

« CONTER LES SOINS »
« ANOREXIE: RÉCIT D'UNE
FAMILLE »

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION: SERVICE DES SOINS INFIRMIERS
SITE DE CERY - 1008 PRILLY-LANJANNE
[HTTP://WWW.HOSPVD.CH/PUBLIC/PSY/BPVL/](http://www.hospvd.ch/public/psy/bpvl/)

PRIX: FR.-2

L ' E C R I T

SOMMAIRE:

▪ *CONTER LES SOINS*

- *EDITORIAL*, FLORENCE CHOQUARD RAMELLA, SPÉCIALISTE EN PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EXPRESSION
- *COMMENT CONTER UNE HISTOIRE SANS MOTS?*, CATHERINE MATTER, INFIRMIÈRE CHEFFE DE SERVICE
- *HITOIRE D'UNE VIE*, ANNE-MARIE CLERC, CONTEUSE
- *VASSILISSA, CONTE RUSSE* CHOISI PAR ANNE-MARIE CLERC
- *LES HISTOIRES ET LES CONTES: UN CHEMIN VERS LES AUTRES, UN CHEMIN VERS SOI*, SYLVIE TROLLET, CONTEUSE
- *HISTOIRE DU « GROUPE CONTE » DE LA SECTION « E. MINKOWSKI »*, RACHELLE BRODARD, TARJA CACHELIN, INFIRMIÈRES

▪ ANOREXIE: RÉCIT D'UNE FAMILLE

- *EDITORIAL*, PHILIPPE STEPHAN, MÉDECIN ASSOCIÉ, SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIAITRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (SUPEA)
- *LE RÉCIT D'UNE FAMILLE*, MICHELINE THÉVENAZ, GEORGES THÉVENAZ, CHRISTIAN THEVENAZ
- *L'ANOREXIE: ENJEUX RELATIONNELS*, YVES DOROGI, INFIRMIER SPÉCIALISTE CLINIQUE, SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS ET DE LA SANTÉ (CIF), OSKAR DIENER, ASSISTANT SOCIAL

INFORMATIONS.

CONTER LES SOINS

EDITORIAL

« Le conte est bon »

Florence Choquard Ramella

Le conte a plusieurs visages et les diverses présentations de la matinée en ont montré les richesses.

Le conte « Vassillissa » nous a émerveillé. Cette histoire met en scène des personnages bons et méchants, les forces de vie et celles de destruction, les épreuves insurmontables et les solutions. Grâce à la structure du récit, il y a aussi des moments de vérité, des promesses de changement et des raisons d'espérer : « le soir est tout noir, mais le matin est bien plus malin » dit la poupée fétiche à la petite fille.

Ce matin du 15 janvier est effectivement « bien plus malin » que les difficiles moments traversés par nos deux conteuses, par les patients du groupe contes des services Aster - Azur et par les « raconteurs » du GRAAP. Ils connaissent la maladie, les mots impossibles à dire. Il y a ce silence...

Les mots sont des petits cailloux blancs semés sur les chemins de la vie. Parfois, la parole dénoue les blocages et permet de lever un interdit. Comme le conte, elle a ses étapes, ses initiations et ses rituels. Elle est ce fil conducteur dans les récits de vie, dans les relations thérapeutiques.

Le conte favorise l'émergence des émotions et des souvenirs. Il nous permet de nous identifier à tous les personnages. Comme dans la vie, il y a plusieurs protagonistes. On prend l'histoire telle qu'elle nous plaît, il n'y a pas de message direct, on peut choisir et « préférer le merveilleux », mais « on ne fait pas l'impasse sur la cruauté. »

Raconter mobilise la voix, le souffle, le regard, le corps dans la relation avec l'autre. Il permet de capter l'attention, il donne envie d'être avec l'autre.

Raconter entraîne aussi la mémoire, demande de l'énergie et de la concentration : c'est aussi tout un programme éducatif !

Ces témoignages nous rappellent à quel point, le conte est bon pour petits et grands, alors, il était une fois...

Comment conter une histoire sans mots?

Catherine Matter

L'infirmier en psychiatrie est formé à décoder les langages individuels, que ces langages soient verbaux ou non - verbaux.

N'empêche que d'être confronté au mutisme d'une personne avec qui vous avez échangé, conversé, discuté durant des mois n'est pas chose simple, surtout lorsque vous savez que cette personne a une passion, le conte.

L'outil principal du conte n'est-il pas la parole? L'outil principal de l'entretien thérapeutique n'est - il pas la parole? Pourquoi me prive-t-elle de cet outil me suis-je dit? Nuance ce n'est pas elle qui m'en prive, c'est

moi qui suis démunie sans cet objet d'échange, n'est-ce pas mon boulot que de trouver des moyens pour communiquer, pour soigner? D'ailleurs ce ne sont peut-être que mes idées reçues qui me font dire que le conte ne peut exister que par la parole.

Chercher, creuser, tâtonner, mimer, sourire, faire signe, créer, montrer, rassurer, toucher, crier, réagir, siffler, courir, marcher, se mobiliser, rire, pleurer, voilà des quantités de choses que l'on peut partager sans avoir recours à la parole.

Quelle belle expérience de constater qu'une histoire peut se poursuivre sans parole, que le contrat thérapeutique peut se construire sans le verbe même si l'on sait que le verbe existe, qu'il est simplement dans une période de sommeil. Madame c'est une belle opportunité que vous m'avez offerte j'ai dû aller chercher

au fond de moi ma créativité, mes sens, mon imagination pour poursuivre les objectifs thérapeutiques que nous nous étions fixés. Vous m'avez permis de me découvrir, au fur et à mesure de nos entretiens muets, la parole devenait secondaire d'ailleurs lorsque j'ai transmis votre situation à la collègue qui me remplaçait après mon départ, j'ai lu sur son visage sa surprise à l'évocation de notre style d'entrevues, pour moi la parole était devenue accessoire et non indispensable, le suivi pouvait avoir lieu, la communication me paraissait être de qualité, la confiance ne se dit pas elle se ressent, notre histoire ne pourrait-elle pas faire l'objet d'un beau conte?

Histoire d'une vie

Anne-Marie Clerc

Bonjour, je m'appelle Anne-Marie et je vais vous raconter comment je suis devenue conteuse.

Tout d'abord, enfant, j'aimais beaucoup lire et je passais des heures enfermée dans les toilettes pour assouvir ma passion.

Arrivée à l'adolescence, je ne savais pas trop quel métier exercer et c'est ma mère qui m'a dit: "puisque tu aimes lire tu devrais devenir bibliothécaire", ce que j'ai fait.

Enfant déjà, je lisais des contes mais personne ne m'en a raconté.

J'ai exercé mon premier emploi à Genève et j'habitais alors à Plainpalais où il y a un marché aux puces qui se tenait les mercredis et les samedis matin. C'est là que j'ai découvert de vieux livres de contes pour enfants et j'ai commencé dès lors à les collectionner.

Deux ans plus tard, je suis partie vivre à La Chaux-de-Fonds où j'ai vu qu'il y avait un cours sur le conte populaire en Suisse romande donné par Edith Montelle, anciennement bibliothécaire dans une bibliothèque pour les jeunes, devenue entre-temps conteuse professionnelle.

J'ai alors suivi ce cours et comme l'ambiance y était bonne, nous n'avions en effet plus envie de nous quitter, nous avons décidé une petite dizaine de personnes de continuer à nous rencontrer et petit à petit chacun s'est mis à raconter. Après une année, nous avons formé

un groupe qui s'appelait "La chète" et nous sommes allés dire des contes dans des centres de loisirs, des écoles et au château de Valangin. C'était très enrichissant. J'aime raconter une belle histoire, merveilleuse ou de sagesse. Le partage, l'échange avec le public, voir les gens captivés, c'est toujours une vraie récompense pour la peine que se donnent les conteurs.

Je n'aime pas les histoires fantastiques, de diable ou de fantôme, les histoires qui font peur. Je trouve en effet, qu'il y a déjà suffisamment de choses dures dans la vie pour ne pas encore en rajouter délibérément. J'ai raconté ainsi durant deux à trois ans tout en suivant régulièrement des stages de formation.

Puis je suis retournée vivre à Genève et plus tard à Lausanne et c'est ainsi que j'ai perdu le contact direct avec le conte et le public, tout en allant cependant écouter des conteurs lorsque l'occasion se présentait.

Vivant depuis dix ans à Lausanne, j'ai pris contact avec le Mouvement Des Aînés (MDA) qui a constitué un groupe qui compte environ une cinquantaine de conteurs et qui organise des conférences mensuelles, le jeudi matin entre dix heures et midi sur le thème des contes.

Il y a environ cinq ans, j'ai fait une crise de schizophrénie durant laquelle j'entendais des voix qui me disaient de me taire, ce que j'ai fait. Sur le moment, je n'en ai rien dit au médecin et il n'y a que peu de temps où j'ai pu en parler avec mon infirmière. Lors d'une hospitalisation, une femme médecin avait lu dans mon dossier que j'étais conteuse et m'avait alors proposé de me lire des contes durant notre entrevue. Elle n'a jamais mis à exécution son idée mais j'avais trouvé très fin et intelligent de sa part d'avoir pensé à entrer en contact avec moi par ce biais là.

Maintenant, je ne raconte plus qu'exceptionnellement mais je vais toujours écouter des contes lorsque l'occasion se présente.

VASSILLISSA (Conte russe)

Choisi par Anne-Marie Clerc

Il était une fois en Russie un marchand qui avait une femme et une fille unique, Vassillissa-la-très-belle, âgée de huit ans.

Lorsque sa mère tomba malade, elle appela Vassillissa à son chevet. Elle lui donna une petite poupée en lui disant de bien la nourrir et de lui raconter ses peines afin d'être aidée dans le malheur. Puis la mère mourut.

Le père se remaria à une veuve qui avait deux filles de l'âge de Vassillissa. Les filles et la belle-mère détestaient Vassillissa et lui donnaient beaucoup de travail à faire. Mais la poupée de Vassillissa l'aidait toujours.

Un jour, le père partit pour un long voyage et les femmes allèrent habiter près de la forêt. Durant les longues soirées les filles travaillaient: l'une à faire de la dentelle, l'autre à tricoter des bas et Vassillissa à filer le lin. Un soir, une des sœurs éteignit la chandelle qui les éclairait et dit : « avec mes épingles j'y vois clair ! » Son autre sœur dit : « mes aiguilles brillent, j'y vois bien. » Toutes les deux s'en prirent à Vassillissa : « c'est à toi d'aller dans la forêt et demander du feu à la Baba-Yaga. »

Vassillissa donna à manger à sa petite poupée et lui demanda de l'aider puis partit chercher du feu dans la forêt chez la Baba-Yaga.

Au matin elle entendit des bruits de sabot et vit un cavalier tout de blanc vêtu et monté sur un cheval blanc, harnaché de blanc. Un peu plus tard, elle vit un autre cavalier vêtu de rouge sur un cheval rouge de rouge harnaché. Elle marcha encore toute la journée et vers le soir, elle vit un cavalier noir, de noir vêtu et monté sur un cheval noir au noir harnais.

Elle atteignit enfin la clairière où vivait la Baba-Yaga. Sa maison était faite d'ossements. Des crânes avec des yeux ornaient le faite, pour montants de portail des tibias humains, pour loquets-ferrures des bras avec des mains et en guise de cadenas verrouillant la porte, une bouche avec des dents prêtes à mordre. La jeune fille tremblait comme une feuille en voyant tout ça.

Tout à coup il se fit un grand bruit dans la forêt. Baba-yaga, la vieille sorcière arriva. Dans un mortier elle voyage, du pilon l'encourage, du balai efface sa trace.

Vassillissa entra dans la maison avec la Baba-Yaga et lui fit à manger. Puis la sorcière lui

ordonna de faire tout son ménage le lendemain, de nettoyer en plus la cour et enfin de trier les graines d'un boisseau de blé. Vassillissa s'adressa à sa poupée et le lendemain soir, la Baba-Yaga rentra et tout était fait. La sorcière appela alors ses serviteurs et leur dit : « fidèles serviteurs, mes amis de cœur, venez moudre mon blé ! »

Et aussitôt apparurent trois paires de bras qui emportèrent le blé!

Le soir, la sorcière lui ordonna de faire la même chose pour le jour suivant et de trier en plus un boisseau de graines de pavot.

Vassillissa se fit à nouveau aider par sa poupée et le soir quand Baba-Yaga rentra, elle appela : « fidèles serviteurs, mes amis de cœur venez presser l'huile de mes graines de pavot ! »

Aussitôt trois paires de bras arrivèrent qui emmenèrent les graines de pavot.

Pendant que Vassillissa servait à manger à la Baba-Yaga, cette dernière demanda à Vassillissa : « n'as-tu pas une question à me poser mais attention, toute question n'est pas bonne à poser ? D'en savoir trop long, on vieillit trop vite. »

Alors Vassillissa lui demanda : « qui est le cavalier blanc ? »

Baba Yaga répondit : « C'est mon jour clair. » « Qui est le cavalier rouge ? » poursuivit Vassillissa. « C'est mon soleil ardent » répondit la sorcière.

« Qui est le cavalier noir ? » interrogea encore Vassillissa.

« C'est ma sombre nuit » répondit la Baba-Yaga. « Tous trois sont mes serviteurs fidèles! N'as-tu pas d'autres questions à me poser ? » finit-elle par lui demander.

Vassillissa pensa aux trois paires de bras, mais n'en souffla mot.

« C'est bien » approuva la Baba-Yaga. « Tu interrogues sur ce que tu as vu dehors, pas sur ce qui se passe dedans. J'entends laver mon linge en famille, et les trop curieux, je les mange! »

Et la Baba-Yaga a son tour lui demanda : « comment fais-tu pour réussir tout ce travail ? » Et Vassillissa répondit qu'elle était bénie par sa mère.

« Va-t-en ! » lui hurla la sorcière, « je ne veux pas de bénie chez moi ! »

Elle la poussa dehors, mais avant de refermer le portail, elle pris un crâne aux yeux ardents, le mit au bout d'un bâton qu'elle fourra dans les mains de Vassillissa.

Lorsqu'elle arriva enfin à la maison, le crâne aux yeux ardents fixa la marâtre et ses deux filles et les consuma.

Vassilissa partit alors en ville et se fit recueillir par une grand-mère. Elle lui demanda du lin et quand elle eut fini de le tisser, sa toile était si belle et si fine, que la vieille partit avec le tissu chez le tsar pour le lui offrir.

Le tsar voulu donner à ses couturières des chemises à coudre mais elles n'y parvinrent pas. Le tsar envoya alors chercher la grand-mère pour que le travail se fit. Vassilissa cousu les chemises puis elle se fit belle et attendit le tsar. Il voulut voir la couturière et lorsqu'il la vit, il en tomba éperdument amoureux et lui demanda sa main.

Et cric et crac, mon conte est dans le sac.

Les histoires et les contes: un chemin vers les autres, un chemin vers soi

Sylvie Trolliet

Sur ce thème, je vais simplement proposer quelques notes destinées à susciter la réflexion. Tout d'abord, le choix de l'histoire à raconter: ce n'est pas anodin. Ce n'est pas forcément moi qui choisis l'histoire, c'est elle qui me choisit. Cette histoire que je vais raconter, elle a quelque chose à me dire. Les thèmes, les problèmes qu'elle aborde, entrent en résonance avec les miens: désirs d'aventure, de perfection, de santé, de jalousie, de souhaits de mort, de méchanceté, d'agressivité, de cruauté, d'amour ou encore par exemple d'héroïsme. Il est important de choisir des histoires non édulcorées. Quand je raconte, je m'identifie à tous les personnages, y compris les plus sinistres: ils sont mes ombres et mes lumières, les différentes facettes de ma personnalité.

Dans un groupe, il peut être intéressant d'amorcer la discussion sur les thèmes et les personnages de l'histoire. Les participants pourront s'y reconnaître ou s'en démarquer, progresser dans la connaissance d'eux-mêmes. Un dialogue, un échange peut s'instaurer, des points de vue opposés s'exprimer dans le respect de chacun.

Lorsqu'on veut raconter quelque chose, il y a tout l'aspect de l'entraînement de la mémoire, du vocabulaire, de la voix, de la diction. La conteuse ne cherche pas à se rappeler des mots ni des phrases mais plutôt de la structure, de la géographie, des événements clés de l'histoire. Ensuite, sur cette trame, elle met ses propres mots.

Il y a tout l'aspect corporel qui est aussi important: l'attitude, la détente, le regard. Il ne faut pas fixer quelqu'un dans l'auditoire mais avoir des contacts visuels fréquents. Il est possible dans un groupe d'entraîner cela.

Les histoires ne doivent pas être forcément des contes. Ceux-ci étaient d'ailleurs à l'origine destinés aux adultes. On peut raconter toutes sortes de choses: des anecdotes, des faits divers, des épisodes tirés de sa propre vie, ou encore des souvenirs de voyage. Ce que raconte l'un des participants peut donner des idées, susciter un autre récit. Ainsi un échange et une stimulation mutuelle peuvent s'établir.

Il est possible aussi d'inviter les participants à inventer ou à improviser une histoire à plusieurs. Chaque personne prend successivement la parole. Cela peut donner lieu à des improvisations inattendues, à des rires, à des déceptions aussi ou à des surprises.

Raconter dans un groupe permet aussi à la personne qui raconte de prendre sa juste place. Ne pas parler trop longtemps – les autres personnes vont se sentir envahies – ni trop peu. La personne qui raconte doit trouver un contact qui doit être empreint de respect sinon l'auditoire risque de s'ennuyer.

L'histoire racontée est comme un espace transitionnel dans lequel la personne qui conte et celles qui écoutent se rencontrent. Mais il y a une part très intéressante, d'imprévisible: je peux raconter une histoire parce que certaines choses m'ont touchée mais mon auditoire ne va pas forcément être ému par les mêmes choses. Contrairement à une idée reçue, il n'y a pas de message direct dans le conte. Et enfin, l'histoire racontée va nous toucher là où nous avons besoin d'être touchés et pour chaque personne différemment.

Histoire du Groupe Contes dans la section « E. Minkowski »

Rachèle Brodard, Tarja Cachelin

Au cours de l'année 98, différents groupes ont été mis en place dans notre section. C'est dans ce contexte que nous avons créé, en septembre 1998 le "groupe contes" pour les divisions hospitalières de la section (Azur-Aster). Ce groupe a existé jusqu'en août 2000.

Nos objectifs étaient d'ouvrir un espace de rencontre et de détente aux patients hors du service de soins, autour de la lecture d'un conte. Nous souhaitions leur offrir un lieu d'échange et de parole en favorisant les interactions entre patients autour d'un thème défini par le contenu du conte. Cela nous permettait de stimuler et aussi d'évaluer les capacités de concentration, d'écoute et de mémoire chez des patients souffrant de schizophrénie.

Nous avons choisi le vendredi après-midi pour terminer la semaine sur une note agréable. Nous tenions à sortir de la division afin de favoriser un climat plus détendu. C'est pourquoi nous avons choisi une salle proche de la bibliothèque, à l'atmosphère chaleureuse et calme.

Le groupe était constitué de un à six patients souvent en état de crise puisque hospitalisés; toujours accompagnés par deux animateurs (un qui lit le conte et l'autre qui observe et organise le débat dans le groupe). L'animation était assurée par des infirmières du service, ponctuellement aidées par la bibliothécaire qui a participé à la mise sur pied du groupe et à la recherche des contes. Nous choissions un conte de dix à quinze minutes afin de limiter les difficultés liées à la concentration et à la mémoire mais aussi à celles de pouvoir rester assis sur une chaise.

Nous avons dû déployer beaucoup d'énergie pour stimuler les patients à participer à ce groupe mais la plupart d'entre eux se montraient très contents par la suite.

Nous avons constaté des difficultés parfois marquées de concentration si le conte était trop

long ou s'il contenait trop de personnages différents.

Les patients appréciaient plutôt les histoires gaies, style romances qui se terminent bien. Ils attendaient en général "que les méchants soient punis à la fin". Ils n'aimaient pas les contes trop fantastiques car ils n'arrivaient pas forcément à faire la part des choses avec leurs délires.

Certains patients ont proposé de lire des contes, certains en ont apporté. Des liens ont souvent été fait avec leurs souvenirs d'enfance. Ils relataient alors avec émotion les moments où ils avaient entendu ces histoires, ou lorsqu'ils les avaient eux-mêmes racontées à leurs enfants.

Parfois, les patients avaient besoin de faire des résumés ou de poser des questions pendant la lecture du conte afin de savoir s'ils avaient bien compris. Il y a également eu parfois des réactions pendant que nous racontions. Certains se fâchaient ou au contraire se détendaient.

Après chaque lecture, les patients ont pu s'exprimer sur ce que le conte avait suscité chez eux. Quelques fois, certains se sont exprimés longuement, faisant des liens plus ou moins cohérents avec ce qu'ils vivaient pendant leur séjour hospitalier. Il est arrivé aussi que certains patients ne s'expriment pas du tout.

A la fin de chaque séance, nous faisons un bilan écrit sur l'ambiance générale du groupe, le nombre de patients, sur celui qui avait animé le groupe afin de garder une trace, tout en préservant l'anonymat des patients.

Les patients ont également eu la possibilité d'apprécier la séance en nous donnant leurs avis et en répondant à un petit questionnaire que nous leur proposons. Nous avons souvent reçu des remarques positives, parfois des critiques qui nous aidaient à affiner notre manière de faire ou à adapter le choix des contes.

Les personnes qui ont participé plus régulièrement au groupe se sont progressivement habituées à parler en groupe, ce qu'elles ont bien apprécié.

La préparation et l'animation de ces groupes a demandé passablement d'organisation, de recherches de textes, de temps passé à motiver les patients à participer, mais nous avons eu beaucoup de plaisir à vivre cette expérience.

En reprenant les fiches remplies après chaque séance, nous avons pu constater que les patients ont souvent apprécié ce moment

privilegié qui leur était offert, un espace où l'on parlait d'autre chose que la maladie et où l'on pouvait se permettre de rêver un peu.

ANOREXIE : RÉCIT D'UNE FAMILLE

EDITORIAL

Philippe Stephan

Les premières descriptions cliniques qui ont fait exister l'anorexie mentale dans le champ de la médecine datent de la fin du 19^{ème} siècle. C'est un médecin français, le Dr Lasègue, qui repère et décrit déjà en 1873 tous les signes cliniques de la maladie.

Les trois signes les plus importants et les plus repérables sont :

- L'anorexie, c'est-à-dire une perte de l'appétit.
- L'amaigrissement, qui suit logiquement l'anorexie mais qui peut être particulièrement spectaculaire et qui a des caractéristiques bien précises.
- L'aménorrhée, c'est-à-dire la disparition ou la non apparition des règles.

Classiquement, ces signes apparaissent chez la jeune fille entre 12 et 20 ans.

Pourquoi parler d'anorexie mentale ?

En effet, dans des situations de sous-alimentation, lors par exemple de famines ou de grèves de la faim, on observe aussi un amaigrissement puis une aménorrhée. En fait, on s'est aperçu que chaque symptôme était plus ou moins contrôlé par le psychisme. L'anorexie n'est pas une perte de l'appétit mais révèle d'un rapport particulier à la nourriture et à la sensation de faim. L'amaigrissement peut être contrôlé parfois à 100 grammes près et l'aménorrhée est souvent le premier signe de la maladie, donc indépendante de l'amaigrissement.

Derrière ces trois signes simples se cache en fait tout un système de comportement souvent déroutant pour l'entourage, d'autant plus qu'il survient chez une fille dont l'enfance a été agréable, harmonieuse, sans histoires du moins en apparence.

On peut dire que tout le système mis en place par l'anorexique vise à une déchéance mortelle au moment où justement l'enfant est poussé vers l'âge adulte par l'énergie phénoménale de la puberté, avec la reprise de la croissance, le développement intellectuel, et les transformations corporelles qui donnent une impression de vitalité nouvelle (qui effraie et que jalourent souvent les adultes). Ici, pour être plus précis, on a l'impression que l'anorexique nous dit qu'elle peut vivre sans corps et sans besoin.

Il y a donc une attaque incessante du corps :

Cela se traduit par un véritable refus de maintenir un poids corporel normal. Elle justifie ce refus soit par un désir de minceur absolu alors même qu'elle est déjà cachectique, décharnée, soit par une peur de grossir, surtout de grossir du ventre, des seins et des hanches. L'anorexique malmène également son corps en multipliant les activités physiques jusqu'à l'épuisement.

Il y a en parallèle une attaque des besoins. L'anorexie est en fait une lutte active contre l'envie de manger et non pas une perte de l'appétit. Cela peut débiter par un simple régime mais rapidement l'adolescente montre un intérêt exagéré pour tout ce qui a trait à la nourriture : elle veut nourrir les autres, c'est elle qui prépare les repas mais n'y participe pas. Elle a également des attitudes de contrôle de l'appétit : elle trie les aliments, mange de toutes petites portions qu'elle mâchonne de façon interminable, parfois elle stocke les aliments dans la bouche qu'elle rejette ensuite de façon

clandestine. Elle exclut de son alimentation les viandes, d'abord les viandes rouges puis les viandes blanches, puis les graisses et les laitages, pour ne manger en général que des légumes et des fruits. L'anorexique contrôle aussi l'évacuation des produits grâce à des vomissements provoqués, la prise de laxatifs ou de diurétiques.

Parfois, elle nie également le besoin de dormir et peut rester éveillée des heures, notamment pour étudier ou avoir une activité physique intense. Elle nie également ce qui pose un gros problème pour les intervenants, le besoin de se soigner et considère que malgré sa maigreur elle n'a pas besoin de soins.

L'anorexique ne prend pas en compte, annule le besoin de créer. D'une part, l'aménorrhée montre qu'il y a une attaque de la fonction de reproduction, et d'autre part on constate, s'il y a le plus souvent un investissement scolaire important, qu'il se fait dans les matières nécessitant de l'apprentissage mais peu dans les domaines de la créativité et de l'imagination.

Dans l'ensemble, on observe une diminution de tout ce qui peut se rapporter au plaisir, plaisir qui ne semble possible que dans le pouvoir qu'elles peuvent exercer sur leur corps. Elle attaque et maîtrise les besoins vitaux et le corps, car un corps qui admet ses besoins, c'est un corps porteur de désir et de projets. De plus prendre en considération son corps dans ses pensées, c'est s'autoriser à accepter ses émotions, à découvrir le plaisir et à accéder à une certaine forme de liberté.

Les études actuelles sur l'anorexie mentale accordent beaucoup d'importance à ces dimensions de la personnalité que sont le rapport au plaisir et à l'émotion. L'anorexie est de plus en plus considérée comme faisant partie de ce que l'on appelle les addictions, c'est-à-dire les conduites de dépendance que comprennent les drogues, les troubles des conduites alimentaires, l'alcoolisme et les tentatives de suicide à répétition. On remarque que pour toutes ces maladies et donc pour l'anorexie mentale, il y a une privation de la liberté puisque ces adolescents et jeunes adultes dépendent tous de quelque chose, pour l'anorexique c'est l'envie de dépendre de rien qui devient une dépendance et qui les enferme, c'est donc l'envie d'être sans contraintes qui impose le rejet de leur corps devenant encombrant. Il y a aussi une mauvaise gestion des émotions, ce que l'on appelle alexithymie, c'est-à-dire une impossibilité à verbaliser leurs émotions, leurs sentiments, et enfin il y a une perte de l'accès au plaisir que l'on appelle anhédonie.

L'anorexie a quelque chose de paradoxal. Le paradoxe est déjà contenu dans la signification du mot puisque l'on a vu qu'il ne s'agissait pas d'une perte de l'appétit comme le voudrait l'étymologie du mot, mais d'une lutte contre la faim. De plus, tous les auteurs s'accordent à dire que le problème n'est pas l'alimentation mais plus un problème de désir général et qu'il faut donc se dégager de l'emprise de la nourriture. Il est vrai que les difficultés au moment des repas reviennent sans cesse dans le discours des parents, malgré nos efforts pour les orienter vers autre chose. Comment se fait-il qu'il soit si difficile de décoller de cette emprise de la nourriture ? La réponse est à nouveau dans l'étymologie du mot et dans ses glissements sémantiques. Anorexie vient de « a » privatif et de « orexis » qui signifie le désir en grec, or anorexie veut bien dire perte de l'appétit, perte de l'envie de manger. Il est donc intéressant de voir qu'il existe un glissement entre le désir et l'appétit, ils sont même plus ou moins assimilés. On tourne donc un peu en rond lorsque l'on demande aux patients et à leur famille de nous parler d'autre chose que de nourriture et notamment de nous parler de désir, puisque l'évocation du désir dans l'imaginaire collectif plus ou moins archaïque évoque apparemment la nourriture. Evidemment, le désir évoque également la sexualité.

On peut se demander s'il existe un lien entre nourriture et sexualité. En fait, ce lien on le retrouve partout et il suffit de se pencher sur les textes fondateurs et révélateurs de la pensée humaine, comme par exemple les mythes et les écrits bibliques, pour trouver un lien étroit entre sexualité et nourriture.

En effet, ces deux fonctions du corps ont en commun l'introduction et la projection de substances dans et hors du corps, et mettent donc en jeu et plus ou moins en péril les limites de ce corps. Les substances sont bien sûr les aliments, mais aussi le sperme, les excréments et le sang menstruel.

Ces deux fonctions ont toujours suscité des sentiments d'ambivalence que l'on retrouve dans le choix de quelques termes : le mot « sacré » par exemple est intéressant car il signifie à la fois pur et impur et en médecine il y a un rapprochement anatomique entre le terme de sacré et le terme de honteux. Le

sacrum et les vertèbres sacrées se situent au niveau du bassin et côtoient les artères et les nerfs honteux qui vascularisent et innervent les organes génitaux.

Les religions ont toujours un rapport ambivalent vis-à-vis de la nourriture et de la sexualité : tantôt sacralisées, c'est le cas par exemple des offrandes et on vient de le voir des hosties, tantôt considérées comme impures et soumises à des interdits. En effet, toutes les religions ont un système d'interdits alimentaires. Ces interdits alimentaires viennent sans doute contrecarrer les pulsions archaïques de cannibalisme. Or, on reconnaît également comme fondateur de toute formation sociale un autre code, celui de l'interdit de l'inceste. On relie donc ces deux systèmes d'interdits sexuel et alimentaire. Toucher, consommer ou dévorer de la chair, rejoint l'horreur incestueuse et aboutit à un dégoût profond pouvant renvoyer à l'image de la mort.

Une autre question en apparence opposée à la précédente est la recherche de la perfection dans l'ascétisme quasi religieux. Cette recherche d'un état de faim, source de jouissance, de moments d'extase par la maîtrise de la fonction la plus impérieuse, est caractéristique de l'anorexie mentale. On l'a rapprochée de la conduite de certaines figures religieuses dont la plus connue est sans doute Ste-Catherine de Sienne. La vie et les comportements de Ste-Catherine de Sienne sont vraiment assimilables à ceux d'une anorexique actuelle.

Dans l'ascèse des mystiques du Moyen-Age et des anorexiques actuelles, la recherche de la sagesse et du savoir passe par une maîtrise visant à l'exclusion du corps, notamment par la privation de nourriture. Or, il n'est pas inintéressant de se rappeler à nouveau que sur le plan étymologique, la sagesse, le savoir et la saveur ont une même origine issue du latin « sapere », qui signifie avoir du goût.

On voit donc qu'au delà d'une simple maladie, l'anorexie mentale peut nous entraîner dans des réflexions sur les fondements de l'humanité, sur la condition d'être humain et sur les règles principales qui régissent les sociétés. En axant une partie de leur problématique sur un certain refus de la féminité, l'anorexique pose le problème du rapport entre les hommes et les femmes, mais aussi le lien et les transmissions mère-fille et donc l'accès au père, qu'il soit réel ou éternel.

Alors comment traiter les anorexiques ? Cela dépend bien sûr de la gravité des troubles, mais le traitement doit prendre en compte 3 notions :

- Le comportement pathologique, car ce comportement a un pouvoir en tant que tel et on peut dire que l'adolescente se « shoote » littéralement à l'anorexie, c'est-à-dire que la conduite s'auto-renforce et devient inaccessible à toute tentative de traitement. C'est pourquoi il est important d'établir un contrat de poids et ce quelle que soit la gravité de la maladie.
- Agir sur la personnalité : c'est le but d'une psychothérapie individuelle qui s'avère le plus souvent indispensable et seule capable d'améliorer la qualité de vie à long terme.
- Prise en charge de la famille afin de redonner une place à chacun et de remettre du jeu dans les relations entre les différents membres de la famille, mais aussi frères et soeurs.

Pour cela, l'idéal est un trépied thérapeutique, c'est-à-dire :

- Un médecin somaticien garant de l'état physique et qui peut faire office de détenteur du contrat, puisque c'est lui qui réalisera les pesées régulières.
- Un ou une psychothérapeute.
- Un couple de thérapeutes pour la famille.

Cela demande évidemment une grande coordination entre les différents partenaires du traitement.

Conclusion

L'anorexie mentale tient une place particulière dans le champ des maladies, notamment des maladies mentales, et cela en raison de ses multiples caractères paradoxaux.

Je reviens sur la souffrance que cette maladie entraîne chez les patients mais aussi dans les familles avec souvent un sentiment de solitude face à l'incompréhension ou à l'essoufflement de l'entourage

mais aussi face au monde médical en général et sans doute du fait encore une fois de tous ces phénomènes paradoxaux.

Malgré le caractère grave de cette maladie, nous essayons, par une compréhension plus fine de certains traits de personnalité, notamment dans les similitudes que l'on rencontre avec les conduites de dépendance, d'adapter nos moyens thérapeutiques pour donner de plus en plus d'ouverture et d'air à ces adolescentes qui sont enfermées dans leur envie de liberté qu'elles n'arrivent pas à concevoir en harmonie avec leur corps.

De l'anorexie, maladie de la non-vie à la vie

A l'occasion de la sortie de leur livre¹, nous avons eu le plaisir d'écouter Madame, Monsieur et Christian Thévenaz lors d'un mercredi infirmier du mois de mars. Nous les remercions de leur contribution à une meilleure compréhension de cette pathologie. (les phrases en italiques sont tirées de leur ouvrage).

Madame Micheline Thévenaz

Bonjour, je suis M. Th. mère de Christian et c'est mon vécu à travers sa maladie que j'ai écrit.

Si j'ai décidé de le partager, c'est que lorsque tout allait mal, j'aurais voulu trouver un livre comme celui-ci. Un livre qui me dise que j'étais normale, que mon inquiétude, que mon mal-être général, que la tyrannie par rapport à mon conjoint et vice-versa, etc , que toutes ces choses étaient normales.

Ça, je l'ai découvert en 1992, lorsque avec d'autres parents, nous avons créé l'Association Boulimie Anorexie ; pratiquement tous les couples, qui supportaient le choc, ils étaient assez rares, avaient le même comportement entre eux.

J'aurais voulu aussi qu'on me dise, on peut s'en sortir et que quelqu'un me parle de son expérience, mais à l'époque, ceux qui s'en sortaient ne voulaient plus en parler. Alors je m'étais dite que si ...Christian s'en sortait, j'en parlerais....

Je ne vais pas ici vous raconter la maladie avec la manipulation, la tricherie, le mensonge, vous connaissez tous le processus. Mais je vais juste vous dire ce qui m'a le plus manqué à ce moment.

La prise en charge était dans les règles et là je n'ai rien à ajouter, mais ce que j'aurais aimé, c'est que les médecins, les infirmiers ou autres me disent ce que je devais faire, en tant que parent, je m'explique :

Voilà un premier exemple

¹ Micheline, Georges et Christian Thévenaz, *De l'anorexie, maladie de la non-vie à la vie*, récit d'une famille, édition à compte d'auteur, septembre 2002.

Même pour l'achat de notre future maison, il dirige ma vie. J'accepte cet achat parce qu'on peut créer un studio pour lui. Je ne peux pas me faire plaisir, il passe avant moi. Je me révolte, il me manipule, je le sais et pourtant je me laisse manœuvrer. Plus grave encore, je m'impose ce rôle. Je suis tout à fait consciente de cet engrenage, mais je ne sais plus comment en sortir. Pour les psys, je dois agir selon mon ressenti, encore une montagne de culpabilité si je décide tout simplement de vivre. Pourquoi personne ne peut-il me donner une marche à suivre ? p.57

Et un second plus concret:

Ma question :

Dois-je venir le trouver souvent ?

La réponse: Faites comme vous le sentez !

Je savais que Christian me manipulait, j'en étais totalement consciente, alors je me disais: je vais moins y aller, pour le faire réfléchir, pour lui prouver que je ne me laisse pas avoir, et je le faisais. Quelques jours plus tard, je CULPABILISAIS, je me disais: s'il arrive quelque chose, je m'en voudrai, on me le reprochera et je me laissais avoir à nouveau. Et rien avançait. J'ai recommencé maintes fois et toujours sans résultat.

Lors de sa dernière hospitalisation, tout a été mis en œuvre pour que tous, on se dirige dans le même sens.

Des règles **très strictes** ont été établies, avec le malade, les médecins, les infirmiers et surtout avec nous les parents, enfin je pouvais déculpabiliser et être plus cohérente avec moi-même. Même les pleurs de Christian, ne m'émouvaient plus, j'avais une ligne de conduite.

C'est à partir de cette période qu'il a commencé à remonter la pente, oui bien sûr, il y a eu d'autres facteurs.

En particulier, Il a repris goût pour le dessin et tout a été mis en œuvre pour retrouver un nouveau but dans la vie, même si c'était difficile, si la maladie continuait sournoisement, tous on a fait confiance en l'avenir, et c'est le plus important.

Je pense que c'est vraiment impératif d'avoir des règles strictes avec ces malades pour qui la manipulation est un combat journalier. Je suis

convaincue qu'il est plus facile pour tout le personnel soignant de le faire, pour autant que les parents soient d'accord, car il n'y a pas tout l'émotionnel qui entre en ligne de compte. Je sais que les nouvelles tendances sont la liberté du malade, mais l'anorexie-boulimie c'est la perte des limites et il est important d'en remettre le plus rapidement possible.

Je suis aussi convaincue, qu'avant tout, il faut avec le malade, l'aider à découvrir une petite flamme au fond de lui, même un tout petit intérêt pour quelque chose, sauf dans le sport, et tout faire pour développer ce petit reste, pour l'encourager, pour le guider, pour retrouver un but positif.

Mais, ça ne suffit pas, la famille aussi doit changer !².

1997, nouvelle année, une de plus, mais celle-là sera l'année du renouveau. Je dois faire quelque chose pour mon bien-être, je dois vivre pour moi, il faut que je libère Chris de mes peurs, de mes doutes, de ma personne tout simplement. Je l'ai soutenu un maximum, maintenant, il doit s'aider lui-même et enfin devenir adulte. Je l'aime et c'est pour cela que je dois penser à moi.

Ce sentiment égoïste, aussi ambigu soit-il, nous est salutaire. En pensant à moi, je suis heureuse, mon fils me sent en meilleure forme et il va mieux. Nos échanges sont différents, j'arrive à le responsabiliser tout à fait. Bien sûr, il y a encore des peurs, des craintes, mais nous avançons gentiment.

Je décide de suivre des cours de réflexologie, cette discipline me passionne. L'enseignement a lieu loin de la maison, j'y passe le week-end complet, je coupe avec la famille, le travail, c'est une expérience totalement nouvelle. J'abandonne Chris et son père une à deux fois par mois, et je ne culpabilise plus. J'espère que sans ma présence, ils puissent se retrouver. Pour mon bien, j'en suis convaincue, je veux continuer d'apprendre, c'est mon but. Je pratique la réflexologie sur les amis et sur Chris. C'est une autre approche l'un de l'autre et il s'intéresse beaucoup à ce que j'étudie.

Des rapports différents s'installent. Pour mes

² Ibid., p.90.

*cours, j'ai besoin de lui afin de m'exercer, il joue le jeu et découvre les bienfaits du massage. **Maintenant, nous partageons la SANTE et non la maladie.***

A l'heure actuelle, j'ai réalisé tout ce que j'avais appris grâce à Chris et son chemin de vie. A l'aide de ce cheminement, j'ai pu me détacher totalement de mes souffrances, de mes peurs, de mes angoisses. Alors, j'ai décidé de consacrer ma vie à redonner l'ESPOIR à ceux qui l'ont perdu

Je sais maintenant que je peux accompagner, soutenir, écouter, conseiller les êtres qui appellent à l'aide, mais je reste consciente que la décision finale appartient toujours à chacun de nous ³..

Oui, la traversée a été très dure; mais si je peux, grâce à mon expérience, aider quelques jeunes en difficulté à s'en sortir, à reprendre confiance en la vie, à retrouver tout le potentiel d'énergie qu'ils ont en eux, alors là j'aurai accompli mon propre chemin . !⁴

Maintenant, avec Christian, nous avons mis sur pied, des cours de relaxation que nous donnons ensemble pour adultes et pour enfants. Notre expérience personnelle, nous a incités à le faire. C'est super de partager notre travail, on se complète, tout en étant totalement indépendant. L'échange, maintenant, c'est le **travail et la santé**

M. Georges Thévenaz

Je vais vous parler de la pression que les parents, le père en particulier peut provoquer dans le développement de l'enfant. Si celui-ci est soumis, il va faire certaines choses pour faire plaisir à ses parents mais il les fera sans grande conviction.

Été 89, c'est la fin de sa scolarité; Chris veut continuer le gymnase, ses professeurs le déconseillent, ils affirment qu'il aura trop de peine en scientifique, je les crois. Comme

³ Ibid., p.101.

⁴ Ibid., p.102.

Chris est un garçon qui fuit toujours les discordes, il accepte, il s'adapte. Il penche pour un apprentissage de graphiste, je le dissuade tout à fait, je connais cette profession, c'est la mienne et je ne veux pas qu'il tombe dans cette galère. Je le pousse à faire une formation de dessinateur en bâtiment d'abord, après il pourra choisir ce qui lui plaît. Il est d'accord par résignation.

Peut-être que ce fut le départ du "mal-être" entre nous !⁵

Les parents - le père en particulier - imposent leur point de vue sans se préoccuper des désirs et des envies réels de l'enfant. Il veut que sa progéniture fasse mieux que lui et pense que son expérience et son savoir sont justes. Désireux de donner un maximum, il est sûr de lui transmettre les bonnes bases pour la vie. Ceci se passe souvent sans beaucoup de dialogues et l'enfant n'ose pas dire non. Dans notre éducation, le non aux parents est souvent un signe de mauvaise éducation, de rébellion et de non-respect.

A cette époque je ne prenais pas de temps pour de véritables discussions mais j'imposais mon point de vue. Résultat, tout le monde avait le sentiment d'être brimé. Lors de la maladie de Christian, quand nous avons pu parler, j'ai enfin réalisé que le dessin et l'art comptaient beaucoup pour lui.

Il a commencé un apprentissage de dessinateur en bâtiment dans un petit bureau, il ne s'y trouvait pas bien et il ne pouvait pas rentrer à la maison pour dîner. Pour manger, son patron lui avait mis à disposition la cave. Il était souvent seul donc avait tout le temps pour réfléchir, pour ruminer et mettre au point sa stratégie de l'anorexie.

Comme il ne se plaisait pas dans cette profession, que les brimades de son patron étaient constantes et qu'il était un petit enfant sage qui ne voulait pas faire de chagrin à ses parents, il faisait tout pour que l'on ne se rende pas compte de son malheur. Pour compenser son désarroi, il sortait en fin de semaine avec un copain et il a commencé à boire.

Je me rendais bien compte que quelque chose

n'allait pas bien, mais je faisais comme l'autruche, je ne voulais pas voir, je me disais que c'était l'adolescence, que tout s'arrangerait avec le temps.

Puis il y a eu le choc, nous avons dû rompre son contrat d'apprentissage et comme je croyais toujours que c'était la profession qu'il lui fallait, je me suis mis à la recherche d'un nouveau patron. Toujours en enfant sage Christian ne s'est pas opposé à cette manœuvre. Malgré l'anorexie qui était déjà installée, les hospitalisations et les congés maladie, il a quand même réussi son CFC, sans conviction.

Durant toute cette période, jamais je ne me suis posé la question :

"Est-ce que cette maladie est arrivée parce que je l'ai poussé à faire un travail qui ne lui plaisait pas et qu'il était malheureux dans ce choix, puisque son désir le plus fort était de faire du dessin artistique, les beaux-arts ?"

C'est seulement vers la fin de sa maladie, quand il a enfin pu s'exprimer et que j'ai bien voulu l'écouter, que nous avons pu mettre quelque chose en place dans l'harmonie.

Je ne lui imposais plus ce qu'il devait faire, mais je l'écoutais, en discutais avec lui et je pouvais l'aider dans ce qu'il avait toujours voulu faire.

Il avait enfin pu dire son avis, imposer son désir, je l'écoutais et je l'entendais.

Nous commençons à parler du futur de Chris.

Il aimerait faire les Beaux-Arts. Je me renseigne et je rencontre un ancien professeur qui s'investit auprès des jeunes pour les préparer au concours d'entrée. Celui-ci accepte Chris malgré sa maladie et son internement en psychiatrie; il consentira même à assister à des séances de thérapie. C'est une véritable chance, un énorme cadeau.

Tout est mis en œuvre pour que Chris puisse aller suivre son enseignement. Le personnel soignant organise le transport et l'accompagnement, puis seulement le transport. Bientôt il peut s'y rendre seul, et le soir je le ramène à l'hôpital.

⁵ *ibid.*, p.104.

Chris participe aux cours avec plaisir, mais de temps en temps, il ne peut pas y aller. Comme il a reperdu du poids, il est à nouveau attaché dans son lit. Mais malgré tout, il progresse sur le chemin de la guérison

Toujours hospitalisé, il continue ses cours, il transforme même sa chambre en atelier de peinture. Les infirmiers, infirmières, médecins, tous ont joué le jeu. Il reprend goût à la vie. ⁶

Avec le recul, je pense qu'il est nécessaire d'être beaucoup plus à l'écoute des jeunes, et que notre expérience de vie ne leur convient pas systématiquement.

Je profite de cette occasion pour dire merci à tous ceux de l'Hôpital de Cery qui nous ont accompagnés durant cette période.

M. Christian Thévenaz

Présentation

Je m'appelle Christian et je suis anorexique-boulimique. J'ai 31 ans et je viens de fêter mon 6^{ème} anniversaire "d'abstinence". Cela veut dire qu'il y a six ans, dans une des divisions fermées de cet hôpital, je me décidais à remanger. Ce jour-là, je ne pesais pas lourd, une quarantaine de kilos, mais une année auparavant, j'en pesais dix de moins. Alors que mon poids était si bas et mon attitude « déplorante », on m'a immobilisé au lit et on m'a obligé à me nourrir.

Il en a fallu : hospitalisations, aux urgences, cure de désintoxication, hôpital de jour pour qu'enfin je me décide. Il en a fallu des séances, des discussions, des conflits, des contrats pour trouver une solution convenable. Il m'a fallu du temps, de la persévérance, du courage de toucher à tout, de m'essayer même dans les recoins les plus pervers de la maladie afin que je perçoive mon fond et que je puisse m'en sortir.

En tout, il aura fallu sept ans. Sept ans de maladie, sans compter les prémisses que j'ai vécu à l'adolescence, avec mes problèmes

⁶ ibid., pp.133-134.

d'alcool et de drogue. Ce fut une longue descente, au cœur du désespoir.

envers et contre tout

Un jour, j'écris:

"J'ai hâte de toucher au but. Je déconne tellement avec mon poids que l'hôpital fini par m'envoyer aux urgences. Je suis sûr de moi à présent, plus rien ne peut me retenir(...) Je ne jure plus que par la mort, elle seule vient les bras ouverts me dire que c'est la fin des angoisses et des souffrances, des vols, des cuites, des mensonges, des trahisons, des manipulations et j'en passe. Mort, tu es ma seule espérance en ce moment"⁷.

A croire que mon seul but était qu'un jour, je touche mon fond, que j'en aie marre d'avoir marre, que je sente avoir été au bout de ma démarche de destruction. Bien que dans la maladie, jamais je ne pensais m'en sortir.

Il aura fallu que je teste les limites de la vie, quitte à ce que la solution soit la mort. Plus d'une fois, je l'ai frisée. Coma, hospitalisations, accidents, crises d'épilepsie, et toujours je maintiens ma décision de vouloir perdre du poids. Mais la vie ne m'a pas laissé tomber.

Je n'ai jamais vraiment pu dire non à mes parents, mais avec l'anorexie je battais tous les records. C'était une force qui m'a plongé au cœur même de l'enfer, petit à petit, mais toujours grandissante, et ensemble nous avons glissé jusqu'au bout!

Le dernier seuil, je l'ai touché une première fois alors qu'une part de moi refusait la vie. Là, l'équipe soignante, et un médecin en particulier m'ont empêché de passer de l'autre côté. Mais, il ne suffit pas que quelqu'un décide à la place de quelqu'un d'autre. Tant que la personne concernée n'a pas elle-même décidé de son sort, rien ni personne ne peut la délivrer de sa maladie. Et ce fut mon cas.

Après que les médecins m'aient sorti de l'état d'urgence, j'ai dû passer encore une année en hôpital psychiatrique où j'ai agi dans le mensonge, en particulier en ce qui concerne

⁷ Ibid., p. 170.

mon poids. J'ai triché avec l'eau avant de monter sur la balance. Je buvais, buvais tant que finalement je ne pouvais plus le supporter. C'est alors que j'ai touché mon fond. J'étais pris à mon propre jeu et la seule solution à mon désarroi a été d'oser dire la vérité, dire ouvertement là où j'en étais.

La décision finale, je l'ai prise tout seul, mais j'ai tout de même l'impression, comme je l'ai dit plus haut, d'avoir été accompagné. Quelques personnes clefs dont je tairai les noms, mais qui ont toute ma reconnaissance, ont cheminé avec moi sans vouloir me changer et ont fait avec. Ils m'ont guidé, proposé des outils que je me suis appropriés. Ils m'ont induit la vie et je l'ai façonnée.

Voici quelques précieux outils qui m'ont en quelque sorte sauvé la vie:

Tout d'abord, rien n'aurait été possible si cette énergie destructrice qui m'envahissait n'avait pas été canalisée. Je me rappelle du jour où je me suis retrouvé sanglé à mon lit, alors que j'étais plutôt du type hyperactif. Ce jour-là, j'ai dû trouver d'autres moyens de survie.

Le premier a été la musique, les chanteurs que j'écoutais et qui cheminaient avec moi étaient l'exemple type de personnes qui avaient su transformer leurs souffrances en ondes réconfortantes. Certains cheminent encore avec moi aujourd'hui et les plus sensibles retiennent particulièrement mon attention.

Le second a été le dessin. Crayon, papier, croquis et tout un monde se crée à nouveau. J'ai cette fibre artistique et elle m'avait déjà été précieuse autrefois, lors de l'adolescence ou des passages difficiles. Ces simples objets me permettent de sortir de ma tête et de mes analyses pour imprimer sur le papier mon émotion brute, mes sentiments. Que de soulagement !

Je retiens encore l'écriture qui m'a été chère à une époque où je tenais un journal. Celle-ci m'a été proposée par une thérapeute qui s'occupait spécialement des problèmes de dépendance. Cette personne est arrivée vers la fin de mon hospitalisation, quand enfin l'équipe hospitalière me proposait de travailler mon problème alimentaire. Elle a joué pour moi un rôle décisif en me proposant de tenir un

carnet alimentaire que j'ai tôt fait de transformer en carnet de bord. L'écriture a été une façon de m'exprimer, ainsi qu'une oreille attentive à ce que je traversais comme épreuve.

Je suis né et je me suis construit avec une sensibilité qui trouve toute sa richesse dans l'art. Je continue mon chemin avec ces faiblesses qui sont aussi une chance. J'entre en profonde résonance avec la qualité d'être de chaque personne qui m'entoure. C'est aussi ce que m'a appris la vie en hôpital. Je continue la recherche que j'ai entamée avec l'anorexie. Je découvre d'autres limites, d'autres profondeurs et j'invite les gens à aller au fond d'eux-mêmes, même si ce n'est pas facile, même si cela coûte. Les clefs sont rarement en surface. Je fonde désormais mon existence sur des valeurs fondamentales, vitales et essentielles. Elles aussi étaient présentes lors de mes premiers pas en cette nouvelle vie:

" Et pourtant, Dieu sait à quel point je peux souffrir d'une telle conduite, sans pitié pour mon corps qui subit et se soumet à tous mes excès!

Heureusement à ce genre de torture, il y a une limite. Après bien des mois d'agonie et sentant avoir touché le fond, je décide enfin d'arrêter de tricher. Je vois que ça bouscule les infirmiers(...) Je renoue mon premier contact avec l'honnêteté"⁸

Anorexie :enjeux relationnels

Yves Dorogi

Je travaille en psychiatrie de liaison au CHUV où sont hospitalisés des patientes anorexiques qui présentent un risque somatique vital. Mes interventions se font dans le cadre des prises en charge pluridisciplinaires où se rencontrent médecins internistes, équipe soignante, physiothérapeute, nutritionniste, diététicienne, aumônière et psychiatre.

Dans cette activité de liaison nous avons, entre autres, la fonction de soutenir et d'encadrer les

⁸ Ibid., p.184.

équipes soignantes. C'est à partir de cette expérience que je désire aujourd'hui aborder la dimension relationnelle et son enjeu dans la prise en charge des patientes anorexiques en milieu somatique.

Nous avons souvent affaire à des situations cliniques qui ont mal évolué avec comme antécédents de multiples hospitalisations. La plupart des patientes qui nous sont adressées sont sérieusement handicapées et surtout elles présentent un haut risque de mortalité à court et moyen terme.

Un des enjeux relationnels est de pouvoir permettre une réelle rencontre entre les équipes de soins somatiques et la patiente anorexique.

Au départ la perte de poids, le status somatique avec tous ces dérèglements devient évidemment et légitimement une priorité de tous les instants. La prise en charge centrée sur les symptômes anorexiques est à la fois nécessaire mais en même temps peut être délétère pour l'ensemble de la prise en charge et surtout pour la patiente.

Nous le savons le traitement de l'anorexique nous mène souvent dans une lutte pour le pouvoir : le désir de guérir (chez le soignant) contre le besoin de maîtrise (chez la patiente) ; où la relation peut s'exprimer sur un mode « domination-soumission » (Navarro C. 2001).

Le besoin impérieux de maîtrise se traduit dans son rapport à la nourriture mais aussi dans sa relation à l'autre. Il existe un engagement personnel dans toute relation à l'autre, un « appétit relationnel » qui est si fort, que cela se traduit par une inquiétude, une angoisse de perdre cet investissement. Ainsi si l'autre est trop éloigné, il y a peur d'être délaissé, abandonné. Si l'autre est trop proche, il y a peur de l'intrusion.

Cette dynamique relationnelle plonge le soignant dans un véritable « dilemme de soins », car ces patientes éveillent en nous, nos besoins de réparer, éveillent en nous nos désirs d'aider et en même temps face à leur opposition à nos propositions d'aide, elles suscitent une réaction de rejet de notre part ou même à mobiliser en nous des réactions de violence qui est sans doute à la mesure de ce

qui les animent dans le for intérieur (Jeammet Ph. 1992).

Cette lutte de pouvoir peut être d'autant plus marquée lorsque la pression extérieure (sociale) est forte (l'hospitalisation doit viser un poids plus éloigné des zones de risque vital). Cette pression influence fortement l'attitude soignante dans l'interaction avec la patiente.

Lutte également renforcée par les mouvements d'identification qui s'opèrent dans un contexte où le soin est avant tout agit et où la distance relationnelle se vit au travers d'une relation de corps à corps (Dorogi Y. 2001).

Donc, les équipes de soins se retrouvent face à un défi majeur : celui de sauver, de traiter l'anorexique.

« Sauver » car il y a effectivement une réalité physique où la vie ne tient plus qu'à un fil.

Mais d'ailleurs en soins somatiques aigus « sauver » c'est bien ce pourquoi les soignants sont là. Ces soignants entraînés à des gestes précis, minutieux, techniques, prêts à réagir à la moindre alerte, au moindre dérèglement électrolytique, prêts à remplir « nourrir » de perfusions, de médicaments. Ces soignants hyper formés, hyper spécialisés...sont là pour soigner, pour sauver.

Ainsi cette rencontre avec l'anorexique, où le mouvement essentiel semble être le besoin de transformer toute relation en un lien où puisse s'exercer son pouvoir de séduction et d'emprise, transforme le soignant en un personnage tout puissant, mais dans le même temps cette toute puissance est mise à son service puisque le soignant ne peut lui résister (Jeammet Ph. 1984).

Le risque majeur est une montée en escalade, montée en symétrie où les contre-attitudes peuvent être agies dans une épreuve de force sans fin avec comme répercussion un renforcement des attitudes anorexiques.

Les équipes soignantes sont ainsi soumises aux effets du clivage de la patiente (de son fonctionnement) où il y a, en quelque sorte, une mise en miroir de la problématique.

L'enjeu relationnel est donc de permettre de transformer cette lutte de pouvoir en un espace de jeu où d'une part les équipes puissent intégrer le sens réel de ces interactions et d'autre part de permettre à la patiente d'expérimenter d'autres types de relation.

L'espace de jeu ou espace transitionnel ou encore espace tiers peut être proposé sous différentes formes mais tient compte de l'ensemble de la prise en charge en y intégrant le patient son entourage et l'équipe pluridisciplinaire (programme de soins sous forme de contrat, espace de supervision pour les équipes, rencontre hebdomadaire avec la patiente et l'équipe, entretien individuel, de famille...).

L'objectif est de permettre à la patiente d'affirmer son indépendance sans la rejeter.

Pour les soignants, c'est aborder le mode relationnel entre les membres de l'équipe hospitalière et entre ceux-ci et la patiente pour ne pas renforcer la dynamique de lutte de pouvoir, c'est leur permettre d'adopter une attitude propre de protection ferme mais dans le respect de l'autonomie de la patiente et de ses parents.

Références bibliographiques:

Navarro C. « L'impasse dans le traitement des patients anorexiques. Etude clinique d'un cas » In *La Revue Française de Psychiatrie et de psychologie Médicale*. Septembre 2001. TOME V. No 48.

Jeammet Ph. « Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale » In *Psychologie française*. No 29-2. juin 1984.

Jeammet Ph. « Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale » In *Schweiz. Med. Wschr.* 1992 ; 122 ; N°4; pp 94-101.

Dorogi Y. « L'implication de l'infirmier en psychiatrie de liaison » In *Soins infirmiers*, pp 70-72. 11/2001.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF)

Comment dresser la liste d'un ensemble pertinent de définitions pré-codées de la CIF pour un état de santé spécifique

Oskar Diener

Les 191 pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont adopté le 22 mai 2001 une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La CIF est l'aboutissement de 7 années de travail auquel ont participé activement 65 pays. Des études scientifiques rigoureuses ont été entreprises pour veiller à ce que la CIF s'applique indépendamment des cultures, des tranches d'âge ou de sexe, de façon à recueillir des données fiables et comparables sur les critères de santé pour les individus et les populations. La CIF remplace la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (CIH) que l'OMS a publiée pour la première fois en 1980 et qui était issue des travaux du professeur Wood.

La CIF a pour but de donner un cadre pour décrire et coder dans un langage uniformisé, les structures anatomiques et le *fonctionnement* physiologique des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques), les activités, ainsi que la participation des individus dans la société. Elle désigne sous le terme générique de *handicap* les déficiences, les limitations d'activités ou les restrictions de participation et dresse aussi une liste des facteurs environnementaux avec lesquels les individus sont en interaction. Les domaines sont classés du point de vue de l'organisme, de celui de la personne en tant qu'individu et de celui de la personne en tant qu'être social inséré dans un contexte. Ainsi, la CIF permet à l'utilisateur de décrire un profil utile du fonctionnement, du handicap et de la santé des individus dans divers domaines.

La CIF complète la CIM-10 (Classification internationale des Maladies, 10^{ème} révision) qui fournit un cadre étiologique des maladies. La CIM-10 permet de poser « un diagnostic » des maladies, troubles et autres problèmes de

santé ; cette information est enrichie par les informations supplémentaires apportées par la CIF sur le fonctionnement, les handicaps, l'environnement et la santé des personnes ou des populations étudiées. La CIM-10 et la CIF sont par conséquent complémentaires et peuvent être utilisées conjointement. Les deux classifications permettent de décrire et de comparer la santé des populations dans un contexte international. La CIM-10 utilise les déficiences (symptômes) en tant qu'éléments constitutifs d'une « maladie » alors que la CIF reconnaît la déficience comme un problème de fonctionnement et de structure liés à un problème de santé. Ainsi, deux personnes souffrant de la même maladie peuvent avoir des niveaux de fonctionnement différents, et deux personnes présentant le même niveau de fonctionnement n'ont pas forcément le même problème de santé. L'utilisation conjointe des deux approches permet donc d'améliorer la qualité des données recueillies.

La CIF prend en compte les aspects sociaux du handicap et propose un mécanisme pour établir l'impact de l'environnement social et physique sur le fonctionnement de la personne. Par exemple, lorsqu'un sujet atteint d'une incapacité grave éprouve des difficultés à travailler dans un certain bâtiment qui n'a ni rampes d'accès ni ascenseurs, elle permet de déterminer sur quoi doit porter toute l'intervention, en l'occurrence sur l'installation de ces commodités dans le bâtiment et non l'exclusion de la personne de son emploi à cause d'une incapacité de travail.

La CIF met toutes les maladies et les pathologies sur un pied d'égalité, quelle que soit leur cause. Il s'agit donc d'une approche neutre qui met les troubles mentaux au même niveau que les pathologies physiques.

La CIF est une classification polyvalente conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs : L'OMS résume ses buts spécifiques de la manière suivante :

- fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants ;
- établir un langage commun pour décrire les états de la santé et les états connexes de la santé afin d'améliorer la

communication entre différents utilisateurs, notamment les travailleurs de santé, les chercheurs, les décideurs et le public en général ;

- permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments ;
- fournir un mécanisme de codage systématique pour les systèmes d'information sanitaires.

La CIF peut donc être utilisée comme outil à des fins de recherche, de travail clinique, de statistique, de politique sociale et de pédagogie.

COMPOSANTES DE LA CIF

La CIF est constituée de deux *parties*, comprenant chacune deux *composantes*.

Partie 1. Fonctionnement et handicap

- a) *Fonctions organiques et structures anatomiques*
- b) *Activités et participation*

Partie 2. Facteurs contextuels

- c) *Facteurs environnementaux*
- d) *Facteurs personnels*

Chaque composante peut être exprimée en termes *positifs* ou en termes *négatifs*.

Chaque composante est faite de divers domaines, à l'intérieur desquels on trouve des catégories, qui sont les unités de classification. L'état de la santé et les conditions ayant un rapport avec la santé d'une personne sont ainsi notés en attribuant un ou plusieurs codes appropriés pour la catégorie choisie, et en ajoutant un ou plusieurs *codes qualificatifs*, qui sont des codes numériques précisant l'étendue ou l'ampleur du fonctionnement ou du handicap dans cette catégorie, ou la mesure dans laquelle un facteur environnemental est un facilitateur ou un obstacle.

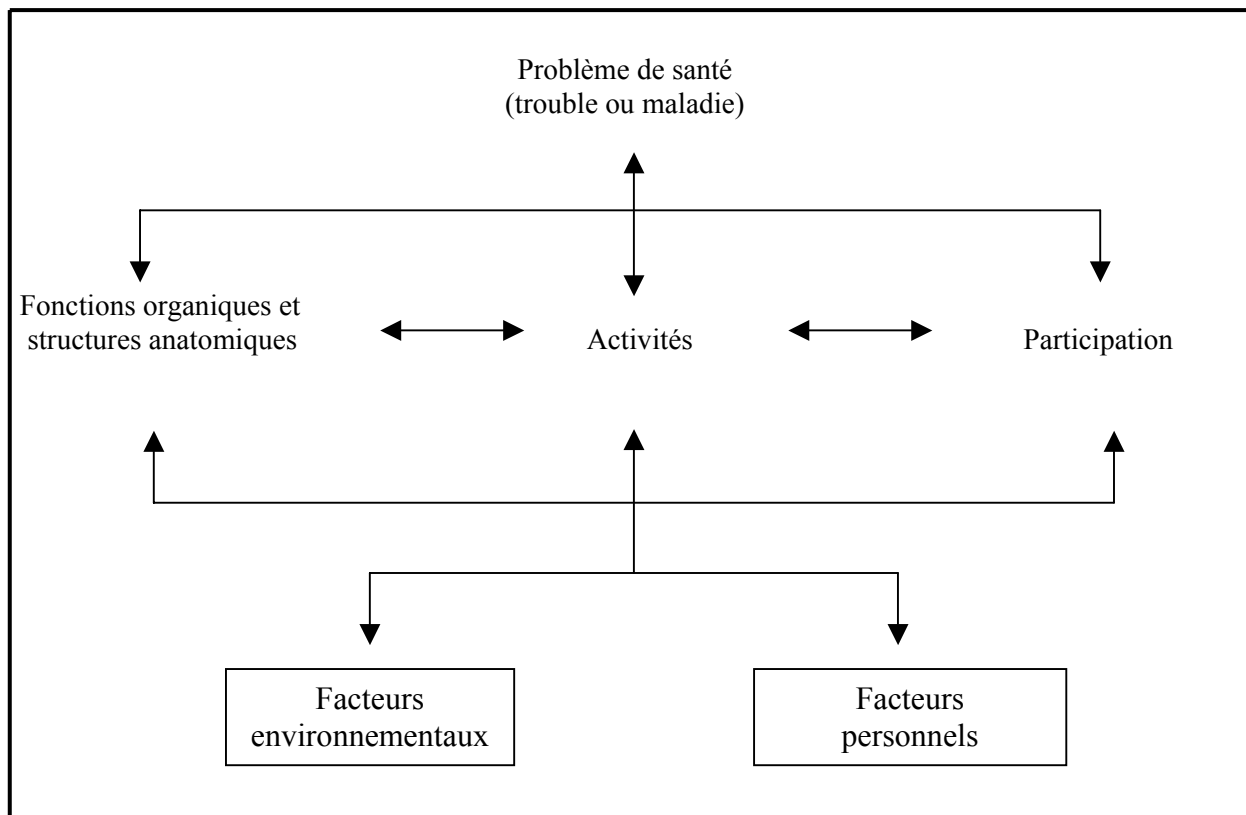
La CIF contient en tout 1820 codes. Chaque composante est classée en catégories de codes de quatre niveaux, qui vont toujours du général vers le spécifique. Par exemple, la classification des fonctions mentales est hiérarchisée comme suit :

b1 Fonctions mentales
b114 Fonctions d'orientation

1^{er} niveau
2^{ème} niveau

b1141 Orientation dans l'espace 3^{ème} niveau
b11411 Orientation par rapport à d'autres 4^{ème} niveau

Interaction entre les composantes de la CIF :



Processus pour établir la liste d'un ensemble pertinent de définitions pré-codées de la CIF pour un état de santé spécifique

Il ne serait évidemment pas rationnel de passer chaque fois en revue les 1820 définitions se rapportant aux codes de la CIF pour décrire un état de santé spécifique. Pour cette raison, l'OMS cherche actuellement à dresser des listes de définitions appropriées (core-sets) pour toutes les conditions de santé courantes : 1) une liste de variables (définitions pré-codées) dont il faudrait tenir compte pour appréhender des situations cliniques spécifiques et 2) une liste plus succincte de variables dont il faudra à l'avenir impérativement tenir compte lors de nouveaux travaux de recherche. Ces ensembles de variables définissent ce qui devrait être mesuré pour chaque état de santé et non comment procéder à ces mesures.

L'OMS élabore des listes de définitions pré-codées de la CIF, afférentes aux maladies les

plus fréquentes, en collaboration avec des centres universitaires. Le Centre de réhabilitation médicale de l'Université de Munich, sous la direction du professeur bernois Gerold Stucki, est l'un des partenaires de l'OMS à participer activement au développement de listes de variables significatives se rapportant à douze états de santé : Polyarthrite chronique évolutive, ostéoarthrite, ostéoporose, douleurs dorsales, douleurs chroniques, dépression, obésité, accidents vasculaire-cérébraux, affections coronariennes, asthme, diabète, cancer du sein. Pour atteindre ce but, le professeur Stucki et ses collaborateurs procèdent comme suit :

- (a) Etude des résultats de recherches préliminaires dans les domaines considérés.
- (b) Collecte de données cliniques empiriques à prendre en considération.
- (c) Prise de contact avec des experts nommés par l'OMS et des professionnels de la santé et du social, issus de différentes cultures et des cinq continents, ayant tous une bonne

connaissance des problèmes en rapport avec l'un des états de santé spécifiques abordés.

(d) Invitation aux personnes contactées à participer à un *processus Delphi* ayant pour but de parvenir à un consensus sur les critères à retenir pour établir des ensembles appropriés de définitions pré-codées de la CIF à usage clinique par état de santé. Ce processus, qui se déroule en anglais, comprend plusieurs étapes :

1^{er} tour du processus Delphi

Chaque participant formule spontanément en mots ou en simples phrases ce qui devrait, à ses yeux, figurer dans un ensemble pertinent de définitions pour décrire l'état de santé (resp. trouble ou maladie) qu'il connaît particulièrement bien. Il transmet ensuite ses réponses par e-mail à l'équipe du professeur Stucki à Munich. Une chargée de projet regroupe chaque réponse sous une des 1860 définitions pré-codées de la CIF.

Tous les participants reçoivent par e-mail la liste exhaustive des définitions retenues, indiquant en % les participants qui ont spontanément choisi telle ou telle définition pré-codée.

2^{ème} tour du processus Delphi

Les participants sont alors invités à indiquer pour chaque définition figurant sur la liste si, oui ou non, ils la considèrent comme pertinente. Ils transmettent ensuite leurs réponses à l'équipe munichoise.

La chargée de projet réunit les réponses en une seule liste, indiquant le pourcentage des participants qui considèrent telle ou telle définition comme pertinente. Elle retourne ensuite les résultats par e-mail aux participants.

3^{ème} tour du processus Delphi

Les participants sont une nouvelle fois invités à se prononcer pour chaque définition figurant sur la liste et si, oui ou non, ils continuent à la considérer comme pertinente. Ils transmettent les réponses une fois de plus par e-mail à la chargée de projet, qui les regroupe comme lors du précédent tour.

4^{ème} tour du processus Delphi

Une partie de professionnels ayant participé aux trois premiers tours du processus Delphi se retrouvent ensuite au Centre culturel du Monastère Seon près de Munich pour une conférence de quatre jours, avec pour but de parvenir à un consensus sur les variables à

retenir définitivement pour les états de santé sur lesquels ils se sont prononcés précédemment par écrit.

Après une introduction en séance plénière, tous les participants sont répartis dans un nombre impair de groupes de travail. Chaque groupe est composé de 7 personnes représentant une large palette de professions, cultures et pays. Pour chaque état de santé abordé lors de la conférence, cinq à sept groupes de travail sont constitués.

Dans les groupes de travail, les participants donnent des arguments en faveur du maintien ou de la suppression des définitions de 2^{ème} niveau retenues lors du 3^{ème} tour. Pour chaque définition contestée, ils sont ensuite tous invités à voter pour ou contre son maintien sur la liste.

Les participants aux groupes de travail qui se penchent sur un même état de santé se retrouvent ensuite en séance plénière. Les définitions de 2^{ème} niveau ayant été retenues par tous les groupes de travail par au moins 50% des votants sont automatiquement maintenues sur la liste définitive des définitions pré-codées de la CIF à usage clinique pour l'état de santé spécifique en question.

5^{ème} tour du processus Delphi

Les participants sont ensuite invités, dans leur groupe de travail, à se prononcer pour ou contre le maintien sur la liste, des définitions de 2^{ème} niveau qui ont été retenues, lors du précédent tour, dans au moins un groupe de travail, par plus de 50% des votants. De plus, ils sont invités à voter sur le maintien ou non sur la liste, des définitions de 3^{ème} et 4^{ème} niveau. De retour en séance plénière, les définitions de 2^{ème} niveau, autour desquelles au moins 50% des votants de tous les groupes ont pu se rallier, sont maintenues sur la liste définitive à usage clinique.

6^{ème} tour du processus Delphi

Les définitions de 3^{ème} et 4^{ème} niveau qui ont été retenues, lors du tour précédent par les groupes de travail par au moins 50% des votants, sont rediscutées une nouvelle fois dans les groupes de travail. Si, après un nouveau vote, au moins 50% des participants de chacun des groupes de travail décident de maintenir une définition, elle reste automatiquement sur la liste définitive à usage clinique.

7^{ème} tour du processus Delphi

Les définitions qui de 3^{ème} et 4^{ème} niveau ayant été retenues lors du ~~3^{ème} tour~~ **Précisions** tour, dans au moins un groupe de travail par plus de 50% des votants, sont rediscutées en séance plénière et ensuite soumises à un dernier vote. Toutes les définitions qui rallient plus de 50% de suffrages sont également maintenues sur la liste définitive à usage clinique.

(e) Après avoir adopté, au terme de ce long processus, un ensemble de définitions pré-codées de la CIF à usage clinique, les participants sont invités à en retenir, par un nouveau processus d'élimination, une liste succincte dont il faudra à l'avenir tenir compte lors l'élaboration de nouveaux travaux de recherche.

Généralités sur les conférences internationales ayant pour but d'établir une liste d'un ensemble de définitions pré-codées de la CIF par état de santé spécifique

L'équipe du professeur Stucki du Centre de réhabilitation médicale de l'Université de Munich organise en collaboration avec l'OMS en tout trois conférences internationales pour établir les listes d'un ensemble de définitions pré-codées de la CIF pour 12 états de santé spécifiques. Les trois conférences ont pour cadre le monastère médiéval de Seon en Bavière. Deux conférences ont déjà eu lieu. Les participants à la première conférence, en octobre 2002, ont élaboré des listes de variables se rapportant à la polyarthrite chronique évolutive, l'ostéoarthritis, l'ostéoporose et les douleurs dorsales. En janvier 2003, j'ai représenté l'Association suisse des professionnels de l'action sociale (ASPAS) à la 2^{ème} conférence qui a réuni 133 professionnels (médecins, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, assistants sociaux) de 23 pays. Cette conférence était centrée sur les douleurs chroniques, la dépression, l'obésité et les accidents vasculaire-cérébraux. Une dernière conférence se tiendra en mai 2003 et traitera des affections coronariennes, de l'asthme, du diabète et du cancer du sein.

Lors de la conférence à laquelle j'ai eu l'occasion de participer, le travail, bien que très dense, s'est déroulé dans un climat agréable et stimulant, entrecoupé par des moments de détente et d'échanges

enrichissants.

Conclusions

La CIF est une classification du fonctionnement humain et du handicap. Elle regroupe de manière systématique les domaines de la santé et les domaines en rapport direct avec la santé. Pour chaque composante, les domaines sont regroupés en fonction de leurs caractéristiques communes (origine, type ou similitude) et ordonnés de manière signifiante. Pour rendre l'application de la CIF opérationnelle, il est néanmoins nécessaire d'établir des listes qui regroupent un ensemble pertinent de définitions pré-codées pour les conditions de santé et les maladies à longue durée les plus courantes. Cette démarche ne peut se faire valablement que par une approche multidisciplinaire. Lors de la conférence à laquelle j'ai participé, les médecins étaient nettement majoritaires. Dans la délégation suisse, les non-médecins étaient cependant bien représentés : Les associations professionnelles suisses des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, du personnel infirmier et des professionnels de l'action sociale ont su reconnaître l'importance du déf et ont chacune envoyé une délégation aux conférences précitées.

L'OMS pourra bientôt diffuser des ensembles de définitions pré-codés de la CIF pour douze états de santé spécifiques. La même démarche reste encore à faire pour de nombreuses conditions de santé et affections à durée indéterminée comme, par exemple, la démence, la schizophrénie, les états bipolaires, les troubles de l'audition, les difficultés de la vue, le handicap mental, la dépendance à l'alcool et les toxico-dépendances.

L'ECRIT

INFORMATIONS:

• VIIème congrès européen des infirmiers cliniciens, spécialistes cliniques et cliniciens consultants.

Jean-Marc Faust, Infirmier Clinicien

Le 30 novembre et 1^{er} décembre 2002 s'est déroulé en Savoie le VIIème congrès européen des infirmiers cliniciens, spécialistes cliniques et cliniciens consultants. Dans le contexte de la mise en place du binôme Icus/Clinicien de la section « E. Minkowski », il me paraissait intéressant de faire connaissance avec les différentes associations européennes organisatrices, dont l'ASRIC (association suisse romande des infirmières cliniciennes), ainsi que de partager l'expérience de mes collègues d'autres institutions européennes.

Organiser un tel congrès est relativement récent. "Nature et spécificité de la compétence clinique infirmière" est un thème ambitieux et passionnant. L'idée des organisateurs est apparemment de mettre en valeur la clinique infirmière en tant qu'entité propre par le biais des compétences. En définissant les compétences dans leur globalité, Jacques Tardif, psychologue, professeur à l'université de Sherbrooke, Québec, a précisé les axes principaux de travail vers les compétences cliniques infirmières. A partir de là, il est plus facile de pouvoir définir la fonction de cliniciens infirmiers et son champ d'activité. A l'aune de ces notions de compétences cliniques, plusieurs cliniciens praticiens, à travers de courts symposium, nous informent de la spécificité de leur travail quotidien. En finalité, quelque soit le département, les praticiens décrivent plusieurs difficultés communes tant au niveau de la reconnaissance de leur fonction que de l'affirmation de leur champ d'activité.

L'émancipation de la voie clinique de la gestion, afin de pouvoir concevoir et inventer différemment les soins, n'est pas totalement acquise. L'interface gestion-clinique demeure une nécessité réelle pour les différents intervenants, mais à mon avis doit s'articuler en interdépendance, et non dans un rapport de pouvoir ou de dépendance l'une face à l'autre. Il n'en demeure pas moins que cet état de fait est loin d'être atteint et qu'il nous faudra encore du temps pour s'affirmer complémentaires.

Etre moteur de changement, d'innovation, d'affirmation et de développement, voilà quelques thèmes travaillés lors du deuxième jour de congrès à travers quelques ateliers interactifs. La clinique de soins infirmiers reste un aspect des soins à faire évoluer dans un esprit de collaboration pluridisciplinaire afin de pouvoir mieux observer notre pratique et d'y apporter une plus-value.



Association vaudoise de proches de personnes souffrant de schizophrénie

Riches de l'expérience des rencontres Profamille, unis par l'esprit qui règne à l'occasion des échanges qui ont lieu au sein de divers groupes et soucieux du bien-être des proches de personnes souffrant de schizophrénie, une poignée de proche, appuyés par des soignants, ont décidé de se retrouver régulièrement et d'agrandir leur cercle. De cette idée est née l'îlot. Visitez leur site: www.lilot.org



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION: SERVICE DES SOINS INFIRMIERS
SITE DE CERY - 1008 PRILLY-LAUSANNE
[HTTP://WWW.HOSPVD.CH/PUBLIC/PSY/BPVL/](http://www.hospvd.ch/public/psy/bpvl/)

PRIX: FR.2