professionnels,
 - Questionner la prise en charge de l'anorexie mentale et sa dimension sociale,
 - Questionner l'interdisciplinarité ainsi que le travail en réseau.

Les objectifs professionnels

- Acquérir des notions théoriques concernant le trouble de l'anorexie mentale ;
- Développer mon intérêt pour les établissements de prise en charge alliant les professions médicales et sociales ;
- Développer les concepts de l'interdisciplinarité et du travail en réseau ainsi que leur mise en œuvre sur le terrain ;
- Prendre conscience des enjeux au niveau des prises en charge de l'anorexie mentale ;
- Proposer des pistes d'action suite aux différents éléments découverts.

2.4 Les hypothèses

Pour rappel, la question de recherche est la suivante :

Dans le cadre de l'anorexie mentale, comment les professionnel-le-s issu-e-s des domaines sanitaire et social prennent-ils en charge la dimension sociale de la santé ?

Hypothèse n°1

Travailler en réseau interdisciplinaire est indispensable pour accompagner une personne souffrant d'anorexie mentale.

Hypothèse n°1.1

La santé, selon la définition de l'OMS, est un bien-être complet physique, psychique et social. Le premier aspect est pris en charge par le personnel médical, le deuxième par les psychologues et le troisième par les TS.

Hypothèse n°1.2

La prise en charge par les professionnel-le-s est déterminée par leur propre conception de la santé.

Hypothèse n°1.3

La prise en charge ne peut être assurée par les interventions d'un seul corps de métier. L'interdisciplinarité existe donc au sein des institutions prenant en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Hypothèse n°2

De par leur formation autour de l'accompagnement, les TS sont particulièrement formé-e-s pour prendre en charge la dimension sociale de la santé.

Hypothèse n°2.1

Les TS, par une posture d'accompagnement, sont complémentaires à l'intervention médicale.

3 L'anorexie mentale

3.1 Définition

En 1584, le mot « anorexie » a vu le jour dans la nosologie médicale mondiale. C'est seulement deux siècles après que l'adjectif « anorectique » est apparu dans la littérature française. Ce dernier est issu du latin « anorectus », signifiant : sans appétit (MARSAUDON E., 2011, p.9).

Il est important de différencier les termes « anorexie » et « anorexie mentale ». En effet, l'anorexie est composée du préfixe an, c'est-à-dire « absence de », et du suffixe orektos, c'est-à-dire appétit (MARSAUDON E., 2011, p.11). Par déduction, cette définition signifie une perte d'appétit de manière globale. L'anorexie peut survenir chez toute personne, sans cause particulière. Par exemple, après une rupture sentimentale, une personne peut être amenée à ne plus avoir faim. Cette dernière est donc sujette à une perte d'appétit. Cependant, la sensation de faim reviendra au fur et à mesure que la situation s'améliorera. Ainsi, l'anorexie peut être une conséquence d'une pathologie quelconque telle qu'une dépression.

Dans ce travail, nous nous intéressons essentiellement à l'anorexie mentale. La personne atteinte de ce trouble alimentaire ne souffre pas d'un manque d'appétit. Au contraire, dans les premiers temps, la personne se bat contre la sensation de faim car cette dernière demeure présente. Au fur et à mesure, la personne n'aura plus à lutter car l'estomac s'atrophiera, ce qui engendrera une diminution du désir au niveau de l'appétit. Les prises alimentaires seront donc restreintes. « *Au final, comme le décrivait Lasègue en 1873, « ... l'appétit se perd en ne mangeant plus ».* » (MARSAUDON E., 2011, p.12).

3.2 Description

Le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} révision) indique les critères diagnostiques de l'anorexie mentale. Tout d'abord, nous observons un refus de conserver son poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal (en fonction de l'âge et de la taille). Ensuite, la personne, étant déjà à un poids inférieur à la normale, a intensément peur de prendre du poids. En outre, la vision du poids et de la forme corporelle est altérée ; la personne est en déni car elle ne s'aperçoit pas de la gravité de la situation. Pour terminer, concernant les femmes après la puberté, nous constatons une absence de règles (aménorrhée) durant au minimum trois cycles successifs (CHAPELOT D., 2011, p.5).

Précisons que, suite à la publication de la 5^{ème} version du DSM, le critère concernant une aménorrhée n'est plus actuel. En effet, ce dernier n'était pas systématique car certaines filles prenaient une contraception, d'autres étaient prépubères, les hommes n'étaient pas concernés et pour finir certaines femmes étaient ménopausées (NANDRINO J.-L. *et al.*, 2015, p.6).

Pour terminer, dans le discours des personnes souffrant d'anorexie mentale, nous pouvons retrouver la référence à « une petite voix ». Cette dernière les pousserait à adopter des comportements négatifs à leur propre égard, tel que ne pas s'alimenter. En effet, « *Peggy Claude Pierre, psychologue, dans son livre « Guérir de l'Anorexie et de la Boulimie » identifie une voie autonome qu'elle qualifie de pensée négative « tyrannique, hypercritique, destructrice, renforçant le désespoir qui peut être imaginée comme un parasite qui tente de dévorer la pensée réelle de son hôte ».* » (FONTE A., 2011, p.62).

3.3 Prévalence

« *La prévalence (qui correspond au nombre total de cas en population générale) de l'anorexie varie en fonction des études internationales entre 0,28 et 0,9 % pour les jeunes femmes, avec une prévalence moyenne vie entière de 0,3 % (Hoek et Van Hoeken, 2003). En France l'étude de Rigaud (1994) estime une prévalence plus importante comprise entre 1,6 et 4 %.* » (NANDRINO J.-L. *et al.*, 2015, p.10). Cependant, les chiffres ne reflètent pas exactement la réalité car tous les cas ne sont pas recensés. Ce qui diminue les pourcentages. De plus, d'autres études affichent des chiffres plus élevés car des formes moins graves d'anorexie mentale ont été comptabilisées.

3.4 Différentes formes d'anorexie mentale

Nous ne pouvons pas parler dans tous les cas d'un trouble du comportement alimentaire (TCA). En effet, pour parler d'un TCA, il faut que toutes les maladies organiques aient été écartées du diagnostic. De plus, il faut pouvoir observer les symptômes sur le long terme car si une personne refuse de s'alimenter lors d'un repas, cela ne signifie en rien que cette dernière souffre d'anorexie mentale. Et pour terminer, les habitudes quotidiennes de la personne doivent être modifiées et avoir des conséquences sur son développement (SIROLLI L., 2006, p.18). Nous allons désormais classer les différentes formes d'anorexie mentale.

L'anorexie avec crise de boulimie purgative signifie que la personne souffre de crises incontrôlées durant lesquelles l'envie de manger est au centre. La fréquence de ces dernières est généralement de minimum deux fois par semaine. Après l'ingestion en grande quantité d'aliments et sur une durée brève, la personne adopte des comportements compensatoires (vomissements, laxatifs, diurétiques) pour éviter une éventuelle prise de poids. Suite à la crise, la personne peut se sentir soulagée mais ce sentiment ne dure jamais. S'en vient alors un mal-être, des angoisses et une culpabilité de n'avoir pas su gérer la situation (MARSAUDON E., 2011, p.15).

L'anorexie restrictive est également appelée l'anorexie « pure ». La personne n'est pas sujette à des crises et n'adopte pas de comportements compensatoires comme précisé dans l'anorexie avec crise de boulimie purgative. Au contraire, la personne souffrant d'anorexie restrictive est dans le contrôle le plus absolu. Elle fait preuve de beaucoup de vigilance quant aux calories. En parallèle, le sport intense est prôné dans le but d'avoir un contrôle supplémentaire sur le poids et de compenser les prises de repas. Les filles de quinze à vingt ans sont généralement concernées par cette forme d'anorexie ; parfois plus tôt ou un peu plus tard (MARSAUDON E., 2011, p.15).

L'anorexie prépubertaire : Les critères établis dans le DSM pour réaliser un diagnostic sont moins évidents à mettre en œuvre. En effet, les changements corporels dus à la puberté varient d'une fille à une autre. Surveiller la croissance et le poids n'est donc pas une tâche aisée. C'est pourquoi les observations reposeront davantage sur les propos de la personne ; propos dégradants sur son poids, mauvaise estime de soi, vécu difficile de la puberté, contrôle extrême sur les calories, (MARSAUDON E., 2011, p.16)

La forme tardive après 25 ans n'est pas rare. Un événement traumatique est souvent à l'origine de l'apparition du trouble alimentaire. Quelques fois, un événement difficile de la vie peut également constituer un facteur déclencheur et faire réapparaître une expérience douloureuse vécue durant l'adolescence (MARSAUDON E., 2011, p.16).

3.5 Signes cliniques (MARSAUDON E., 2011, p.19-28)

Chaque situation est unique mais nous allons décrire quelques signes cliniques généraux. Tout d'abord, la personne souffrante se préoccupe constamment des aliments. Ces derniers sont considérés comme dangereux. C'est pourquoi la personne exerce un contrôle extrême sur la nourriture et s'impose une restriction drastique. Ensuite, et par suite logique, la personne s'amaigrit progressivement. Cette perte de poids est très souvent impressionnante car les jeunes filles peuvent perdre jusqu'à la moitié de leur poids initial. Parfois la personne souffre de « dysmorphophobie », c'est-à-dire qu'elle est dans un contrôle extrême car elle perçoit son corps comme étant toujours trop gros. Ou parfois la personne peut souffrir d'« anosognosie » : la personne est en déni car elle n'admet pas la présence de l'anorexie mentale et n'a pas conscience de toutes les conséquences sur son corps. Tous les attraits physiques féminins (fesses, seins, hanches, ...) disparaissent en conséquence de la dénutrition. Généralement, ces jeunes filles n'acceptent pas leur féminité.

En parallèle, la personne pratique un sport à l'extrême afin de dépenser le plus de calories. Il y a aussi un isolement progressif avec les environnements familial, scolaire, professionnel, social, En effet, les repas sont généralement animés de conflits et la personne malade n'a plus l'impression de partager les mêmes valeurs que son cercle relationnel.

Pour terminer, « *D'après Rosen (1995), l'image corporelle est un concept qui fait référence à la manière selon*

laquelle une personne perçoit, imagine, sent et agit face à son propre corps. » (ROSEN, 1995 in : CHABROL H., 2007, p.116). Les troubles de l'image corporelle chez les personnes souffrant d'anorexie mentale se traduisent par trois niveaux. Tout d'abord, sur le plan perceptif, la personne se sent « grosse ». Ensuite, sur le plan subjectif, cette personne va également imaginer qu'autrui se focalise sur son corps et que ce dernier le trouve désagréable. Puis, sur le plan comportemental, ce sont des personnes qui évitent certaines situations les confrontant à leur corps ainsi que les réflexions négatives. (CHABROL H., 2007, p.117). Au début de la maladie, la personne est satisfaite du contrôle exercé sur son corps. Mais petit à petit, les angoisses vont apparaître car elle pense son corps et l'imagine en surpoids. Cette perception provoque des angoisses nommées « distorsions cognitives ». La personne ne parvient pas à se voir telle qu'elle est.

3.6 Causes

De nos jours, les différents auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'y a pas une seule cause précise à l'anorexie mentale. En effet, elle serait due à une succession de différents facteurs physiques, psychiques et sociaux.

Les causes physiques : Quelques kilos superflus peuvent être une préoccupation chez les personnes adolescentes, comme à tout âge de la vie. Généralement, ces dernières se lancent dans l'aventure d'un régime alimentaire afin de perdre du poids. Cette perte deviendra, par la suite, une satisfaction. Ce qui pourrait découler sur un contrôle extrême ainsi qu'une jouissance de plus en plus grande. Cette hygiène de vie pourrait donc amener la personne vers l'anorexie mentale. (PAUZÉ R. & CHARBOUILLOT-MANGIN B., 2001, p.50)

Les causes psychiques : Selon Eric Marsaudon, médecin des hôpitaux, interniste et nutritionniste, « *La restriction alimentaire est une tentative de résolution de conflits, certes mal adaptée, souvent désespérée, souvent déstructurante, mais une réponse tout de même à une succession de tensions psychologiques non résolues* » (MARSAUDON E., 2011, p.85). En effet, ces dernières pourraient être issues d'un deuil à effectuer, d'agressions sexuelles, de difficultés rencontrées à l'école, de méchancetés reçues vis-à-vis de l'apparence physique, d'un divorce parental, ... Mais nous ne savons toujours pas pourquoi, lorsque deux personnes sont confrontées aux mêmes situations, l'une d'entre elles développera une anorexie mentale et l'autre se développera sans heurt. Parfois, les messages émis par la famille ou la société peuvent influencer la perception du corps chez les jeunes filles ; par exemple les premières expériences corporelles, les jugements sur le corps provenant des pairs, les messages parentaux préventifs concernant les risques sexuels, ... Sa propre image corporelle change dans le regard des autres et la jeune fille en prend conscience. Cette prise de conscience dans le changement d'identité peut donner place à des angoisses déstabilisantes. La période de l'adolescence est donc propice aux changements et peut provoquer des comportements d'évitement pouvant se traduire par des troubles alimentaires. (MARSAUDON E., 2011, p.85-100)

Les causes sociales : Tout d'abord, la société actuelle joue un rôle. En effet, cette dernière délivre des messages médiatiques concernant l'apparence et exige que nous devenions tel que le veulent les autres. Il y a beaucoup d'exigences pour être une femme « parfaite ». Et lorsqu'une personne ne correspond pas aux normes, son apparence est dévalorisée. À l'adolescence, ces pressions sociétales sont à prendre en compte. Suivant la personnalité d'autrui, et si ce dernier a peur de décevoir son entourage, il pourrait adopter des comportements alimentaires déviants. Ensuite, la famille peut avoir une influence sur le développement des troubles alimentaires. Cependant, il n'y a pas un profil familial type. Nous relèverons donc quelques situations pouvant être déstabilisantes. Effectivement, si un membre de la famille a souffert d'anorexie mentale, de dépression ou d'alcoolisme, cela pourrait avoir des répercussions sur l'enfant. De plus, si les parents protègent excessivement leur enfant ou, au contraire, s'ils ne s'en occupent pas avec attention, la situation peut être perturbante pour l'adolescent-e. Ce dernier ou cette dernière pourrait également être perturbé-e si les règles éducatives sont fluctuantes et si les relations sont ambivalentes ainsi que conflictuelles. Pour continuer, si une famille évite les conflits afin de ne pas débattre sur les différentes opinions, l'adolescent-e aura des difficultés à construire son identité. En outre, des traumatismes émotionnels peuvent fragiliser l'adolescent-e. Pour terminer, des liens fusionnels entre une mère et sa fille peuvent être néfastes. En effet, cela crée une situation de dépendance et l'adolescente reste sous l'emprise de sa mère. Cela n'est pas

encouragé car le lien mère-fille jouerait un rôle dans l'affirmation de soi. (MARSAUDON E., 2011, p.85-100)

3.7 Conséquences

Il est important de prendre en considération que les conséquences physiques, psychiques et sociales varient en fonction de la durée et de l'importance du trouble alimentaire.

Les conséquences physiques : La première conséquence indéniable est la perte de poids. De cette perte découlent plusieurs signes physiques engendrés par la dénutrition chronique ; tels que des troubles digestifs, œdèmes aux jambes, fonte musculaire, fragilisation des os, troubles cardio-vasculaires et d'autres encore. (BARRAUD R., 1998, p.25) De plus, les personnes souffrant d'anorexie mentale peuvent avoir les cheveux qui tombent, des ongles cassants ainsi que la peau sèche. (MARSAUDON E., 2011, p.105) Ensuite, si nous faisons référence à une anorexie mentale dont la gravité est considérable, la plus grande conséquence pourrait être la mort. En effet, tels que cités ci-dessus, beaucoup de risques sont présents sur le plan somatique. Dans le cas où ces derniers seraient élevés, la personne souffrant d'anorexie mentale pourrait ne pas réussir à les combattre. (BRUSSET B, 1993, p.157)

Les conséquences psychiques : La personne souffrant d'anorexie mentale est insérée dans un contrôle vis-à-vis de la nourriture et de son corps. Au fil du temps, ce contrôle deviendra permanent et spontané. Ce qui amènera la personne dans des rituels obsessionnels occultant tout le reste. « *L'état émotionnel de la jeune fille devient alors instable, fluctuant au gré des contraintes volontaires ou non, imposées par son entourage.* » (MARSAUDON E., 2011, p.107). Ensuite, lorsque la personne reprendra une alimentation équilibrée, c'est-à-dire en étant moins dans ce contrôle, elle sera sujette à une dépression. (BARRAUD R., 1998, p.25) Sur la durée, l'anorexie mentale engendre également des troubles psychologiques divers suivant l'évolution et les fluctuations de la maladie.

Les conséquences sociales : Malgré cette difficulté au niveau du psychisme, les personnes souffrant d'anorexie mentale surprennent par leur optimisme et leur entrain quant aux projets de la vie. Cependant, sur le long terme, les projets vont diminuer car les habitudes obsessionnelles occuperont une grande partie de leur temps libre. C'est pourquoi il y aura également un isolement vis-à-vis des relations sociales. La personne n'arrivera plus à échanger avec son entourage et les repas en groupe seront quasi inexistantes. (MARSAUDON E., 2011, p.108) En effet, selon Eric Marsaudon, « *Les repas partagés et conviviaux sont de moins en moins fréquents et les soirées tendent à devenir pénibles pour tous. La jeune fille limite alors ses contacts sociaux et ses sorties entre amis pour se retirer progressivement de toute activité sociale et s'isoler.* » (MARSAUDON E., 2011, p.109).

3.8 Prises en charge

Lorsque le diagnostic a été établi, les médecins entrent en matière afin de faire un bilan et d'évaluer le risque vital. Cette prise en charge est généralement ambulatoire. Après l'analyse des résultats, certaines situations nécessitent une hospitalisation d'emblée. En effet, si la température centrale est trop faible, s'il y a des troubles sanguins ou un épuisement physique/psychique ou encore des troubles cardiaques, aucune discussion ne sera envisagée, la personne sera admise à l'hôpital (MARSAUDON E., 2011, p.121). Cependant, il n'est pas toujours évident de convaincre une personne souffrant d'anorexie mentale de se faire hospitaliser. Certaines occasions pourraient néanmoins faciliter un consensus. Premièrement, si la patiente anorexique adhère à la proposition, il faut saisir cette opportunité afin de lui administrer des soins. Ensuite, si tel n'est pas le cas, il faudrait pouvoir compter sur le soutien des parents. Et troisièmement, si la personne souffre en parallèle d'une dépression ou d'une autre pathologie, cela pourrait constituer une raison d'admission à l'hôpital (VINCENT T., 2009, p.33).

Pour continuer, les personnes souffrant d'une forme grave d'anorexie mentale peuvent être reçues dans différents services de l'hôpital. Effectivement, le service de réanimation peut être sollicité si la situation l'exige, les services « aigus » permettent d'isoler la personne dans un but thérapeutique. Dans le cas où le pronostic vital n'est plus engagé, la personne peut être orientée vers un séjour prolongé afin de maintenir la séparation avec la famille et d'envisager une réintégration du cursus scolaire ou professionnel (VINCENT T., 2009, p.35).

Dans le cas où le corps est malnutri ou dénutri, les personnes vont être réalimentées par des mesures annexes. Une nutrition entérale continue (NEC) en est un exemple. Il s'agit d'une sonde naso-oesophagienne. Cette dernière est à débit constant pour commencer, mais elle sera administrée uniquement la nuit par la suite. En parallèle, pendant les journées, la personne s'alimentera par voie orale. Au fur et à mesure que l'alimentation orale s'améliorera, la NEC diminuera (VINCENT T., 2009, p.53). Par la suite, une alimentation normale dite « orale » est progressivement réintégrée dans le quotidien de la personne afin de restaurer un poids aux normes. Lorsque les personnes sont hospitalisées, un contrat de poids est établi afin de récupérer 90 % du poids idéal.

Deux axes sont donc omniprésents. D'un côté, il y a l'axe nutritionnel et de l'autre, il y a l'axe psychologique. Suivant les situations, l'axe nutritionnel sera davantage travaillé que l'axe psychologique ou inversement (MARSAUDON E., 2011, p.127). S'il s'agit d'un suivi ambulatoire, il y a un suivi psychiatrique. Mais peuvent également intervenir un médecin nutritionniste, un médecin généraliste ou un-e diététicien-ne. S'il s'agit d'une hospitalisation, le nombre de professionnel-le-s augmente. Il y a, en effet, les personnels médical et paramédical. La richesse du suivi réside dans la diversité des intervenants. Ces derniers agissent avec leur vision de la situation, leurs mots, leur point de vue. Ces éléments sont précieux et aident la personne à reconstruire une réalité objective (MARSAUDON E., 2011, p.135). En outre, un travail est également réalisé autour du corps et de la sexualité. Il s'agit de déconstruire, en douceur, les préjugés et les tabous (MARSAUDON E., 2011, p.142).

La personne souffrant d'anorexie mentale sera également amenée à suivre une thérapie. Nous allons en décrire trois. Tout d'abord, il y a la thérapie cognitivo-comportementale qui visera à modifier un comportement. En effet, le travail mettra l'accent sur les symptômes afin de les guérir. Les thérapeutes se focalisent peu, voire pas du tout, sur l'origine du trouble. Ensuite, la thérapie psychanalytique, fondée par Sigmund Freud et contrairement au premier modèle, s'intéresse en priorité à l'origine du problème. Les patient-e-s développent leur histoire, leur vécu sous forme de récit. À partir de ces éléments, les thérapeutes tentent d'appréhender le vécu afin de trouver des pistes d'action. Pour terminer, la thérapie émotionnelle donne une place aux émotions et aux ressentis de la personne. Cette dernière lâche prise et s'autorise à ne plus être dans le contrôle. (BARRAUD R., 1998, p.41)

Pour conclure, la prise en charge dure généralement entre deux et cinq ans. À terme, 50% des personnes retrouvent une qualité de vie stable et normale. Pour les autres, il peut y avoir une chronicisation des symptômes avec d'éventuelles rechutes et la poursuite d'un suivi avec un traitement approprié (MARSAUDON E., 2011, p.121).

4 Le travail en réseau

4.1 La multidisciplinarité ou la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité

Nous avons vu, par l'exposition des différentes formes de prise en charge d'une personne souffrant d'anorexie mentale, que les situations auxquelles font face les professionnel-le-s sont complexes. Nous avons également pu constater que les dimensions psychologique, nutritionnelle et sociale doivent être travaillées dans le cadre de cette maladie. C'est pourquoi cela engendre les interventions de plusieurs corps de métiers. Cette manière de fonctionner est couramment appelée la « multidisciplinarité » ou « pluridisciplinarité ». Ce terme renvoie à une idée de juxtaposition des disciplines. En effet, « *La pluridisciplinarité est l'association des disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes.* » (DELATTRE, 1977, p.386 in : REGE COLET N., 1993, p.21).

Cependant, selon un article paru en 2011 dans la Revue Médicale Suisse, les interventions des différent-e-s professionnel-le-s ne doivent pas se limiter à une juxtaposition des disciplines. En effet, « *Maladies psychiatriques qui s'attaquent au corps, l'anorexie mentale et la boulimie peuvent avoir de graves conséquences aussi bien psychiques, physiques que sociales. Elles requièrent une prise en charge interdisciplinaire, coordonnée et modulable, souvent sur plusieurs années.* » (GEBHARD S. et al., 2011). Selon Jean Foucart, docteur en sociologie, les intervenant-e-s travaillant sur le mode de la pluridisciplinarité adoptent une posture de juxtaposition des disciplines en additionnant leurs regards disciplinaires sur une même situation de patient-e-s. (FOUCART J., 2008, p.97). Mais, toujours selon Jean Foucart, cette interdisciplinarité requise vise plus loin car cette dernière transpose des méthodes d'une discipline à une autre soit par le biais de la complémentarité, soit par le biais de la circulation. Tout d'abord, vis-à-vis de la complémentarité, les professionnel-le-s travaillent sur un sujet commun et « *explorent les points d'articulations entre leurs savoirs afin de concourir à un objectif commun* » (VINCK, 2000, p.86 in : FOUCART J., 2008, p.97). Les personnes, au travers de leurs disciplines, apportent des regards différents. Par conséquent, « *les disciplines en viennent à se transformer l'une l'autre, à réorganiser leurs champs et leurs approches méthodologiques [...]* » (VINCK, 2000, p.86 in FOUCART J., 2008, p.97). Ensuite, concernant la circulation, cette dernière se centre sur une discipline et non sur un sujet. Les professionnel-le-s issu-e-s d'une discipline « *peuvent ainsi en explorer d'autres pour y emprunter quelques concepts, des méthodes, des questions ou des problèmes à résoudre, des résultats servant de base à de nouvelles questions.* » (VINCK, 2000, p.88 in FOUCART J., 2008, p.97). Effectivement, les professionnel-le-s, au-delà de la pluridisciplinarité, entrent « *dans les problématiques et le langage des autres* » (VINCK, 2000, p.88 in FOUCART J., 2008, p.97).

Guy Le Boterf, docteur d'Etat en sciences humaines, mentionne également l'interdisciplinarité dans la prise en charge de l'anorexie mentale : « *non seulement la multidisciplinarité mais aussi l'interdisciplinarité sont requises : il ne suffit pas d'enrichir la connaissance d'un objet ou d'un phénomène en collectionnant les apports disciplinaires, mais d'effectuer la synthèse de ces apports* » (LE BOTERF G., 2013, p.9). Il est donc bénéfique que chaque point de vue soit partagé afin que les professionnel-le-s échangent sur leurs opinions et coordonnent leurs actions. C'est cette démarche, qui par la suite, permettra de proposer un suivi de qualité à l'utilisateur.

De plus, « *L'idée principale, qui apparaît comme une constante, est que l'interdisciplinarité correspond à une intégration de deux ou de plusieurs disciplines, une association en vue de produire une nouvelle connaissance plus élaborée et complète.* » (REGE COLET N., 1993, p.21). En effet, prenons pour exemple la situation d'une personne souffrant d'anorexie mentale. Différent-e-s professionnel-le-s interviendront auprès de cette dernière. Un-e psychologue axera son regard sur le psychique et/ou le contexte familial dans lequel évolue ce ou cette patiente. La diététicienne s'occupera peut-être davantage du contenu des assiettes et du

rapport que la personne a avec les aliments. Le médecin aura une vision davantage orientée sur les informations somatiques et les risques vitaux. L'infirmier ou l'infirmière veillera à ces aspects médicaux et sera peut-être davantage dans un aspect relationnel du fait des visites quotidiennes, etc. C'est pourquoi « *L'interdisciplinarité vise l'intégration des disciplines scientifiques ainsi que la production, à partir de cette rencontre, d'un plus, supérieur à la somme des parties.* » (REGE COLET N., 1993, p.22). En effet, si tous ces professionnel-le-s mettent en commun leurs points de vue, leurs observations, leurs inquiétudes, leurs relations avec la personne hospitalisée ou encore d'autres éléments, cela apportera à l'équipe une vision complète de la situation. Cette mise en commun amènera peut-être des pistes de compréhension supplémentaires. Suite à cela, une piste d'action, pertinente pour chaque intervenant-e, pourra être trouvée. En effet, le terme « interdisciplinaire » renvoie à une « *interaction existant entre deux ou plusieurs disciplines* » (OCDE, 1972 in : REGE COLET N., 1993, p.23). Comme mentionné plus haut, cette interaction découlerait d'une mise en commun ou d'un dialogue favorisant la circulation des informations et des avis professionnels. Cela pourrait engendrer, par la suite, l'intégration de concepts-clés, des méthodes, des connaissances théoriques ou pratiques, etc., menant à un consensus. Ce dernier apporterait un suivi de qualité car riche de toutes les disciplines. (REGE COLET N., 1993, p.23). Cette manière de faire est donc susceptible d'offrir une cohérence dans le suivi ainsi qu'un contexte sécurisé pour les patient-e-s.

Pour terminer, « *Plus spécifiquement, l'interdisciplinarité se réalise à l'occasion d'une rencontre intentionnée autour d'objets partagés, à la faveur d'un mode appliqué de résolution de problèmes.* » (KLEIN, 1996 in : COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIERE C., 2005, §3). Les divers-e-s professionnel-le-s ont la possibilité de communiquer de manière informelle ; par le biais de discussions durant les pauses, d'appels téléphoniques ou autres moyens. Mais il existe également des rencontres formelles durant lesquelles les intervenant-e-s se réunissent afin d'échanger sur une situation et donc sur un objectif commun. Ces dernières prennent la forme de colloques et de travail en réseau par exemple.

4.2 Le travail en réseau

Comment agir alors lorsque divers-e-s professionnel-le-s interviennent dans la gestion d'une même situation ? Selon Régis Dumont, éducateur spécialisé, « *le secteur sanitaire et social est, en effet, une affaire de spécialistes et de spécialités. À chaque problème de l'usager correspond un mode d'intervention particulier, spécifique, sur lequel s'est construite la légitimité des professionnels et des services les employant* » (DUMOULIN P. et al., 2015, p.4). Tout d'abord, dans la prise en charge de l'anorexie mentale, nous avons constaté que des psychologues, médecins généralistes, infirmiers et infirmières, psychothérapeutes, diététicien-ne-s, nutritionnistes, travailleurs et travailleuses sociales (TS), etc. intervenaient. Afin de collaborer, ces derniers et dernières sont amené-e-s à former un réseau professionnel qui vise à synchroniser leurs actions et à avancer au même rythme. Effectivement, les professionnel-le-s partagent et échangent sur leur vision de la situation. Cela constitue un élément clé de la réussite. Suite à cela, chacun-e aura des moyens spécifiques pour atteindre l'objectif en fonction de sa discipline professionnelle. En effet, « *Dans l'intervention sanitaire et sociale, à l'aube du troisième millénaire, les compétences techniques, spécifiques des professionnels dans leur sphère d'intervention, mais surtout leurs compétences transversales ou compétences à la coordination, apparaissent, en effet, essentielles pour favoriser une intervention de qualité auprès de l'usager.* » (DUMOULIN P. et al., 2015, p.7).

Selon Régis Dumont, « *Il s'agira donc pour ces professionnels de première ligne de conjuguer leurs actions avec celles d'autres partenaires pour pouvoir offrir une prestation qui réponde au mieux aux besoins de l'usager.* » (DUMOULIN P. et al., 2015, p.21). En effet, comme illustré dans le chapitre précédent, chaque professionnel-le offre un suivi spécifique et indispensable au bien-être de la personne suivie. C'est pourquoi les intervenant-e-s devront être cohérent-e-s et tenir leurs collègues informé-e-s de l'avancée du suivi. Car « *L'hétérogénéité est souvent source de désynchronisation. Tous les éléments d'un système n'évoluent pas au même rythme et des discordances peuvent se produire entre des décisions, des outils de gestion, des*

avancées de projets, des évolutions culturelles ou de représentations, des rythmes d'apprentissage. » (LE BOTERF G., 2013, p.18). Travailler en réseau représenterait donc une modalité de réalisation de l'interdisciplinarité. En effet, cela pourrait permettre de diminuer ces risques en aidant les différent-e-s professionnel-le-s à coordonner leurs interventions ainsi qu'à trouver une synergie.

Par ailleurs, il est important de relever que travailler en réseau est une opportunité pour les professionnel-le-s d'ouvrir leur champ de vision et de se confronter aux avis de leurs collègues. Cela les conduit à l'acquisition d'une posture professionnelle. Effectivement, cette méthode amène l'équipe à comparer et à débattre sur les procédés. Chacun apprend de la pratique des autres personnes ainsi que de ses propres questionnements et erreurs. Ces deux éléments permettent finalement d'évoluer et de s'inspirer des autres pratiques afin d'ajuster la sienne. C'est donc bel et bien une opportunité de devenir « un-e professionnel-le ». (LE BOTERF G., 2013, p.25)

Ensuite, « *Savoir travailler en réseau, ce n'est pas seulement savoir communiquer. C'est être capable de comprendre comment les autres partenaires raisonnent et fonctionnent, de saisir l'originalité et la spécificité de leur démarche, allant jusqu'à pouvoir développer leur argumentaire.* » (LE BOTERF G., 2013, p.81). Certes, à partir des contenus amenés par les professionnel-le-s, tout le monde doit faire preuve de réflexion. Il est en effet primordial de comprendre la pensée de ses collègues et de faire preuve d'ouverture d'esprit. Cette compréhension permettra aux opinions d'être entendues, puis d'être acceptées et enfin de devenir légitimes.

Pour terminer, « *Chaque expert du réseau a son propre langage spécialisé dû à sa spécialité ou à sa discipline.* » (LE BOTERF G., 2013, p.101). Il est donc judicieux de trouver un langage commun afin que tous les acteurs du réseau se comprennent. C'est pourquoi chaque professionnel-le doit maîtriser les termes essentiels à la compréhension de la situation et au but poursuivi par l'équipe. Prenons pour exemple la prise en charge de l'anorexie mentale, les soignant-e-s utiliseront un jargon développé concernant les tests sanguins, des références chiffrées, etc. Les ES, de par leur formation, utiliseront un jargon tel qu'un vocabulaire systémique. Les diététicien-ne-s feront référence à des chiffres relatant la portion optimale d'aliments pour un repas équilibré par exemple. Nous voyons bien que chaque discipline possède ses propres notions théoriques. À force de collaboration et d'expérience, tou-te-s les professionnel-le-s acquerront les termes importants. En effet, pour conclure, chaque intervenant-e auprès d'un-e jeune souffrant d'anorexie mentale connaîtra par exemple la signification de l'indice de masse corporelle (IMC), ou la version anglaise Body Mass Index (BMI).

5 L'accompagnement

Par le biais de ce sous-chapitre, nous nous intéresserons à cette posture professionnelle qu'est l'accompagnement. Pour situer le contexte, il faut savoir qu'autrui était considéré comme personne objet de prise en charge durant les années 1932 à 1975. Puis dès 1975, ce dernier a commencé à être qualifié de sujet et d'acteur possible de sa propre santé. (MAUTUIT D., 2009, p.19) Dès les années 1990, le terme « accompagnement » a ainsi fait son apparition au sein de différents domaines dont le travail social. L'intérêt est alors porté aux personnes désorientées et capables de faire preuve d'autonomie tout en prenant en compte les exigences toujours grandissantes de la classe dirigeante face à la performance. (PAUL M., 2004, p.7)

5.1 La nébuleuse de l'accompagnement

La notion d'accompagnement recouvre des pratiques diverses. En effet, l'accompagnement peut se présenter sous différentes formes telles que le counseling, le coaching, le conseil, le sponsoring, le mentorat, le tutorat ou encore le compagnonnage. Nous allons donc développer ces différents concepts afin d'élargir notre point de vue.

Tout d'abord, le counseling désigne, en anglais, « *toute communication d'écoute entre deux individus* » (LIMOGES, 1982 in PAUL M., 2004, p.29). Ce procédé s'adresse à un public divers tel que des enfants, étudiant-e-s ou adultes lancé-e-s dans un processus de développement éducatif ou curatif. En effet, cela vise à changer leurs comportements par un face-à-face avec un psychologue ou un conseiller et une conseillère. (PAUL M., 2004, p.29) Cette attitude, vis-à-vis d'une pathologie quelconque, est une approche non médicale. Certes, elle se centre sur le psychologique ainsi que sur les ressources de la personne. Cela fait référence à Rogers qui pose autrui comme sujet ayant les connaissances sur lui-même. C'est donc une relation d'aide « *où l'accent est mis sur le dialogue et l'écoute* » (TOURETTE-TURGIS, 1996 p.11 in PAUL M., 2004, p.29). Cette manière de penser considère que « *ce qu'il y a de plus profond dans l'homme est digne de confiance* » (PAUL M., 2004, p. 31) et que « *chaque individu a en lui les ressources pour sa propre croissance et changer l'idée qu'il a de lui-même* » (PAUL M., 2004, p. 31). Pour conclure, cette démarche fait donc référence à « *un type d'accompagnement à la fois psychologique, éducatif et social, à l'occasion d'une difficulté situationnelle, d'un malaise existentiel ou d'une menace d'exclusion par désadaptation, souscrivant à l'idée de développement.* » (PAUL M., 2004, p. 32).

Pour continuer, le coaching vise à développer les savoir-faire d'une personne au travers d'objectifs professionnels. La personne, vis-à-vis de sa profession, a recours à un tiers afin de faire face ou de clarifier une situation difficile. (PAUL M., 2004, p.23-24) La relation de coaching se centre sur le positif et sur la potentialité du présent à se transformer en résultats. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre les désirs personnels et les tâches à accomplir. (PAUL M., 2004, p.25) En effet, est attendu « *un rendement excellent et des résultats immédiats, visibles et garantis* » (QUEUNIET, 2011 in PAUL M., 2004, p.24). Ceci se réalise au travers de trois phases. Premièrement, un contrat formalise la relation et énonce les buts à atteindre ainsi que les moyens pour y parvenir. Deuxièmement, un cheminement en commun permet de résoudre le problème. Cette étape est davantage considérée comme la relation d'accompagnement. Pour finir, une synthèse est réalisée. Tout au long de ce parcours, le coach ne doit en aucun cas imposer sa vision. En effet, les deux personnes privilégient la discussion, l'écoute ainsi que la collaboration. (PAUL M., 2004, p.27)

Ensuite, le conseil est une pratique naturelle mettant en relation une personne et un consultant, soit la personne à qui nous demandons conseil. Cette dernière est généralement experte : médecin, avocat-e, etc. Ces deux personnes s'impliquent toutes deux vis-à-vis de la situation traitée en gardant tout de même une distance. Car l'expert-e partage son opinion mais ne prend pas de décision. (PAUL M., 2004, p.32) Les moments de dialogue sont authentiques, respectueux, réciproques et responsables. (PAUL M., 2004, p.34)

Le but du conseil est « *d'instaurer le pouvoir d'agir (réfléchir, choisir, décider, élaborer un projet).* » (PAUL M., 2004, p.35). Cette notion renvoie à l'« empowerment », c'est-à-dire le pouvoir d'agir des individus sur leurs propres situations.

Puis, le tutorat constitue une relation d'aide favorisant l'acquisition de compétences et l'intégration professionnelle. Il s'agit d'un procédé permettant de « *rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice* » (SAVARY, 1985 in PAUL M., 2004, p.36). Deux types de tutorat existent. Tout d'abord, le tutorat spontané accueille les personnes débutantes afin de favoriser leur intégration. Ensuite, il y a le tutorat institué dans l'alternance, c'est-à-dire permettant l'insertion et l'apprentissage des personnes dans la vie active. (GEAY, 1995 in PAUL M., 2004, p.37) La réflexion se trouve au cœur de l'action afin de favoriser les développements professionnel et personnel. Les aîné-e-s jouent un rôle en transmettant les pratiques professionnelles afin les personnes puissent construire leur identité. La pédagogie part du principe que les dysfonctionnements, telle que la panne, permettent de construire les savoir-faire professionnels. (GEAY, 1995, in PAUL M., 2004, p.38) Le tuteur ou la tutrice est donc « *relais, intermédiaire, coordonnateur ou encore animateur et multiplie les occasions de créer des liens sociaux, culturels ou cognitifs* » (BAUDRIT, 1999 in PAUL M., 2004, p.39) Les tuteurs ou tutrices doivent donc avoir des compétences relationnelles, en accueillant et soutenant autrui par exemple. De plus, ces derniers et dernières font référence à des pédagogies en transmettant et évaluant un savoir. Ils ont aussi des capacités organisationnelles en négociant ou en coordonnant. Pour terminer, il est important que le professionnel-le ne réalise rien à la place d'autrui car ce dernier apprendra davantage en agissant par lui-même. (PAUL M., 2004, p.39)

Pour continuer, le mentorat renvoie à la fonction que les personnes exercent sur les autres. Le mentor est expérimenté et est un aîné. Autrui a besoin de ce dernier pour se développer. D'une part, cela constitue une relation d'aide car le mentor a l'occasion de restructurer son rapport à lui-même, à autrui et au monde. D'autre part, les personnes qui apprennent se familiarisent à cette triple relation qu'est soi, les autres et le monde tout en harmonisant leurs projets professionnels et de vie. (HOUDE, 1996 in : PAUL M., 2004, p.40) Nous pouvons retrouver le concept du mentorat au sein de situations transitionnelles professionnelles ou d'éducation telles que la direction d'une thèse ou encore un superviseur de stage. (PAUL M., 2004, p.41) Le mentorat comporte trois étapes. La première s'intitule « le commencement ». À ce moment s'installe la relation, marquant ainsi l'investissement mutuel. Ensuite, « le déroulement » prend place. Celui-ci engendre le changement. Et finalement, « le dénouement » symbolise la fin de la transition et de la relation car la personne est désormais capable d'être autonome. (PAUL M., 2004, p.42)

Puis, les médiations s'effectuent sous plusieurs formes. Tout d'abord, la médiation institutionnelle se réalise par le biais d'expert-e-s formé-e-s à des problématiques précises. Ensuite, lors de la médiation sociale, le médiateur ou la médiatrice agit sur le terrain en aidant les personnes à mobiliser leurs ressources et à s'impliquer dans la résolution du problème. (PAUL M., 2004, p.43) La médiation s'effectue au sein de différents domaines tels que le milieu scolaire, la famille, les institutions, la santé, etc. afin de régler des problématiques ou d'exprimer des différences. (SIX 1995 in PAUL M., 2004, p.44) Pour terminer, la médiation éducative possède une dissymétrie, c'est-à-dire une relation d'expert-e à novice. Les expériences d'autoformation, quant à elles, favorisent le développement de l'autonomie et la maîtrise de la personnalité au sein d'un cadre organisé. (DUMAZEDIER, 1996 in : PAUL M., 2004, p.45) Pour finir, existent les « médiations éducatives » centrées sur l'interaction sociale ou encore les pratiques de remédiation cognitive.

Ensuite, le compagnonnage consiste à apprendre, pratiquer et transmettre des gestes du métier. Les gens se regroupant sont donc issus d'une même profession Il s'agit également d'une entraide sociale car les personnes enseignantes sont considérées comme des éducateurs de la vie. En ce qui concerne la personne qui apprend, cette dernière est accompagnée tant sur le plan technique que sur le plan moral. (PAUL M., 2004, p.48) Pour finir, il y a une solidarité entre les différentes générations ainsi qu'une filiation spirituelle. Le but étant que chacun évolue en termes d'autonomie et soit capable de transmettre à son tour. (PAUL M.,

2004, p.49)

Pour terminer le sponsoring concerne « *le partenaire des entreprises artistiques, sportives ou médiatiques* » avec la fonction de *soutenir (financièrement plus que moralement)* et celle de « *facilitateur de relation* » (PAUL M., 2004, p.49). En effet, des jeunes démunis face au réseau de relation sont accompagné-e-s dans leur quête d'un métier ou d'un univers socioprofessionnel par un-e adulte expérimenté-e. De plus, cela favorise une relation de confiance ainsi qu'une reconnaissance réciproque entre ces deux personnes issues d'une culture différente ou d'un âge différent par exemples. (PAUL M., 2004, p.50)

Pour conclure ce sous-chapitre, chaque concept ayant été décrit s'adresse à des contextes professionnels et à des publics différents afin de répondre à des buts précis. Toutefois, ces formes d'accompagnement ont quelque chose de commun. En effet, toutes possèdent une dimension relationnelle et font référence à un cheminement en commun. De plus, elles sont à la jonction de différentes logiques telles que la relation d'aide, le développement personnel ou de carrière. Il est donc peu évident de les classer au sein de catégories clairement définies. (PAUL M., 2004, p.51) Ces dernières forment donc une nébuleuse, « *à savoir un réseau enchevêtré de similarités et de différences, qui ne se recouvrent que partiellement dans la mesure où les « légères » différences créent des décalages* » (PAUL M., 2004, p.50). Pour terminer, nous avons vu la diversité des formes d'accompagnement. « *Aucune de ces pratiques ne peut prétendre à elle seule répondre aux exigences confiées à la fonction d'accompagnement. Elles constituent des angles d'approche complémentaires d'un champ qui n'a pas encore été circonscrit comme tel.* » (PAUL M., 2004, p.51).

5.2 La posture d'accompagnement

Selon Maela Paul, chargée d'enseignement à l'université de Nantes et intervenante pour la formation des professionnel-le-s de l'accompagnement, l'accompagnement renvoie à quatre dimensions déterminantes : il vise à résoudre des problèmes, à insérer l'individu ainsi qu'à réaliser différentes tâches, et tous les cheminements doivent être guidés par les valeurs de la personne elle-même. (PAUL M., 2004, p.56) Orientation, litige, insertion et performance sont donc quatre mots résumant les visées de la notion de l'accompagnement. Au 20^{ème} siècle, l'accompagnement a été introduit par la formule « *aller avec pour aller vers* » (PAUL M., 2004, p.57). Ce qui fait donc référence à un déplacement en commun entre les patient-e-s et les professionnel-le-s. Cela se décline en plusieurs idées. Premièrement, nous pouvons entendre dans cette expression le fait de s'ajouter en secondant et collaborant. Deuxièmement, il peut y avoir une idée de support en appuyant et en protégeant autrui. Troisièmement, cela pourrait faire référence à un déplacement en commun. (PAUL M., 2004, p.57) L'accompagnement est caractérisé d'asymétrique car il met en relation deux personnes n'ayant pas le même statut. De plus, il est contractualisé et répond à une situation précise en étant inscrit dans la durée par le biais d'un commencement et d'une fin. Finalement, il existe une notion co-mobilisatrice car il s'inscrit dans un mouvement de la part des personnes impliquées dans le processus. (PAUL M., 2004, p.60)

Nous avons vu que les personnes souffrant d'anorexie mentale doivent faire face à de nombreux enjeux lors de leur processus pour combattre la maladie. En effet, par exemple, ces dernières doivent s'alimenter de façon à prendre du poids, travailler sur leur image corporelle, s'accepter en tant que personne à part entière ou encore résoudre des différends avec l'entourage proche. Ainsi, l'accompagnement amène la notion de cheminement. C'est-à-dire que l'ES pourrait faire un bout de chemin avec la personne afin de l'orienter vers une situation satisfaisante et de bien-être vis-à-vis d'elle-même. Cette dernière serait guidée lors des différentes étapes afin de progresser par rapport à la situation initiale. (PAUL M., 2004, p.59) En effet, il s'agit de « *se joindre à qqn [quelqu'un] / pour aller où il va / en même temps que lui* » (PAUL M., 2004, p.60). Pour cela, il serait nécessaire que l'ES établisse une connexion avec l'utilisateur dans le but d'être avec lui. Ensuite, ces deux personnes devraient se coordonner afin que l'ES fasse progresser la personne en respectant son rythme. En effet, il faudrait que le professionnel-le aille là où autrui se déplace. Il est important que les initiatives soient prises par les usagers et usagères avec lesquelles nous travaillons. Nous ne devons pas

décider à la place d'autrui car ce dernier a les compétences pour se donner des objectifs et de les atteindre vis-à-vis de ses compétences. (PAUL M., 2004, p.60) En effet, « *A l'accompagnant revient de fournir en quelque sorte « la carte et la boussole », les repères et les outils afin qu'autrui soit en mesure d'exprimer la direction qu'il se choisit.* » (PAUL M., 2004, p.61). Cette fonction particulière pourrait être attribuée, dans le cadre de l'anorexie mentale, aux professionnel-le-s de l'éducation.

Pour continuer, l'accompagnement peut se définir sous plusieurs angles. En effet, il pourrait faire référence au fait de guider une personne. Nous pourrions donc imaginer que les médecins tiennent ce rôle car ces derniers et dernières savent là où la personne doit aller. Effectivement, lorsque la personne malade est dénutrie, le corps médical détient les informations concernant le plan somatique et les dangers vitaux. Ces professionnel-le-s en question prennent en charge les patient-e-s afin que leur poids augmente et que leur état de santé s'améliore. De plus, l'ES et le patient-e cheminent ensemble. Nous pourrions imaginer que ces deux personnes fassent un travail de réflexion autour de l'expérience vécue de la maladie, des conséquences sur son milieu social, de la rupture des liens, de ses projets professionnels, de la préparation du patient-e à la sortie de l'hôpital, les normes sociales du rapport au corps, etc. (LERBET-SERENI F., 1999 in PAUL M., 2004, p.75) Les professionnel-le-s issu-e-s du milieu social seraient auprès/avec la personne, entre autres, dans un but de partage. En effet, la parole favorise le fait de donner du sens aux expériences personnelles. Ainsi, l'accompagnement relie deux personnes dans une position dissymétrique ; patient-e – professionnel-le. Nous pouvons supposer que chaque intervenant-e puisse être un-e guide et accompagner la personne selon un axe de soin précis, à savoir biologique, psychologique ou social.

Concernant les bénéfices de cette démarche, dans un premier temps l'accompagnant-e pourrait aider la personne souffrant d'anorexie mentale vis-à-vis de son isolement. En effet, nous avons vu que la personne ne mange plus avec les autres, elle ne sort que très peu, ce qui constitue une conséquence de ses rituels alimentaires et autres. Il y a donc une problématique de rupture sociale. Dans un deuxième temps, l'intervenant-e pourrait aider la personne à faire preuve d'autonomie. Effectivement, par le biais d'un accompagnement, la personne pourrait prendre davantage de responsabilités au fil du temps. Ainsi, elle se considérera davantage comme une personne à part entière que comme une personne malade. (PAUL M., 2004, p.83) Les professionnel-le-s, pour faire évoluer la personne, doivent « *l'appréhender dans sa globalité, avec ses motivations, son projet, ses affects, sa personnalité, son désir, son histoire, ses rêves – c'est-à-dire dans toute sa différence et son unicité* » (PAUL M., 2004, p.83). Il est vrai que la personne anorexique est en souffrance lorsqu'elle prend contact avec des professionnel-le-s. Elle reconnaît ainsi qu'elle a besoin d'aide. Cependant, tout au long de l'accompagnement, la passivité de la personne accompagnée se transformera en une démarche active. Par ce processus, la personne souffrante prendra conscience qu'elle est sujet, auteur ainsi qu'actrice de sa démarche. (PAUL M., 2004, p.136)

Pour conclure ce sous chapitre, il est important de noter que « *La prise en considération globale de la personne déborde nécessairement la sphère de la pratique médicale et intègre la vie sociale avec ce qui la caractérise : atomisation des individus, précarisation et incertitude, relâchement des liens sociaux et familiaux, isolement.* » (PAUL M., 2004, p.86). En effet, la personne souffrant d'anorexie mentale n'est pas uniquement un dossier à traiter. C'est une personne à considérer comme telle, c'est-à-dire actrice et responsable de sa démarche vers la guérison. (PAUL M., 2004, p.99) Dans cette visée, il se pourrait que l'accompagnement ne soit pas linéaire. En effet, la personne avancera à son propre rythme. Cela pourrait engendrer des progressions suivies de régressions ou de stagnations pour ensuite constater à nouveau l'apparition de progrès. Les professionnel-le-s doivent donc composer avec ces éléments. (PAUL M., 2004, p.112) « *Il en résulte que tout professionnel en relation d'accompagnement est également soumis à une connaissance de lui-même et au risque de son exposition/confrontation.* » (PAUL M., 2004, p.316).

6 La prise en charge de l'anorexie mentale

Une rencontre avec un éducateur social travaillant dans une unité de pédopsychiatrie au sein d'un hôpital de Suisse romande, a permis d'obtenir des éléments concrets sur l'accompagnement d'enfants et d'adolescent-e-s souffrant d'anorexie mentale.

Au sein de ce service qui n'est pas équipé pour des soins continus, l'équipe professionnelle est confrontée à un-e voire deux patient-e-s anorexiques à la fois. Cette prise en charge individuelle se justifie par l'énergie ainsi que l'attention permanente que requièrent les situations. La surveillance constante, l'accompagnement après les repas ou encore un programme individualisé pour chacun-e des jeunes sont nécessaires. De plus, leur volonté de vouloir tout contrôler amène souvent des clivages dans l'équipe. Pour toutes ces raisons, cette unité limite la présence de ces patient-e-s.

Pour ce qui concerne la prise en charge, si le pédiatre de l'enfant mentionne que le jeune a perdu du poids, il est quand même toujours demandé qu'une évaluation soit réalisée avec un pédopsychiatre durant environ 1h00 – 1h30. Quand les enfants intègrent cette unité, le service de liaison intervient. La liaison est un service psychiatrique pour rendre service aux unités somatiques. Il y a donc un pédopsychiatre qui rencontre l'enfant seul ou en compagnie de ses parents. L'équipe étant tout de même confrontée à des situations familiales complexes, les personnes vont le plus souvent aux entretiens les unes après les autres. Cependant, l'enfant mineur arrive automatiquement à l'hôpital accompagné de ses parents. De ce fait, la prise en charge est très rapidement familiale. Les fratries sont donc également conviées. Effectivement, la systémique se greffe volontiers dans ces contextes.

C'est toujours un-e médecin ou un-e psychologue qui est référent-e de la situation du patient-e. Concernant la co-référence, elle est assumée par un ES ou un-e infirmier-ère. La personne co-référente d'un-e jeune est toujours présente aux entretiens de famille et aux entretiens de réseau. En effet, elle peut apporter des éléments concrets du quotidien tels que les interactions avec les autres patient-e-s, le comportement face à la nourriture, le sommeil, etc. Cependant, les entretiens individuels sont assumés par des médecins ou des psychologues. L'éducateur social prend en charge les éléments autour de l'école : prises de contact avec l'établissement scolaire, accompagnements ainsi que raccompagnements de l'enfant sur le chemin de l'école, accompagnement d'une à deux heures de l'enfant dans sa classe afin qu'il ou elle puisse être rassuré-e en cas de nécessité, etc. Il a donc cette responsabilité d'être présent avec les patient-e-s. Mais il a également la référence des groupes. La dimension groupale est en effet davantage attribuée à l'ES.

L'ES co-anime également le « psychodrame ». Cette technique psychanalytique est utilisée à des fins thérapeutiques. (BRUSSET B., 1993, p.249) Concrètement, un enfant raconte un petit bout de scène et ensuite le groupe la joue ensemble. Selon Bernard Brusset, psychiatre et psychanalyste, « *Une des particularités de l'organisation défensive de l'anorexique est d'isoler les significations portées par son apparence. Elles peuvent, par le psychodrame, être restituées et trouver sens dans les relations, du fait de l'importance que prennent les postures, les expressions du corps et la présence physique dans ce jeu de la proximité et de la distance que nous avons déjà évoquées* » (BRUSSET B., 1993, p.250).

Parmi les éléments qui divisent les équipes, nous trouvons les aspects tout à fait concrets c'est-à-dire ceux auxquels les parents se trouvaient confrontés à la maison. Nous citerons quelques questionnements tels que : « faut-il forcer à manger ?, faut-il imposer un menu ? ou au contraire laisser choisir le patient dans le seul but qu'il mange et reprenne donc du poids ? Lorsque les patient-e-s marchent, le font-ils par plaisir, nécessité (se déplacer) ou sont-ils en train de chercher à brûler des calories ? ». Le fonctionnement de l'équipe reste cependant collégial, sous forme de discussions en équipe. Mais dès que la discussion concerne la santé physique, c'est le service de pédiatrie et les médecins qui décident en fonction des critères somatiques. Cela amène également des divergences. Par exemple, le médecin indiquera que le temps de marche de la patiente anorexique ne doit pas excéder un quart d'heure durant la journée. Mais cela contraint

l'ES vis-à-vis de l'activité qu'il doit réaliser avec tout le groupe, composé d'enfants hyperactifs, dépressifs, etc. Par rapport à cette situation, l'ES voudrait garder une proximité avec la réalité en disant que lorsque l'enfant recommencera à bouger, il perdra le poids acquis car il ne faisait plus d'exercices physiques. Un médecin pensera que si nous mangeons, il faut que cela se transforme en muscles et non en graisses, il faudrait donc marcher. Alors qu'un autre médecin encore prônera l'atteinte d'un certain poids ; c'est seulement lorsque le jeune l'atteindra qu'il pourra être davantage actif. Nous voyons bien que pour définir un temps de marche, élément tout à fait anodin dans le quotidien d'un enfant, différents avis tous autant corrects et argumentés les uns que les autres se présentent. Cependant, les dangers vitaux relatifs aux risques somatiques priment dans les décisions. En effet, seront privilégiées les informations somatiques émises par les médecins au détriment d'une promenade pouvant améliorer le moral de la personne souffrante. Car le risque de mortalité n'est pas à sous-estimer. En effet, la mort est une issue à prendre en considération au vu de la fragilité de ces patient-e-s dénutri-e-s ou malnutri-e-s.

Les colloques se réalisent toutes les semaines au sein de cette institution. Les équipes font également un point sur les situations tous les matins. Avec les patient-e-s souffrant d'anorexie mentale, un contrat de poids est établi. Ce dernier mentionne des paliers à atteindre. Une fois que ceux-ci sont atteints, la personne anorexique bénéficie de récompenses concernant son milieu familial. Par exemple, lorsque le jeune aura pris 1kg, il pourra avoir un appel téléphonique. Lorsqu'il aura pris 2kg, il bénéficiera d'une visite et lorsqu'il aura pris 3kg, il pourra passer une nuit à la maison. Dans un premier temps, tous les liens sont coupés, ensuite la famille est réintégrée en priorité. Enfin, le poids de sortie est fixé par le pédiatre. Cependant, selon ce professionnel, le contrat de poids est une sorte de leurre. « *Nous faisons comme si seul le poids nous intéressait mais nous avançons surtout avec ce que cela fait faire au patient-e. Par exemple, il ne prend plus de poids alors qu'il pourrait obtenir d'aller dormir à la maison.* ». Ainsi, nous pourrions supposer que le décalage entre le comportement attendu et ce qui est considéré comme une récompense est un réel indicateur pour cet ES. En effet, si les patient-e-s ne prennent pas de poids supplémentaire alors que ces derniers et dernières pourraient être récompensé-e-s de voir leur famille, cela pourrait-il dévoiler des difficultés familiales ? Ces notions sont donc également des indicateurs afin d'orienter le suivi en fonction des différents enjeux se manifestant tout au long de la prise en charge.

Pour terminer, par l'idée des repas thérapeutiques, nous entendons la présence systématique de deux professionnel-le-s, même si uniquement un enfant est présent. À deux, ces derniers peuvent s'adresser à l'enfant mais aussi à l'adulte en amenant des sujets de la vie courante. Cela peut changer les idées du patient-e en évitant de se retrouver uniquement face à son assiette et de redonner une dimension sociale au repas. Peu à peu, l'équipe professionnelle essaie d'enseigner aux jeunes ce qu'est une portion normale. Elle les aide à retrouver leurs repères en vue de leur sortie. Après chaque repas, les enfants souffrant d'anorexie mentale ont des fiches à remplir et les intervenant-e-s indiquent la quantité de nourriture et de boisson qui a été ingérée. Les professionnel-le-s vont également parler à leurs collègues des différentes attitudes adoptées par les jeunes : ceux qui cachent ou non les aliments, ceux qui se ruent sur la nourriture, ceux qui écrasent les aliments, etc.

Pour conclure, le séjour d'un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale au sein du service de pédopsychiatrie peut s'étendre sur une durée de quatre à six mois. Le jeune doit obtenir une autorisation de sortie fixée par l'atteinte d'un poids satisfaisant au sein du contrat de poids.

6.1 Les lieux de prise en charge en Suisse romande

6.1.1 Lieux de prise en charge : canton du Valais

Hôpital psychiatrique de Malévoz

Ce département de psychiatrie et psychothérapie du Valais romand se situe au sein de la ville de Monthey. Ce dernier est destiné à prendre en charge, de manières préventive et curative, la santé mentale des

personnes. Cet établissement est destiné à la psychiatrie des adultes ainsi que des personnes âgées (Hôpital du Valais, 2015a). Dans les pavillons, toutes les pathologies sont confondues. Cependant, la prise en charge des troubles alimentaires est plutôt réalisée au sein de l'Unité de psychiatrie adulte 1 : le pavillon « Muguex ».

Hôpital de Sierre

Ce secteur du Département de psychiatrie et psychothérapie du Valais romand s'adresse à l'enfant et à l'adolescent-e (Hôpital du Valais, 2015b). Les jeunes souffrant de TCA peuvent être reçu-e-s dans ce service.

6.1.2 Lieux de prise en charge : canton de Vaud

Il y a plusieurs unités de soins pédopsychiatriques sur le canton de Vaud, destinées aux adolescent-e-s. Le service universitaire de psychiatrie pour enfants et adolescents (SUPEA) s'occupe de coordonner les hospitalisations avec la division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA). En effet, les adolescent-e-s souffrant de troubles alimentaires peuvent être reçu-e-s à l'unité hospitalière psychiatrique pour adolescents (UHPA) établie au CHUV à Lausanne. Ces derniers et dernières peuvent également être pris-e-s en charge dans les unités hospitalières de pédopsychiatrie à Yverdon et Aigle. Les enfants ont la possibilité de se voir prodiguer des soins à l'hôpital de l'enfance au CHUV.

En parallèle, il existe le Centre vaudois anorexie boulimie (centre abC) qui comprend un suivi ambulatoire dans le cadre du CHUV et une unité hospitalière sur le site de Saint-Loup (établissements hospitaliers du Nord vaudois – eHnv) (GEBHARD S., *et al.*, 2011). Nous allons donc décrire brièvement les quelques institutions vaudoises retenues.

Association Anorexie Boulimie - ABA (ABA, 2015)

Cette association a été fondée en 1992 et est établie à Lausanne. Des consultations psychologiques, un service d'information et de soutien par e-mail, une écoute téléphonique, un atelier d'expression créatrice et des groupes de paroles sont proposés aux personnes souffrant de troubles alimentaires ainsi qu'à leurs proches. Pour terminer, les buts de cette association sont multiples. ABA est à l'écoute, de manière confidentielle et respectueuse, et propose un soutien aux personnes souffrant d'anorexie mentale ainsi qu'à leur famille. ABA prône également des échanges entre des personnes qui ont été ou sont actuellement concernées par le trouble. Pour conclure, elle informe un large public sur les troubles du comportement alimentaire.

Centre vaudois anorexie boulimie - abC (CHUV, 2015)

Le Centre vaudois anorexie boulimie (abC), se situant à Lausanne, offre des soins spécialisés. En effet, ce dernier s'adresse aux adolescent-e-s ainsi qu'aux adultes souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale – boulimie), ainsi qu'aux individus pour lesquels le poids est synonyme d'angoisse.

Les aspects nutritionnels, physiques, psychiques et sociaux sont pris en considération. « *L'équipe soignante comprend des psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, médecins internistes et nutritionnistes, infirmière-s, diététicien-ne-s, physiothérapeutes et assistants sociaux.* » (CHUV, 2015). Ces derniers et dernières collaborent dans le but de proposer un suivi individuel et adapté selon les besoins spécifiques de chaque patient-e. De plus, une collaboration avec divers services est réalisée. Ainsi, le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), l'Unité multidisciplinaire de santé pour adolescents (DISA), le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du CHUV et le Service de médecine interne du site de Saint-Loup sont des partenaires du Centre.

Les missions de l'abC sont de rétablir une alimentation et un poids normaux afin de s'épanouir au quotidien sans être envahi par des angoisses démesurées ; de prévenir et traiter les conséquences physiques dues à une dénutrition / malnutrition (cœur, cerveau, système hormonal, squelette, ...) ; de prévenir et traiter les troubles psychiatriques auxquels l'anorexie mentale et la boulimie sont associées (TOC, perception déformée de son corps, dépression, manque d'estime et de confiance en soi, ...) ; de prévenir et traiter l'isolement,

c'est-à-dire les désinsertions scolaire, professionnelle et scolaire ; de soutenir l'ensemble des proches ; et de prévenir des éventuelles rechutes.

Durant le séjour au centre, un contrat thérapeutique est établi. Ce dernier définit des objectifs (alimentation, difficultés psychiques, relationnelles ou encore comportementales) ainsi que les moyens et les délais pour y parvenir. Les patient-e-s, en fonction de leur état de santé, ont l'opportunité de participer à diverses activités thérapeutiques. Les différents groupes thérapeutiques s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale.

Le centre accorde une attention particulière aux dimensions sociale et familiale lors du rétablissement par le biais d'une assistante sociale, d'un co-thérapeute ainsi que d'un-e référent-e. En effet, une cohésion familiale, un réseau social présent, une activité scolaire/professionnelle ou encore un poids satisfaisant sont des éléments propices au rétablissement. De plus, l'implication des proches est indispensable pour le traitement car les patient-e-s y trouvent une source de motivation. Au sein de ce centre sont donc organisés des entretiens destinés aux proches afin que chacun puisse partager son opinion et ses ressentis ainsi que prendre part aux décisions importantes telle qu'une fin de traitement. Cependant, tout n'est pas toujours idyllique et des crises peuvent engendrer des restrictions quant aux contacts avec les proches. Cette distance permet à la personne hospitalisée de se recentrer sur des préoccupations actuelles. En parallèle, les familles peuvent y trouver un apaisement et se ressourcer.

Concernant les milieux scolaire et professionnel, les patient-e-s sont généralement amené-e-s à interrompre les activités en question, ce qui les isole davantage. Le centre offre donc des prestations afin d'améliorer la situation. En effet, une prise en charge individualisée par une assistante sociale est mise en place ; il y a aussi un atelier pour aborder en groupe les difficultés d'insertion socioprofessionnelle et une immersion dans le milieu (accompagnement dans les tâches administratives ou quotidiennes).

Le centre exerce son activité sur deux sites :

- **L'Espace Saint-Loup** : disposant d'une unité d'hospitalisation pour les adolescent-e-s dès 16 ans et les adultes.
- **L'Espace Lausanne-CHUV (CHUV, 2015)** : adressé aux patient-e-s dès 13 ans pour des consultations ou pour un accueil dans le centre de jour. Il propose également des activités communautaires. L'équipe interdisciplinaire travaille en étroite collaboration avec celle de l'espace Saint-Loup (unité hospitalière), ce qui permet de garantir si nécessaire la continuité de la prise en charge.

Division Interdisciplinaire de Santé des Adolescents - DISA (CHUV, 2015)

Anciennement nommé Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents (UMSA), ce secteur est rattaché au département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) du CHUV. Ce dernier propose des consultations pour les personnes âgées entre 12 et 20 ans. Les préoccupations autour du corps, de la puberté, de la sexualité, des maladies chroniques, des troubles alimentaires, etc. sont au cœur des pratiques. Il s'agit d'un centre de référence en santé des jeunes et en prévention, au sein duquel collaborent divers-e-s professionnel-le-s. Vis-à-vis des termes utilisés concernant l'appellation du service, nous pouvons constater qu'en 2015, la multidisciplinarité a évolué vers l'interdisciplinarité. Effectivement, des médecins, des gynécologues, des conseillères en planning familial, des diététicien-ne-s, des psychologues et des assistantes médicales assurent le bon déroulement des consultations et offrent des soins cliniques adaptés à chacun-e.

Unité d'Hospitalisation Psychiatrique pour Adolescents - UHPA (CHUV, 2015)

Située au CHUV à Lausanne, cette unité destinée aux adolescent-e-s de 13 à 18 ans offre une prise en charge comprenant les aspects psychologiques, éducatifs, familiaux, sociaux et scolaires. Pour y être admis, une indication médicale est indispensable. Les professionnel-le-s cherchent à comprendre l'origine et le sens des difficultés éprouvées par les jeunes. La famille est incluse dans le processus par le biais d'entretiens et d'une participation aux entretiens avec le réseau. Pour terminer, des groupes d'informations sont mis en place

pour les parents d'adolescent-e-s souffrant de troubles alimentaires.

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - SUPEA (CHUV, 2015)

Ce service recouvre la région lausannoise et le canton de Vaud. Des consultations sur rendez-vous, des consultations pour les enfants hospitalisés au CHUV, les urgences pédopsychiatriques, une hospitalisation, un centre de crise, des centres de jour pour les enfants ou les adolescent-e-s ne pouvant pas suivre une scolarité habituelle ainsi que des équipes mobiles intervenant directement au domicile sont proposés par ce service.

Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents - SPEA (CHUV, 2015)

Ce service assure le suivi psychiatrique et psychothérapeutique des enfants (de 0 à 18 ans) et de leur famille résidant dans le Secteur psychiatrique nord (Nord vaudois). Il est établi à Yverdon-les-Bains et propose des consultations ambulatoires de psychiatrie pour enfants et adolescent-e-s (CPEA), une unité pédagogique thérapeutique itinérante (UPTI) et une unité d'hospitalisation pédopsychiatrique en pédiatrie (UHPP). Cette dernière comprend cinq lits pour des jeunes patient-e-s atteint-e-s de troubles psychiques tels que des troubles envahissants du développement, des phobies scolaires ou encore des troubles alimentaires.

6.1.3 Lieux de prise en charge : canton de Genève

Clinique Belmont (CLINIQUE BELMONT, 2016)

La clinique Belmont traite les addictions ainsi que les troubles du comportement alimentaire. Concernant les TCA, il peut s'agir d'anorexie mentale, de boulimie, d'hyperphagie boulimique ou encore d'autres anxiétés liées à la nourriture. Trois formes de prise en charge sont proposées par le biais de cet établissement.

- **L'hospitalisation** : Lorsque le trouble alimentaire est grave, la personne reste 24/24h au sein de ce volet de soin.
- **La clinique de jour** : Lorsque les personnes sortent de leur hospitalisation ou sont encore fragilisées par leur trouble alimentaire, ces dernières peuvent fréquenter la clinique de jour durant une demi-journée ou une journée complète.
- **Les soins ambulatoires** : Cette forme d'accompagnement se réalise au travers d'entretiens individuels menés en cabinet afin de travailler sur les différentes problématiques.

La clinique Belmont offre ainsi une approche thérapeutique sur-mesure. Cela permet aux patient-e-s « *d'évoluer entre les trois formes de prises en charges proposées, tout en conservant le même médecin référent* » (CLINIQUE BELMONT, 2016). Les intervenant-e-s sont des médecins, des psychologues, des psychothérapeutes, des infirmiers et des infirmières, des coach-e-s professionnel-le-s, ainsi qu'une diététicienne. Les prises en charge sont donc globales, c'est-à-dire axées sur les plans psychologique, somatique et physiologique. De plus, un partenariat s'établit entre les patient-e-s et les thérapeutes. En effet, au sein de cette institution, l'acteur de la prise en charge est le patient-e. En effet, ce dernier ou cette dernière « *doit participer à son traitement tant par sa présence aux séances, son partage d'information et d'expériences, que par la réflexion qu'il portera sur lui-même* » (CLINIQUE BELMONT, 2016).

Un Pôle Ados, proposant une prise en charge ambulatoire ainsi qu'un centre de jour, figure parmi les prestations de la Clinique Belmont. Ce dernier s'adresse aux adolescent-e-s dès 14 ans. Ainsi, « *en compagnie de leur famille, ils bénéficient de traitements spécifiques mais également de groupes de travail adultes ouverts aux ados* » (CLINIQUE BELMONT, 2016). L'approche thérapeutique se base sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ainsi que sur la systémique. La philosophie de ce Pôle est « *plus l'adolescent est pris en charge tôt, meilleur est le diagnostic et plus rapide est la guérison* » (CLINIQUE BELMONT, 2016). De plus, afin de garder les adolescent-e-s dans une réalité, ces derniers et dernières ont l'opportunité de maintenir leur niveau scolaire par le biais d'enseignant-e-s venant leur transmettre les matières principales.

Espaces de soins pour troubles du comportement alimentaire – ESCAL (HUG, 2016a)

Cet espace propose un programme personnalisé aux personnes souffrant d'un TCA et âgées d'au moins 16 ans. Trois niveaux de soins sont également proposés :

- **La consultation** : Au travers d'approches diverses telles que la TCC ou la psychothérapie psychodynamique, l'ESCAL propose une prise en charge psychothérapeutique. Cette dernière peut se réaliser sous forme individuelle ou groupale.
- **L'Hôpital de jour** : Les patient-e-s fréquentent cette unité plusieurs jours par semaine et participent à des activités de groupe et à des soins individuels.
- **L'Unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA)** : Cette unité s'adresse aux personnes ayant besoin d'une prise en charge en milieu hospitalier.

L'ESCAL est donc un espace de soins proposant une porte d'entrée, une évaluation multidisciplinaire ainsi qu'une orientation de la prise en charge selon les besoins spécifiques des personnes.

Consultation ambulatoire Santé Jeunes (HUG, 2016b)

L'unité Santé Jeunes « a choisi de développer des services adaptés aux besoins des adolescents selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé » (HUG, 2016b). Elle favorise donc l'accès aux soins pour les jeunes âgé-e-s entre 12 et 25 ans. L'équipe multidisciplinaire est composée de différent-e-s professionnel-le-s, à savoir des médecins, des infirmiers et des infirmières, des gynécologues et des psychiatres.

Unité hospitalière de psychiatrie adulte – UPHA (HUG, 2016c)

Cette unité propose trois types de soins, à savoir :

- Une prise en charge somatique et psychiatrique dans le cadre d'une hospitalisation pour des patient-e-s nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.
- Un accompagnement pour des mères et les enfants jusqu'à leur première année de vie : Cet axe s'adresse aux patientes « souffrant de troubles psychiques durant tout la période de la grossesse et/ou la suite de l'accouchement » (HUG, 2016c).
- Une prise en charge pour des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire par le biais de soins en milieu hospitalier. Ces patient-e-s sont pris-e-s en charge par le biais de l'Espace ESCAL.

6.2 Les interventions des éducateurs et éducatrices sociales

Ce sous-chapitre relate des éléments ressortant du document « Référentiel des compétences de l'éducation spécialisée » (CLOUX N. et al., 2001). Ce guide s'inspire de réalités quant à la pratique professionnelle du métier de l'éducation sociale. Pour terminer, les différents raisonnements seront directement liés à la thématique de ce Travail de Bachelor, c'est-à-dire à la problématique de l'anorexie mentale. Nous verrons quels liens peuvent s'établir entre la fonction d'ES et ce trouble alimentaire.

6.2.1 *Recréer du lien social, de l'identité sociale, accompagner le parcours de socialisation, éviter la désocialisation*

L'anorexie mentale est une maladie ayant des conséquences sur le physique, le psychique mais également sur la vie sociale de la personne. En effet, Jean-Louis Nandrino, psychothérapeute, fait référence à cette notion dans son livre ; « [...] on a pu observer, auprès d'un échantillon de familles françaises, l'existence d'une très faible estime de soi sociale chez les adolescentes anorexiques mais aussi chez leurs deux parents (Doba et al., 2014) » (NANDRINO J.-L. et al., 2015, p.44). Il est vrai que les relations sociales des personnes souffrant d'anorexie mentale sont souvent diminuées. Par conséquent, ayant l'esprit de moins en moins occupé, les angoisses occupent une grande place dans leur quotidien. « À terme les patients sont confrontés au paradoxe du vide et de la solitude : leur maladie entraîne une désocialisation et une perte d'activités car l'environnement est une source d'angoisse et un frein à la mise en œuvre des symptômes. » (NANDRINO J.-L. et al., 2015, p.230). Et pour terminer, il faut prendre conscience que le repas en lui-même est source de socialisation. En effet, selon Laëtitia Sirolli, psychologue clinicienne et psychothérapeute spécialisée dans les

troubles alimentaires, « *le repas est souvent un moment de retrouvailles, voire de rencontres* » (SIROLI L., 2006, p.16). Pour les personnes souffrant d'anorexie mentale, le repas est au contraire considéré comme une contrainte et est un moment à éviter. Petit à petit, les personnes déclinent donc les invitations et se retrouvent isolées de leurs anciennes fréquentations.

Selon le référentiel de compétences de l'éducation spécialisée (CLOUX N. *et al.*, 2001), accompagner le parcours de socialisation est une des compétences des éducateurs et des éducatrices sociales. En effet, ces derniers et ces dernières doivent être capables d'analyser les facteurs de la rupture du lien social en reconnaissant autrui dans son identité. Les professionnel-le-s doivent faire preuve d'une écoute active et utiliser des espaces conviviaux de l'institution pour créer une dynamique propice à la socialisation, tel qu'un groupe de parole / d'entraide. Par ce biais, le sentiment d'appartenance sera abordé et donnera à l'usager un sentiment collectif. Dans les moments institutionnels quotidiens, les ES doivent également être capables d'animer des activités en créant des échanges autour du lien ; par exemple des jeux de rôle faisant référence à certains thèmes. Les activités de loisirs sont également prônées afin de mettre en avant la vie sociale. Le « vivre ensemble » est un apprentissage où chacun-e possède des ressources différentes et complémentaires. Il est cependant important de laisser à autrui la possibilité d'affirmer sa singularité en valorisant sa personnalité et son identité sociale. Les savoirs des professionnel-le-s sont donc la gestion du stress, le travail sur l'image de soi et l'affirmation de soi, les techniques d'animation, etc. En parallèle à la vie interne institutionnelle, il est nécessaire de créer des supports d'échange et de favoriser les relations avec le monde extérieur. Il pourrait par exemple être intéressant de travailler, avec les usagers, sur la réintégration dans leur cursus scolaire ou professionnel. Effectivement, les usagers et les usagères pourraient être accompagnés-e-s dans leurs diverses démarches et être respectés-e-s dans leur rythme de vie. Pour terminer, des outils de médiation sont également favorisés dans le référentiel de compétences. Il est judicieux d'accompagner les patient-e-s en travaillant sur de fausses représentations ou encore sur des échecs rencontrés ; à l'aide d'entretien, de groupes de parole, d'outils relationnels, etc. Cela leur permettrait de changer leur regard sur la différence et donc de développer une capacité de compréhension, pour, à long terme, savoir faire preuve d'adaptation au monde extérieur.

6.2.2 Travailler en réseau et en équipes pluridisciplinaires

Nous avons vu que, selon l'OMS, les trois dimensions de la santé sont les états physique, psychique et social. Ces trois aspects bio-psycho-sociaux relèvent de différentes formations professionnelles et font donc référence à l'interdisciplinarité. Dans le cadre de l'anorexie mentale, il est en effet primordial que différent-e-s professionnel-le-s interviennent et coordonnent leurs actions afin de proposer aux patient-e-s un suivi de qualité. Ce fonctionnement permettra de répondre à tous les axes compris dans la définition de la santé citée ci-dessus.

Les pistes d'actions provenant des différents corps de métier constituent la richesse du suivi en permettant de varier les compétences et les techniques d'intervention. Par exemple, une personne hospitalisée bénéficie d'un traitement psychologique par le biais de psychologues et autres professionnel-le-s. Cependant, en parallèle, le domaine nutritif doit également être une préoccupation pour les diététicien-ne-s, les médecins, C'est pourquoi ces derniers et ces dernières doivent collaborer afin d'uniformiser leur suivi et de répondre à tous les besoins de la personne.

Travailler en réseau et en équipes pluridisciplinaires est une compétence inscrite dans le référentiel de l'éducateur spécialisé. En effet, la première sous-compétence est « collaborer avec le réseau santé-social ». Il s'agit d'identifier toutes les personnes ressources intervenant dans l'accompagnement, de comprendre les fonctions de chaque personne et de repérer la personne pilote. Dans le travail en réseau, il faut que les attentes et les rôles des partenaires soient clairement énoncés afin qu'une complémentarité puisse être trouvée. Pour se faire, il faut que chaque membre du réseau se tienne informé de l'évolution des actions, des missions, Il est en effet important de collaborer et de communiquer car le partenariat est un élément

incontournable à la réussite de l'objectif commun. Il est donc judicieux de répartir les tâches et d'avoir le sens de la coordination. Pour terminer, les ES doivent également savoir travailler avec le réseau non professionnel, c'est-à-dire partager l'avancée du suivi avec la famille, les milieux éducatifs, les pairs, etc. Pour terminer, il est important de savoir fixer le cadre lorsque celui-ci n'est plus respecté. Car les non-dits doivent être travaillés, le but final de l'intervention étant l'autonomie de la personne.

6.3 Les interventions des assistants et assistantes sociales

Ce sous-chapitre relate quant à lui des éléments issus du document « Référentiel de compétences des métiers du service social ». (BLANC C. *et al.*, 2001). Ce référentiel démontre les riches particularités ainsi que les ressources professionnelles des assistants et assistantes sociales (AS). Les différents raisonnements qui en découleront seront directement liés à la thématique de l'anorexie mentale. En effet, nous exposerons les liens pouvant s'établir entre la fonction d'AS et la prise en charge de ce trouble du comportement alimentaire.

6.3.1 Travailler en lien et en réseau avec son environnement intra-institutionnel et avec l'environnement externe

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, qu'un bon nombre de structures étaient mises en place dans le canton de Vaud. En effet, plusieurs institutions proposent un suivi pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. Nous pouvons donc tout à fait imaginer le rôle des AS dans ce contexte. En effet, ces derniers et dernières pourraient, tout d'abord, identifier les missions de chaque institution. Par la suite, les professionnel-le-s pourraient mobiliser ces différentes ressources et orienter la personne vers ce qui lui conviendrait le mieux au niveau de sa propre prise en charge. Effectivement, il est important de s'appuyer sur un réseau de partenaires externes professionnels. (BLANC C. *et al.*, 2001, p. 13) Finalement, il est également judicieux que l'AS oriente les patient-e-s vers des réseaux associatifs, d'entraide ou de solidarité en fonction du lieu d'habitation de ces derniers et dernières. Selon Guy Le Boterf, « *cette multiplicité doit cependant être dépassée pour construire une représentation partagée des situations à gérer, des problèmes à résoudre, des missions à réaliser, des objectifs à atteindre, des projets à entreprendre. De la confrontation des représentations singulières peut émerger une représentation commune plus riche et plus apte à prendre en compte la complexité.* » (LE BOTERF G., 2013, p.80). Il est en effet important de coopérer entre les différentes institutions traitant l'anorexie mentale dans le but d'offrir un suivi de qualité et complémentaire en fonction des besoins individuels.

6.3.2 Accueillir la personne et identifier la nature de sa ou ses demandes

Au sein de notre société actuelle, la réalisation de soi devrait être intégrée à la notion de santé. Cela constitue une vision davantage holistique de l'être humain. En effet, vivre pleinement joue un rôle majeur dans le fait d'être en bonne santé. (MAUTUIT D., 2009, p.35) « *Dit autrement, la santé peut se définir en termes de « plénitude de vie, une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu » c'est-à-dire permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités, compte tenu de son héritage génétique.* » (VALERY P. in : MAUTUIT D., 2009, p.35). Compte tenu de cette réflexion, l'AS se doit donc d'accueillir la personne en prônant le dialogue, en proposant une écoute active ainsi qu'en identifiant les besoins explicites et implicites. L'AS ne doit pas stigmatiser mais prendre du recul dans l'analyse de la situation et reconnaître à la personne un potentiel. Les assistants et assistantes sociales doivent également réaliser un travail sur les représentations que la personne a d'elle-même et clarifier ce que l'institution est en mesure de proposer. Pour terminer, les professionnel-le-s doivent faire émerger les demandes et identifier les besoins en question. Là se trouve donc toute l'importance des entretiens entre un-e AS et une personne souffrant d'anorexie mentale.

6.3.3 Mettre en place des actions préventives

Une des compétences des AS est de mener des actions préventives. Dans le contexte de l'anorexie mentale, nous pouvons imaginer bon nombre de ces mesures. En effet, ces dernières pourraient concerner les risques liés aux réseaux sociaux, tel qu'Internet avec le site Pro Ana. De plus, des professionnel-le-s pourraient

Intervenir dans les écoles pour prévenir les jeunes des risques concernant les régimes ou les comportements alimentaires déviants. Les risques vitaux de l'anorexie mentale pourraient également être exposés. Il est vrai que les adolescent-e-s constituent une population à risque concernant le trouble de l'anorexie mentale. Il pourrait donc être important d'informer, d'aider et de soutenir ce public-cible. Finalement, les proches des patient-e-s pourraient être informé-e-s des particularités de cette maladie psychique afin de la comprendre au mieux.

6.3.4 Mettre en place le projet d'accompagnement

Les personnes souffrant d'anorexie mentale sont des personnes en relation avec l'assurance invalidité (AI). Ces personnes reçoivent donc des rentes ou doivent remplir des formulaires complexes. Le rôle des AS sera de fournir une assistance administrative et juridique par exemple en informant des droits et des devoirs. Les AS analysent également les droits à des prestations et mettent en œuvre une aide financière. En outre, les personnes souffrant d'anorexie mentale se sont peut-être isolées durant leur lutte contre la maladie. Elles ont ainsi désinvesti leurs champs social et professionnel. Les assistants et assistantes sociales sont donc en mesure d'appuyer et de soutenir une démarche d'insertion ou de réinsertion professionnelle. Finalement, les patient-e-s sont pris-e-s en charge au sein de milieux hospitaliers et ambulatoires. Les AS interviennent dans ces contextes-là et les prennent en charge en définissant le type d'accompagnement à mettre en place. En effet, les professionnel-le-s instaurent une relation d'aide et d'appui aux personnes particulièrement fragilisées.

6.3.5 Travailler en équipe

Le domaine du service social est également une spécialité parmi les autres professions. Il est donc primordial de partager et de coopérer afin d'agir dans un but commun à l'équipe interdisciplinaire. Les AS, par exemple, s'entretiennent avec des personnes souffrant d'anorexie mentale et échangent autour de leur situation (financière, familiale, maladie, etc.). Ces professionnel-le-s détiennent donc des informations capitales concernant la vie globale des patient-e-s. Ces informations permettent, par la suite, d'évaluer la situation actuelle de la personne accueillie et d'orienter le suivi selon ses besoins. Finalement, le travail réalisé par les AS devra être partagé et être en cohérence avec celui établi par les autres membres de l'équipe professionnelle. En effet, « *le phénomène est très visible dans le secteur de la santé : les professionnels (médecins, infirmiers, assistants sociaux, professionnels paramédicaux, services communaux, associations humanitaires...) cherchent à se coordonner pour proposer un service continu de soins de qualité* » (LE BOTERF G., 2013, p.23).

7 La démarche méthodologique

Ce chapitre précisera les détails liés à la démarche de recherche. Le terrain de recherche, l'échantillon et les particularités liées au processus seront donc exposés.

7.1 Terrain de recherche

Tout d'abord, je voulais questionner des professionnel-le-s issu-e-s des domaines médical et social, prenant en charge l'anorexie mentale. Concernant le domaine social, le regard devait particulièrement se porter sur les éducateurs et les éducatrices sociales. De plus, je voulais comparer deux institutions prenant en charge ce trouble du comportement alimentaire. Effectivement, il aurait été idéal de pouvoir mener une enquête au sein d'une institution proposant une prise en charge pour les adolescent-e-s souffrant de troubles psychiques divers. Et ainsi, de pouvoir effectuer une comparaison avec une institution destinée spécifiquement aux troubles alimentaires.

Cependant, en raison des difficultés rencontrées quant aux accords de participation, ce souhait initial a été modifié. En effet, deux institutions prenant en charge les adolescent-e-s souffrant de troubles psychiatriques divers ont été contactées. Le premier établissement, par manque de temps, a proposé d'effectuer des entretiens téléphoniques. Cette façon de procéder n'a pas été jugée idéale car les informations récoltées auraient manqué de détails. La deuxième institution n'a pas souhaité donné de réponse quant à sa participation, malgré plusieurs contacts téléphoniques. De ce fait, je me suis concentrée sur un unique lieu de recherche ayant accepté de contribuer à la démarche. Au sein de ce dernier, le métier d'AS est uniquement représenté. C'est pourquoi notre regard s'est élargi aux travailleurs sociaux de manière générale. Malgré cela, un entretien avait été préalablement mené avec un éducateur évoluant au sein d'une unité psychiatrique prenant en charge des enfants et adolescent-e-s souffrant de troubles psychiatriques divers en Suisse romande. Ce dernier est également confronté à la prise en charge de l'anorexie mentale. Cette récolte d'informations pourra donc être complémentaire à la recherche.

Le terrain d'enquête retenu est donc un établissement de Suisse romande, offrant un suivi interdisciplinaire aux adolescent-e-s et aux adultes souffrant du trouble de l'anorexie mentale, de boulimie ou encore de troubles alimentaires divers. Trois niveaux de soins différents sont proposés, à savoir :

- Tout d'abord, il y a un niveau hospitalier. Cette unité s'adresse aux adolescent-e-s ainsi qu'aux adultes dont le poids constitue une source d'angoisse.
- Puis, il y a un centre de jour ainsi que des consultations ambulatoires. Cet espace permet aux patient-e-s d'avoir un parcours clinique s'adaptant à leurs besoins. En effet, le centre de jour permet à certain-e-s patient-e-s d'éviter de séjourner à l'hôpital ou alors d'être pris-e-s en charge suite à leur hospitalisation dans un but de réinsertion dans la vie sociale et quotidienne en douceur.

Pour conclure, ce lieu de prise en charge représente environ une cinquantaine de professionnel-le-s dont dix professions différentes. L'interdisciplinarité est donc un concept au cœur de la pratique professionnelle : psychiatres, pédopsychiatres, somaticien-ne-s, infirmiers et infirmières, psychologues, diététicien-ne-s, assistant-e-s sociales, physiothérapeutes ainsi qu'ergothérapeutes. C'est pourquoi ce terrain a été favorable en ce qui concerne les différents questionnements de ce Travail de Bachelor.

7.2 L'échantillon

Les rencontres se sont réalisées au sein d'un établissement de prise en charge en Suisse romande. Quatre professionnelles ont librement accepté d'être interrogées.

- Une assistante sociale, que nous nommerons Chantale, qui propose un suivi classique en s'occupant de la gestion du budget ou encore des demandes AI. En parallèle, elle entretient des contacts avec les écoles ou universités pour négocier des plans de soins ou aménager les horaires

estudiantins. Des liens avec des mesures de réinsertion sont également établis. De par sa formation parallèle en thérapie cognitivo-comportementale, elle assume également une part davantage psychoéducatrice par le biais, par exemple, d'un travail sur la gestion des angoisses. Selon elle, la santé est un équilibre entre le corps et l'esprit, incluant évidemment le côté strictement médical. Mais les sphères professionnelle et sociale sont également incluses dans sa représentation. La santé est donc pour elle un concept assez large. Chantale se considère chanceuse d'évoluer au sein d'un service où les AS sont intégré-e-s dans les équipes. En effet, son bureau est au cœur de l'action. Le fait d'être la seule AS demande des capacités « *d'équilibriste* » car ses collègues fonctionnent différemment d'elle au niveau de la réflexion menée sur le but des prises en charge. Être en minorité lui demande donc de s'adapter. Mais tou-te-s avancent avec un but commun car c'est pour elle un élément-clé de l'interdisciplinarité.

- Une doctoresse, généraliste de formation, qui propose un suivi ciblé sur les difficultés nutritionnelles en lien avec le trouble alimentaire. Nous l'appellerons Nathalie. Elle s'occupe du côté somatique en proposant des bilans nutritionnels et a encore un rôle d'interface avec d'autres médecins qui ont besoin d'être soutenu-e-s. Cette dernière a cité la définition de la santé décrite par l'OMS, et selon elle, c'est « *un peu ce que les professionnel-le-s font au sein de cet établissement* ». En effet, selon son point de vue, les aspects biologiques, psychologiques et sociaux doivent être pris en compte. Cependant, dans la réalité du terrain, les personnes n'ont pas toujours les moyens de s'occuper de tous les aspects. C'est donc une chance de collaborer avec d'autres intervenant-e-s. Effectivement, l'interdisciplinarité est pour elle un enrichissement ainsi qu'un moteur dans sa volonté de travailler au sein de cette structure. Pour terminer, l'aspect social de ses patient-e-s l'intéresse malgré qu'elle n'agisse pas concrètement sur cette thématique. Cet aspect social, Nathalie le définit comme « *l'interface professionnel et social en lien avec la maladie* », à savoir les études, l'activité professionnelle, l'environnement familial ou encore les relations amicales. Elle considère d'ailleurs les interventions de l'assistante sociale comme étant « *indispensables* ».
- Une psychiatre et psychothérapeute, Béatrice, qui s'est spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire. Pour elle, la définition de la santé de l'OMS est très ambitieuse. Malgré la difficulté d'atteindre cet objectif, les TCA sont emblématiques de ce qu'affirme l'OMS. En effet, pour elle, la santé physique est très importante mais elle n'est rien sans la santé psychologique et sans un certain confort social. Les dimensions biologiques, psychologiques et sociales doivent donc être couvertes par le champ médical. C'est pourquoi l'interdisciplinarité est au cœur de sa pratique. Cela permet, en effet, d'intervenir sur les trois aspects précédemment cités. C'est donc une condition indispensable pour prendre en charge, de manière globale, des personnes souffrant d'anorexie mentale. Cette notion est cependant parfois compliquée sur le terrain car chaque professionnel-le est spécialisé-e dans sa discipline. Pour terminer, les interventions sociales menées par l'AS sont d'une part légitimes mais également indispensables. L'assistante sociale fait partie de l'équipe à part entière.
- Une infirmière, ayant une formation de soins infirmiers en psychiatrie, que nous nommerons Isabelle. Tou-te-s les patient-e-s fréquentant le centre ont comme point commun les soins infirmiers. Les infirmiers et les infirmières participent aux prestations de groupes thérapeutiques. L'outil de travail d'Isabelle est « *sa personne ainsi que la relation thérapeutique qu'elle établit avec ses patient-e-s* ». Cette dernière pense que la santé est un équilibre. En effet, c'est viser un équilibre en sachant que nous avons des vulnérabilités, des forces, des ressources. Il s'agit d'être en capacité de mobiliser tous ces éléments pour viser un équilibre nous permettant de faire fonctionner notre corps ainsi que notre psychisme au mieux. Ce qui l'attire dans la santé, c'est comment soutenir, aider, guider les personnes dans la gestion de leur maladie. Isabelle n'a pas besoin de la motivation de la guérison

pour avancer, mais de se positionner en termes de qualité de vie en prenant en compte les représentations, l'équilibre et le bien-être de ses patient-e-s. L'interdisciplinarité se traduit d'ailleurs par la manière dont les bénéficiaires peuvent profiter de toutes les richesses proposées par tous les axes de soins. Pour terminer, Isabelle pense travailler pleinement la dimension sociale de la santé. Selon elle, bien souvent, la dimension sociale et les soins infirmiers de type psychiatrique s'articulent extrêmement bien.

Cet échantillon nous permettra donc de mettre en avant chaque regard et d'avoir une vision des différentes intervenantes issues des domaines médical et social. Leurs interventions ont été questionnées, la recherche s'est donc axée sur la représentation de la santé, la prise en charge, l'interdisciplinarité ainsi que le travail en réseau.

7.3 La technique de recueil des données

Ce travail s'appuie sur une recherche qualitative. Ainsi, quatre entretiens individuels et semi-dirigés ont été menés avec quatre professionnelles. Chaque rencontre a duré une heure. Cette démarche a semblé être la plus pertinente car elle a permis un échange direct avec les personnes interrogées. En effet, concernant ce Travail de Bachelor, il y avait une volonté de connaître les interventions proposées par les différent-e-s professionnel-le-s ainsi que leurs représentations concernant la santé. Selon Joël Cadière, docteur en sociologie enseignant la méthodologie de la recherche ainsi que la sociologie, l'entretien semi-directif a donc bel et bien permis de questionner les représentations de chaque professionnelle vis-à-vis de son métier, de ses actions, de ses outils de travail. Ainsi, à partir d'un questionnement ouvert, la personne a pu développer sa réponse en toute liberté. (CADIÈRE J., 2013, p. 93).

Toujours selon Joël Cadière, « Il [le chercheur] instaure et maîtrise un dialogue avec la personne à partir d'une ou plusieurs questions préalablement inscrites dans un guide d'entretien. » (CADIÈRE J., 2013, p.93). Pour ce faire, un guide d'entretien (Cf. Annexe 13.1) a préalablement été construit afin d'orienter la rencontre. Par le biais de ce dernier, les éléments permettant l'introduction ainsi que la clôture de l'entretien ont été développés afin d'établir un fil rouge. Puis les thématiques, les sous-thématiques ainsi que les questions de relance y ont été inscrites. La représentation de la santé a tout d'abord été questionnée. Ensuite, je me suis intéressée aux interventions concernant la prise en charge de l'anorexie mentale, de l'interdisciplinarité ainsi que du travail en réseau. Cette méthode a permis d'organiser les questions et de pouvoir rebondir suite aux apports des personnes interrogées. Les questions ont également permis de proposer à l'interrogée un thème à partir duquel elle a pu amener un développement. L'interrogée a donc bénéficié d'une marge de manœuvre quant à sa réponse et a pu approfondir, selon son souhait, les réponses fournies sur ses pratiques, ses représentations, le contexte d'intervention, ses valeurs, etc.

Pour terminer, en ce qui concerne les éléments formels, une demande d'enquête au sein de l'établissement de Suisse romande a été adressée à une commission d'évaluation afin d'obtenir l'autorisation. Cette demande a été enregistrée sous le n°2015-13 ; la recherche a ainsi pu débiter. Les professionnel-le-s ont donc été contacté-e-s. Une lettre d'information a préalablement été préparée afin d'informer les personnes du but de l'étude (Cf. Annexe 13.2). Une professionnelle a présenté le projet lors d'un colloque hebdomadaire réunissant l'ensemble des professionnel-le-s. Suite à ce dernier, quatre professionnelles ont accepté de collaborer. Par la suite, nous sommes entrées en contact individuellement afin de convenir des rencontres.

7.4 Éthique

Ce travail respecte l'éthique de la recherche, c'est-à-dire la protection de l'identité, la confidentialité, l'exactitude des données et la libre adhésion. En effet, le formulaire de consentement (Cf. Annexe 13.3) a formulé mon engagement à ne pas faire de tort aux professionnel-le-s qui ont été interrogé-e-s. Au contraire, cette recherche a uniquement visé à créer des actions positives. En outre, je me suis engagée au respect du consentement libre. En effet, les personnes participant au travail ont été averties des objectifs de la recherche

ainsi que des détails concernant l'utilisation des données. Dans le cas où un-e professionnel-le aurait désiré mettre un terme à sa participation, son souhait aurait été considéré ainsi qu'accepté.

L'ensemble des professionnel-le-s prenant part à la démarche m'ont donné leur accord afin que j'enregistre leurs propos à l'aide d'un Iphone. En effet, toujours selon Joël Cadière, « *Les discours oraux nécessitent d'être enregistrés par le chercheur. [...] Il va sans dire qu'une autorisation préalable de tous est nécessaire pour réaliser cette opération.* » (CADIÈRE J., 2013, p. 92). Vis-à-vis des contenus récoltés, une fois la retranscription faite, les enregistrements ont été supprimés afin de préserver l'anonymat. Les personnes interrogées ont signé la lettre indiquant que je m'engage à respecter ces deux principes fondamentaux. Pour terminer, je m'engage à respecter la vie privée et les renseignements personnels. En effet, ont été récoltées uniquement les données sensibles étant indispensables à la recherche menée dans le cadre de ce Travail de Bachelor.

8 L'analyse

Les quatre personnes interrogées travaillent au sein de l'établissement de prise en charge retenu comme terrain de recherche. Ces dernières évoluent plus précisément au sein du centre de jour ainsi que du volet ambulatoire. Au travers de ce chapitre, nous pourrions également mettre à profit les entretiens menés préalablement dans le cadre de cette étude. En effet, un éducateur social travaillant au sein d'une unité pédopsychiatrique avait amené des apports très riches quant à sa prise en charge de jeunes patient-e-s souffrant d'anorexie mentale. De plus, nous avons rencontré deux professionnelles psychothérapeutes dans une visée exploratoire de la recherche. Ces divers apports pourront donc être complémentaires et pertinents pour analyser les différentes thématiques citées ci-dessous.

Quatre thèmes seront donc approfondis : la représentation de la santé des professionnel-le-s, les interventions et la prise en charge des patient-e-s souffrant d'anorexie mentale, l'interdisciplinarité ainsi que le travail en réseau. Ceux-ci nous permettront de comprendre au mieux le suivi et les actions professionnelles menées dans le cadre de ce trouble alimentaire complexe. Nous parcourons donc les différents récits amenés par l'échantillon durant un entretien individuel d'une heure chacun.

Pour rappel, l'échantillon rencontré se compose des personnes suivantes : une assistante sociale, une docteure généraliste de formation, une psychiatre et psychothérapeute ainsi qu'une infirmière ayant une formation de soins infirmiers en psychiatrie. Les domaines sanitaire et social sont donc représentés grâce aux différents niveaux de formation des personnes interrogées, répondant ainsi favorablement à la volonté initiale de ce Travail de Bachelor.

8.1 La représentation de la santé

8.1.1 *Sa propre représentation de la santé de manière générale*

Premièrement, la docteure a directement fait référence à la définition de l'OMS, à savoir que « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 2015). Aucun élément supplémentaire n'a été amené. Ensuite, l'infirmière en soins psychiatriques a indiqué que la santé était pour elle un équilibre. En effet, nous avons tou-te-s des vulnérabilités, des forces ainsi que des ressources. Son idée est donc d'être dans la capacité de mobiliser tous ces éléments afin de viser un équilibre permettant à la fois de faire fonctionner le corps mais également le psychisme au mieux. Puis, Béatrice, psychiatre et psychothérapeute, mentionne la définition de l'OMS comme étant magnifique mais extrêmement ambitieuse. Selon cette dernière, les troubles du comportement alimentaire sont emblématiques de ce que souligne l'OMS. En effet, la santé physique est importante mais elle n'est rien sans la santé psychologique ainsi qu'un certain confort social. Effectivement, l'absence d'un nom caractérisant le mal-être, c'est-à-dire l'absence d'une maladie définie, n'est pas suffisante pour parler de santé. Finalement, l'assistante sociale définit la santé comme un équilibre entre le corps et l'esprit, incluant « *le côté médico-médical* » mais également les sphères davantage professionnelle et sociale. La santé est donc pour elle un concept assez large incluant divers éléments.

Suite à ces apports, nous pouvons observer que la professionnelle issue d'une formation uniquement médicale se réfère directement à la définition officielle citée par l'OMS. Effectivement, cette dernière n'établit pas de lien avec ses propres représentations, contrairement aux autres corps professionnels davantage axés sur le psychisme. « *Pour autant, il existe bien un espace interstitiel entre le secteur de la santé, dominé par l'hôpital, et celui de l'action sociale, au sens large du terme.* » (JAEGER M., 2012, p.2). En effet, nous pouvons constater que chacune de ces intervenantes est d'accord sur le fondement de la définition de l'OMS. Cependant, les métiers davantage orientés vers les notions psychologiques et sociales permettent des propos nuancés avec des apports en fonction de leurs représentations. Effectivement, nous pouvons constater que l'infirmière en soins psychiatriques tient des propos prenant en compte les aspects liés à la

santé et au psychisme. Car selon cette dernière, un infirmier ou une infirmière « est très coloré-e santé/psychisme ». L'assistante sociale, quant à elle, oriente son discours vers la psychiatrie de par son contexte de travail. Pour terminer, l'AS ainsi que la psychiatre psychothérapeute mentionnent l'importance des confort sociaux et professionnels en ce qui concerne une vue globale de la santé. En effet, pour ces deux intervenantes, ce sont des enjeux à prendre en considération car ils sont complémentaires aux aspects médicaux et psychiques.

8.1.2 Sa propre représentation de la santé en lien avec l'anorexie mentale

Tout d'abord, l'infirmière précise que dans le cadre de cette maladie, il est nécessaire d'adopter un regard extrêmement large. En effet, certaines situations permettent d'envisager une guérison, alors que, à l'inverse, un nombre important de personnes seront amenées à vivre avec et à gérer leur maladie. En effet, nous avons vu qu'au terme de la prise en charge, 50 % des personnes retrouvent une qualité de vie stable et normale. Pour les autres, il peut y avoir une chronicisation des symptômes avec d'éventuelles rechutes et la poursuite d'un suivi avec un traitement approprié. (MARSAUDON E., 2011, p.121) Isabelle est davantage attirée par le volet du soutien et de l'aide, à savoir : « *Comment faire pour guider les patient-e-s dans la gestion de leur maladie ?* ». Cette professionnelle n'a donc pas besoin de la motivation de la guérison pour avancer. En effet, se positionner en termes de qualité de vie et sans cesse chercher un point d'amélioration l'intéressent vivement. Il est vrai que cette dernière regrette que, bien souvent, les représentations et les valeurs des patient-e-s ne soient pas prises en compte car les professionnel-le-s se réfèrent à leur propre idéal. En effet, nous avons vu que tous les cheminements doivent être guidés par les valeurs de la personne accompagnée elle-même. (PAUL M., 2004, p.56) Depuis le 20^{ème} siècle, l'accompagnement a été introduit par la formule « *aller avec pour aller vers* » (PAUL M., 2004, p.57). Cette infirmière a ainsi la qualité de pouvoir aisément tendre vers ce qui représente pour les patient-e-s leur idéal et leur bien-être car elle apprécie ces questions éthiques. En effet, selon elle et dans le contexte de l'anorexie mentale, « *À vouloir contraindre les bénéficiaires à lâcher ce trouble, les intervenant-e-s les emmènent sur des chemins faits d'anxiété, d'angoisse et de perte de points de repère. Alors que parfois la maladie est nécessaire pour donner une réponse ou amener un équilibre.* ».

Pour continuer, ce qui vient premièrement à l'esprit de l'assistante sociale en termes de santé, ce sont des indices de masse corporelle entre 18,5 et 24. En faisant référence à son expérience, cette dernière précise que retrouver du plaisir et de la facilité à manger est également un enjeu. Ensuite, d'un point de vue global, cela nécessite également de résoudre tous les éléments gravitant autour du trouble alimentaire afin que les personnes puissent à nouveau éprouver du plaisir et de la facilité à manger.

Pour conclure, selon Marcel Jaeger, directeur d'institution médico-sociale, « *Il est essentiel que les dispositifs psychiatriques, sociaux, médico-sociaux avancent vers des modes de coopération qui tiennent compte, par-delà leurs logiques propres, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes en difficultés* » (JAEGER M., 2012, p.4). En effet, nous pouvons constater que l'assistante sociale mentionne les indices de masse corporelle (IMC ou BMI) alors que ces termes sont médicaux. C'est d'ailleurs le premier enjeu cité par cette professionnelle. Nous pouvons donc observer que même l'intervenante issue du domaine social est informée des risques somatiques et les prend en considération dans ses propres représentations. Ainsi, en dehors de sa propre logique, elle tient compte de la réalité complexe des personnes souffrant d'anorexie mentale. (JAEGER M., 2012, p.4) En parallèle, l'infirmière en soins psychiatriques se détache des termes médicaux et oriente son discours vers la qualité de vie des patient-e-s. Comment les guider et leur apprendre à gérer leur maladie ? Voici des questionnements davantage orientés vers l'accompagnement et la psychologie. Effectivement, les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent des situations très complexes, relevant tout aussi bien du domaine médical que psychosocial. Ainsi, nous démontrons que les différent-e-s professionnel-le-s ne se limitent pas à leurs compétences ainsi qu'à leur niveau de formation

mais prennent en considération les besoins spécifiques et multiples de ces personnes en difficultés.

8.1.3 La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Pour commencer, la définition de la santé de l'OMS correspond à la prise en charge de l'anorexie mentale selon la doctoresse. En effet, cette maladie doit être considérée sous les trois aspects, à savoir physique, mental et social. Selon cette dernière, cela devrait toujours être le cas en médecine. Cependant, elle confie que les professionnel-le-s n'ont pas toujours les moyens de prendre en charge ces trois dimensions.

Ensuite, l'infirmière en soins psychiatriques adhère totalement à la définition de l'OMS. Cependant, elle nous partage quelques questionnements : « *Mais qu'appelons-nous bien-être social, bien-être physique et bien-être mental ? Comment cela se traduit pour chaque être humain ?* » En effet, cette infirmière pense qu'il est important de considérer ces notions et de nuancer ses propos. Car les conceptions des choses ainsi que les valeurs auxquelles nous nous référons ne doivent pas seulement être les nôtres. Quant à elle, la psychiatre et psychothérapeute pense qu'en psychiatrie, encore davantage que dans les autres branches de la médecine, le biopsychosocial doit être couvert par le champ médical. Pour être raisonnablement en bonne santé, tous ces différents aspects doivent être les plus apaisés. Pour terminer, l'assistante sociale mentionne que la définition de l'OMS est extrêmement optimiste mais qu'elle est très pertinente. Elle confie, en souriant, qu'il doit y avoir très peu de gens en bonne santé selon l'OMS même si cette définition de la santé est cohérente. En effet, selon elle, « *Si nous parlons de la santé en évoquant uniquement les résultats sanguins, nous passerions à côté d'un grand nombre d'éléments.* ».

Pour conclure, en 1991, « *Le Docteur P. Nikolai Nappalkov, sous-directeur général de l'OMS, a déclaré : « Les mesures de la qualité de vie sont un indicateur de l'état de santé dont on reconnaît progressivement l'importance. »* » (MAUTUIT D., 2009, p.35). Cela signifie que, désormais, « *on accorde plus d'importance à des critères positifs de la santé comme le bien-être et la qualité de vie* » (MAUTUIT D., 2009, p.35). En l'an 2016, nous pouvons constater qu'au sein de cet établissement de prise en charge, toutes les professionnelles interrogées et indépendamment de leur profession, reconnaissent l'importance du bien-être social dans la définition de la santé. Il y a donc une réelle évolution en ce qui concerne l'adoption d'une vision davantage holistique de l'être humain.

8.1.4 Les enjeux de la santé dans le domaine de l'anorexie mentale

Tout d'abord, le premier enjeu en ce qui concerne l'anorexie mentale, selon la doctoresse, est d'assurer la survie de la personne. Une fois que la vie de cette dernière n'est pas ou plus en danger, l'objectif principal est d'en guérir. Mais, selon Nathalie, « *Si les objectifs sont revus à la baisse, ce serait d'avoir une vie la plus normale possible avec une qualité de vie, en fonction des ressources de chaque patient-e et en fonction de leur situation.* ». Son souhait serait cependant de toujours réussir à les guérir. Pour continuer, ce sont des patient-e-s qui ont tendance à cliver. Effectivement, ces derniers et dernières sont tout à coup dans une réalité et le reste n'existe pas. Il est donc important, voire essentiel, de les aider à rassembler tous les éléments afin d'être plus entiers et entières. En effet, les personnes souffrant d'anorexie mentale ne manipulent pas volontairement, mais elles se morcellent. Ensuite, un TCA doit souvent être pris en charge au niveau familial. Plus les patient-e-s sont jeunes, plus la prise en charge familiale est importante. En effet, une maladie sévère qui dure dans le temps a forcément un impact sur les proches. La doctoresse mentionne qu'il « *s'agit d'une dimension psychiatrique et systémique du problème* ». Finalement, lorsqu'il y a un risque vital pour la personne car elle met sa vie en danger, cette dernière peut être prise en charge sous placement à des fins d'assistance (PLAFA) pour des mesures d'hospitalisation ou ambulatoires. Pour conclure, les enjeux cités par cette professionnelle sont donc multiples et concordent avec sa propre représentation de la santé, à savoir une prise en charge bio-psycho-sociale.

Ensuite, pour l'infirmière en soins psychiatriques, les enjeux sont multifactoriels et touchent les trois domaines. En effet, l'origine de la pathologie est psychique. Nous sommes donc dans le domaine des

maladies psychiatriques. Puis, les conséquences du TCA sont physiques par la dénutrition. Et sur le plan social, selon elle, c'est « *une évidence absolue que des conséquences sont engendrées* ». Effectivement, l'absentéisme ainsi que la difficulté à maintenir les études constituent de réelles problématiques. Nous ne pouvons donc pas ignorer que les troubles du comportement alimentaires sont souvent en lien avec des troubles de l'émancipation, c'est-à-dire des difficultés en lien avec le passage à l'âge adulte. En effet, « *On observe un lien étroit entre les difficultés de l'acquisition de l'autonomie et l'apparition de tels comportements d'accoutumance.* » (BARRAUD R., 1998, p.21). La psychiatre psychothérapeute, Béatrice, rejoint cette idée en nous affirmant : « *Une des choses que l'on retrouve fréquemment chez ces patient-e-s, c'est un conflit intrapsychique entre un désir d'autonomie et un besoin de dépendance* ». Pour continuer, selon cette infirmière en soins psychiatriques, divers éléments devront être intégrés au traitement. Il est vrai que les patient-e-s remarqueront rapidement des troubles de la mémoire et de la concentration. Au contraire, si les patient-e-s développent une hyperactivité intellectuelle, les études seront excellentes mais les conséquences seront visibles sur le plan physique avec un épuisement. Thierry Vincent, psychiatre et psychanalyste, mentionne également : « *Refusant de reconnaître la fatigue, ces jeunes filles se réfugient dans une boulimie de connaissances, de travail, niant même la dimension du temps qu'elles tentent également de contrôler* » (VINCENT T., 2009, p.58). Selon cette infirmière en soins psychiatriques, tout est lié et les « *sonnettes d'alarme se mettent à sonner en même temps* ». De plus, ce sont des soins de type hospitalier, voire hôpital de jour, qui auront donc des influences sur la capacité à pouvoir fréquenter l'école ou le travail. De grandes incidences familiales, scolaires et sociales seront ainsi engendrées car se soigner prend du temps. Pour conclure, cette professionnelle avait précédemment mentionné que l'anorexie mentale nécessite d'avoir un regard professionnel extrêmement large. En effet, cette vision globale se ressent au travers des différents enjeux mentionnés.

Puis, en ce qui concerne la psychiatre psychothérapeute, cette dernière mentionne que les TCA sont des maladies psychiatriques. Les symptômes physiques qui découlent de la malnutrition ou de la dénutrition sont donc, selon Béatrice, « *une conséquence d'une pathologie en amont qui se situe dans le psychisme* ». De plus, une des conséquences majeures de l'anorexie mentale est la désinsertion sociale. En effet, les rencontres avec l'entourage sont presque toujours liées à l'alimentation. Notre socialisation se passe donc autour du manger et du boire. En effet, nous avons vu que « *le repas est souvent un moment de retrouvailles, voire de rencontres* » (SIROLLI L., 2006, p.16). Les patient-e-s souffrant d'anorexie mentale, toujours selon Béatrice, sont « *en très grandes difficultés dans le manger et dans le boire* ». Ainsi, ces derniers et dernières savent que des réactions seront suscitées. La plupart du temps, ce sont des réactions bienveillantes mais des réactions que les patient-e-s devront tout de même affronter. Pour se prémunir de ces remarques, les personnes vont désinvestir le champ social et s'isoler. Le confort social précédemment cité se retrouve ainsi dans ce discours. Pour continuer, les patient-e-s sont souvent dans une ambivalence par rapport à leur maladie. En effet, les personnes reconnaissent en partie la maladie mais cela reste difficile. Car se restreindre dans son alimentation apaise ces personnes-là. Cela apaise un mal-être antérieur à la maladie en relation avec une personnalité très anxieuse, un manque de confiance en soi, un sentiment d'insuffisance, etc. De plus, perdre du poids est extrêmement valorisé dans notre société. Pour ces patient-e-s, c'est donc une expérience extraordinaire car ces derniers et dernières réussissent à perdre du poids là où tou-te-s les autres échouent. Ceci est donc valorisant, d'autant plus que le renforcement social est très fort. Il faut savoir qu'au début de la maladie, ce public-cible vit « *quelque chose du registre de la lune de miel, une euphorie* », selon Béatrice. Par la suite, la situation se compliquera car l'anorexie mentale est conceptualisée comme une addiction comportementale. Les patient-e-s, même conscient-e-s que leur santé physique et psychologique se dégrade, voudront toujours revenir à cette étape d'euphorie en radicalisant leurs restrictions. Il s'agit donc d'un cercle vicieux. Elle nous confie que « *L'euphorie, l'irritabilité et la dépression sont le chemin normal du processus de l'anorexie mentale.* ». Pour terminer, l'anorexie mentale est la maladie psychiatrique dont les personnes décèdent le plus. Les causes peuvent être des raisons somatiques (cœur ou organes qui lâchent)

ou des raisons psychiatriques (suicides).

Pour continuer, l'assistante sociale mentionne à nouveau ce qui est mesurable, à savoir les indices de masse corporelle. Selon cette dernière, il faudrait également retrouver de l'espace pour d'autres centres d'intérêt car « *il faudrait que la nourriture et l'angoisse à l'idée de manger ne remplissent plus toutes les journées* ». Les patient-e-s doivent donc reprendre une activité professionnelle ou scolaire et des activités de loisirs. En effet, il est nécessaire de retrouver une utilité et du sens à sa vie. En outre, les personnes souffrant d'anorexie mentale doivent également accepter leur imperfection et faire preuve de lâcher prise afin d'être en bonne santé. Car ce sont des personnes extrêmement perfectionnistes. Pour poursuivre, des situations difficiles se présentent lorsque les patient-e-s ont d'autres maladies psychiatriques (trouble de la personnalité Borderline, dépression, etc.) qui « *viennent se greffer à l'anorexie mentale* », selon Chantale. Il faudra donc traiter le trouble alimentaire mais également les autres troubles psychiatriques venant parasiter le travail réalisé en lien avec le TCA. Nous pouvons donc constater que cette professionnelle mentionne des enjeux d'ordre médical, social et psychiatrique.

Pour conclure, nous pouvons observer que la doctoresse a cette volonté de toujours réussir à guérir les patient-e-s, là où l'infirmière en soins psychiatriques n'a pas besoin de la motivation de la guérison pour avancer dans sa prise en charge. Il est vrai que les médecins ont prêté le serment d'Hippocrate. Par ce biais, la priorité de ces professionnel-le-s est le bien-être des patient-e-s. Les médecins doivent ainsi réaliser tout ce qui est au bénéfice des personnes souffrantes. (JOUANNA J., 10.07.2016) Cependant, il y a une volonté commune de considérer le problème sous des dimensions psychiatrique et systémique. En effet, la sphère familiale, l'absentéisme, la désinsertion sociale sont des éléments très importants à prendre en considération lors de l'accompagnement des personnes souffrant d'anorexie mentale. En effet, toutes les intervenantes s'accordent en affirmant que des enjeux d'ordre physique (dénutrition, malnutrition, maladie avec un taux de mortalité élevé), mental (maladie psychiatrique, clivage, mauvaise estime de soi, addiction comportementale) et social (problèmes familiaux, absentéisme, perte de sens, désinsertion sociale) sont emblématiques des enjeux relatifs à cette maladie psychiatrique.

8.1.5 Synthèse

Nous nous sommes donc intéressé-e-s à la représentation de la santé qu'ont les différentes professionnelles. Au sein de ce Travail de Bachelor, nous partons de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous avons pu constater que chacune des intervenantes adhère à cette dernière en mentionnant tout de même que celle-ci est idéale. De plus, l'anorexie mentale est une maladie qui nécessite d'être prise en charge sur les trois plans : physique, mental et social. En effet, nous avons vu que les enjeux de ce TCA touchent ces trois domaines et requièrent donc l'intervention de plusieurs corps de métiers. Ainsi, le biopsychosocial est au cœur des pratiques. Une des hypothèses était que la prise en charge par les professionnel-le-s est déterminée par leur propre conception de la santé. Nous pouvons ainsi établir un premier lien allant dans le sens de cette hypothèse. Effectivement, la médecin prône et vise la guérison. Alors que l'infirmière en soins psychiatrique oriente ses actions en fonction des besoins et des souhaits des patient-e-s en considérant leurs valeurs et leur bien-être. Ce dernier, selon elle, n'est pas universel mais propre à chacun-e. Nous allons désormais découvrir les interventions spécifiques aux diverses professionnelles.

8.2 La prise en charge de l'anorexie mentale

8.2.1 *La prise en charge proposée au sein de cette structure de Suisse romande*

Avant d'être pris-e-s en charge au sein de cet établissement, les adolescent-e-s fréquentant le centre de jour doivent bénéficier d'un suivi somatique chez un médecin ainsi que d'un suivi psychologique individuel avec un pédopsychiatre. Pour continuer, les adultes fréquentent la structure soit pour un suivi ambulatoire ainsi que le centre de jour, soit pour une hospitalisation. En effet, les consultations offertes par les psychologues ainsi que le suivi somatique ambulatoire sont uniquement destinés aux adultes. Ce sont des portes d'entrée différentes.

Ensuite, en ce qui concerne les professionnel-le-s, une même équipe interdisciplinaire intervient à l'hôpital de jour ainsi qu'à l'unité ambulatoire. La majorité des patient-e-s sont âgé-e-s entre vingt-quatre et vingt-sept ans et uniquement 10% des bénéficiaires sont des garçons. Puis, afin que l'hôpital de jour soit fonctionnel, une cinquantaine de patient-e-s fréquentent l'établissement chaque semaine. En effet, une quinzaine de places sont disponibles dans chacun des espaces thérapeutiques. Les soins proposés peuvent être individualisés ou groupaux.

De façon à pouvoir réellement intégrer l'interdisciplinarité dans le quotidien, l'équipe a été organisée comme suit. Lorsque la personne souffrante arrive en soins, cette dernière se voit attribuer un ou une référente infirmière ayant l'objectif ainsi que la mission d'être le fil rouge et le liant de l'ensemble de la prise en charge. Les personnes référentes sont les pivots du suivi grâce à une vision extrêmement globale des situations. Au fur et à mesure du soin, toutes les autres disciplines seront intégrées selon les besoins spécifiques des bénéficiaires. Ainsi, lorsque la personne souffrant d'anorexie mentale arrive, il lui est donc attribué un ou une infirmière référente ainsi qu'un-e médecin assistant-e ou un-e psychologue. Ces deux personnes sont également supervisées par un-e médecin psychiatre expérimenté-e et ayant davantage de recul dans la situation. Ceci constitue la garantie du dispositif de base pour un-e patient-e suivi-e dans l'unité ambulatoire. Ensuite, ce-tte patient-e se rend aux rendez-vous et expose sa situation. Les professionnel-le-s vont ainsi se rendre compte des différents besoins de la personne. C'est pourquoi les différents membres de l'équipe seront sollicité-e-s pour un bilan social, un bilan diététique, etc. En outre, si la personne doit bénéficier de soins spécifiques au trouble du comportement alimentaire, des prestations déclinées au travers de l'hôpital de jour lui seront proposées. En effet, bon nombre de groupes thérapeutiques sont mis en place, au sein desquels l'interdisciplinarité se retrouve. Par exemple, les physiothérapeutes se chargent du volet « corps ». Pour terminer, si la personne a besoin de davantage, elle pourra intégrer le niveau de soins intermédiaires, au travers de plusieurs groupes du centre de jour. Ces groupes peuvent être fréquentés d'une heure par semaine à cinq jours sur sept de 8:00 à 16:00. Cet établissement a voulu cela très flexible afin d'avoir la possibilité de personnaliser les soins. Il faut savoir qu'il n'y a pas de parcours type.

À partir du moment où un soin est décidé, un contrat thérapeutique est réalisé. Selon Janas cité par Vincent Thierry, psychiatre et psychanalyste, il s'agit d'un « *moyen d'élaborer une distance par rapport à des relations familiales fusionnelles et exclusives, moyen aussi d'introduire une équipe médicale et d'amorcer ou d'initier un travail psychothérapeutique* » (JANAS, 1994 in : VINCENT T., 2009, p.30). En effet, le contrat thérapeutique définit les objectifs, les moyens (prestations de soins) ainsi que les éléments sur lesquels les professionnel-le-s s'appuieront pour déterminer le degré d'atteinte des objectifs. Après trois mois, ce contrat est renouvelable. Au terme de cette durée, il se peut que le rythme alimentaire ne soit toujours pas acquis par les patient-e-s. Les clauses pourront donc être affinées. D'autres moyens pourront également être trouvés. Par exemple, une personne, ayant des difficultés avec les points de repères et n'arrivant pas à se préparer des assiettes à l'extérieur, pourra participer aux repas thérapeutiques. En effet, les repas constituent un des groupes centraux de cet établissement. L'objectif sera donc d'acquérir des points de repères et de mettre des rythmes de repas en place. Dans ce cas, les repas permettent d'acquérir des points de repères, de réaffronter l'alimentation et d'être accompagné-e-s par des soignant-e-s. Cet accompagnement encourage les patient-e-s à terminer leur assiette et favorise la confiance en soi.

Pour terminer, la dimension biologique doit être prise en considération en ce qui concerne les interventions des professionnel-le-s. En effet, la dénutrition est susceptible d'avoir des conséquences extrêmement graves en affectant le fonctionnement du cerveau et du psychisme. Si le corps est insuffisamment nourri, les psychiatres ne pourront donc pas travailler correctement avec les patient-e-s par exemple. Il faudra également travailler sur la dimension psychique de la maladie. Car souvent, l'origine du problème se situe à ce niveau. Puis, il sera également nécessaire de traiter la dimension sociale : soit pour prémunir ou diminuer l'isolement social, soit bien souvent « *et malheureusement car le stade est davantage préoccupant* » selon la

psychiatre psychothérapeute, le travail doit être réalisé autour du soutien des patient-e-s afin que ces derniers et dernières réinvestissent le champ social. Ce dernier fait référence aux relations sociales ou amicales, à la scolarisation, aux études ainsi qu'aux activités professionnelles. Effectivement, la mission de la structure est de traiter les aspects bio-psycho-sociaux de l'anorexie mentale.

Pour conclure, « *Loin de clichés, l'AM [Anorexie Mentale], surtout, mais aussi la BM sont des maladies au potentiel dévastateur. Débutant le plus souvent à l'adolescence ou aux premières années de l'âge adulte, elles peuvent avoir de graves conséquences aussi bien psychiques, physiques que sociales.* » (GEBHARD S., et al., 2011, p.381) Cette citation provient de la Revue Médicale Suisse exposant l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire, soit celle du Centre abC à Lausanne. Nous pouvons constater que cette conception est également partagée par l'établissement interrogé. En effet, la dénutrition ou la malnutrition, l'origine psychiatrique du problème ainsi que les éléments sociaux tels que l'isolement social sont chacun des facteurs considérés dans le traitement proposé pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. Cet accompagnement bio-psycho-social correspond donc à la vision de la santé proposée par l'OMS ainsi qu'aux représentations de la santé précédemment exposées par les quatre intervenantes.

8.2.2 Les interventions proposées par chaque professionnelle

Nous avons vu qu'une fois le diagnostic établi, les médecins entrent en matière afin de réaliser un bilan ainsi qu'une évaluation concernant le risque vital. (MARSAUDON E., 2011, p.121) Nous avons donc questionné les interventions de la doctoresse, recevant les patient-e-s adultes en ambulatoire. Cette dernière prend en charge le côté somatique avec un regard axé sur la nutrition. Cette intervenante n'offre pas un suivi de médecine globale. En effet, elle cible ses interventions sur les difficultés nutritionnelles en lien avec le trouble alimentaire. Elle précise tout de même avoir « *plusieurs casquettes* ». Il est vrai que cette intervenante réalise également des bilans nutritionnels en voyant les patient-e-s à deux, voire trois reprises. Elle précise qu'il « *s'agit de photographies à un moment donné d'une situation afin de faire un état des lieux de la santé physique en lien avec la maladie* ». Ces bilans permettent également aux collègues de savoir où les patient-e-s se situent sur le plan somatique. Mais cela est également bénéfique aux patient-e-s afin que ces derniers et dernières réalisent le degré de leur maladie et aient « *un levier motivationnel pour débiter une prise en charge* », selon Nathalie. Lorsque les cas sont compliqués, cette dernière est amenée à suivre les personnes sur un long terme. Cette intervenante tient également un rôle d'interface avec d'autres médecins ayant besoin d'être épaulé-e-s. De plus, elle est une référence pour les infirmiers et infirmières qui rencontrent des problématiques somatiques au niveau du suivi au centre de jour. Puis, cette doctoresse intervient au sein d'un groupe thérapeutique dans lequel l'infirmière ou la diététicienne et elle informent les patient-e-s et discutent autour de thèmes somatiques davantage médicaux tels que l'ostéoporose, la dénutrition, etc. Concernant la prise en charge, la doctoresse ne suit pas l'ensemble des patient-e-s mais une minorité. Ainsi, un choix s'opère en fonction des besoins, à savoir : la gravité des situations, des mesures de PLFA ainsi que de ses possibilités pratiques. Il faut savoir que, lorsqu'une personne met sa vie en danger, les médecins ou la famille peut signaler la situation afin de mettre en place la mesure du PLFA. Quant aux interventions concrètes, ce sont des questions de médecine. La doctoresse réalise une anamnèse, des examens complémentaires par prises de sang, des mesures de composition corporelle, etc. Si nécessaire, elle adresse les patient-e-s à des spécialistes (problèmes digestifs, problèmes de reins, problèmes gynécologiques, etc.). En parallèle, la doctoresse participe, tous les mardis soir, à des groupes de soutien et d'informations pour les proches.

Les infirmiers et infirmières ont des références au travers desquelles ces derniers et dernières sont le fil rouge au milieu de tou-te-s les intervenant-e-s, grâce à une vue d'ensemble. De plus, ces derniers et dernières participent à toutes les prestations de groupe hebdomadaires. Tout d'abord, les groupes de parole permettent d'aborder la vie à l'extérieur. Il s'agit de favoriser les échanges et la dynamique de groupe. En effet, les professionnel-le-s sont les garant-e-s de la dynamique de groupe et non les nourriciers et nourricières. Cependant, il est primordial que la dynamique aille dans le sens du soin et soit constructive pour les patient-e-

s. Pour continuer, des espaces incluent les collations ainsi que les repas de midi. En outre, des ateliers concernant l'approche corporelle et des groupes spécifiques psychothérapeutiques sont organisés. L'affirmation de soi est travaillée au travers de la thérapie cognitivo-comportementale, par le biais de séances précises comprenant divers modules. De plus, un groupe est mis en place, réalisé par un-e médecin psychiatre et l'AS ou les infirmiers et infirmières. Ce groupe permet aux patient-e-s eux-mêmes de parler des avantages et des inconvénients de la maladie, sans qu'il n'y ait d'interprétations vis-à-vis des propos partagés. Pour conclure, nous pouvons ainsi constater que tou-te-s les patient-e-s ont comme base les soins infirmiers. Au sein de cette structure, nous voyons qu'il s'agit typiquement du soin infirmier psychiatrique. C'est-à-dire que, selon Isabelle, « *les soins ne se réalisent pas avec une paire de ciseaux mais que l'outil de travail des professionnel-le-s est leur personne ainsi que la relation thérapeutique établie avec les patient-e-s* ».

La psychiatre et psychothérapeute mentionne que « *la prise en charge est vaste concernant le volet psychique* ». Tout d'abord, lorsqu'un-e patient-e intègre la structure, la première étape consiste à évaluer sa situation sur les différents axes bio-psycho-sociaux. Cette évaluation psychiatrique consiste à définir les caractéristiques du trouble du comportement alimentaire. Une investigation médicale est donc réalisée par une anamnèse. Par ce biais, les patient-e-s racontent l'histoire de leur maladie (manifestation, symptômes, évolution, etc.). Comme nous l'avons vu, la thérapie psychanalytique, fondée par Sigmund Freud, se repose sur l'origine du problème. Les patient-e-s développent leur histoire, leur vécu sous forme de récit. (BARRAUD R., 1998, p.41) En outre, au début de leur fréquentation, les patient-e-s sont ambivalent-e-s. Cela signifie que la maladie n'est pas totalement reconnue. Il est vrai que, selon Béatrice, « *les professionnel-le-s leur demandent de renoncer à quelque chose qui les a fait vivre, quelque chose de mieux qu'avant. L'anorexie mentale est une torture au quotidien, les patient-e-s voudraient être soulagé-e-s mais le travail demandé est d'une trop grande ampleur* ». La première phase consiste donc à évaluer la maladie ainsi qu'à mesurer le degré de motivation et d'ambivalence. Le travail des psychiatres et psychothérapeutes sera donc de travailler avec ces personnes pour que ces dernières entrent dans une attitude de changement. Puis, les psychiatres et psychothérapeutes évaluent les comorbidités car parfois, d'autres maladies psychiatriques viennent se surajouter au TCA. Effectivement, avant d'envisager un traitement, il est essentiel de faire une revue d'inventaire de tous les symptômes, de toutes les maladies dont souffrent les patient-e-s. Une fois que tout cela a été réalisé, l'équipe interdisciplinaire se réunit pour formuler les diagnostics afin de définir les axes thérapeutiques : « *Qu'est-ce qui sera mis en place pour le corps, pour le psychisme, pour l'alimentation et socialement ?* ». En ce qui concerne l'axe psychiatrique, les traitements sont multiples. Deux façons d'agir existent, soit la psychothérapie, soit la médication. Premièrement, il n'existe aucun médicament opérationnel pour l'anorexie mentale. Cependant, il y en a pour les comorbidités. En effet, si les patient-e-s sont déprimé-e-s, des antidépresseurs leur seront prescrits ; idem pour les TOC, une phobie sociale ou un trouble panique. Deuxièmement, la psychothérapie sera mise à profit. Différents types sont utilisés à différents moments de l'évolution de la maladie. En effet, pour une personne n'ayant aucune motivation pour le traitement, la première étape sera une psychothérapie visant à motiver au changement. En même temps, de la psychoéducation sera prodiguée afin d'expliquer aux patient-e-s leur maladie. Puis, au fur et à mesure que les personnes progresseront dans leur traitement, des éléments « *plus sophistiqués* », nous confie-t-elle, leur seront proposés tels que des thérapies d'affirmation de soi et de gestion des émotions. Pour terminer, la fréquence du suivi est très variable. Celle-ci peut varier entre deux fois par semaine et tous les six mois pour les patient-e-s en rémission. Pour terminer, Béatrice mentionne que « *La philosophie du soin est d'apporter le maximum de traitements aux patient-e-s dans un minimum de temps. Cela fait partie des recommandations de bonne pratique médicale pour les TCA.* ». Le niveau de soin le moins envahissant possible doit donc être privilégié, avec l'idée que la maladie désocialise et qu'il ne faut donc pas que les soins y contribuent. Ce sont des maladies évoluant dans le temps, mais pas de façon linéaire. Des ajustements vis-à-vis des soins, en fonction des besoins, seront donc nécessaires.

Une part des suivis de l'assistante sociale est classique, à savoir le budget des patient-e-s, les demandes à l'Assurance-Invalidité (AI), etc. L'AS relit également tous les rapports de ses collègues destinés à l'AI. Ensuite, pour ce qui concerne les adolescent-e-s et les jeunes adultes, l'AS a des contacts avec les écoles et les universités afin de négocier des plans de soins ainsi que des aménagements d'horaires étudiants par exemple. Les liens avec les mesures de réinsertion sont également de son ressort. Puis, en parallèle, cette professionnelle s'occupe d'une partie davantage psychoéducatrice car elle a également une formation en thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Elle propose donc aux patient-e-s un travail sur la gestion de leurs angoisses. Lors des entretiens, elle aborde également des éléments d'ordre psychique. Elle partage un exemple : « *Si la patiente n'arrive pas à faire un budget, elle s'intéressera à ce que cela réveille chez la bénéficiaire. Car, selon elle, au sein de notre société actuelle, la réalisation de soi devrait être intégrée à la notion de la santé.* ». Cela constitue une vision davantage holistique de l'être humain. (MAUTUIT D., 2009, p.35) Pour cette AS, cette vision fait partie de son identité professionnelle. En effet, nous avons vu que les professionnel-le-s, afin de faire évoluer la personne, doivent « *l'appréhender dans sa globalité, avec ses motivations, son projet, ses affects, sa personnalité, son désir, son histoire, ses rêves – c'est-à-dire dans toute sa différence et son unicité* » (PAUL M., 2004, p.83). Pour continuer, l'AS participe à l'animation d'un certain nombre de groupes thérapeutiques. Elle intervient au sein du groupe « bien-être » à propos des interactions difficiles. Puis, des interventions ponctuelles concernant quatre cours sur les impôts, le « *domaine asséculogique* », l'AI et le chômage sont également organisées. Par ce biais, l'AS transmet tout ce qui est utile à une autonomie vis-à-vis de l'administration. Cette professionnelle donne également un cours de prévention face aux réseaux sociaux afin d'apprendre aux personnes à protéger leurs données ainsi que leur image. En effet, nous avons vu qu'une des compétences des AS est de mettre en place des actions préventives. (BLANC C. *et al.*, 2001) En outre, l'AS se rend au domicile des patient-e-s. Ses objectifs concernant le suivi ne sont, selon elle, pas propres aux TCA mais « *aux prises en charge sociales dans les milieux particulièrement psychiatriques et médicaux en général. L'objectif est que les patient-e-s aillent mieux et que leurs vies roulent !* ». Elle s'occupe davantage du côté socioprofessionnel. En effet, nous avons vu que mettre en place le projet d'accompagnement fait partie des compétences de l'AS. (BLANC C. *et al.*, 2001) Selon cette dernière, cela est très ambitieux. C'est un vaste programme. Ainsi, aucun de ses suivis ne se ressemble. Cependant pour chaque patient-e, il existe des dénominateurs communs : AI et finances. Au fur et à mesure de l'accompagnement, des spécificités s'ajouteront en fonction de chaque personne. Pour conclure, selon l'AS, sa fonction est « *multitâche : suivis classiques et administratifs, contacts avec les écoles, suivis en binôme, suivis dans les groupes thérapeutiques, suivis psychoéducatifs de par sa formation en TCC et suivis à domicile* ». Nous pouvons constater que cette professionnelle agit davantage comme une travailleuse sociale qu'une assistante sociale pure. Selon elle, ces différents angles apportent un meilleur lien avec les patient-e-s ainsi qu'une meilleure compréhension de ce que ces personnes peuvent vivre. De plus, cela permet d'avoir toutes les connaissances pour la prise en charge : difficultés de logement, séparation des parents, difficultés scolaires ou professionnelles par exemple. Cette approche tient donc davantage compte des spécificités de la personne. Finalement, cela permet de proposer une prise en charge qui fasse sens dans sa globalité. Ce que l'AS apprécie également est le côté « *hôpital de jour* », contrastant avec le bureau au sein duquel l'AS voit les patient-e-s une heure par jour. Cela permet un accompagnement quotidien inscrit dans des interactions riches et variées. Pour conclure, selon cette AS, « *la prise en charge est donc plus efficace car elle est globale* », regroupant ainsi beaucoup de domaines différents tel que cité ci-dessus.

Pour conclure, par le biais des interventions de ces quatre professionnelles, nous pouvons constater que la prise en charge relève bel et bien de différentes disciplines. En effet, au sein de cette structure, tous les axes de soins cités dans la définition de l'OMS, à savoir le bio-psycho-social, sont pris en compte dans le traitement de l'anorexie mentale. Effectivement, nous avons vu que « *L'importance du suivi psychologique résulte de cette différence d'approche des intervenants qui se relayent pour en assurer la mise en œuvre, chacun avec ses mots, sa perception des troubles, sa vision de la maladie.* » (MARSAUDON E., 2011,

p.136). Ces différentes approches se retrouvent aussi au travers des prestations. En effet, les activités groupales offrent les apports de plusieurs corps de métiers. Des soins individuels sont également proposés. Au travers de cette recherche, nous verrons plus précisément de quelle manière les différent-e-s professionnel-le-s disent collaborer.

Pour terminer, une hypothèse de cette recherche est « *La santé, selon la définition de l'OMS, est un bien-être complet physique, psychique et social. Le premier aspect est pris en charge par le personnel médical, le deuxième par les psychologues et le troisième par les TS/ES.* ». Nous pouvons déjà établir une première réponse. Effectivement, la docteure axe son suivi sur les aspects médicaux et le bien-être physique. Son suivi est donc principalement dirigé vers les aspects somatiques. Ensuite, la psychiatre et psychothérapeute cible davantage son suivi sur les éléments psychiatriques caractérisant l'anorexie mentale. Puis l'assistante sociale prend tout particulièrement en charge les notions socio-professionnelles. Cependant, les infirmiers et les infirmières, issu-e-s d'une formation médicale ne sont pas uniquement focalisé-e-s sur les notions médicales. En effet, ce sont des infirmiers et infirmières en soins psychiatriques prenant également en charge la santé psychique. De plus, cette catégorisation est à nuancer. En effet, nous avons vu, au travers des différents discours, que chaque professionnel-le ne se limite pas à sa propre discipline. Chacun-e s'inspire du bio-psycho-social pour prendre en charge les patient-e-s. Cela irait donc davantage dans le sens de l'interdisciplinarité. À savoir, « *que l'interdisciplinarité correspond à une intégration de deux ou de plusieurs disciplines, une association en vue de produire une nouvelle connaissance plus élaborée et complète.* » (REGE COLET N., 1993, p.21).

8.2.3 La prise en charge de la dimension sociale de la santé

La dimension sociale de la santé est un élément que la docteure a toujours à l'esprit. En effet, celle-ci demande à ses patient-e-s comment elles et ils se sentent physiquement. Mais elle les questionne également sur leur capacité à assumer le quotidien ainsi que sur le déroulement de leur travail ou de leurs études. Finalement, elle les sollicite sur leurs relations avec les parents, les ami-e-s, etc. Ainsi, dans ce sens elle s'intéresse à l'axe social mais confie que concrètement, elle n'intervient que très peu.

L'infirmière en soins psychiatriques, quant à elle, dit travailler pleinement la dimension sociale de la santé. Bien souvent, selon elle, « *cette dimension et les soins infirmiers de type psychiatrique s'articulent extrêmement bien* ». Cependant, elle ne possède pas les outils pour réaliser un accompagnement social car ce n'est pas son domaine en soi. En effet, elle remarque lorsqu'elle est limitée et qu'elle a besoin de sa collègue AS. Cette infirmière mentionne qu'elle saurait assumer le réseau de soin, les téléphones aux médecins, etc. Mais dès qu'il s'agit de s'entretenir avec les directeurs d'écoles, cette dernière n'est plus dans son domaine de compétences. Si l'AS était malade, elle assumerait ce travail mais ce sont des métiers différents malgré tout. Pour terminer, toutes les années, la question de l'assurance maladie se pose pour les patient-e-s. Conseiller les bénéficiaires à ce sujet fait partie des compétences des assistants et assistantes sociales. Selon elle, « *l'AS propose un suivi vaste : problèmes financiers, autonomisation, articulation avec les écoles, mesures AI, groupes thérapeutiques, prévention face à Internet, etc.* ».

Selon la psychiatre psychothérapeute, la dimension sociale de la santé est travaillée en équipe comme tout ce que les professionnel-le-s entreprennent. Mais il est vrai que les relations sociales et interpersonnelles, selon Béatrice, sont « *le terreau de la psychologie* ». Même si cette psychiatre a besoin de l'AS pour travailler, cette dernière n'est pas toujours présente lorsqu'elle aborde l'aspect social avec ses patient-e-s. Sa manière de le travailler est d'observer de quelle manière les patient-e-s investissent l'extérieur. Souvent, les personnes souffrant d'anorexie mentale ont une méfiance interpersonnelle très élevée. Ainsi, pour pouvoir les accompagner dans un réinvestissement du champ social, il est nécessaire de travailler cette dimension afin que ces personnes ne se laissent pas envahir par l'angoisse. Pour cette raison, l'évaluation psychologique est essentielle avant de définir un projet social pour les patient-e-s. Lorsque cette professionnelle a des patient-e-s en incapacité de travail, cette dernière essaiera de les mobiliser sur le champ social. C'est pourquoi elle

prend directement contact avec l'AS afin de définir ensemble un projet de réinsertion, un projet occupationnel ou un projet d'autonomisation. Le choix des possibles est extrêmement vaste. Selon cette dernière, la présence d'une AS est indispensable car celle-ci anime des groupes d'habiletés sociales, participe aux groupes thérapeutiques, voit des patient-e-s en consultation avec d'autres professionnel-le-s, se rend à domicile, accompagne les patient-e-s et gère l'interface avec les assurances. Elle précise que l'AS est « *une vraie travailleuse sociale qui fait partie à part entière de l'équipe* ». Finalement, si des patient-e-s évoluent vers la chronicité, il faut penser « institutionnalisation ». L'AS recherchera donc des foyers ou des centres et les accompagnera dans les démarches.

Nous avons vu que « *À terme les patients sont confrontés au paradoxe du vide et de la solitude : leur maladie entraîne une désocialisation et une perte d'activités car l'environnement est une source d'angoisse et un frein à la mise en œuvre des symptômes.* » (NANDRINO J.-L. et al., 2015, p.230). Les pensées « *occupent progressivement tout l'espace psychique, chaque instant étant centré sur le contrôle d'une large gamme de ressentis émotionnels et corporels* » (NANDRINO J.-L. et al., 2015, p.230). L'assistante sociale pense donc que ses compétences sont complémentaires à l'intervention médicale. Selon elle, elle apporte des éléments extrêmement concrets lors des situations difficiles car elle oriente son action vers les solutions. Elle va permettre de décharger l'espace mental pour réaliser le travail afin d'aller mieux psychologiquement en ayant moins de « *parasitages* », à savoir « *Comment vais-je manger à la fin du mois ? Comment vais-je apaiser les tensions au travail ?* ». Une fois que ces problèmes sont soulagés, l'énergie est dégagée pour réaliser le travail infirmier et médical. Pour continuer, selon l'AS, les médecins et les infirmiers / infirmières sont davantage dans une posture qui pourrait se traduire ainsi : « *Mon patient-e souffre, il faut que ça cesse.* ». Selon elle, cela est tout à leur honneur. Cependant, cette dernière fait l'interface avec l'administratif pouvant lui dire « *Si nous n'avons pas les données bancaires du patient-e, nous ne pouvons rien faire.* ». Ainsi, de temps en temps, l'AS et les autres intervenant-e-s peinent à se comprendre. Toutefois, les professionnel-le-s peuvent l'accepter un peu mieux si c'est elle qui leur explique car les professionnel-le-s la connaissent. Pour terminer, il y a aussi des moments où l'AS réagirait totalement différemment en proposant une prise en charge autre mais elle doit s'adapter à l'équipe. Finalement, elle mentionne qu'au sein de cette structure, son statut est très bien défini. Tou-te-s les médecins cadres, les infirmiers et infirmières, les psychologues savent très bien quel est le rôle de l'AS, en quoi elle est utile et à quels moments ces derniers et dernières peuvent la solliciter.

Pour conclure, dans un chapitre précédent, nous avons pris connaissances des compétences des éducateurs et éducatrices ainsi que des assistants et assistantes sociales. Par le biais de ces compétences, ces professionnel-le-s sont particulièrement formé-e-s à accompagner les personnes dans leur parcours durant la maladie : recréer du lien social et de l'identité sociale, accompagner le parcours de socialisation, éviter la désocialisation, travailler en réseau et en équipes, travailler en lien et en réseau avec son environnement intra-institutionnel et avec l'environnement externe, accueillir la personne et identifier la nature de sa ou ses demandes, mettre en place des actions préventives ou encore mettre en place le projet d'accompagnement. Ce sont ainsi des compétences primordiales à mettre au profit de la prise en charge des patient-e-s souffrant d'anorexie mentale. Ainsi, les AS sont particulièrement formé-e-s pour prendre en charge la dimension sociale de la santé. Car nous observons, au travers des discours, que les collègues de l'assistante sociale n'ont pas ces outils de formation à mettre au bénéfice de la prise en charge proposée. L'assistante sociale est ainsi essentiellement axée sur cette dimension et est la mieux placée pour accompagner les patient-e-s sur cet axe de soins. En effet, elle contribue pleinement au traitement de la désinsertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il est malgré tout nécessaire de nuancer cette affirmation car la dimension sociale est développée par chacune des professionnelles. En effet, chacune d'entre elle aborde des sujets touchant des aspects sociaux : l'activité professionnelle, les études, le quotidien à l'extérieur de l'établissement ainsi que les environnements familial et amical. Pour conclure, chaque intervenante avait jugé la définition de l'OMS comme étant pertinente. Nous pouvons donc constater que cet avis se retrouve dans les discours car toutes

reconnaissent l'importance de l'accompagnement des personnes sur le plan social ainsi que l'indispensabilité des interventions de l'assistante sociale.

8.2.4 Synthèse

Nous nous sommes intéressé-e-s aux types de prise en charge proposés par les différentes professionnelles. Nous avons vu que, la doctoresse oriente son suivi sur les difficultés en lien avec le trouble alimentaire. Elle réalise des bilans nutritionnels, a un rôle d'interface avec d'autres médecins, intervient dans les groupes axés sur les éléments de la santé et offre un suivi de médecine (anamnèses, examens complémentaires, prises de sang, etc.). Il s'agit de l'aspect biologique. Ensuite, l'infirmière en soins psychiatriques a des références de patient-e-s et représente le pivot de certains suivis. Elle est le fil rouge au milieu de tou-te-s les intervenant-e-s. Tou-te-s les bénéficiaires ont comme base commune les soins infirmiers. L'infirmière participe également aux prestations de groupe de la semaine afin de favoriser les échanges. De plus, elle assure l'accompagnement lors des collations et des repas de midi. Cette dernière confie que « *le travail ne se réalise pas avec une paire de ciseaux et trois compresses à la main ! Son outil de travail est sa personne ainsi que la relation thérapeutique créée avec les patient-e-s.* ». Pour continuer, la psychiatre psychothérapeute est davantage orientée vers le volet psychique. Elle propose des évaluations psychiatriques afin de définir les caractéristiques du TCA en écoutant ce que les personnes racontent de leur maladie (symptômes, évolution, manifestations, etc.). Une fois ces évaluations réalisées, son travail consiste à travailler avec les personnes afin que ces dernières entrent dans une attitude de changement. Les comorbidités sont également évaluées afin de réaliser un inventaire de tous les différents symptômes. Ensuite, une réunion est organisée avec les membres de l'équipe afin de définir les différents axes de soins bio-psycho-sociaux. Puis, des psychothérapies sont mises en place afin de motiver les patient-e-s au changement, de réaliser un travail sur l'affirmation de soi et la gestion des émotions. Finalement, l'assistante sociale propose un suivi classique incluant le budget, les demandes AI, le logement, etc. Elle est en contact avec les écoles et universités afin de négocier des plans de soins et des aménagements concernant les horaires étudiants. En effet, nous avons vu que travailler en lien et en réseau avec son environnement intra-institutionnel et avec l'environnement externe est une compétence de l'AS. (BLANC C. *et al.*, 2001) Elle se rend également au domicile des personnes. En outre, elle propose des suivis psychoéducatifs en travaillant sur la gestion des angoisses et sur des éléments davantage psychologiques. Elle anime des groupes thérapeutiques. Son rôle d'AS est donc « *multitâche* » mais comprend davantage le côté socioprofessionnel. Selon elle, ces différents angles de suivis apportent un meilleur lien avec les patient-e-s et une meilleure compréhension de ce que ces derniers et dernières vivent. Cela permet ainsi une prise en charge faisant sens dans la globalité.

L'hypothèse était que « *La santé, selon la définition de l'OMS, est un bien-être complet physique, psychique et social. Le premier aspect est pris en charge par le personnel médical, le deuxième par les psychologues et le troisième par les TS/ES.* ». Nous pouvons constater que l'aspect physique est de la responsabilité de la doctoresse. En effet, elle prend en charge l'ensemble des éléments somatiques. Ensuite, l'aspect psychique est davantage travaillé par la psychiatre. L'infirmière en soins psychiatriques travaille également cette notion. Pour terminer, l'axe social est davantage de la ressource de l'AS. Cependant, chaque professionnel-le ne se limite pas à sa propre discipline et s'intéresse aux notions bio-psycho-sociales. En ce qui concerne la dimension sociale de la santé, chaque intervenante a mentionné son importance pour l'accompagnement des personnes souffrant d'anorexie mentale. C'est un aspect travaillé en équipe. Pour terminer, l'AS, selon elle, apporte des éléments concrets concernant les éléments difficiles car elle est orientée « *solution* ». Elle permet de dégager l'espace mental afin de réaliser le travail psychique. Elle libère donc une énergie pour réaliser le travail infirmier et médical par la suite. Cela a permis de vérifier l'hypothèse, à savoir que « *les TS, par une posture d'accompagnement, sont complémentaires à l'intervention médicale* ». En lien avec cette analyse, nous avons pu constater que l'équipe intervenant au sein de cette structure est composée de professionnel-le-s issu-e-s de formations différentes. Chacun-e amène ses compétences, ses ressources, ses limites ainsi

que ses opinions afin d'offrir un suivi complémentaire et cohérent. De plus, chaque professionnel-le ne se limite pas à sa propre discipline mais travaille, au moins un minimum, les axes biologiques, psychologiques et sociaux. Nous allons donc approfondir le concept du travail en réseau ainsi que de l'interdisciplinarité.

8.3 Le travail en réseau

8.3.1 La fréquence des rencontres

Beaucoup d'espaces d'échange sont prévus au sein de cet établissement. Premièrement, des rencontres formelles sont planifiées et inscrites dans les agendas. En effet, nous avons vu que « *l'interdisciplinarité se réalise à l'occasion d'une rencontre intentionnée autour d'objets partagés, à la faveur d'un mode appliqué de résolution de problèmes* » (KLEIN, 1996 in : COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIERE C., 2005, §3). Deuxièmement, des moments informels ont lieu. Ces derniers se déroulent dans la salle de réunion avec la machine à café, avec les croissants du jeudi matin ainsi que lors des sorties d'équipe. En effet, ce sont des métiers difficiles car la souffrance est côtoyée tous les jours. Il est donc nécessaire de partager des moments conviviaux entre collègues, selon Béatrice, psychiatre et psychothérapeute. C'est également un avis partagé par Guy Le Boterf, docteur en sociologie, qui souligne que le réseau « *engage des personnes avec leur intelligence, mais aussi avec leur affectivité. Il ne peut bien fonctionner que si des relations de confiance s'établissent entre ses membres.* » (LE BOTERF G., 2013, p.93). Pour terminer, la communication se réalise également au travers d'emails. Cela permet de mettre tou-te-s les intervenant-e-s en copie du message et de se tenir informé-e-s en temps réel.

Tout d'abord, à raison de trente minutes chaque jour, les professionnel-le-s se rencontrent afin de discuter des orientations données aux demandes des patient-e-s. C'est le moment de convergence des soignant-e-s. Les nouvelles demandes et celles investiguées depuis la veille sont traitées afin de savoir comment les orienter dans le réseau. Si elles concordent avec la prise en charge proposée au sein de cette structure, le processus d'évaluation débute. Dans ce cas, deux à trois entretiens d'évaluation sont menés conjointement par un-e médecin assistant-e ou un-e psychologue et un infirmier ou une infirmière. Pour continuer, chaque professionnel-le travaillant ce jour-là est attendu-e lors de ces rencontres journalières car chacun-e aura une sensibilité différente par rapport à son corps professionnel. Les intervenant-e-s essaient donc de réunir les opinions et de faire en sorte que tous les regards donnent une prise en charge cohérente, en vérifiant également qu'aucun axe de soin n'ait été omis. Effectivement, nous avons vu que la richesse du suivi réside dans la diversité des intervenant-e-s. Ces derniers et dernières agissent avec leur vision de la situation, leurs mots, leur point de vue. Ces éléments sont donc précieux et aident la personne à reconstruire une réalité objective. (MARSAUDON E., 2011, p135). Une fois le projet de soins déterminé, les professionnel-le-s présentent ce dernier aux patient-e-s. Le processus débute ainsi. Suite à cet échange, des plages pour la supervision sont à nouveau fixées trois mois plus tard afin de réaliser un point sur la situation avec l'ensemble des professionnel-le-s de la prise en charge. Finalement, des feedbacks sur les post-repas sont également réalisés lors de ces réunions journalières. Un-e médecin assiste à chacune des rencontres car ce professionnel-le détient l'autorité décisionnelle. L'infirmier ou l'infirmière de garde est aussi présent-e car ce dernier ou cette dernière prend les nouvelles situations et pèse les patient-e-s.

Ensuite, tous les lundis matin, une grande réunion est planifiée. Il s'agit du colloque hebdomadaire. Tout le monde est présent y compris les responsables qui ne sont pas souvent là (responsable pédopsychiatre, responsable somaticien-n-e et nutritionniste). Sont abordés l'organisation, les cas brûlants, les décisions d'hospitalisation ou de sortie d'hospitalisation pour certain-e-s patient-e-s, l'intégration du centre de jour, des situations cliniques demandant des décisions rapides, etc. Au sein de cet établissement, même les professionnel-le-s travaillant à temps partiel sont dans l'obligation de travailler le lundi matin. Car un point sur le fonctionnement est réalisé, des réajustements sont opérés et les discussions problématiques des patient-e-s sont abordées. En outre, deux espaces pour les « soignant-e-s » sont mis en place, c'est-à-dire les professionnel-le-s sous la responsabilité des cadres infirmiers et infirmières. Il s'agit de tou-te-s les infirmiers

et infirmières, les diététicien-ne-s, les physiothérapeutes ainsi que l'assistant-e social-e. Finalement, des espaces de supervision réguliers sont organisés. D'un côté, ces derniers alourdissent mais dans le même temps facilitent le travail selon la psychiatre psychothérapeute Béatrice.

Pour terminer, l'assistante sociale soulève le nombre important d'espaces d'échange. Elle mentionne que cela est représentatif « *des milieux médico-infirmiers* ». Lors de sa première semaine de travail en milieu hospitalier, cette professionnelle avait quatre, voire cinq colloques sur la semaine. Elle précise que ces rencontres sont organisées dans l'idée de formation, d'échanger et de maintenir tout le monde au courant.

Pour conclure, nous pouvons constater qu'un nombre important d'espaces d'échange entre les professionnel-le-s sont organisés. En effet, « *Le travail en réseau a un coût. Il prend du temps. Il est exigeant.* » (LE BOTERF G., 2013, p.91). De plus, « *Désormais, dans le secteur sanitaire et social, la mise en place de la coordination entre les services et établissements et tous ces professionnels apparaît incontournable.* » (DUMOULIN P. *et al.*, 2015, p.5). Effectivement, nous pouvons observer que ce n'est pas aux usagers et usagères de faire en sorte que leur suivi soit coordonné entre les différent-e-s intervenant-e-s. Nous voyons bien qu'un travail interdisciplinaire est réalisé. Nous pouvons le démontrer par la réunion du lundi matin, condition incontournable pour travailler au sein de ce lieu. Le travail en équipe fait ainsi partie du temps de travail. En effet, l'ensemble de ces rencontres permet aux professionnel-le-s d'échanger et d'être complémentaires en fonction de leur discipline. De plus, cela constitue une richesse pour les bénéficiaires car ces derniers et ces dernières se voient attribuer un projet de soin complet, riche de chaque axe de soin, à savoir biologique, psychologique et social.

8.3.2 Les différent-e-s professionnel-le-s prenant part aux rencontres

Lors des rencontres journalières durant trente minutes, le maximum des gens de l'équipe est présent car chacun-e aura une sensibilité différente par rapport à son corps professionnel. Cependant, un-e médecin participe toujours car ce dernier ou cette dernière a l'autorité décisionnelle ; idem pour l'infirmier ou l'infirmière de garde prenant les nouvelles situations et pesant les patient-e-s. Puis tou-te-s les professionnel-le-s travaillant ce jour-là sont attendu-e-s et sont les bienvenu-e-s.

Pour ce qui concerne les lundis matin, tou-te-s les professionnel-le-s doivent être présent-e-s, soit vingt-sept personnes : les physiothérapeutes, les diététicien-ne-s, l'assistant-e social-e, les médecins psychiatres, les médecins internistes, les infirmiers et infirmières ainsi que les responsables (responsable pédopsychiatre ainsi que responsable somaticien-ne et nutritionniste). De plus, de temps en temps, des intervenant-e-s extérieur-e-s viennent ainsi que des professionnel-le-s faisant la liaison entre l'hôpital et le centre de jour. Deux à trois fois par année, la médecine des adolescent-e-s intervient également. En effet, les troubles du comportement alimentaire représentent beaucoup de situations de prise en charge. Ainsi, un grand nombre de personnes collaborent. Chaque professionnel-le a une sensibilité par rapport à son corps de métier. Tous les regards sont donc rassemblés afin de proposer un accompagnement cohérent incluant tous les axes de soins.

Pour conclure, « *Le phénomène est très visible dans le secteur de la santé : les professionnels [...] cherchent à se coordonner pour proposer un service continu de soins de qualité. La cohérence et la continuité recherchées sont centrées sur la personne du bénéficiaire et non pas sur la maladie ou sur un organe particulier.* » (LE BOTERF G., 2013, p.23) En effet, nous voyons bien l'importance de ces rencontres dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Beaucoup d'intervenant-e-s gravitent autour du suivi, certain-e-s sont axé-e-s sur le plan somatique, d'autres sur le plan psychologique et d'autres encore sur le plan social. Ainsi beaucoup de disciplines et de spécificités doivent s'articuler pour proposer un suivi global et cohérent. C'est là que se trouve toute l'importance des espaces d'échange entre les collaborateurs et collaboratrices.

8.3.3 L'organisation des rencontres

La doctoresse mentionne que « les professionnel-le-s essaient toujours de conserver un fil rouge lors des rencontres pour ne pas perdre des patient-e-s en route ». La réunion du lundi matin est collégiale et animée par la médecin cheffe, ou éventuellement le chef des infirmiers et des infirmières. Pour continuer, lors des autres espaces, les suivis sont pris en charge entre collègues. À la fin des présentations, le rôle de chacun-e est défini et les dates de la prochaine supervision sont fixées. Ces supervisions sont uniquement dédiées aux intervenant-e-s inclu-e-s dans le suivi. Le fil rouge est ainsi conservé, en fixant à chaque fois des dates pour de nouvelles rencontres entre les différent-e-s intervenant-e-s de la prise en charge.

Selon la psychiatre psychothérapeute, « un point de contact à dix est compliqué. Mais c'est une culture d'équipe qui se construit en mois, voire en années ». Cet élément n'est donc pas simple. Ce qui est d'autant plus « trivial », selon elle, ce sont les agendas. Ces derniers constituent un réel problème au quotidien. Car il est extrêmement difficile d'organiser des points de situation, en prenant en compte que toutes les personnes pertinentes doivent être présentes. Selon cette professionnelle, cette situation est parfois pénible car les intervenant-e-s n'arrivent pas à tou-te-s se rencontrer. Des transmissions sont donc nécessaires. Cependant, ces dernières sont également compliquées car il n'est pas évident de responsabiliser chaque membre de l'équipe. En effet, les professionnel-le-s peuvent parfois être tenté-e-s de prendre de la distance. Surtout lorsque ce sont des situations difficiles pouvant faire peur car nous mourrons d'anorexie mentale. Toujours selon Béatrice, « plus il y a de monde, plus il y a donc la possibilité de ne pas se sentir concerné-e. Ainsi, les responsabilités et les limites de chacun-e sont à prendre en considération. »

Pour conclure, nous voyons bien que l'intérêt des professionnel-le-s est de « coordonner leurs interventions respectives, en tenant compte du projet établi avec ou pour un usager » (DUMOULIN P. et al., 2015, p.16). C'est pour cela qu'il est important d'organiser correctement les rencontres afin de mobiliser toutes les personnes incluses dans la prise en charge des patient-e-s. Précédemment, l'assistante sociale avait mentionné que ce n'est pas un poste « où les professionnel-le-s peuvent ronronner ». La psychiatre psychothérapeute a à son tour mentionné que les situations difficiles peuvent amener à prendre de la distance et à se décharger de ses responsabilités en se reposant sur ses collègues. En effet, c'est un risque concernant le réseau. Il se peut que ce dernier « [devienne] alors un lieu de conformisme. Chacun tend à penser comme les autres. La pensée unique s'installe. La routine gagne les esprits et les comportements. » (LE BOTERF G., 2013, p.65). Se rencontrer régulièrement permet ainsi d'échanger sur les avancées de chaque membre de l'équipe. Cela offre donc des réajustements en redéfinissant les objectifs du suivi ainsi que les tâches de chaque professionnel-le.

8.3.4 La place des professionnel-le-s

Sur le plan somatique, la doctoresse ne prend pas de décision seule. En effet, cette professionnelle a l'opportunité d'exprimer ses opinions. Cependant, il s'agit d'un travail d'équipe. Selon elle, cette constatation est agréable car si une décision doit être prise, c'est la médecin responsable qui aura cette responsabilité. Sinon, de façon globale, les discussions sont collégiales. L'infirmière en soins psychiatriques mentionne qu'en tant que groupe de soignant-e-s, parfois, ces derniers et dernières sont arrivé-e-s aux limites de leurs compétences et leurs remarques sont entendues. En effet, il est peut-être pensé que les soignant-e-s pourraient intervenir davantage, mais ils et elles sont entendu-e-s dans leurs dires ainsi que leurs actions.

Pour conclure, nous avons vu qu'une hiérarchie est présente. En effet, la responsabilité des décisions incombe au médecin. En termes civils et juridiques, ce sont donc les médecins qui assument les responsabilités. Cet élément se retrouve au sein de cette thématique. Malgré cette hiérarchie, nous pouvons observer que le fait d'être écouté-e-s est reconfirmé. En effet, les professionnel-le-s ont toujours cette impression d'être respecté-e-s dans leurs propos ou leurs actions. C'est ainsi que l'interdisciplinarité peut fonctionner. La dynamique horizontale est ainsi retrouvée malgré la hiérarchie médicale existante.

8.3.5 Le pouvoir de décision

Selon la doctoresse, les professionnel-le-s travaillent en équipe. Cependant, la médecin responsable est tout de même supérieure aux autres professionnel-le-s. Ainsi, si une décision doit être tranchée, c'est cette dernière qui en aura le pouvoir. Mis à part cette hiérarchie, les décisions sont majoritairement collégiales. Pour continuer, l'infirmière en soins psychiatriques n'ignorera jamais que « *c'est un monde médical hiérarchisé* ». Selon elle, l'avantage est que la force de l'équipe assurant le terrain quotidien est vraiment bien reconnue. À l'intérieur du centre, la hiérarchie horizontale prévaut. En effet, elle ne ressent pas une pyramide au travers de laquelle « *plus personne ne prend la parole lorsqu'un-e médecin chef-fe entre dans la pièce* ».

Pour la psychiatre psychothérapeute, tout le monde a l'opportunité de s'exprimer car c'est une démocratie. Cependant, une jeune infirmière débutante n'aura pas la même liberté de parole que l'infirmière cheffe. Pour continuer, lors des discussions, le consensus est recherché. Car le travail dans l'interdisciplinarité ne fonctionne pas si les gens ne se considèrent pas. Puis, selon cette professionnelle, nous ne pouvons pas occulter, qu'à la fin, c'est une responsabilité médicale. Mais les choses ont bien évolué car le fonctionnement repose sur un mode de dialogue. Pour terminer, selon l'assistante sociale, chaque professionnel-le est écouté-e et entendu-e. Cependant, la responsabilité appartient au médecin car il y a une responsabilité médicale. Mais ce n'est pas « *une justice aveugle où les médecins se retirent pour discuter* ». En effet, les discussions sont collégiales.

Pour conclure, chaque professionnelle mentionne que la médecin est, sur un plan hiérarchique, celle qui détient le pouvoir de décision. En effet, nous avons déjà observé que les risques somatiques ne prêtaient pas au dialogue. Lorsqu'un danger survient et que les professionnel-le-s ont des avis différents, c'est à la médecin que revient la responsabilité de prendre la décision finale. Cependant, les discussions et l'écoute entre les différents membres de l'équipe sont primordiales ainsi que favorisées.

8.3.6 Synthèse

Concernant les rencontres entre les différent-e-s professionnel-le-s, il en existe divers types. Effectivement, les intervenant-e-s se côtoient lors d'espaces formels, informels ou échangent encore les informations par le biais d'emails. Beaucoup d'espaces d'échange sont ainsi prévus dans l'idée de formation, d'échanger et de maintenir tout le monde informé-e-s. Afin de favoriser toutes les disciplines ainsi que les points de vue, tou-te-s les intervenant-e-s sont attendu-e-s lors de ces rencontres. Cela permet en effet de travailler de façon interdisciplinaire. En ce qui concerne l'organisation, un fil rouge est gardé afin de traiter toutes les situations dont il est question. Les réunions du lundi matin sont animées par la médecin cheffe ou un-e chef-fe des soins infirmiers. Concernant les autres espaces, les suivis sont sous la responsabilité des divers-e-s professionnel-le-s. Des dates de supervision sont fixées après trois mois afin de réaliser un point de situation avec l'ensemble des intervenant-e-s de la prise en charge. Cependant, les agendas constituent un problème en ce qui concerne le fait de réunir tou-te-s les intervenant-e-s. C'est pourquoi est parfois optée la solution des emails afin de s'informer en temps réel.

En ce qui concerne la hiérarchie, cette dernière existe car la médecin responsable est au-dessus de tout le monde. Il est vrai que la responsabilité médicale importe au sens civil et juridique. En cas de divergences, les décisions finales appartiennent donc aux médecins. Les éléments favorisés sont les notions médicales, somatiques et psychiatriques. Malgré ce fonctionnement, les discussions demeurent collégiales car il s'agit d'un travail d'équipe. Pour conclure, nous sommes dans un monde médical hiérarchisé malgré que ce soit une hiérarchie horizontale concernant le fonctionnement à l'intérieur de la structure. En effet, nous avons vu qu'il s'agit tout de même d'une démocratie car chacun-e peut s'exprimer. Chaque professionnelle se sent à sa place, peut prendre la parole librement et est entendue par ses collègues.

8.4 L'interdisciplinarité

8.4.1 *L'interdisciplinarité au sein de cette structure de Suisse romande*

Premièrement, beaucoup de professionnel-le-s interviennent au sein de cet établissement. Effectivement, une cinquantaine d'intervenant-e-s ainsi que dix professions différentes sont représentées : des psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers et infirmières, diététicien-ne-s, physiothérapeutes, art-thérapeutes, assistant-e social-e, nutritionnistes (médecins généralistes internistes) et finalement des endocrinologues. Ce fait est considéré comme une chance par les professionnelles interrogées car, selon ces dernières, cela permet à « *l'interdisciplinarité d'être au cœur des pratiques* ». Tout d'abord, les psychologues ainsi que les psychiatres s'occupent du pôle psychique. Ensuite, la docteure mentionne que les diététicien-ne-s axent la prise en charge sur « *le côté technique alimentaire* ». Ces derniers et dernières amènent des aspects pratiques en groupe d'informations et de nutrition, par le biais de l'accompagnement lors des repas ainsi que les ateliers de cuisine. Puis, la physiothérapeute s'occupe de l'aspect corporel par le biais de groupes de relaxation et d'approches multidisciplinaires en lien avec l'image du corps. L'AS, elle, tient un rôle d'interface professionnelle et sociale en lien avec la maladie. Pour finir, la docteure s'occupe du côté somatique.

Deuxièmement, trois rendez-vous sont organisés afin d'évaluer les patient-e-s. Un-e médecin et des représentant-e-s AS, physiothérapeutes, infirmiers ou infirmières sont présent-e-s. Ensuite, une présentation est réalisée en équipe. Lors de celle-ci, les professionnel-le-s discutent de leurs rôles et des propositions d'accompagnement soumises aux personnes en fonction du stade de leur parcours. À ce moment-là, une autre décision est prise : « *Est-ce au médecin de prendre la personne en charge ou la situation permet-elle de temporiser et d'observer l'évolution avec le médecin traitant ?* » Le dernier élément à préciser est que les infirmiers et infirmières référentes sont le pivot du suivi. Isabelle nous confie que ces derniers et dernières ont la mission « *d'être le fil rouge et le liant de l'ensemble de la prise en charge* ». Ainsi, ils et elles se doivent d'avoir une vision extrêmement globale du suivi des patient-e-s.

Troisièmement et dernièrement, concernant les prestations de groupe, des binômes professionnels sont créés, réunissant ainsi des représentations et des compétences différentes dans un but d'enrichissement. En effet, au sein de cet établissement, il y a une volonté de faire vivre l'interdisciplinarité à travers des co-animations concernant les prestations groupales. Par exemple, la diététicienne et l'AS peuvent mener conjointement l'atelier cuisine. L'AS y apporte des éléments porteurs dans la prise en charge sociale de la maladie, en termes d'autonomie tels que faire les courses, gérer le budget. Dans ce cas précis, nous pouvons nous demander si ce souhait de travailler de façon interdisciplinaire relève réellement de l'interdisciplinarité. Car « *La pluridisciplinarité est l'association des disciplines qui concurrent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes.* » (DELATTRE, 1977, p.386 in : REGE COLET N., 1993, p.21). En effet, il semble que l'AS conserve tout de même sa discipline. En outre, le fait que l'AS ou la physiothérapeute mange avec les patient-e-s et les infirmiers et infirmières permet que la vision globale des patient-e-s soit accessible à chaque professionnel-le. Cette façon de faire permet également une cohérence vis-à-vis des patient-e-s ayant une grande tendance à cliver. Ainsi, l'équipe leur démontre que cela est peu possible. Pour terminer, les entretiens d'évaluation sont menés conjointement par un ou une infirmière ainsi que l'AS ou un-e psychologue. Les membres de l'équipe sont par la suite sollicité-e-s en fonction de leurs spécificités et des besoins propres à chaque bénéficiaire.

Pour conclure, « *Maladies psychiatriques qui s'attaquent au corps, l'anorexie mentale et la boulimie peuvent avoir de graves conséquences aussi bien psychiques, physiques que sociales. Elles requièrent une prise en charge interdisciplinaire, coordonnée et modulable, souvent sur plusieurs années.* » (GEBHARD S., et al., 2011, p.381). Nous pouvons constater, qu'au sein de cette structure, différentes disciplines sont mises à profit du traitement de l'anorexie mentale. Malgré le fait que l'établissement prône l'interdisciplinarité, nous pouvons nous questionner sur sa réalité. En effet, les sous-chapitres suivants nous permettront d'approfondir la

collaboration entre les intervenant-e-s. Cependant, nous pouvons observer que la façon de faire des intervenant-e-s permet une vision complète des situations. Car chaque professionnel-le accompagne les bénéficiaires à différents moments de la journée et dans différents espaces de soins. Nous allons donc approfondir la thématique et mettre en avant la façon dont s'articule l'interdisciplinarité au quotidien.

8.4.2 L'interdisciplinarité : la propre définition des professionnelles

Selon la docteure, l'interdisciplinarité engendre un grand confort. Car les professionnel-le-s ne portent pas les situations seul-e-s. De plus, les prises en charge sont susceptibles de durer des années. Cela permet donc également de ne pas être frustré-e-s sur la longueur. En effet, elle confie que *« lorsqu'un-e professionnel-le ne parvient plus à observer les progrès réalisés par les patient-e-s, son collègue pourra les constater sur d'autres plans »*. L'interdisciplinarité est ainsi une évidence et un enrichissement pour cette intervenante. Même plus encore, ce concept nourrit son envie de travailler au sein de cet établissement de Suisse romande.

L'infirmière en soins psychiatriques, elle, conçoit l'interdisciplinarité comme une articulation extrêmement concrète. Celle-ci se définit par la manière dont les patient-e-s peuvent bénéficier de toutes les richesses ainsi que de tous les axes de soins. Pour cette infirmière, l'interdisciplinarité est *« une action articulée vers les patient-e-s »*. En effet, si c'est aux patient-e-s de se déplacer car les professionnel-le-s travaillent chacun-e-s de leur côté dans leur bureau, cela lui paraît être davantage de la pluridisciplinarité. Au contraire, la façon de procéder de cet établissement propose, selon elle, *« un contenant autour des patient-e-s »*.

Pour la psychiatre psychothérapeute, l'interdisciplinarité est la condition indispensable aux prises en charge globale des patient-e-s. Elle prend tout de même des précautions en disant cela car l'interdisciplinarité reste compliquée. En effet, les professionnel-le-s sont spécialisé-e-s dans leur discipline. Elle image cela en disant que *« le jargon n'est pas le même pour les psychiatres que pour les psychologues. Mais entre les psychiatres et les nutritionnistes ou les physiothérapeutes et l'AS, c'est encore très différent. »*. Ce fait souligné par Béatrice fait davantage référence à la pluridisciplinarité. Car chaque intervenant-e reste tout de même dans son domaine de formation.

En ce qui concerne l'AS, l'interdisciplinarité est pour elle le travail avec d'autres professions dans un but commun. Elle confie que *« d'autres professions font ainsi référence à d'autres manières de penser et de fonctionner, d'autres valeurs professionnelles ainsi que d'autres habitudes de collaboration. »*. Cela nécessite donc de s'approprier. L'AS ne pense pas que l'interdisciplinarité se fasse au niveau de l'institution mais au niveau interpersonnel. En effet, elle pense que la direction peut mettre en place tout ce qu'elle veut, l'interdisciplinarité se met en place au niveau de la collaboration et du terrain. Elle précise que *« ce concept ne peut pas être forcé ni cadré car c'est la rencontre entre deux professionnel-le-s »*. Effectivement, l'interdisciplinarité de l'AS avec une collègue physiothérapeute ne sera pas la même qu'avec d'autres collègues médecins ou infirmiers et infirmières. Elle se fait sous des formes différentes. Car pour certain-e-s, l'AS aura un rôle classique là où d'autres feront un travail main dans la main avec elle. Ainsi, selon Chantale, l'interdisciplinarité se construit et évolue. À chaque nouvelle arrivée d'un-e médecin ou d'un-e autre collègue, cette dernière doit à nouveau construire la relation en expliquant son rôle.

Pour conclure, il faut voir *« l'interdisciplinarité comme un métissage pratique (Bibeau, 1991) entre acteurs à l'occasion du partage d'un « espace » de travail »* (GUSDORF, 1988 in : COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIERE C., 2005). Effectivement, chacune des professionnelles reconnaît les bénéfices de ce concept dans leur travail quotidien. Il s'agit d'un enrichissement, d'un confort, d'une condition indispensable dans une visée commune. Cependant, *« Le caractère cumulé et global du savoir invite, voire oblige, le chercheur à considérer les savoirs périphériques à sa discipline. »* (DESLAURIERS J.-P. & KERISIT M., 1997 in : COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIERE C., 2005). Nous pouvons voir que la mise en œuvre de ce concept demeure ainsi compliquée et demande à chaque professionnel-le de se rencontrer. En effet, il s'agit

d'une articulation extrêmement concrète, une manière de collaborer qui se construit et évolue. Nous pouvons également constater que les frontières avec la pluridisciplinarité sont très fines. Car chaque intervenant-e est spécialisé-e dans sa discipline avec ses propres valeurs, façons de fonctionner, habitudes de collaboration, etc. Ainsi cette manière de collaborer demande aux intervenant-e-s de s'approprier.

8.4.3 Les influences de l'interdisciplinarité sur la façon de travailler

Selon la docteure, c'est un rythme que les professionnel-le-s connaissent bien. Cependant, l'interdisciplinarité n'est pas toujours évidente dans la façon de travailler car parfois un-e professionnel-le peut omettre d'informer chaque intervenant-e de la prise en charge. Cependant, dans la façon de fonctionner, il est très important que les patient-e-s voient que tou-te-s ont le même avis. Car les personnes souffrant d'anorexie mentale ont tendance à cliver et à se disperser dans différentes réalités. Les professionnel-le-s doivent donc les aider à rassembler les divers éléments. Ainsi, les patient-e-s savent que tout est toujours discuté et travaillé en équipe. Finalement, lorsque ses collègues constatent des éléments qui ne sont pas clairs, ces derniers et dernières viennent librement vers elle en lui demandant : « *Faut-il que je m'inquiète ? Dois-je appeler le médecin traitant ?* ». L'interdisciplinarité apparaît donc également de cette manière.

Pour l'infirmière en soins psychiatriques, l'interdisciplinarité est également une façon pertinente de montrer aux patient-e-s qu'il est peu possible de cliver au niveau de l'équipe. Ensuite, dans la façon de travailler, cela demande de connaître ses limites. Car, selon elle, « *si la volonté est que le travail soit collectif, il est nécessaire que les professionnel-le-s connaissent leurs forces et leurs faiblesses* ». En effet, elle confie que l'objectif de l'interdisciplinarité n'est pas de retrouver l'AS dans la pharmacie à faire un pansement car « *ce n'est pas ça l'objectif de l'interdisciplinarité. On ne fait pas tous la même chose, on ne sait pas tous tout faire* ». Par contre, selon Isabelle, il s'agit de pouvoir bénéficier au travers d'un soin ou d'un autre, de toutes les compétences et de tous les angles de vue différents. En effet, cela enrichit la prestation de soin pour les bénéficiaires. Pour terminer, l'interdisciplinarité est indispensable au suivi des personnes souffrant d'anorexie mentale selon cette infirmière.

La psychiatre psychothérapeute rejoint Isabelle en disant que « *l'interdisciplinarité demande de prendre en considération les responsabilités et les limites de chacun-e* ». Dans une structure médicale, la responsabilité finale est médicale. Mais si cette psychiatre veut dormir la nuit, elle a besoin d'avoir confiance en ses collègues avec lequel-le-s elle travaille. Elle doit notamment avoir confiance dans le fait que chacun-e connaît ses responsabilités et ses limites. Ce qui s'entretient par une culture d'équipe. Mais de manière pratique, avoir des contacts réguliers avec toute l'équipe facilite cela. Finalement, si les professionnel-le-s veulent proposer une prise en charge globale, les compétences de chacun-e sont nécessaires. Ces derniers et dernières ont tous et toutes une culture, un langage, des usages qui leur sont propres. Comment nous l'avons déjà vu précédemment, il faut donc trouver un point de contact.

L'assistante sociale mentionne que des cahiers de suivis sont présents dans lesquels les professionnel-le-s notent des éléments concernant l'accompagnement. De plus, les professionnel-le-s font de la restitution par emails en incluant tou-te-s les intervenant-e-s de la prise en charge. Cela permet de se tenir au courant des éléments-clés concernant un entretien par exemple. Pour cette professionnelle, il est important d'être au clair sur les prestations qu'elle offre afin de pouvoir les présenter clairement aux autres afin que ces derniers et dernières sachent en quoi elle peut être utile et quel est son rôle d'AS. Cela permet de collaborer. Ensuite, ce qui est important pour l'AS est de rester très ouverte en disant « *Mais venez me demander !* ». Sa porte est ouverte et ses collègues peuvent venir au moment souhaité. L'AS, selon elle, a un côté « *boyscout* » et ses collègues viennent souvent lui demander « *Est-ce que tu pourrais faire ça avec la patiente ?* ». De par sa liberté, cela fait souvent partie de ses fonctions et elle accepte. Pour continuer, pour Chantale, la responsabilité première est de préserver l'intégrité physique de ses patient-e-s. Donc si elle a « *l'idée farfelue* » d'aller faire des démarches avec une patiente ayant un BMI de 12 et qu'il y a la bise dehors, sa collègue médecin lui précisera que la personne malade n'est pas en état de faire cela. Elle est consciente des

risques somatiques même si sa profession est issue du social. Finalement, il y a régulièrement des espaces de supervision où tous les corps de métiers inclus dans la prise en charge viennent. C'est l'occasion de prendre du recul, de discuter des buts, de comment l'équipe pourrait faire différemment. Il est important de se mettre d'accord sur le but final visé pour un-e patient-e. En effet, nous avons vu que « *l'hétérogénéité est souvent source de désynchronisation. Tous les éléments d'un système n'évoluent pas au même rythme et des discordances peuvent se produire entre des décisions, des outils de gestion, des avancées de projets, des évolutions culturelles ou de représentations, des rythmes d'apprentissage* » (LE BOTERF G., 2013, p.18).

Pour conclure, nous avons vu que « *le caractère cumulé et global du savoir invite, voire oblige, le chercheur à considérer les savoirs périphériques à sa discipline* » (DESLAURIERS J.-P. & KERISIT M. in : COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIERE C., 2005). En effet, chaque professionnel-le doit s'informer des rôles et du suivi proposé par ses collègues afin de pouvoir les solliciter selon les besoins des patient-e-s. En effet, nous pouvons constater que chacune des professionnelles a mentionné l'importance de connaître ses propres limites et ressources vis-à-vis des prises en charge. Chaque intervenant-e semble au courant des actions ciblées de ses collègues. De plus, il est primordial de maîtriser un minimum les aspects globaux d'une prise en charge afin de favoriser tous les axes de soins. Ainsi, l'interdisciplinarité « *correspond à une intégration de deux ou de plusieurs disciplines, une association en vue de produire une nouvelle connaissance plus élaborée et complète* » (REGE COLET N., 1993, p.21). Nous avons pu constater que chacune des professionnelles est consciente de cet aspect. Pour terminer, l'interdisciplinarité amène à se rencontrer. Vis-à-vis de la façon de travailler, cela engendre donc des rencontres entre les professionnel-le-s. Nous avons vu que le nombre d'intervenant-e-s ne facilite pas les prises de rendez-vous ainsi que les échanges directs et informels.

8.4.4 La collaboration avec l'assistante sociale

Selon la doctoresse, collaborer avec l'assistante sociale est indispensable. En effet, l'anorexie mentale est une maladie qui dure dans le temps. Cette dernière aura donc des conséquences sur la vie sociale et professionnelle de la personne. Nathalie mentionne un exemple concret : « *Un programme d'ergothérapie sur mesure avec une patiente est en train d'être créé. Cette patiente désire reprendre un travail mais le fait de façon inadaptée.* ». Ainsi, l'ergothérapie l'occuperait de façon pertinente en attendant d'être en capacité de retrouver du travail. L'AS sollicite donc souvent la doctoresse en lui demandant : « *Si on fait ça, tu penses qu'elle peut assumer sur le plan physique ? Qu'est-ce que je lui propose en ce qui concerne l'intensité ?* ». Dans ce sens-là, une grande collaboration est instaurée. Pour terminer, la doctoresse mentionne que l'assistante sociale travaille depuis longtemps dans le milieu médical. L'AS n'a donc pas de grandes difficultés au niveau de la compréhension des aspects médicaux.

La psychiatre psychothérapeute mentionne que dans l'équipe, tout le monde doit faire des efforts pour maîtriser au moins superficiellement la langue de l'autre. En ce qui concerne la collaboration avec l'assistante sociale, cette dernière affirme apprendre un nouveau vocabulaire chaque jour. Cependant, cela va dans les deux sens. Car la psychiatre apprend également un bon nombre d'éléments grâce à l'AS, par exemple la loi sur le PLAF. Finalement, la psychiatre mentionne que l'AS est « *une personne d'une énergie incroyable* ». Pour conclure, si les professionnel-le-s veulent proposer une prise en charge globale, les compétences de chacun-e sont nécessaires.

Selon l'assistante sociale, la question de son utilité se pose extrêmement peu. Elle confie, en riant, que l'avantage d'être la seule AS est « *que ses collègues la trouvent tous et toutes fantastique !* ». Elle mentionne que ses collègues pensent que toutes les AS sont comme elle, ils et elles pensent qu'une « *bonne AS est la leur* ». Cela ne lui pose aucun problème car ce qui est important est que les professionnel-le-s sachent ce qu'elle offre et non ce qu'offre l'AS d'un service social en particulier. Ses collègues savent ce qu'elle peut apporter aux patient-e-s. Elle apprécie pouvoir partager les informations sur son suivi, car comme elle est la seule, si elle venait à être malade, il est important que ses collègues aient le minimum de clés en main pour

intervenir. Pour terminer, la profession d'assistant-e social-e est mal définie selon elle. Elle confie que « *c'est un métier tout de même récent qui est très différent en fonction des lieux* ». Les gestes en commun sont minimes d'un lieu à l'autre mis à part les budgets. C'est pourquoi elle peut comprendre que ses collègues aient des difficultés à se représenter son rôle et ses compétences. En effet, elle peut difficilement demander aux gens de mieux la connaître que ce qu'elle se connaît. Pour conclure, elle mentionne que « *ce qui est indispensable à la réalisation d'un travail interdisciplinaire est que les professionnel-le-s sachent à quoi sert l'assistant-e social-e au sein de leur structure* ».

Pour conclure, nous voyons bien qu'indépendamment des professions, chaque intervenante qualifie les interventions de l'assistante sociale d'indispensables. Chacune d'entre elle rejoignait la vision de la santé définie par l'OMS, à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (OMS, 2015). Cela apparaît également dans leurs discours par le biais d'une reconnaissance des compétences de l'AS. En effet, nous avons vu que « *La prise en considération globale de la personne déborde nécessairement la sphère de la pratique médicale et intègre la vie sociale avec ce qui la caractérise : atomisation des individus, précarisation et incertitude, relâchement des liens sociaux et familiaux, isolement.* » (PAUL M., 2004, p.86). Au-delà de cette reconnaissance, une collaboration d'une grande importance s'établit entre les professionnel-le-s et l'assistante sociale. Cette façon de faire est bénéfique pour la prise en charge de l'anorexie mentale. En effet, l'AS a mentionné durant l'entretien : « *La question de mon utilité ici se pose extrêmement peu.* ». Cela témoigne donc des responsabilités et de l'importance des interventions de l'AS au sein de l'établissement. La prise en charge sur le plan social des personnes souffrant d'anorexie mentale est ainsi reconnue par l'ensemble des intervenantes interrogées.

8.4.5 Le jargon utilisé par les différent-e-s professionnel-le-s

La doctoresse mentionne que, pour les psychologues qui ne connaissent pas la médecine, ce n'est pas évident au début de savoir quand s'inquiéter sur le plan somatique. En effet, nous avons vu que « *Chaque expert du réseau a son propre langage spécialisé dû à sa spécialité ou à sa discipline.* » (LE BOTERF G., 2013, p.101). Cependant, c'est un travail très répétitif. En effet, Nathalie nous confie que « *les deux problèmes mis en avant par les professionnel-le-s sont souvent les mêmes* ». Ainsi, les psychologues acquièrent de l'expérience et connaissent, au fil du temps, les enjeux dont il est question. Lorsque la doctoresse discute avec les psychologues, elle n'a pas l'impression qu'il y ait des incompréhensions dans les échanges. Car ce sont des professionnel-le-s qui restent suffisamment longtemps au sein de la structure pour apprivoiser les notions essentielles des suivis. Pour terminer, la doctoresse précise qu'entre médecins, infirmiers et infirmières ainsi que physiothérapeutes, le jargon est le même. En effet, le jargon médical est représenté en majorité.

Selon la psychiatre psychothérapeute, tou-te-s les membres de l'équipe doivent faire des efforts pour maîtriser au moins superficiellement la langue de l'autre. Par exemple, les somaticien-ne-s parlent de « *kaliémie* » pour parler du dosage de potassium. Ainsi, l'AS, les diététicien-ne-s et les physiothérapeutes doivent également connaître la définition de ce terme. Pour terminer, dix professions évoluent au sein de l'établissement. Cependant, ce sont dix professions de soignant-e-s. Ce sont donc des discours que les professionnel-le-s entendent bien. Pour terminer, elle confirme également que dans la filière des physiothérapeutes, des diététicien-ne-s, des infirmiers et infirmières, le lien avec le médical est très fort au niveau des études.

L'assistante sociale, elle, s'est achetée un « *bouquin pour les nuls* » afin de se former un minimum sur les termes utilisés. En effet, nous avons vu que « *le phénomène est très visible dans le secteur de la santé : les professionnels (médecins, infirmiers, assistants sociaux, professionnels paramédicaux, [...]) cherchent à se coordonner pour proposer un service continu de soins de qualité* » (LE BOTERF G., 2013, p.23). Les six premiers mois, elle était extrêmement ignorante et extrêmement honteuse de l'être. Désormais, elle ose demander à ses collègues de lui traduire le vocabulaire. Une série d'initiales sont également liées au monde

du social. Par exemple, les professionnel-le-s issu-e-s de formation médicale parlent de TS pour définir une tentative de suicide, alors que dans le cadre de sa formation, TS signifie travailleurs et travailleuses sociales. En effet, nous avons vu que les professionnel-le-s entrent « *dans les problématiques et le langage des autres* » (VINCK, 2000, p.88 in FOUCART J., 2008, p.97). Pour continuer, l'AS est en minorité, c'est donc à elle de s'adapter. Elle a appris une partie du langage de ses collègues, et ces derniers et dernières ont appris une partie du sien. Mais selon elle, il faut oser soulever les incompréhensions. Pour cela, il est important de connaître ses limites et d'oser les reconnaître. En effet, elle estime qu'il « *est normal que l'AS ne sache pas tout* ». Cette dernière pose donc des questions et les professionnel-le-s lui expliquent volontiers les différents termes. Il s'agit davantage d'oser se manifester en colloque pour partager les difficultés de compréhension et de se sentir tout de même compétent-e-s. Cela reste en effet plus compliqué de se manifester en tant que minorité que de façon collégiale.

Pour conclure, nous avons vu que « *Chaque expert du réseau a son propre langage spécialisé dû à sa spécialité ou à sa discipline.* » (LE BOTERF G., 2013, p.101). C'est en effet une réalité soulevée par les différentes intervenantes. Chaque professionnel-le doit maîtriser les termes essentiels à la compréhension de la situation et aux buts poursuivis par l'équipe, tel que le terme « *kaliémie* ». Il est vrai que chaque discipline possède ses propres notions théoriques. Au début, ce n'est pas simple de maîtriser au moins superficiellement le domaine de l'autre. Mais à force de collaboration et d'expérience, tou-te-s les professionnel-le-s ont acquis les termes importants, les dangers sur le plan somatique, etc. Nous voyons bien que l'AS est consciente de l'importance du jargon car elle s'est donné les moyens de maîtriser les éléments issus d'autres disciplines.

8.4.6 Les divergences rencontrées vis-à-vis des situations des patient-e-s

Pour la doctoresse, lorsqu'une urgence somatique survient, il n'y a pas vraiment à discuter. En effet, s'il est décidé qu'en dessous d'un tel poids les patient-e-s vont à l'hôpital, une fois ce poids atteint c'est ce qui se passera. De même s'il y a une urgence vis-à-vis du sodium et du potassium, les patient-e-s seront dirigé-e-s vers le service des urgences. En effet, nous avons vu que si la température centrale est trop faible, s'il y a des troubles sanguins ou un épuisement physique et/ou psychique ou encore des troubles cardiaques, aucune discussion ne sera envisagée, la personne sera admise à l'hôpital. (MARSAUDON E., 2011, p.121) Sont davantage difficiles les situations qui n'évoluent pas, des résistances ou des conflits avec les patient-e-s. Concernant ces différentes problématiques, des divergences peuvent apparaître. En effet, l'anorexie mentale est une maladie psychiatrique. Les divergences sont donc davantage ciblées sur la lecture psychiatrique des situations. Lorsque les patient-e-s ne sont ni dans une zone rouge ni dans une zone verte au niveau de leur maladie, mais entre deux, à ce moment-là les professionnel-le-s pourraient effectivement ne pas être d'accord sur la manière de réaliser la prise en charge. Cependant, vu que ce ne sont pas des situations de danger, il n'y a pas d'urgence. Tout est discuté en équipe.

La psychiatre psychothérapeute mentionne également que les divergences sont possibles. Effectivement, il se peut que les psychothérapeutes soient satisfait-e-s de leur prise en charge alors que les patient-e-s ont perdu du poids. Ainsi, les médecins généralistes ainsi que les diététicien-ne-s sont inquiet-e-s. En effet, sont déjà survenues des situations vis-à-vis desquelles les professionnel-le-s n'avaient pas le même avis. Mais elle nous confie tout de même que « *ces derniers et dernières sont toujours parvenu-e-s à trouver un consensus* ». Pour terminer, cette professionnelle mentionne que les visions davantage favorisées sont d'ordres médical, somatique et psychiatrique.

Pour continuer, l'assistante sociale travaille avec des collègues fonctionnant différemment d'elle au niveau des réflexions sur le but des prises en charge. Selon elle, pour pouvoir travailler dans ce milieu, il faut avoir une bonne idée de son identité professionnelle, de ses compétences afin de pouvoir les imposer et les faire reconnaître au reste de l'équipe. Cependant, elle considère les divergences comment étant extrêmement enrichissantes car cela l'oblige à se remettre en question. En effet, nous avons vu que travailler en réseau

est une opportunité pour les professionnel-le-s d'ouvrir leur champ de vision et de se confronter aux avis de leurs collègues. (LE BOTERF G., 2013, p.25) Cette professionnelle accepte de devoir faire autrement et de sortir de son domaine de compétences. Ce ne sont pas des postes où les professionnel-le-s peuvent « ronronner », confie-t-elle. Pour continuer, l'assistante sociale ne doit pas justifier ce qu'elle entreprend mais elle se sent parfois seule. Car l'équipe est parfois débordée et il est donc compliqué de gérer cela avec un manque de temps pour les discussions. En outre, selon elle, « *le monde médico-infirmier est beaucoup plus dans la toute-puissance* ». Elle confie que « *ses collègues trouvent bien qu'elle les contrarie mais par la suite ces derniers et dernières ont de la peine à se dire que l'AS a peut-être raison* ». Cependant, elle est écoutée. En effet, nous avons vu que « *le terme « interdisciplinaire » renvoie à une interaction existant entre deux ou plusieurs disciplines* » (OCDE, 1972 in : REGE COLET N., 1993, p.23). L'assistante sociale a cité l'exemple d'une patiente, en hospitalisation sous contrainte et en mesure ambulatoire. La justice la contraint donc à se soigner mais la personne est très résistante aux soins. L'assistante sociale, ayant une formation en éthique, ferait venir la Commission éthique pour en discuter. En effet, elle se poserait la question : « *Jusqu'à quel moment nous acharnons-nous ?* ». Pour les médecins, ce questionnement est très compliqué car ils ont prêté le Serment d'Hippocrate et doivent donc essayer de soigner la personne jusqu'au bout. Du moment que la patiente va mieux, cela vaut la peine de se battre. Alors que pour l'assistante sociale, ce serait possible de ne pas tout tenter et d'observer ce qui se passe, rendant finalement à la patiente la décision de se battre ou non. En effet, nous avons vu que l'accompagnement peut se traduire par « *se joindre à qqn [quelqu'un]/pour aller où il va/en même temps que lui* » (PAUL M., 2004, p.60). Selon l'assistante sociale, les milieux des soignant-e-s « *ont ce côté très responsabilisé* » car ils ont la santé des gens entre leurs mains et doivent agir. Ces derniers et dernières auront tendance « *à être très proactifs et proactives dans certaines situations en n'ayant pas comme objectif principal d'autonomiser la personne* », nous confie Chantale. Alors que cette dernière est orientée vers une autonomisation des patient-e-s. Pour elle, cela ne lui pose aucun problème de suspendre les soins en précisant à la personne que ces derniers reprendront lorsqu'elle sera prête à entamer un travail sur elle-même. En effet, nous avons vu qu' « *A l'accompagnant revient de fournir en quelque sorte « la carte et la boussole », les repères et les outils afin qu'autrui soit en mesure d'exprimer la direction qu'il se choisit.* » (PAUL M., 2004, p.61). Finalement, l'AS précise qu'elle remet beaucoup plus facilement en question son fonctionnement sans que cela ne lui pose de problème alors que le fonctionnement du monde médico-infirmier aurait tendance à attendre que l'occasion se présente pour en débattre.

Pour conclure, les divergences apparaissent lors de certaines situations des patient-e-s. Les quatre professionnelles s'accordent sur le fait que les urgences somatiques ne prêtent pas au débat. Si la situation de la personne nécessite des soins, il n'y a pas de place pour la discussion. En effet, dans le cadre de l'anorexie mentale, « *Le taux de mortalité varie entre 4 et 10 % dans la littérature internationale. Une étude réalisée sur 21 ans rapporte une mortalité à 16 % sur un échantillon de 84 patients. Les décès sont la conséquence directe de l'anorexie dans 50 % d'entre eux, les autres étant liés à un suicide (24 %), à des pathologies pulmonaires (6 %), et des causes non précisées (20 %).* » (ASKENAZY F., 2007, p.144). Les divergences concernent donc les problématiques d'ordre psychiatrique vis-à-vis des lectures des situations. En outre, l'AS mentionne une différence concernant la remise en question entre le monde médico-infirmier et elle-même. Cette dernière n'a pas ce sentiment de devoir tout tenter contrairement aux professionnel-le-s ayant prêté le Serment d'Hippocrate. Elle laisserait le choix aux patient-e-s concernant leur traitement ou leur envie de se battre sans que cela ne lui pose problème.

8.4.7 La hiérarchie entre les divers-e-s professionnel-le-s

Pour la doctoresse, une hiérarchie est présente car les psychologues sont supervisé-e-s par des psychiatres. La responsabilité des décisions incombe donc au médecin et non au psychologue. En termes légaux, ce sont donc les médecins qui assument les responsabilités et prennent les décisions finales. Il y a donc tout de même une voie hiérarchique. Ensuite, il existe également une hiérarchie entre les médecins et les infirmiers

et infirmières. Effectivement, si le ou la médecin n'arrive pas à se mettre d'accord avec l'infirmier ou l'infirmière et vice-versa, la responsabilité juridique appartient au médecin qui prendra donc la décision finale. Ce qui fait la différence est la responsabilité au sens civile et juridique. Car si une catégorie professionnelle devait être attaquée, ce serait celle des médecins. De temps en temps, il y a également des situations difficiles de PLFA vis-à-vis desquelles les professionnel-le-s doivent se justifier devant la justice de paix. Les lettres adressées à cette justice sont signées par les médecins. Finalement, cela se joue entre les chef-fe-s de clinique. Et si vraiment il y a un souci au niveau des chef-fe-s de clinique, ce sera le ou la médecin cheffe.

Pour l'infirmière en soins psychiatriques, le somatique indique toujours l'urgence absolue. Quand les patient-e-s présentent une déficience somatique de l'ordre de l'urgence, il n'y a pas à discuter. Mais tou-te-s les professionnel-le-s sont d'accord avec cela car ces derniers et dernières ont tou-te-s suffisamment de connaissances dans le domaine somatique pour être conscient-e-s que la mort est proche. Les professionnel-le-s doivent également mettre en place des mesures de contraintes lorsque les patient-e-s ne sont pas d'accord d'aller à l'hôpital alors que leur état de santé le nécessite.

Selon la psychiatre psychothérapeute, le travail dans l'interdisciplinarité n'est pas réalisable si chacun-e marche sur les autres. Ou alors il s'agit de pluridisciplinarité, c'est-à-dire les un-e-s à côté des autres. Si un-e professionnel-le n'a pas l'impression d'être respecté-e dans ses propos ou ses actions, l'interdisciplinarité ne fonctionnera pas.

Selon l'assistante sociale, les décisions se prennent en équipe avec des voix prépondérantes mais en ayant écouté tout le monde. En effet, nous avons vu que les professionnel-le-s travaillent sur un sujet commun et « *explorent les points d'articulations entre leurs savoirs afin de concourir à un objectif commun* » (VINCK, 2000, p.86 in : FOUCART J., 2008, p.97). Elle n'a jamais entendu ses collègues dire : « *Non, ton idée est nulle !* ». Ce sera plutôt : « *Ecoute, peut-être que là maintenant ce n'est pas une bonne idée. Mais on pourrait attendre et en reparler.* ». Ainsi, les points de vue de chacun-e sont intégrés dans la réflexion. Tout le monde peut discuter. L'assistante sociale va par exemple demander aux professionnel-le-s si ces derniers et dernières voudraient qu'elle voit les patient-e-s pour réaliser un bilan. Cela est le bienvenu. Mais il est vrai qu'il faut relancer les premières fois. Au final, selon l'AS, les professionnel-le-s apprennent à se faire confiance et à faire confiance à leur instinct. En effet, l'assistante sociale fait confiance au fait que ce qu'elle propose aux patient-e-s est utile même si cela semble complètement différent de ce que les autres professionnel-le-s proposent. En même temps, elle précise que « *proposer différents axes de soins est le but d'une prise en charge interdisciplinaire* ». L'assistante sociale n'a jamais eu le souci de ne pas être entendue. Elle a cependant eu parfois la préoccupation de ne pas être comprise dans ses spécificités. Ses collègues sont extrêmement malheureux lorsque ces derniers et dernières voient qu'elle n'arrive pas à trouver sa place ; au point de venir dans son bureau en disant : « *Tu n'avais pas l'air bien, qu'est-ce qui se passe ?* ». Elle mentionne que la bienveillance et la bientraitance font partie des valeurs éthiques phares des professions de soins. C'est une équipe qui prend beaucoup soin de ses membres, quelles que soient les disparités. Pour terminer, il faut faire face à la frustration. Selon elle, cela est inhérent à la différence et aux professions en relation avec différents corps de métier. Ce qui est enrichissant car les professionnel-le-s sont obligé-e-s de prendre du recul et d'expliquer le fondement de leurs idées. En effet, il y a souvent beaucoup de façons de faire pour parvenir au but voulu en s'adaptant aux un-e-s et aux autres.

Pour conclure, il existe au sein de cette structure « *une dynamique horizontale, en réseau, en multipliant les partenariats entre les dispositifs, pour les personnes qui requièrent simultanément plusieurs formes d'aide* » (JAEGER M., 2012, p.105). En effet, toutes les formes d'interventions sont importantes dans la prise en charge de l'anorexie mentale. La discussion entre les différent-e-s intervenant-e-s est donc primordiale ainsi que privilégiée. Nous voyons bien que chaque professionnel-le est entendu-e, même si une hiérarchie existe car les médecins détiennent l'autorité décisionnelle. Lorsqu'une urgence somatique intervient, il n'y a pas de

place pour la discussion car les médecins prennent les mesures nécessaires concernant les soins médicaux.

8.4.8 Synthèse

L'interdisciplinarité a été souhaitée dès la création de la structure. Dans la pratique, bon nombre de professionnel-le-s interviennent auprès des patient-e-s. En effet, nous avons pu constater « *plusieurs actes pour plusieurs acteurs souvent, mais aussi plusieurs actes pour un même acteur, dès lors que les identités professionnelles de chacun sont bien définies et que les situations dans lesquelles ils agissent sont en rapport avec ces identités.* » (JAEGER M., 2012, p.147). Pour travailler de façon interdisciplinaire, il est important de connaître ses limites et ses responsabilités. Nous avons ainsi vu que cette méthode a des influences sur la manière de travailler, sur le rythme de travail, sur les patient-e-s, sur la collaboration, sur les espaces de réunion, sur la globalité des prises en charge ainsi que sur le jargon. Ce dernier demande d'ailleurs des efforts de la part de chaque intervenant-e. En effet, « *Le travail en réseau suppose que les différents professionnels de chacune des filières [...] se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. [...] Il importe donc d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs, des expériences.* » (JAEGER M., 2012, p.169). Cependant, nous avons pu constater que la réalisation de l'interdisciplinarité demeure compliquée dans la pratique. En effet, il n'est pas toujours évident de maîtriser la globalité de la prise en charge de l'anorexie mentale. C'est pourquoi, parfois, nous pouvons nous questionner sur les discours des professionnelles. Car, concernant la façon de travailler des intervenant-e-s, il semblerait parfois que la multidisciplinarité primerait sur l'interdisciplinarité. Il est vrai que les professionnelles de l'échantillon semblent tout de même rester très ancrées dans leur discipline professionnelle. En effet, les frontières entre ces deux concepts sont fines.

Le concept de l'interdisciplinarité amène à confronter les opinions de chacun-e et prône la discussion. En effet, nous avons vu que « *Dans l'intervention sanitaire et sociale, à l'aube du troisième millénaire, les compétences techniques, spécifiques des professionnels dans leur sphère d'intervention, mais surtout leurs compétences transversales ou compétences à la coordination, apparaissent, en effet, essentielles pour favoriser une intervention de qualité auprès de l'usager.* » (DUMOULIN P. et al., 2015, p.7). Concernant les divergences rencontrées sur les différentes situations, nous avons vu que ces dernières existent parfois. Les échanges et la recherche d'un consensus sont toutefois privilégiés. Il est vrai que lorsque le consensus n'arrive pas à être trouvé, la responsabilité revient aux médecins. Ces derniers et dernières ont l'autorité décisionnelle et prennent donc les décisions finales. Dans ce sens, une hiérarchie existe au niveau du monde médical. Il y a en effet des voix prépondérantes, mais il y a finalement une volonté que tou-te-s les intervenant-e-s puissent être entendu-e-s.

8.5 Apports complémentaires des entretiens exploratoires

Lors du début de cette démarche, trois professionnel-le-s ont pris part à la recherche. Ainsi, trois entretiens d'une heure chacun ont été réalisés. Nous citerons les apports complémentaires à ceux apportés par les professionnelles de cette structure de Suisse romande. En effet, nous avons également questionné les intervenant-e-s, de façon moins approfondie, sur les concepts de la prise en charge de l'anorexie mentale, de l'interdisciplinarité et du travail en réseau.

8.5.1 *Psychothérapeute, canton de Vaud*

Nous avons rencontré une psychothérapeute travaillant avec des enfants et adolescent-e-s souffrant d'anorexie mentale. Lorsqu'un-e patient-e arrive au sein de cette unité, les professionnel-le-s constatent le stade de la maladie, le BMI, etc. Rapidement, un-e pédiatre ou un-e médecin sera contacté-e afin de peser les patient-e-s. En effet, il s'agit d'une condition indispensable pour que cette professionnelle intervienne dans le suivi. Car cette dernière ne peut pas évaluer les dangers cardiaques par exemple. Elle mentionne qu'il « *s'agit donc d'une limite de sa profession* ». Dans le cas contraire, elle prendrait un trop grand risque sur le plan somatique. Le taux de mortalité étant élevé, la meilleure façon de faire selon elle est donc celle-ci. Nous

pouvons constater que cette professionnelle mentionne également l'importance de connaître ses ressources et ses limites concernant ses interventions auprès des bénéficiaires.

Pour continuer, selon elle, la prise en charge de l'anorexie mentale est interdisciplinaire (médecins, diététicien-ne-s, ergothérapeutes, art thérapeutes, etc.). En effet, cette psychothérapeute mentionne que l'interdisciplinarité entre les différentes facettes professionnelles engendre une recherche d'un consensus pour amener les patient-e-s dans une direction commune. La plupart du temps, des réunions sont donc organisées. Les échanges d'emails sont également beaucoup pratiqués.

Pour terminer, selon cette intervenante, il s'agit d'un monde médical avec une hiérarchie médicale. Cependant, plus les professionnel-le-s se connaissent, plus cela devient facile. Car il y a de moins en moins de bras de fer possible. De toute façon, selon elle, ce sera toujours le somatique qui prime pour l'anorexie mentale. Pour terminer, en ce qui concerne le jargon, elle précise que, comme pour chaque pathologie, des termes spécifiques sont utilisés. Cependant, il n'y a aucun problème de communication. Tou-te-s les intervenant-e-s savent de quoi il est question lors de discussions car le vocabulaire spécifique est appris sur le terrain.

Pour conclure, nous voyons bien que le côté somatique prime. En effet, dès le début du suivi, la condition est qu'un-e pédiatre ou un-e médecin intervienne dans la prise en charge. Cette psychothérapeute, n'ayant pas de formation médicale, connaît bel et bien les risques physiques que l'anorexie mentale peut engendrer. La prise en charge est donc interdisciplinaire afin de collaborer avec toutes les professions indispensables au traitement de cette maladie. Un travail d'équipe ainsi qu'un travail en réseau sont organisés avec les différent-e-s intervenant-e-s. Pour terminer, même si le consensus constitue un objectif lors des discussions, une hiérarchie existe. En effet, selon cette professionnelle, une hiérarchie médicale est présente.

8.5.2 Psychothérapeute, canton du Valais

Cette intervenante travaille dans le domaine de la psychiatrie adulte. En ce qui concerne le suivi, une évaluation de la personne est tout d'abord réalisée. Cela permet de constater si un suivi est possible au sein de la structure ou s'il est nécessaire d'orienter la personne ailleurs. Si les professionnel-le-s entrent en matière par rapport à l'anorexie mentale, un-e médecin somaticien-ne doit intervenir dans la prise en charge. Cela est en effet indispensable. Plus encore, il s'agit du point de départ car la psychothérapeute ne pèse pas les patient-e-s. Pour elle, l'avis du médecin prédomine. Il s'agit d'un partenariat.

Ensuite, selon cette dernière, l'interdisciplinarité est synonyme d'assurance. Effectivement, ce concept est important. Tout d'abord, il y a la question du médecin car elle ne peut pas agir seule. Ensuite, les diététicien-ne-s, les thérapies de groupes, l'exposition au miroir, etc. sont également des éléments importants. C'est pourquoi l'interdisciplinarité est essentielle. De plus, beaucoup d'échanges et de rencontres de réseaux sont organisés. En effet, des mises en commun sont réalisées. Les professionnel-le-s ne se surajoutent pas les un-e-s sur les autres. Cette façon de fonctionner rend également le suivi cohérent et offre un cadre aux patient-e-s. Pour terminer, des échanges téléphoniques sont pratiqués entre les différent-e-s intervenant-e-s.

Pour conclure, nous voyons que cette professionnelle mentionne à nouveau l'importance de la présence d'un-e médecin dans le suivi. Elle précise également que cet aspect est indispensable car elle ne pèse pas ses patient-e-s. Il s'agit là, en effet, d'une limite de sa profession. En outre, cette psychothérapeute collabore avec les médecins car selon elle l'avis de ces derniers et dernières prédomine. Encore une fois, nous pouvons constater que le côté somatique prime. Pour terminer, l'interdisciplinarité est essentielle car elle offre un cadre aux patient-e-s. De plus, des rencontres de réseau, des réunions ainsi que des échanges de téléphone sont pratiqués afin d'établir une mise en commun.

8.5.3 Educateur social

Nous avons rencontré un éducateur social travaillant au sein d'un hôpital de Suisse romande avec des

adolescent-e-s. Concernant l'interdisciplinarité, un-e médecin ou un-e psychologue sont toujours les référent-e-s de la situation des patient-e-s. Il y a également un-e co-référent-e, soit un ou une infirmière soit cet ES. Ces professionnel-le-s sont toujours présent-e-s aux réunions de famille et de réseau. Les entretiens individuels sont menés par les médecins ou les psychologues. En tant qu'éducateur, ce dernier a la spécificité de s'occuper de tout ce qui est autour de l'école (retours à l'école, prise de contact, rester en classe une à deux heures afin de rassurer les patient-e-s, faire l'école à l'hôpital, bibliothèques, etc.). En effet, nous avons vu qu'une des compétences de l'éducateur et de l'éducatrice sociale est de recréer du lien social, de l'identité sociale, accompagner le parcours de socialisation ainsi qu'éviter la désocialisation. (CLOUX N. *et al.*, 2001) L'aspect groupal lui est également attribué, cet ES a donc la référence des groupes.

Ensuite, concernant les divergences, il y a des moments où ce professionnel se sent seul vis-à-vis de certaines attitudes à table : « *Est-ce qu'on force l'enfant à manger ou non ?* ». Des discussions en équipe sont donc organisées. Et les réponses sont collégiales. Dès qu'un souci au niveau de la santé se manifeste, ce sont les médecins et la pédiatrie qui décideront en fonction des critères somatiques. En effet, cet éducateur s'appuie sur l'avis des pédiatres afin de ne pas prendre de risque. En outre, un contrat de poids est réalisé avec des paliers à atteindre autour de la famille tels que des droits de visite et du temps au téléphone.

Puis, concernant la dimension sociale, les repas thérapeutiques favorisent le fait de manger à deux adultes, même si uniquement un-e adolescent-e est présent-e. Ainsi, les professionnel-le-s peuvent s'adresser au jeune mais également à l'adulte en amenant des sujets de la vie courante. Cela permet aux patient-e-s de changer d'air. Cet éducateur social se dit que les ES ont également leur place par rapport à l'aspect groupal. En effet, lorsqu'une personne ne peut faire plus de quinze minute de marche, l'infirmier ou l'infirmière se dira : « *Je reste avec.* ». Tandis que l'ES se dira : « *Qu'est-ce qu'on peut faire en groupe avec une personne qui a le droit de marcher qu'un quart d'heure ?* ». L'ES aura donc une vision davantage systémique, groupale et globale contrairement aux infirmiers et infirmières qui seront dans le côté somatique individuel. Un infirmier ou une infirmière est capable de faire de l'éducatif, un ES est également capable de réaliser quelques éléments de soins selon lui. En outre, ce professionnel pense qu'il faut connaître ses limites, ne pas sortir seul-e avec un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale par exemple.

Pour terminer, en tant qu'éducateur social, ce dernier trouve qu'il n'a pas beaucoup de jargon. De par sa formation, il emploie du vocabulaire systémique. Mais les infirmiers et infirmières ont, contrairement à lui, beaucoup de vocabulaire spécifique. Aux colloques de pédiatrie, cela l'impressionne. Avec l'expérience, il a acquis les termes importants. Pour terminer, la prise en charge est interdisciplinaire. En effet, les professionnel-le-s se coordonnent sans cesse et communiquent afin d'éviter le clivage. En effet, nous avons vu que travailler en réseau et en équipes pluridisciplinaires est une compétence des ES. (CLOUX N. *et al.*, 2001)

Pour conclure, nous pouvons voir que la prise en charge est interdisciplinaire. Cette interdisciplinarité se retrouve dans le suivi des patient-e-s ainsi qu'au travers des références car des binômes ont été créés. Ces derniers réunissent des formations différentes. En outre, les discussions sont collégiales, il s'agit d'un travail d'équipe. Cependant, à nouveau, les médecins prennent les décisions finales lorsque des critères somatiques sont en jeu. Nous avons pu constater que l'éducateur prend davantage en charge les notions sociales telles que la socialisation et les repas thérapeutiques. Ensuite, cet éducateur mentionne l'importance de connaître ses limites. Cependant, il pense que sa place a tout son sens et que les ES sont également capables de réaliser des éléments davantage liés aux soins. Il n'a pas toujours les mêmes points de vue que ses collègues infirmiers et infirmières car il est davantage orienté vers la systémique avec une vision globale. Pour terminer, le jargon se trouve beaucoup dans le domaine médical. Avec l'expérience, les différents termes ont été acquis.

9 Synthèse des résultats

Nous sommes au terme de cette recherche. C'est pourquoi nous produisons du sens suite aux apports récoltés en mettant en avant les éléments-clés de chaque thématique analysée. En effet, nous ferons un retour sur les hypothèses posées en début de travail ainsi que sur la question de recherche. Finalement, les pistes d'action survenues suite à l'approfondissement de cette thématique seront exposées.

9.1 Retour sur les hypothèses

1. Travailler en réseau interdisciplinaire est indispensable pour accompagner une personne souffrant d'anorexie mentale.

L'anorexie mentale est une maladie psychique qui requiert d'être prise en charge sur les plans biologique, psychologique et social. Effectivement, nous avons vu que les enjeux de la santé concernant ce trouble alimentaire sont multifactoriels et touchent ces trois domaines. En parallèle, nous avons pu constater que les quatre professionnelles, indépendamment de leur formation, rejoignent toutes la pertinence de la définition de la santé selon l'OMS. Ce fait se ressent également au travers des différentes disciplines professionnelles prenant en charge ce TCA au sein de l'établissement. En effet, au sein de cette structure de Suisse romande, une cinquantaine de professionnel-le-s et dix professions différentes sont représentées, à savoir des psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers et infirmières, diététicien-ne-s, physiothérapeutes, AS, art-thérapeutes ainsi que les professionnel-le-s somaticien-ne-s. Reconnaître la pertinence de la définition de la santé, à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (OMS, 2015), engendre le concept de l'interdisciplinarité. En effet, ce dernier est au cœur des pratiques. Premièrement, pour la docteure, ce concept amène un confort car les situations sont portées en équipe. Ensuite, en ce qui concerne l'infirmière, l'interdisciplinarité permet aux bénéficiaires de jouir de tous les axes de soins. Puis, pour la psychiatre psychothérapeute, l'interdisciplinarité est une condition indispensable aux prises en charge globales des patient-e-s. Finalement, selon l'AS, il s'agit du travail avec d'autres professions dans un but commun. Dans ce sens, nous pouvons observer que chaque intervenante expose une opinion favorable à l'interdisciplinarité ainsi qu'à sa pertinence en ce qui concerne la prise en charge de personnes souffrant d'anorexie mentale.

« *Maladies psychiatriques qui s'attaquent au corps, les troubles du comportement alimentaire se situent à l'interface entre psyché et soma. [...] La stratégie de soins se doit donc d'être interdisciplinaire, coordonnée et modulable.* » (GEBHARD S. *et al.*, 2011, p.381). Les quatre professionnelles interrogées tiennent le même discours, affirmant que l'interdisciplinarité est indispensable à leur pratique auprès de leurs patient-e-s. En effet, ce concept engendre beaucoup de bénéfices pour les professionnel-le-s car ces derniers et dernières ne portent pas les situations seul-e-s. De plus, il a été mentionné que c'est une condition indispensable au travail au sein de cette structure de Suisse romande car cela permet d'offrir des prises en charge globales aux bénéficiaires. En effet, il s'agit d'un enrichissement permettant aux patient-e-s de bénéficier de tous les axes de soins. Cependant, nous avons également pu constater que cette manière de procéder demeure compliquée au quotidien car chaque intervenant-e reste très spécialisé-e dans sa discipline. Cela engendre ainsi des manières de fonctionner, des valeurs ainsi que des habitudes de collaboration différentes en fonction des intervenant-e-s. Cette collaboration se construit et évolue. De plus, les agendas ainsi que les disponibilités de chacun-e ne facilitent pas la transmission d'informations ainsi que les points de contact. Il est vrai que nous avons parfois pu constater de fines frontières entre l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité. Malgré cela, nous avons observé une grande collaboration entre les différent-e-s intervenant-e-s. Ce fait permet de considérer chaque axe de soin. L'ensemble des éléments développés nous permettent ainsi d'affirmer l'hypothèse n°1.3, à savoir : « *La prise en charge ne peut être assurée par les interventions d'un seul corps de métier. L'interdisciplinarité existe donc au sein des institutions prenant en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale.* ». En effet, en rejoignant la définition de la santé citée par l'OMS

ainsi que les enjeux multifactoriels de l'anorexie mentale, les professionnelles rejoignent également l'indispensabilité de la présence de différent-e-s intervenant-e-s. Ces derniers et dernières proposent différents suivis axés sur le plan biologique, psychologique ou social. Nous concluons avec les propos de la psychiatre psychothérapeute ayant mentionné que l'interdisciplinarité offre bel et bien une « *vision complète des situations des patient-e-s* ».

a. La santé, selon la définition de l'OMS, est un bien-être complet physique, psychique et social. Le premier aspect est pris en charge par le personnel médical, le deuxième par les psychologues et le troisième par les TS.

Chaque professionnelle affirme que la santé est un état de complet bien-être bio-psycho-social. Ainsi, chacune est consciente des enjeux globaux de la santé concernant les personnes souffrant d'anorexie mentale. Elles rejoignent le fait que la prise en charge se doit d'englober chaque niveau de soins. En ce qui concerne cette hypothèse, elle peut s'avérer vraie car chaque intervenant-e reste très spécialisé-e dans sa formation. Cependant, nous avons pu constater que toutes les disciplines ne sont pas si cloisonnées. Les professionnel-le-s ne sont pas restreint-e-s à leur niveau de formation mais s'ouvrent également aux autres approches. Ces dernières sont complémentaires et permettent un accompagnement cohérent pour les bénéficiaires. Nous pouvons imaginer cela à l'aide des différents exemples mentionnés par les personnes interrogées. La doctoresse peut développer la notion sociale en questionnant son patient-e sur sa vie à l'extérieur. Ou encore, l'AS est susceptible d'annuler une visite à l'extérieur en raison d'un poids trop faible de la personne souffrante car elle a considéré les risques somatiques. Chacun-e adopte donc un regard bienveillant et s'assure que chaque dimension bio-psycho-sociale de la santé soit respectée. C'est en effet ce que vise l'interdisciplinarité, à savoir « *l'intégration des disciplines scientifiques ainsi que la production, à partir de cette rencontre, d'un plus, supérieur à la somme des parties.* » (REGE COLET N., 1993, p.22).

b. La prise en charge par les professionnel-le-s est déterminée par leur propre conception de la santé.

Nous avons pu observer que toutes les professionnelles, indépendamment de leur discipline, adhèrent à la définition de la santé définie par l'OMS. Ainsi, les dimensions bio-psycho-sociales sont reconnues comme étant un tout. C'est pourquoi ces intervenantes prônent l'interdisciplinarité comme étant un accompagnement bénéfique pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. En effet, chaque discipline apporte une vision indispensable à l'accompagnement des personnes souffrant de ce trouble alimentaire.

Au-delà de la définition de l'OMS, nous avons questionné leur propre définition de la santé. La doctoresse a pour objectif premier d'assurer la survie de la personne. Une fois que celle-ci est certaine, le but est de guérir de l'anorexie mentale. Nous retrouvons donc ce côté très médical propre à sa formation. En effet, cette professionnelle a prêté le Serment d'Hippocrate et fera tout son possible pour viser la guérison. En parallèle, l'infirmière en soins psychiatriques opte pour un regard très large car un nombre important de personnes seront amenées à vivre avec leur maladie et à la gérer. Selon elle, la guérison n'est pas toujours possible. Mais cela ne lui pose pas de problème car sa conception s'oriente davantage vers le soutien et l'aide : « *Comment faire pour guider les patient-e-s dans la gestion de leur maladie ?* ». Elle préfère donc se positionner en termes de qualité de vie et apprécie les questions éthiques. Pour elle, il est très important de respecter les valeurs des bénéficiaires. En outre, l'assistante sociale mentionne qu'il est primordial de pouvoir aussi « *se sentir bien dans les sphères qui ne touchent pas directement le corps* ». Elle explique sa conception à l'aide d'un exemple : « *On n'a aucune raison de se battre contre un symptôme si le reste va mal ; si on ne supporte pas d'être seul à la maison, si on est malheureux, etc.* ». En effet, pour cette dernière, la santé se définit par un équilibre global, rejoignant les trois aspects bio-psycho-sociaux. Pour terminer, la psychiatre psychothérapeute précise que « *ce n'est pas parce qu'on n'a pas une maladie définie qu'on peut parler de santé* ». Car selon elle, la santé physique n'est rien sans la santé psychologique et sans un certain confort social.

Par le biais de ces apports, nous pouvons constater que chaque intervenante possède sa conception de la santé. Cette dernière influence directement leur posture ainsi que leur prise en charge concernant les bénéficiaires. Dans ce sens, nous démontrons que la façon d'accompagner les personnes souffrantes est propre à chaque professionnel-le. Car les intervenant-e-s orientent leurs actions selon leur personnalité, leurs valeurs, leurs convictions, leurs ressentis, leur formation, leur représentation de la santé ou encore d'autres éléments.

2. Les TS sont particulièrement formé-e-s pour prendre en charge la dimension sociale de la santé.

Nous pouvons faire de cette hypothèse une affirmation grâce aux différentes constatations citées ci-dessous. Tout d'abord, nous avons vu que les patient-e-s souffrant d'anorexie mentale doivent retrouver des centres d'intérêts afin que la nourriture et l'angoisse liée à cette dernière ne remplissent plus toute leur journée. Ainsi, ces personnes devraient pratiquer des activités de loisirs, une activité scolaire ou professionnelle. En ce qui concerne l'orientation des bénéficiaires vers ces activités, l'AS est particulièrement compétent-e. Car les liens avec les mesures de réinsertion sont de son ressort. En effet, nous avons vu que l'assistante sociale interrogée possède de nombreux contacts avec les structures scolaires par exemple. De plus, nous avons pu observer que cette dernière définit un projet de réinsertion, un projet occupationnel ou un projet d'autonomisation. De ce fait, elle est particulièrement en mesure d'assurer la réinsertion de ces personnes au sein d'activités ludiques ou professionnelles.

Ensuite, l'AS interrogée assume des suivis classiques tels que le budget ou encore les demandes à l'AI. Elle permet donc aux personnes d'être autonomes vis-à-vis de l'administration. Au travers de cette dernière, la dimension sociale est travaillée. Pour continuer, cette assistante sociale travaille également la gestion des angoisses, en lien avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et anime des groupes d'habiletés sociales. Elle donne également des cours de prévention sur les réseaux sociaux afin de protéger ses données et de préserver son image. Finalement, elle se rend au domicile des patient-e-s. Ces visites permettent de perdurer les consultations avec les patient-e-s qui ont des difficultés à sortir, de côtoyer les proches qui ne veulent pas venir en cabinet ou encore de prendre conscience des besoins spécifiques aux personnes. Pour terminer, nous avons pu constater que chacune des intervenantes de l'échantillon reconnaît l'utilité de la prise en charge proposée par l'assistante sociale. Son suivi a même été qualifié d'indispensable car l'anorexie mentale est une maladie qui dure dans le temps et qui a donc des incidences sociales et professionnelles.

En ce qui concerne l'éducateur social interrogé, ce dernier s'occupe des éléments relatifs à la scolarité tels que les retours à l'école, les prises de contact, l'accompagnement d'une à deux heures en classe afin de rassurer les patient-e-s, le travail scolaire à l'hôpital, la bibliothèque, etc. En effet, nous avons vu qu'une des compétences de l'éducateur et de l'éducatrice sociale est de recréer du lien social, de l'identité sociale, accompagner le parcours de socialisation ainsi qu'éviter la désocialisation. (CLOUX N. *et al.*, 2001) L'aspect groupal lui est ainsi attribué. Cet ES a donc la référence des groupes. Pour terminer, ce dernier, de par sa formation, a une vision davantage systémique, groupale et globale des situations.

Pour conclure, malgré que la dimension sociale de la santé soit abordée par tou-te-s les professionnel-le-s, il paraît évident que les travailleurs et travailleuses sociales sont particulièrement formé-e-s pour prendre en charge cette dernière. En effet, les TS possèdent les outils spécifiques à un accompagnement social, contrairement aux autres intervenant-e-s.

a. Les TS, par une posture d'accompagnement, sont complémentaires à l'intervention médicale.

Nous pouvons tout d'abord affirmer qu'il existe bel et bien une complémentarité entre les interventions médicales et sociales. En effet, chaque professionnelle adhère à la définition de la santé de l'OMS regroupant

les axes biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, l'anorexie mentale doit être prise en charge sur ces trois axes. Cela nécessite donc les interventions de professionnel-le-s divers-e-s tel-le-s que des médecins, infirmiers et infirmières, psychologues, diététicien-ne-s, physiothérapeutes, ... ainsi que travailleurs et travailleuses sociales.

L'assistante sociale prévient ou diminue l'isolement et favorise le réinvestissement du champ social (relations amicales ou sociales, scolarisation, étude, activité professionnelle). De plus, elle s'occupe des mesures de réinsertion ainsi que des demandes AI, des budgets, etc. En tant qu'AS, cette professionnelle est la seule à maîtriser ce domaine. Ainsi, cet aspect est complémentaire à la prise en charge des aspects somatiques ainsi qu'au travail réalisé autour du psychisme et du vécu de la maladie. Nous avons pu observer que cette AS possède une formation en thérapie cognitivo-comportementale et offre donc aux patient-e-s une activité sur la gestion des angoisses. Ce domaine touche davantage la psychoéducation. Par ce biais, elle travaille des éléments d'ordre psychique complémentaires aux interventions de ses collègues. Pour terminer, cette institution a créé des binômes afin de faire vivre l'interdisciplinarité. L'AS co-anime donc des groupes et apporte des apports riches complétant les visions de ses collègues.

Pour conclure, nous avons pu constater que les trois autres professionnelles traitent également la dimension sociale de la santé. Mais la doctoresse, la psychothérapeute ainsi que l'infirmière se sentent limitées car la dimension sociale ne fait pas partie intégrante de leur formation. Elles relèvent donc toute l'importance de la présence de l'assistante sociale. Ce qui rejoint l'opinion de l'AS. Selon cette dernière, elle est complémentaire aux autres interventions car elle permet de dégager l'espace mental pour réaliser le travail afin d'aller mieux psychiquement et d'enlever les parasitages tels que : « *Comment vais-je manger à la fin du mois ?* ».

9.2 Retour sur la question de recherche

Les professionnel-le-s de cette institution de Suisse romande disent collaborer de façon interdisciplinaire. Au fil de la recherche, nous nous sommes parfois questionné-e-s sur les frontières très fines entre les concepts de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité. Nos questionnements sont apparus du fait que les membres sont sollicité-e-s dans le suivi en fonction de leurs spécificités. En outre, nous avons vu que la diététicienne ainsi que l'AS peuvent mener conjointement l'atelier cuisine. Toutefois, l'AS y apporte des éléments porteurs dans la prise en charge sociale de la maladie, en termes d'autonomie tels que gérer un budget ou faire les commissions. Ce qui démontre une juxtaposition des disciplines dans certains actes professionnels. Cependant, les divers-e-s professionnel-le-s sont inscrit-e-s dans un domaine particulier, à savoir l'anorexie mentale. Il est vrai que la doctoresse axe son suivi sur les conséquences physiques dues à ce trouble alimentaire. De même pour l'assistante sociale prenant en compte toutes les conséquences bio-psycho-sociales pouvant être engendrées par l'anorexie mentale. Leur suivi ne correspond donc plus aux suivis proposés par un-e AS d'un service social, d'un-e psychothérapeute prenant en charge des patient-e-s souffrant de troubles psychiques divers ou encore d'un-e médecin en ville. Ainsi, tou-te-s les intervenant-e-s de cette structure de Suisse romande travaillent dans un but commun. En effet, lors de la mise en œuvre de la prise en charge, c'est-à-dire lors des colloques, des réunions quotidiennes ou encore des espaces informels, plus aucun-e professionnel-le n'est dans sa discipline de base. Tou-te-s doivent maîtriser au moins superficiellement les spécificités professionnelles des autres. Il s'agit ainsi d'une nouvelle discipline commune : la prise en charge de l'anorexie mentale. De ce fait, toutes les couleurs professionnelles se rejoignent pour créer une harmonie nouvelle. Effectivement, « *L'idée principale, qui apparaît comme une constante, est que l'interdisciplinarité correspond à une intégration de deux ou de plusieurs disciplines, une association en vue de produire une nouvelle connaissance plus élaborée et complète.* » (REGE COLET N., 1993, p.21). Pour terminer, il est important de mentionner qu'au sein de cette interdisciplinarité, une forme de domination du monde médical sur les autres disciplines existe tout de même. Il est vrai qu'en raison des dangers vitaux de l'anorexie mentale, la responsabilité médicale est plus importante. Celle-ci est reconnue par tou-te-s les professionnel-le-s car ces derniers et dernières sont tou-te-s conscient-e-s des risques

somatiques. Pour conclure, si chacun-e conserve ses manières de faire ainsi que ses objectifs spécifiques, faisant ainsi davantage référence à la pluridisciplinarité, tou-te-s les intervenant-e-s visent la guérison ou du moins une capacité à vivre en santé avec la présence sous-jacente de la maladie. Ainsi, afin d'atteindre ce but commun, les intervenant-e-s travaillent de façon interdisciplinaire.

Pour revenir à la question de recherche, cette dernière était formulée ainsi : « **Dans le cadre de l'anorexie mentale, comment les professionnel-le-s issu-e-s des domaines sanitaire et social prennent-ils en charge la dimension sociale de la santé ?** ». Nous pouvons affirmer que chaque professionnelle, indépendamment de sa discipline, rejoint la définition de la santé de l'OMS, à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2015). La santé inclue donc les notions biologique, psychologique et sociale. Ce qui constitue une vision holistique de l'être humain. (MAUTUIT D., 2009, p.35) Le fait de rejoindre la définition de la santé citée par l'OMS engendre le concept de l'interdisciplinarité car les interventions de plusieurs corps de métier sont nécessaires ainsi que légitimes.

Ainsi, la dimension sociale de la santé est prise en charge de façon interdisciplinaire. Nous pouvons constater que l'assistante sociale est formée à cet accompagnement mais les autres intervenant-e-s sont également sensibilisé-e-s à l'aspect social. La doctoresse a toujours la dimension sociale de la santé à l'esprit. Car elle questionne ses patient-e-s sur leur capacité à assumer le quotidien. En parallèle, l'infirmière en soins psychiatriques travaille pleinement la dimension sociale de la santé. Malgré cela, elle reste limitée dans ses actions et fait appel à l'AS en cas de besoin. L'assistante sociale, selon l'infirmière, propose un suivi vaste (finances, autonomisation, mesures AI, contacts avec les écoles, ...) et est une grande ressource en ce qui concerne l'assurance-maladie. Ensuite, la psychiatre psychothérapeute observe la manière dont les bénéficiaires investissent l'extérieur. Elle évalue les patient-e-s sur le plan psychologique avant de définir un projet social pour les patient-e-s. Ensuite, en collaboration avec l'AS, ces deux professionnelles définissent un projet de réinsertion, un projet occupationnel ou un projet d'autonomisation. Pour terminer, l'AS participe à un certain nombre de groupes thérapeutiques et donne des cours sur les impôts, l'AI, le chômage, etc. Cette professionnelle s'occupe davantage du côté socioprofessionnel malgré sa fonction « *multitâche* ». En effet, son approche tient compte des spécificités de la personne car chacun de ses suivis est unique.

Pour conclure, nous pouvons constater que la dimension sociale de la santé est travaillée en équipe. Chaque professionnelle s'intéresse à cet aspect : en questionnant les patient-e-s sur le quotidien ou en observant comment ces derniers et dernières investissent l'extérieur par exemple. Nous pouvons également affirmer que l'AS est particulièrement formée pour accompagner les bénéficiaires sur le plan social. En effet, cette dernière anime des groupes d'habiletés sociales, participe aux groupes thérapeutiques, voit des patient-e-s en consultation avec d'autres professionnel-le-s, se rend à domicile, gère l'interface avec les assurances, recherche des institutions de prise en charge adaptées et définit des projets d'autonomisation. Malgré ces compétences très ciblées de l'AS, il s'agit d'une collaboration entre chaque professionnel-le. En effet, chaque aspect de la prise en charge est travaillé en équipe au sein de cet établissement de Suisse romande. Chaque intervenante développe ainsi la dimension sociale de la santé et sait se référer à l'AS en cas de besoin ou de difficultés.

9.3 Les pistes d'action

Au travers de la recherche menée, nous avons pu constater que la majorité des professionnel-le-s concerné-e-s proviennent de formations médicales. Des médecins, des infirmiers et infirmières, des diététicien-ne-s, des psychologues, des psychiatres, des physiothérapeutes ou encore des ergothérapeutes sont au cœur des pratiques. En effet, « *Le système de santé est d'ailleurs dominé par le corps médical dont l'essentiel de la mission reste la lutte contre la maladie.* » (MAUTUIT D., 2009, p.34). Par le biais de ce travail, nous avons pu constater les riches apports des interventions proposées par les TS. En effet, les établissements de prise en charge alliant les professions médicales et sociales permettent aux patient-e-s de bénéficier d'un suivi

proposant tous les axes de soins, à savoir biologique, psychologique et social. Ainsi, nous proposerons ci-dessous des perspectives en termes de recherche.

Tout d'abord, nous avons pu observer que les frontières entre l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité sont parfois très fines. L'institution parle d'interdisciplinarité alors que sur le terrain tout n'est pas si défini. Je proposerais ainsi aux professionnel-le-s de pratiquer l'analyse de l'activité. « *L'analyse de l'activité constitue un cadre théorique et méthodologique pour décrire, comprendre et donner du sens à l'action professionnelle.* » (LIBOIS J. & STROUMZA K., 2007, p.13) Cela permettrait aux professionnel-le-s d'être sensibles aux éléments jouant un rôle dans le déroulement de l'action et d'ouvrir un espace de réflexion sur celle-ci. Notre style professionnel, nos valeurs et bien d'autres éléments encore influencent la pratique. Il s'agirait donc d'observer, de décrire ainsi que de restituer des situations et des actions dans leurs différentes dimensions. En d'autres termes, les professionnel-le-s devraient formuler le problème que l'intervention prend en compte dans sa complexité. En effet, « *C'est dans cet écart entre ce qui a été prévu de faire et ce qui sera réellement produit que se construit l'intelligence au travail, source d'investissement et de développement.* » (LIBOIS J. & STROUMZA K., 2007, p.14). Si les professionnel-le-s adoptaient cette attitude, après mise en commun en équipe, il serait plus évident pour ces derniers et dernières de constater leur façon de collaborer. En effet, ils et elles pourraient se réajuster afin de développer le concept de l'interdisciplinarité et sa mise en œuvre sur le terrain. Nous imagerons cela à l'aide d'un exemple. Nous pouvons imaginer que la prescription de l'établissement de Suisse romande soit de travailler de façon interdisciplinaire. Grâce à l'analyse de l'activité, les intervenant-e-s pourraient questionner leur réalité du terrain afin de se remettre en question et de décrire la collaboration entre chacun-e. Par ce biais, des réajustements pourraient s'opérer afin de se conformer davantage aux attentes institutionnelles, soit tendre davantage vers le concept de l'interdisciplinarité. L'analyse de l'activité permet en effet « *d'avoir des outils pour sa quête de sens et d'identité, de comprendre dans quelles tensions et contradiction il [le professionnel] est placé.* » (LIBOIS J. & STROUMZA K., 2007, p.17).

De plus, je proposerais des formations continues destinées aux divers-e-s professionnel-le-s prenant en charge l'anorexie mentale. De cette manière, chaque intervenant-e pourrait comprendre les différents enjeux bio-psycho-sociaux concernant la santé dans le contexte de ce trouble alimentaire. Pour terminer, cela permettrait aux collaborateurs et collaboratrices d'acquérir les connaissances ainsi que le jargon ne faisant pas partie intégrante de leur niveau de formation. Ceci tendrait également vers l'interdisciplinarité car les professionnel-le-s s'ouvriraient davantage aux autres disciplines. Ensuite, je proposerais une co-direction de l'établissement. Cette dernière serait composée d'un-e professionnel-le issu-e du monde médical et d'un-e professionnel-le issu-e d'une profession davantage orientée sur l'accompagnement psychique ou social. Ainsi, les différentes sensibilités seraient mises en avant et permettraient de favoriser les différentes visions. Cette manière de faire permettrait de mettre en avant des pistes d'accompagnement social dans un milieu médical.

Pour conclure, nous avons vu que l'anorexie mentale requiert une prise en charge globale regroupant les axes biologique, psychologique et social, tel que le relate la définition de la santé de l'OMS. C'est pourquoi les travailleurs sociaux offrent des interventions pertinentes dans l'accompagnement des personnes souffrant de cette maladie psychique. Leurs interventions sont complémentaires à celles proposées par les professionnel-le-s issu-e-s des formations médicales et psychiatriques. En ce sens, je soutiens l'interdisciplinarité car cette riche collaboration favorise un accompagnement bénéfique pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. Nous, en tant que TS, avons un rôle à jouer en ce qui concerne l'isolement social, la prévention de cette maladie, les interventions auprès des parents ou de la famille, l'occupation des journées à l'hôpital pour les patient-e-s ou encore l'accompagnement administratif ainsi que la gestion du budget.

10 Bilan de la recherche

10.1 Les limites de ce travail

Tout d'abord, l'échantillon final constitue en lui-même une limite de la recherche. En effet, au début de cette réflexion, il y avait un souhait de comparer deux institutions prenant en charge ce trouble du comportement alimentaire. Il aurait été effectivement idéal de pouvoir mener une enquête au sein d'un établissement proposant une prise en charge pour les adolescent-e-s souffrant de troubles psychiques divers. Et ainsi, de pouvoir effectuer une comparaison avec une institution destinée spécifiquement aux troubles alimentaires. Cette manière de faire n'a pas été réalisable en vue des réponses négatives reçues de la part des institutions. Nous nous sommes donc concentré-e-s sur un unique lieu retenu. Ainsi, uniquement quatre professionnelles prenant en charge l'anorexie mentale ont répondu aux questions. Cela représente une minorité d'intervenante-s sur l'ensemble de cet établissement de Suisse romande. Effectivement, quatre personnes ont été interrogées sur un total de cinquante professionnel-le-s intervenant au sein de la structure. Ainsi, les propos recueillis ne reflètent pas la totalité des pratiques et des points de vue. De plus, ayant questionné uniquement le fonctionnement de cette unité de prise en charge, cela n'est pas représentatif des autres établissements existant en Suisse romande. Ces éléments ont donc eu des incidences sur le temps et l'espace car la réalité est immense. C'est pourquoi ce travail est représentatif d'un temps et d'un lieu.

Pour continuer, les représentations des intervenantes ont été mises en lumière. Cela engendre donc une part de subjectivité car ces dernières se réfèrent à leur propre personne. En effet, les professionnelles ont fait référence à leur propre pratique, leurs points de vue, leurs valeurs, leurs convictions, leur personnalité, etc. Cette recherche contient donc des aspects subjectifs avec lesquels nous ne pouvons pas établir de généralités. Pour terminer, les professionnelles, étant membres d'une institution, ont parfois pu être sur la réserve et émettre uniquement les éléments reconnus comme étant institutionnellement corrects. C'est pourquoi les dysfonctionnements au sein de l'équipe interdisciplinaire, sujet de la recherche par exemple, ont pu ne pas être mis en avant et ne pas refléter la réalité exacte du terrain.

Pour conclure, malgré ces limites citées, l'échantillon des personnes choisies a démontré une pertinence vis-à-vis de la recherche. En effet, les intervenantes ont spontanément souhaité participer à cette démarche et m'ont formulé leur accord. Ce sont quatre professionnelles intervenant directement dans la prise en charge de l'anorexie mentale et qui ont donc de grandes connaissances, tant pratiques que théoriques, sur cette problématique. Leurs expériences très concrètes de l'interdisciplinarité, du travail en réseau ainsi que de la prise en charge ont ainsi été mises au profit de cette recherche.

10.2 Les perspectives de recherche

Tout au long de ce travail, nous avons découvert les spécificités liées à l'anorexie mentale et à sa prise en charge. Notre regard s'est particulièrement dirigé vers la prise en charge sociale de la santé selon la définition de l'OMS au sein de structures liées au monde médical. Par ce biais, nous avons axé l'approfondissement vers la professionnalité ainsi que vers les concepts de la prise en charge, de l'interdisciplinarité et du travail en réseau.

Arrivant au terme de ce travail, des questionnements nous sont apparus au fil de son écriture. Tout d'abord, nous avons découvert que l'anorexie mentale touche tout particulièrement les adolescent-e-s. En effet, « *Les pressions sociétales sont aujourd'hui majeures sur les adolescents tant en matière d'influences médiatiques ou de harcèlement publicitaire qu'en matière d'exigences comportementales ou de résultats.* » (MARSAUDON E., 2011, p.95). Il est vrai que les adolescent-e-s constituent une population à risque concernant ce trouble alimentaire. Il serait donc important d'informer, d'aider et de soutenir ce public-cible. En parallèle, nous avons observé qu'une des compétences des AS est de mener des actions préventives. Ainsi, dans quel contexte les AS pourraient mener une prévention concernant l'anorexie mentale ? En effet, nous

pourrions nous demander si ces mesures sont existantes au sein de nos différents cantons. Nous imagerons cela à l'aide d'un exemple. Premièrement, les adolescent-e-s étant en période de scolarisation, les AS pourraient intervenir au sein des écoles afin de prévenir les jeunes des risques concernant les régimes ou les comportements alimentaires déviants. Les risques vitaux de l'anorexie mentale pourraient également être exposés. Deuxièmement, dans la mesure où ces interventions seraient actuellement mises en place, nous pourrions nous demander : « *Quels impacts les actions préventives menées par les TS au sein des milieux scolaires ont sur les jeunes ?* ».

Pour continuer, les personnes souffrant d'anorexie mentale s'isolent socialement et ont une faible estime d'elles-mêmes. En effet, « *À terme les patients sont confrontés au paradoxe du vide et de la solitude : leur maladie entraîne une désocialisation et une perte d'activités car l'environnement est une source d'angoisse et un frein à la mise en œuvre des symptômes.* » (NANDRINO J.-L. et al., 2015, p.230). Par rapport à ce fait, les professionnel-le-s de l'éducation sociale ont la compétence de favoriser la recréation du lien social et de l'identité sociale (CLOUX N. et al., 2001). Ainsi, dans le cadre de cette maladie psychique, il serait nécessaire de créer des supports d'échange et de favoriser les relations avec le monde extérieur. Nous pourrions donc nous demander : « *Quels espaces d'échange sont mis au bénéfice des personnes angoissées par leur poids ou souffrant d'anorexie mentale ?* ». Nous pourrions également nous demander si les ES, travaillant au sein de structures accueillant les jeunes tels que des foyers pour adolescent-e-s, mettent en place des espaces de parole pour les jeunes angoissé-e-s par leur image physique ou leur alimentation.

Pour conclure, nous avons approfondi une question de recherche en lien avec la thématique de l'anorexie mentale et l'apport des professions issues des formations du travail social. Cependant, une multitude de questionnements peuvent survenir face à cette maladie psychique, dont l'approfondissement des deux problématiques citées ci-dessus.

10.3 Mon parcours, ma planification

Premièrement, le thème de l'anorexie mentale me touche particulièrement. C'est pourquoi cette thématique m'a toujours donné l'envie de découvrir davantage d'éléments. De plus, ma motivation s'est retrouvée dans l'écriture de ce rapport. En effet, retranscrire mes découvertes a été une source de satisfaction. Ainsi, le souhait d'approfondir ce sujet est resté intact tout au long de la réalisation de ce travail.

Deuxièmement, concernant la planification, il était prévu de terminer ce Travail de Bachelor en juillet 2016. Cependant, mon stage pratique me demandant énormément de temps et d'énergie, il n'a pas été évident de concilier les différents travaux relatifs à ma formation au sein de la HES. J'ai donc finalement décidé de prolonger l'échéance afin de ne négliger aucun axe de mon cursus. Ce choix m'a été bénéfique. En effet, ce dernier m'a permis d'envisager l'analyse des entretiens de manière sereine. De ce fait, j'ai pris le temps nécessaire à la rédaction de ce travail tout en pouvant exercer ma première profession en parallèle.

Troisièmement, j'ai rencontré quelques obstacles. En effet, il n'a pas été évident d'être confrontée à des difficultés. Lors de la recherche d'un échantillon de terrain, j'ai dû faire face à des déceptions car j'ai reçu des réponses négatives concernant la participation des institutions. Ainsi, il a fallu trouver des alternatives me permettant d'avancer. Cette remise en question a été nécessaire tout au long de ce travail conséquent. J'avais à cœur de le réaliser avec soin et de ne jamais perdre ma motivation présente dès le début car cette recherche est une étape clé concernant l'obtention de mon titre d'« éducatrice sociale ».

J'ai eu beaucoup de plaisir à réaliser ce travail. En effet, j'ai parcouru de nombreux livres qui m'ont permis d'acquérir des connaissances théoriques. J'ai ainsi appris énormément d'éléments que j'ai pu mettre au profit de ce travail. En outre, j'ai réellement apprécié rencontrer les différent-e-s professionnel-le-s ainsi que partager un entretien avec ces derniers et dernières. Chaque intervenant-e m'a fait confiance et a partagé son expérience, son professionnalisme, ses anecdotes, ses ressentis, etc. Ces rencontres ont été très riches.

C'est pourquoi je suis reconnaissante de leur participation car celle-ci a été essentielle.

Je dirais que ce travail m'a enrichie tant sur le plan professionnel que personnel. Les deux mots résumant mon parcours sont la persévérance ainsi que l'investissement. En effet, il a fallu persévérer à chaque étape du travail et faire face aux inquiétudes. De plus, mon investissement a été total car j'avais le désir d'approfondir ce sujet avec qualité. Cette recherche a permis à mes réflexions d'évoluer car j'ai eu l'opportunité d'alterner les éléments théoriques et la pratique relative à la réalité du terrain.

À propos de mon activité professionnelle, je pense que les concepts de l'interdisciplinarité et du travail en réseau pourront être mis au service de ma profession de manière générale. Actuellement, je travaille au sein d'une fondation auprès d'enfants présentant différents retards de développement et d'apprentissage. Dans le contexte de l'enseignement spécialisé, l'interdisciplinarité est également au cœur des pratiques. En effet, des enseignant-e-s spécialisé-e-s, des éducateurs et éducatrices sociales, des assistant-e-s socio-éducatives, des logopédistes, des ergothérapeutes, des psychomotricien-ne-s ou encore des psychologues interviennent dans l'accompagnement de l'enfant. Les compétences de chacun-e sont donc mises au profit des bénéficiaires. Tout au long de sa rédaction, ce travail m'a permis de faire des liens et de constater que l'interdisciplinarité était réellement présente dans le domaine du travail social. En effet, dans ma pratique quotidienne, j'utilise des outils conseillés par d'autres corps de métier afin de faire évoluer les personnes. C'est un grand travail de collaboration et je m'ouvre à d'autres disciplines telles que la logopédie et la psychomotricité. Cela permet aux jeunes de développer leurs compétences sur la continuité. De plus, le travail en réseau est également un élément que j'ai pu retrouver au cœur de mon activité professionnelle. En effet, je participe à des rencontres de réseau afin d'articuler la prise en charge avec tou-te-s les intervenant-e-s ainsi qu'à des rencontres avec les familles. J'ai donc pu établir des liens avec les éléments exposés par les quatre professionnelles issues de l'échantillon de recherche. Par exemple, il n'est pas évident de fixer une date concernant les rencontres lorsque les intervenant-e-s sont nombreux et nombreuses et que ces derniers et dernières ont un emploi du temps chargé. En outre, lors de ces réunions, nous échangeons nos informations, nos impressions ainsi que nos observations afin d'avancer tou-te-s dans un but commun.

Pour terminer, en ce qui concerne l'anorexie mentale et sa prise en charge, ce sont des éléments spécifiques à cette maladie psychiatrique. Actuellement, je n'ai pas eu d'expérience professionnelle en relation avec ce trouble du comportement alimentaire. Cependant, je me projeterais aisément dans un milieu pédopsychiatrique prenant en charge les troubles psychiques divers dont l'anorexie mentale. Il est vrai que, ayant effectué un stage pratique au sein de la Fondation Terre des Hommes à Massongex, j'ai un intérêt particulier pour les établissements de prise en charge alliant les professions médicales et sociales. J'ai découvert l'univers pédopsychiatrique au travers de l'expérience racontée par l'éducateur social dans le cadre de cette recherche. Suite à cela, je peux dire que cet univers retient mon attention en ce qui concerne mes intérêts professionnels futurs.

11 Références

- ABA. (11.03.2015). « Bienvenue ». *Association Boulimie Anorexie*. <http://www.boulimie-anorexie.ch/accueil.php>
- ASKENAZY F. (2007). « Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Vol. 55 – N° 3, p. 144 – 148.
- BARRAUD R. (1998). *L'ombre de toi-même. Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*. Lausanne. Association Boulimie et Anorexie (ABA) & Pro Juventute. 48 pages.
- BLANC C. *et al.* (2001). « Référentiel de compétences des métiers du service social ». PDF. 57 pages. <http://www.hevs.ch/media/document/0/as.pdf>
- BRUSSET B. (1993). *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse. Privat. Forpereco. 274 pages
- CADIÈRE J. (2013). *L'apprentissage de la recherche en travail social*. Rennes, France. Presses de l'EHESP, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Politiques et interventions sociales. 136 pages.
- Centre vaudois anorexie boulimie. (09.06.2015). « ABC, Centre vaudois anorexie boulimie ». PDF. <http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp-anorexie-boulimie-brochure.pdf>
- CHABROL H. (2007). *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille. Solal Éditeurs. Troubles du développement psychologique et des apprentissages. 268 pages.
- CHAPELOT D. (2011). « Troubles du comportement alimentaire du sportif : Anorexie, boulimie, binge eating, triade de l'athlète ». [Document PDF]. Récupéré de : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/dusmedecinedusport/dupromotionsportetsante2011/TroubleducomportementalimentairedusportifDrDChapelot.pdf>
- CHUV. (31.07.2015). « Les activités du CHUV ». *Centre hospitalier universitaire vaudois*. <http://www.chuv.ch>
- CLINIQUE BELMONT. (22.08.2016). *Clinique Belmont, traitement des addictions et des troubles alimentaires*. <http://www.cliniquebelmont.ch/>
- CLOUX N. *et al.* (2001). « Référentiel de compétences de l'éducation spécialisée ». PDF. 69 pages. https://www.eesp.ch/uploads/media/Referentiel_compétences_ES.pdf
- COUTURIER Y. & DUMAS-LAVERDIÈRE C. (2005). « Interdisciplinarité et méthode. Le rapport à la recension des écrits en travail social et en sciences infirmières ». *Recherche en soins infirmiers* 4/2005. N°83. DOI: 10.3917/rsi.083.0018. Pages 18-22.
- DUMOULIN P. *et al.* (2015). *Travailler en réseau, méthodes et pratiques en intervention sociale*. Paris. Dunod. Santé Social. 272 pages.
- FONTE A. (2011). *Anorexie, boulimie et compulsions alimentaires : vers une pensée juste*. France. Éditions Première Partie. 128 pages.
- FOUCART J. (2008). « Travail social et construction scientifique ». *Pensée plurielle* 3/2008. N° 19. DOI : 10.3917/pp.019.0095. Pages 95-103
- GEBHARD S., *et al.* (2011). « Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire ». *Revue Médicale Suisse*, n°282, 381-384. Récupéré du site : <http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-282/Anorexie-mentale-et-boulimie-l-experience-vaudoise-d-une-prise-en-charge-interdisciplinaire> (consulté le 09.09.2015).
- Hôpital du Valais. (28.07.2015a). « Département de psychiatrie et psychothérapie du (CHVR) ». *Hôpital du Valais*. <http://www.hopitalvs.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/psychiatrie-et-psychotherapie/departement-de-psychiatrie-et-psychotherapie-du-chvr.html>

- Hôpital du Valais. (28.07.2015b). « Département de psychiatrie et psychothérapie du (CHVR) ». *Hôpital du Valais*. <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/lhopital-du-valais/sites/monthey.html>
- HUG. (22.08.2016a). *ESCAL, Espace de soins pour les troubles du comportement alimentaire*. PDF. http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/escal_10_12.pdf
- HUG. (22.08.2016b). « Santé Jeunes, mission ». *HUG, Hôpitaux Universitaires Genève*. <http://www.hug-ge.ch/sante-jeunes>
- HUG. (22.05.2016c). « Psychiatrie de liaison et d'intervention de crise ». *HUG, Hôpitaux Universitaires Genève*. <http://www.hug-ge.ch/psychiatrie-liaison-intervention-crise/unite-hospitaliere-psychiatrie-adulte-upha>
- JAEGGER M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris. DUNOD. 3e édition. Santé Social. 224 pages.
- JOUANNA J. (10.07.2016). « Serment d'Hippocrate ». *Ordre des médecins*. [https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/serment-hippocrates/](https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/serment-hippocrates/)
- LE BOTERF G. (2013). *Travailler en réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective*. Paris. Eyrolles, 3e édition. Ressources humaines. 174 pages.
- LIBOIS J. & STROUMZA K. (2007). *Analyse de l'activité en travail social. Actions professionnelles et situations de formation*. Genève. Institut d'Etudes Sociales. 194 pages.
- MARSAUDON E. (2011). *Anorexie mentale, comprendre pour mieux accompagner*. Paris. Dangles. Psycho. 174 pages.
- MAUTUIT D. (2009). *De la personne prise en charge à la personne prise en considération. Travail social et travail d'équipe*. Lyon. Chronique Sociale. Comprendre la société. 185 pages.
- NANDRINO J.-L. et al. (2015). *L'anorexie mentale, des théories aux prises en charge*. Paris. Dunod. Psycho Sup. 336 pages.
- OFS. (2009). « Résultats de la statistique médicale 2009, les hospitalisations à l'adolescence ». [Document pdf]. Page 3. Récupéré de : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.html>
- OFSP. (2012). « Sixième rapport sur la nutrition en Suisse ». *Les troubles du comportement alimentaire*. [Document pdf]. Page 178. Récupéré de : <http://biblio.parlament.ch/e-docs/368227.pdf>
- OMS (27.07.2015). « La définition de la santé de l'OMS ». *Organisation mondiale de la Santé*. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- PAUL M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. France. Editions L'Harmattan. Savoir et formation. 356 pages.
- PAUZÉ R. & CHARBOUILLOT-MANGIN B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. France. Erès. Collection : Relations. 139 pages.
- PERROUD A. (2009). *Faire face à l'anorexie. Une démarche efficace pour guérir*. Editions Retz. 246 pages.
- REGE COLET N. (1993). *Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité : quelles perspectives en éducation ?* Suisse. Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Les cahiers de la Section des Sciences de l'Education, pratiques et théorie. Cahier n°71. 95 pages.
- SIROLLI L. (2006). *Les troubles du comportement alimentaire. De la naissance à l'adolescence*. Paris. Eyrolles. Développement EESP. (08.09.2015). *Référentiel de compétences de l'éducation spécialisée*. PDF. 69 pages. https://www.eesp.ch/uploads/media/Referentiel_compétences_ES.pdf
- VINCENT T. (2009). *Soigner les anorexies graves, la jeune fille et la mort*. Toulouse. Erès. ERES POCHE. 260 pages.

12 Référence : image

AUTEUR INCONNU. (11.03.2015). « Les troubles du comportement alimentaire ». *Feminimix, belle au quotidien*.
<http://www.feminimix.com/les-troubles-du-comportement-alimentaire,1072.html>

13 Annexes

13.1 Guide d'entretien

Guide d'entretien

Date.....

Nom du professionnel-le.....

Lieu

Statut professionnel.....

Durée

Introduction

- Je vous remercie d'avoir accepté de contribuer à la réalisation de ce Travail de Bachelor concernant la prise en charge de l'anorexie mentale.
- Pour des questions pratiques quant à la retranscription des données et afin d'être davantage dans une posture d'écoute, cet entretien sera enregistré à l'aide d'un Iphone. Êtes-vous d'accord avec cette démarche ?
- Suite à cet entretien, les données seront intégralement retranscrites, de manière anonyme. Suite à la retranscription, elles seront détruites. En effet, la confidentialité ainsi que l'anonymat sont certifiés. De plus, il est de votre droit d'interrompre l'entretien à n'importe quel moment, si vous le désirez.
- La durée de cet entretien est d'environ une heure. Cette durée vous convient-elle ?
- Je vous ai choisi-e car vous êtes un-e professionnel-le prenant en charge l'anorexie mentale.
- Avez-vous encore des questions concernant la thématique de ce travail ? Dire les quatre thématiques abordées lors de l'entretien !
- Est-ce que tous les éléments sont clairs pour vous ? Pouvons-nous débiter l'entretien ?

Thématiques	Sous-thématiques	Questions
1) Représentation de la santé	1) Définition de la santé 2) Définition de la santé selon l’OMS → bien-être physique, mental et social 3) Enjeux de la santé dans le cas de l’anorexie mentale 4) Pour les TS : Positionnement professionnel dans un univers hospitalier	1) - <u>De manière générale</u> , comment définissez-vous la santé ? - <u>Dans le cas de l’anorexie mentale</u> , comment la définissez-vous ? 2) - <u>De manière générale</u> , qu’est-ce que vous pensez de cette définition ? - <u>Quels éléments ajouteriez-vous à cette définition dans le cadre de l’anorexie mentale ? Ou au contraire, quels éléments ne prendriez-vous pas en compte ? Et pourquoi ?</u> 3) - Selon vous, quels sont les différents facteurs, propres à l’anorexie mentale, à prendre en compte pour la santé de ces personnes ? 4) - Comment vous positionnez-vous dans un domaine de la santé ? - Quelle place ont les interventions sociales au sein de cet environnement médical ? - Comment ces interventions sont perçues par vos collègues issu-e-s du monde médical ? - Comment justifiez-vous l’apport de ces actions auprès du personnel sanitaire ?
2) Prise en charge : Interventions professionnelles	1) Prise en charge globale de l’anorexie mentale 2) Prise en charge dans le cadre de votre discipline	1) - Au sein de cet établissement, sur quels différents plans (physique, psychique, social) est prise en charge l’anorexie mentale et pourquoi ? - Quels professionnel-le-s sont sollicité-e-s ? 2) - Quelle prise en charge proposez-vous ? - Quel est le but de votre prise en charge ?

3) Dimension sociale de la santé

- À quelle fréquence intervenez-vous ? (Quotidien, rendez-vous hebdomadaires, etc.)
- Quels outils mobilisez-vous ?

- 3) - De quelle manière prenez-vous en charge la dimension sociale de la santé ?
- Pensez-vous que l'anorexie mentale doit être prise en charge sur le plan social ? Pourquoi et comment ?
 - Selon vous, de quelle manière l'intervention des TS est complémentaire à l'intervention médicale ?
 - Quels éléments les métiers du social apportent à la prise en charge de l'anorexie mentale ?

4) Pour les TS : Interventions + apports

- 4) - Quelles interventions mettez-vous en place pour les personnes souffrant d'anorexie mentale ?
- Quels sont les objectifs de vos actions auprès de ce public-cible ?
 - Par le biais de votre suivi, qu'apportez-vous de bénéfique aux personnes malades ?
 - Pensez-vous que votre suivi est considéré comme légitime par vos collègues ?

<p>3) Interdisciplinarité</p>	<p>La prise en charge de l'anorexie mentale, dans les ouvrages, est souvent considérée comme étant interdisciplinaire.</p> <p>1) Signification de l'interdisciplinarité</p> <p>2) Interdisciplinarité et anorexie</p> <p>3) Vision complète d'une situation</p>	<p>1) - Que signifie pour vous l'interdisciplinarité ? - Qu'est-ce que cela engendre dans la manière de travailler ?</p> <p>2) - Pensez-vous que vous travaillez de manière interdisciplinaire ? - Quels liens faites-vous entre l'interdisciplinarité et la prise en charge de l'anorexie mentale ? - Comment collaborez-vous avec vos collègues ? - Pourquoi la coordination des actions/opinions avec les collègues est-elle indispensable au suivi ?</p> <p>3) - Dans quelle mesure la collaboration avec vos collègues offre une vision complète d'une situation d'un-e patient-e ? - Pourquoi les actions de vos collègues et les vôtres sont-elles complémentaires ?</p>
<p>4) Travail en réseau</p>	<p>1) Fréquence du travail en réseau</p> <p>2) La place occupée par les professionnel-le-s au sein du réseau</p>	<p>1) - À quelle fréquence travaillez-vous en réseau ? - S'il n'y a pas de travail en réseau, dans quel contexte partagez-vous les informations et à quelle fréquence ?</p> <p>2) - Quel-le-s professionnel-le-s prennent part au travail en réseau ? - Quelle place avez-vous au sein de ce réseau ? - Comment le pouvoir de décision est-il réparti entre les professionnel-le-s et pourquoi ? (Hiérarchie ?) - Est-ce qu'une discipline prime sur les autres et pourquoi ?</p>

	<p>3) Organisation des rencontres</p> <p>4) Travail en réseau et anorexie mentale</p> <p>5) Communication et travail en réseau</p>	<p>3) - Comment les rencontres s'organisent-elles ? - De quelle nature sont ces rencontres ? (Formelles, informelles, systématiques, à la demande, etc.) - Quelle est la nature des informations échangées lors du travail en réseau ?</p> <p>4) - Le travail en réseau est-il indispensable ? Pourquoi ?</p> <p>5) - De quelle manière communiquez-vous entre professionnel-le-s ? (Jargon – langage commun) - Dans quel contexte rencontrez-vous des divergences quant aux situations d'un-e patient-e?</p>
--	--	---

Conclusion

- Réalisation d'une synthèse des éléments partagés
- Cet entretien arrive à son terme, désirez-vous compléter ou rajouter des éléments qui n'auraient pas été traités ?
- Je vous remercie pour vos apports ainsi pour le temps que vous avez consacré à ce Travail de Bachelor.
- Je vous rappelle que suite à cet entretien, les données seront intégralement retranscrites, de manière anonyme. Une fois le travail terminé, les données seront détruites.
- Est-ce que vous désirez avoir des informations complémentaires/supplémentaires ? Souhaitez-vous être tenu-e au courant de la suite de ce travail ?
- **Fin**

13.2 Lettre d'information

HES-SO Valais-Wallis
Coutaz Aurélie



Filière Travail social
Studiengang Soziale Arbeit

Collombey, le 28 novembre 2015

Recherche en Travail de Bachelor dans le domaine de l'anorexie mentale

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études à la Haute École de Travail Social de Sierre, en orientation « éducation sociale », je réalise actuellement un Travail de Bachelor traitant de la prise en charge de l'anorexie mentale : quels types de professionnel-le-s interviennent et de quelle manière. Dans ce contexte, votre établissement « ... » m'intéresse comme terrain de recherche.

Plus spécifiquement, je me demande quelle représentation les professionnel-le-s des domaines social et sanitaire ont de la santé, comment ils la définissent et comment cela influence leurs pratiques professionnelles. De plus, quelle place ont les travailleurs sociaux au sein du réseau interdisciplinaire ? Quels sont les outils qu'ils mobilisent ? Ainsi, les concepts d'anorexie mentale, d'interdisciplinarité, de réseau professionnel ou encore les compétences des travailleurs sociaux ainsi que du personnel médical sont au cœur de mon questionnement.

Je suis donc à la recherche de professionnel-le-s du monde médical (psychiatres, psychologues, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, diététiciens) ainsi que du monde social (éducateurs sociaux, assistants sociaux). Je souhaiterais vous interroger lors d'un entretien d'environ une heure. Ce dernier aurait lieu sur votre lieu de travail ou dans un autre lieu à votre convenance. Cet entretien sera enregistré, pour autant que vous soyez d'accord. Votre participation est libre et volontaire. Toutes les données seront anonymisées de sorte que vous ne puissiez pas être identifié-e. Seules moi-même et ma directrice de recherche serons autorisées à lire les retranscriptions d'entretien.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire. En espérant que ma demande retienne votre attention, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Coutaz Aurélie



13.3 Formulaire de consentement

HES-SO Valais-Wallis
Coutaz Aurélie

 Filière Travail social
Studiengang Soziale Arbeit

Collombey, le 28 novembre 2015

Formulaire de consentement libre et éclairé

- Le(la) soussigné(e) certifie qu'il a été dûment informé du déroulement et des objectifs de la recherche intitulée « Prise en charge de la dimension sociale de la santé dans le champ de l'anorexie mentale » et qu'il a pu poser toutes les questions qu'il voulait.
- Le(la) soussigné(e) atteste avoir lu attentivement la feuille d'information et avoir disposé d'un temps de réflexion suffisant.
- Le(la) soussigné(e) a été informé que les données récoltées pendant la recherche seront traitées dans la plus stricte confidentialité et que les détails lui ont été expliqués dans la feuille d'information.
- Le(la) soussigné(e) consent à ce que les résultats de la présente recherche soient publiés de manière anonymisée et, qu'en aucun cas, nous ne pourrions remonter à son identité.
- Les données enregistrées seront détruites à la fin de la recherche et ne seront en aucun cas utilisées à d'autres fins.
- Le(la) soussigné(e) est libre de se retirer de la recherche à n'importe quel moment sans subir aucune discrimination et les données récoltées le concernant seront alors immédiatement détruites.
- Le(la) soussigné(e) accepte de participer à la recherche selon les conditions précisées ci-dessus.

Signature