

DU DE PAIR-AIDANCE EN SANTÉ MENTALE

DIRIGÉ PAR LE PR FRANCK NICOLAS

**L'alliance de la pair-aidance et d'un futur rôle de soignant face
aux différents acteurs du système de santé**

Écrit et soutenu le 18 Septembre 2020 par RODIER Philippine
Sous la direction du Pr GUILLAUME Sébastien

Table des matières

Introduction.....	3
I) L'émergence de la maladie au développement de la pair-aidance et du soin: mon histoire personnelle.....	3
II) La vision des personnes concernées.....	11
III) Le point de vue de différents professionnels de santé.....	20
Conclusion.....	28

ABRÉVIATIONS

ACT : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

OBC : Obsession de la Dysmorphie Corporelle

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

UPUP : Urgences et Post-Urgences Psychiatriques

Introduction

L'histoire de ce mémoire s'inscrit principalement dans mon histoire et mes ressentis personnels. Je parle d'histoire car, ce mémoire est un réel aboutissement pour moi. La pair-aidance est donc un cheminement choisi et voulu dans cette histoire. La pair-aidance n'est que le fait d'avoir souffert de quelque chose – souvent une maladie psychique - et s'en rétablir pour utiliser cette expérience en accompagnant les autres personnes en souffrance. Celle-ci m'a paru être un choix évident en accord avec mon futur métier. C'est en juin 2016 que j'ai appris que je deviendrai soignante. C'est ce jour-là qu'une partie de mes rêves se sont effondrés. Je ne deviendrai pas médecin mais pharmacienne. Faire partie du corps soignant et être patiente semble être pour beaucoup une vraie antinomie, un challenge impossible. Ce mémoire sera donc dédié à ce double rôle : soignée et future soignante. J'entends par soignante, le fait de vouloir réellement aider/accompagner dans les soins en plus d'être formé grâce à des études médicales ou paramédicales. Selon moi, on peut être professionnel de santé sans être soignant. Mais, comment allier mon rôle de pair-aidante et celui de future soignante face aux différents acteurs du système de santé ? Ma réflexion se basera beaucoup sur mon stage de 35 heures exécuté au Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier où j'ai intervenu dans un groupe de psychoéducation sur l'anorexie et dans un Diplôme Inter-Universitaire sur les Troubles du Comportement Alimentaire. Le stage comprenait ces deux interventions mais aussi le temps de préparation pour celles-ci. Tout d'abord, je parlerai de mon parcours personnel, de l'émergence de la maladie au développement de la pair-aidance chez moi. En second lieu, il s'agira de traiter le point de vue des personnes concernées sur ce double-rôle. Finalement, nous traiterons la vision des professionnels de santé.

I) L'émergence de la maladie au développement de la pair-aidance et du soin: mon histoire personnelle

Pour comprendre mon parcours, il me semble nécessaire d'expliquer l'origine de mes souffrances. Cela me semble nécessaire également pour expliciter cette envie d'aider, cette envie de m'engager dans des études de santé puis dans la pair-aidance en santé mentale.

Je me suis toujours sentie différente. Il y avait comme un décalage entre moi et le monde, moi et les autres. Cependant, mes souffrances sont apparues aux yeux de tout un chacun en novembre 2013, j'avais seize ans, j'étais en terminale. La dépression était là depuis quelques années déjà mais, insidieuse, invisible aux yeux des autres. En novembre 2013, c'est l'anorexie mentale qui a pris place dans ma vie avec une mélancolie lasse, latente. Pour faciliter et fluidifier mon discours, je parlerai d'anorexie pour évoquer l'anorexie mentale. Mon parcours de soins a démarré en mars 2014 avec une consultation pour ce motif chez un médecin généraliste. Quelques semaines plus tard, je voyais une spécialiste, une endocrinologue au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU). Pourtant, ma souffrance ne tarissait pas, le baccalauréat approchant, l'inconnu des études supérieures se profilant et les kilos s'envolaient peu à peu. Ma première hospitalisation en nutrition au CHU se faisait le 24 juin 2014, le lendemain de mes épreuves du baccalauréat. J'ai vu cette hospitalisation comme une manière de me garder en vie, comme un renouveau, une fin à toute cette souffrance. Pourtant, j'en sortirai avec des kilos en plus, un poids sur les épaules en plus. Durant cette hospitalisation, les résultats du baccalauréat sont tombés : mention très bien et prise en classe préparatoire pour espérer, un jour, être vétérinaire. C'est alors que je me réfugie dans les livres, espérant oublier ma souffrance, espérant exceller de nouveau. Ce n'est qu'après cette hospitalisation que la boulimie s'impose dans ma vie. Les gens étaient heureux de me voir manger et moi, je perdais le contrôle petit à petit. J'étais perdue entre l'envie de plaire et cette envie de perdre, de me perdre. À cette époque, je n'avais pas réalisé que mes souffrances étaient bien plus profondes qu'une envie de plaire, qu'une envie de rentrer dans un short taille 36.

J'ai fait ma rentrée dans les études supérieures avec toutes ces difficultés. J'ai rapidement abandonné, ne supportant pas voir les mauvaises notes avec mon nom écrit tout en haut de la feuille. Je continue de voir un psychiatre qui me fait cheminer seule sur mon parcours de vie. Je me rends compte que j'ai toujours voulu aider. J'ai pris conscience que le harcèlement scolaire, subi au collège et au lycée, m'avait beaucoup marqué. J'ai pris conscience que la médecine vétérinaire était seulement là comme une béquille. C'était une béquille pour éviter les autres mais en continuant d'aider, toujours. J'ai donc voulu changer de voie et donner du crédit à ces humains qui m'avaient tant fait de mal. J'ai voulu être médecin. Pourtant, je me suis bien rendu compte que les difficultés alimentaires étaient un frein à ma réussite dans mes études. Je me suis faite hospitaliser dans une autre structure, la clinique Stella à Vérargues dans l'Hérault. Dans cette clinique, il y a une unité plus spécialisée dans les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), avec d'autres

priorités que celles du CHU. J'ai rencontré d'autres difficultés dans cette structure. J'ai eu beaucoup de mal à gérer mon autophobie, cette peur d'être seule dans des endroits inconnus. Cette phobie m'a fait rechuter. Je me sentais seule, perdue, abandonnée, terrorisée entre ces quatre murs. Je voulais seulement rejoindre une structure de soins que je connaissais : le CHU. Transférée à l'hôpital, j'ai fait mon bonhomme de chemin en gardant cet objectif en tête : devenir médecin. Je sortirai en avril et la rentrée scolaire n'est qu'en septembre. Cet objectif était louable mais, même avec toute la bonne volonté du monde, la maladie redevint très présente. La maladie muta, changea de forme pour aspirer à encore plus de destruction. Les vomissements sont apparus dans ma vie. Ils sont devenus une pensée obsédante. Plus rien ne comptait à mes yeux. Il fallait purement et simplement me détruire. Il fallait purement et simplement annihiler la mauvaise personne que j'étais. Je m'embourbais dans les pensées dépressives et anorexiques, les pulsions boulimiques. J'ai tenté une première fois de mettre fin à mes jours durant l'été. C'est ce rêve qui m'a maintenu en vie : aider les autres pour m'aider moi-même. Je voulais aider, soigner les autres pour guérir mes propres maux. Après tout, pourquoi vouloir devenir psychiatre si ce n'était pas pour cette raison là ? Je ne voyais que cette voie là pour mettre de côté l'anorexie, la boulimie, la dépression et tout le reste. Je voulais guérir les autres pour me trouver une raison d'exister. Je pensais que cette raison serait ma voie vers ma propre guérison. J'ai persisté longtemps à le croire tout en continuant à me détruire par le biais de la nourriture. Le premier semestre s'est achevé avec ce concours tant redouté. Les fêtes de fin d'année avaient un goût amer, le goût de l'échec. J'ai essayé de vivre ou plutôt de survivre durant cette période. J'alternais entre crises et restriction, maigre espoir et profond malheur.

Les résultats ont fini par tomber. J'étais en bonne position pour avoir cette place tant enviée dans les études de médecine. C'est à ce moment-là que je me suis laissée envahir par le syndrome de l'imposteur. Pourquoi méritais-je cette place ? Pourquoi moi ? Après tout, je n'étais bonne qu'à me détruire, incapable de perdre du poids. J'étais seulement capable de me remplir de nourriture et de continuer ainsi sans jamais m'arrêter. Je ne méritais pas cette place. Alors, j'ai succombé. J'ai succombé à cette partie de ma tête qui me vantait les bienfaits d'un poids toujours plus bas. Pourtant, je continuais à croire en ce rêve d'être médecin. J'étais dans l'ambivalence. L'ambivalence de vouloir aller mieux et celle de vouloir aller toujours plus mal. Le concours a choisi pour moi. J'ai donc appris le 21 juin 2016 que je n'étais pas acceptée en médecine. Je me suis sentie au bord du gouffre. Je me suis sentie échouer. Comme le dirait Henri Nouwen : « *Le plus grand piège dans*

notre vie n'est pas le succès, la popularité ou la puissance, mais le rejet de soi-même. « . Ce rejet de soi m'avait fait perdre mon rêve. J'ai cru que je n'avais plus aucune raison d'exister parce que sans les autres, qui étais-je après tout ? Il ne me fallait rejeter qu'une seule et dernière chose alors : ma vie. J'ai été sauvée par un concours de circonstances. C'est dans un lit d'hôpital, des cathéters dans les deux bras que j'ai fait un choix. J'ai choisi de continuer mes études en prenant la filière pharmacie. Le début de mon parcours dans les études de santé. Ce n'est pas celui que j'imaginais, loin de là. Ce parcours, il a été long et laborieux dans des études qui ne me plaisent pas, même aujourd'hui.

Les études m'ont poussé à toujours vouloir plus, à vouloir être la meilleure. Les études m'ont poussé dans un monde inconnu sans me montrer la marche à suivre. Les études, mal organisées, m'ont montré des voies inadaptées pour me parfaire sans savoir. Les études m'ont bourré le crâne sans me questionner sur ma propre personne et mes propres objectifs. Pourquoi apprendre ? Dans quel but ? Qu'est-ce que je voulais réellement dans ma vie ? Pourquoi est-ce que je voulais soigner, aider, accompagner ? J'avais certes déjà quelques clés mais, il fallait tout reconstruire sous un œil neuf. J'avais échoué à entrer en faculté de médecine parce que la maladie avait supplanté toutes mes envies. Il fallait maintenant découvrir qui j'étais réellement. Il m'a fallu bien des années pour comprendre que j'étais réellement faite pour aider. Ce n'était pas/plus une envie de guérir par le biais des autres. C'était une volonté de ma part. Je voulais et je veux toujours être proche des gens. Je veux accompagner dans ces moments douloureux qui peuvent accompagner la maladie somatique ou psychique. Je veux apprendre et voir la belle mécanique du corps humain. J'ai une soif de comprendre ce qui se passe dans ce corps trop longtemps maltraité. Comprendre la mécanique humaine pour renouer avec mon enveloppe charnelle, c'était la seule voie que je voyais. Dans mes études, j'ai appris beaucoup comme la galénique, la physiologie, les mécanismes d'action d'un millier de médicaments mais, je me suis retrouvée démunie face à la vulnérabilité humaine. J'ai été en stage, sur le terrain, en officine ou à l'hôpital et j'ai été surprise de voir que l'on nous apprend beaucoup mais, peu sur les choses de la vie. Et pourtant, tout pharmacien conseille sur la prise médicamenteuse, les conseils hygiéno-diététiques associés. Et pourtant, tout pharmacien dans une officine écoute les petits maux comme les grosses pertes, les décès, les accidents. Alors, pourquoi n'apprend-on pas plus durant les études sur la communication, sur la manière et l'art d'écouter attentivement les autres ? Cela me semble important de savoir comment accueillir les mauvaises nouvelles vécues par les patients. Cela me semble important de savoir

comment gérer ses propres souffrances face au malheur de ceux que l'on accompagne. La santé mentale fait partie de ces enjeux. Il faut connaître la terminologie de la santé mentale, ce qui en découle en tant que soignant pour aider au mieux les patients à l'accepter. Néanmoins, j'ai remarqué que celle-ci était déjà présentée péjorativement face aux étudiants en pharmacie de ma faculté.

Pour exemple, lors de ma 4ème année en pharmacie, il y a eu une intervention sur la dépression. Lors de cette intervention, l'intervenant, interniste de profession, nous présentait la dépression comme « une envie de se défenestrer dès cinq heures du matin » et les étudiants en face n'ont fait que rire.

Ceci relève plusieurs problèmes. Déjà, il me semble presque obligatoire que la santé mentale soit enseignée par des professionnels de ce domaine. Réserveons l'enseignement de la psychiatrie par des psychiatres, des psychologues, des infirmiers par exemple. Il me semble qu'ils sont les mieux placés pour exprimer et faire comprendre toute la subtilité des pathologies psychiques aux étudiants. Dans mes études, j'ai vu que les subtilités des maladies somatiques étaient bien mieux expliquées que celles résidant dans les maladies psychiques. Il y a là toute une enquête à mener : est-ce un problème de stigmatisation liée à la condition de la maladie psychique ? Est-ce un défaut seulement dans l'enseignement dans ma faculté ? Est-ce ma propre subjectivité qui trouble mon jugement ? En tout cas, c'est suite à une intervention sur la dépression que j'ai eu un déclic et une véritable envie : déstigmatiser les troubles psychiques. J'entends par déstigmatisation, le fait de mieux faire comprendre les troubles psychiques. Ceci permettra à la population générale d'avoir une posture plus empathique face aux personnes en souffrance. J'ai longtemps réfléchi sur le format, le canal de communication pour cette déstigmatisation. J'ai mûri ce projet plusieurs mois, passé un concours d'éloquence pour le présenter en janvier 2019. C'est comme cela qu'est né Psych'Educ, chaîne Youtube sur la déstigmatisation des troubles psychiques. Première idée qui a, bien entendu, évolué. Elle s'est aussi confrontée à plusieurs problèmes. Je ne me sentais pas légitime à ouvrir une chaîne Youtube sur la santé psychique en tant qu'étudiante en pharmacie. Pourquoi serais-je plus légitime qu'un étudiant en médecine ? Parce que je suis patiente ? À ce stade du projet, je ne savais pas si je devais parler du fait que j'étais patiente. À travers des cours d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), j'ai compris que les patients avaient légitimement leur place dans le système de santé. Ils n'étaient pas que passifs. Ils n'étaient pas que des pions à

soigner. Ils pouvaient aider les autres à aller mieux, à guérir. De plus, je n'étais pas la seule à vouloir faire bouger les choses. J'ai pris de l'assurance et j'ai voulu exploiter le fait d'être patiente. Je voulais faire valoir ma condition de patiente dans ce projet. Encore en plein chemin vers la guérison, je ne pouvais qu'être patiente faisait partie de mon passé. Encore aujourd'hui, je suis toujours suivie mais, je suis en bonne voie vers le rétablissement. J'aborde le terme de rétablissement à ce moment-là de mon discours car, à l'époque, je ne connaissais pas le rétablissement. Ce n'est qu'au biais de mes recherches sur internet que j'ai découvert la pair-aidance et la notion de rétablissement. Je m'étais d'abord dirigée vers le statut de patient expert. Même si la limite entre les deux terminologies est fine, j'ai préféré me diriger vers le Diplôme Universitaire (DU) de pair-aidance en santé mentale. En effet, je voulais me spécialiser dès le début. Je pense également que j'étais prête à rencontrer des pairs. J'étais prête à rencontrer d'autres personnes souffrant ou ayant souffert de problématiques de santé mentale. Je savais que les rencontrer, échanger avec eux n'allait plus m'impacter et m'enfoncer. À ce stade-là, j'avais besoin de rencontrer, d'échanger autour de ma pathologie. Il me semblait nécessaire de sortir de ma formation pharmaceutique et d'apprendre autrement. Je voulais sortir des sentiers battus, apprendre par moi-même et tracer mon propre parcours. J'avais besoin de choisir comment modeler mon parcours universitaire. Je n'avais pas choisi pharmacie alors, je voulais choisir le reste. La pair-aidance chez moi s'inscrit dans cette volonté d'aider mais, d'aider autrement que ma formation pharmaceutique. La pair-aidance est pour moi un moyen de légitimer cette place de patiente. J'ai besoin de me former pour être crédible dans mes projets. Je suis encore jeune, sans expérience d'un métier quelconque. Je n'ai pour savoir que celui de la maladie et de mes études universitaires alors, autant les utiliser au mieux et me former en conséquence. La pair-aidance s'inscrit donc la continuité de ce projet de chaîne Youtube. Elle s'inscrit surtout dans la continuité de mon état d'esprit : vouloir aider puis celui de vouloir changer les choses.

Malgré tous les inconvénients que j'ai rencontrés, les études m'ont beaucoup appris. J'ai exploré beaucoup de domaine et vu d'innombrables choses. Je suis fière d'avoir pu accéder à de telles études malgré mes difficultés. J'ai surmonté des limites dont je ne me croyais pas capable. Mes études durant mes diverses hospitalisations ont toujours été un moteur. Ces études m'ont toujours raccroché à un objectif : retrouver une vie sociale. Je n'ai jamais été déscolarisée et je pense que cela m'a énormément aidé. J'avais toujours eu un pied-à-terre, quelque chose à faire. J'ai

également fait de belles rencontres personnelles et professionnelles. Ces gens que j'ai rencontrés m'ont beaucoup apporté. J'ai pu me sentir écoutée et aimée et ceci a très largement aidé à me guider vers le rétablissement. Malgré les embûches, j'ai réussi à trouver une voie pour me rétablir, une voie pour m'épanouir. J'ai trouvé un domaine qui me plaît en médecine : l'addictologie. Cette branche de la médecine semble me convenir. On y parle biologie, examens cliniques mais aussi psychisme. C'est un domaine que j'ai pu découvrir en stage durant cette année scolaire 2019/2020. C'est aussi un domaine qui me parle beaucoup en tant que patiente et pair-aidante. Effectivement, je vis mes TCA comme une addiction. Je vis, encore aujourd'hui, les vomissements comme un carcan. J'ai parfois cette envie, ce besoin de, ce craving de me faire vomir. Je sais que retourner dans ces habitudes-là est un signe de rechute et pourrait me mettre en difficulté. Pourtant, je sais aussi qu'aujourd'hui, j'ai acquis les compétences pour ne pas replonger dans ce cercle vicieux qu'est la purge. Je n'ai plus peur de vomir, de façon naturelle ou non, parce que je sais ce que cela me coûte de replonger dans la maladie. Je prends seulement les vomissements comme un signal d'alerte. Si vomissement il y a, il faut que je sois vigilante sur ma façon de m'alimenter les jours suivants. Je pense que le rétablissement est aussi là : savoir ses failles et ses faiblesses pour mieux se connaître. À mon sens, la connaissance de soi est une clé majeure dans le rétablissement.

Pour me diriger vers le rétablissement, j'ai pioché dans mes ressources personnelles. J'ai utilisé la force en moi, non pas pour me détruire mais, pour avancer. Les débuts ont été difficiles. Il a fallu faire des concessions. Pour être en bonne santé, je me devais de récupérer ce poids perdu. Pour être en bonne santé physique mais aussi psychique. Je ne pouvais me résoudre à aller mieux psychiquement si je ne retrouvais pas un poids santé. La première leçon se trouvait là : faire le deuil de la maigreur. Être maigre ne m'apportait que malheur et désillusions. Mais avant tout, j'ai tout d'abord compris que pour aider les autres, il fallait que j'accepte l'aide pour moi-même. J'ai donc tendu la main aux médecins, psychologues etc. puis à mon entourage qui m'accompagnaient et, je leur ai tout livré, sans mensonge, sans faux semblant. J'ai d'abord pris le temps de comprendre mes maux avec toute mon équipe soignante. Puis, je me suis livrée à mon entourage. Ne plus avoir honte de souffrir, le dire à mes proches a été une étape cruciale. J'ai parlé en premier lieu à mes amis, vint ensuite ma famille proche, celle qui me soutenait le plus. Il a fallu identifier les personnes ressources pour moi. Une personne ressource est, selon moi, une personne sur laquelle on peut s'appuyer sans être jugé. Il me semblait plus facile de voir ces ressources dans mes amis plutôt que dans ma famille. J'ai pris le temps de leur dire les choses, sans me précipiter.

Mais avant, il fallait comprendre certains mystères qui restaient en suspens. C'est là que l'équipe soignante est entrée en jeu. À travers toutes les consultations, les hospitalisations, j'ai donc essayé de comprendre pourquoi j'en étais arrivée à l'anorexie. Pourquoi avais-je donc eu besoin de retrouver ce corps ? Pourquoi avais-je eu l'impression de l'avoir perdu seulement ? J'ai tout d'abord fait des liens seule. Ceci m'a seulement amené plus d'interrogations. Alors, j'ai fini par parler et questionner ces personnes qui étaient là pour m'aider. J'ai appris et compris sur mon enfance, sur l'origine partielle de mes maux. J'ai appris que ce que j'avais vécu n'était pas anodin. J'ai mis du temps à y mettre un mot sur ces maux. Je réalise de plus en plus que j'ai été victime d'attouchements sexuels, d'inceste, à mes 10 ans et de viols conjugaux à mes 19 ans. Dans le déni de ces attouchements, ils m'ont pourtant marqué. À 16 ans, j'avais perdu l'impression de vivre dans ce corps qu'était le mien. J'étais perdue dans cette enveloppe corporelle en plus d'être perdue quant à mon avenir dans les études supérieures. Un régime est venu comme une solution pour renouer avec ce corps qui me semblait perdu. Contrôler est venu s'installer naturellement. L'anorexie s'est ensuite imposée à moi. Loin d'être un choix, l'anorexie s'est ancrée en moi sans que je ne m'en rende compte à l'époque. Puis, les viols se sont inscrits dans une relation malsaine et abusive où je découvrais et comprenais tout juste mon passé incestueux. Il a été dur de sortir de cette relation mais, le début de mon rétablissement a commencé quand je suis sortie de cette relation.

Les rouages vers un mieux-être se mettaient délicatement en place pour amorcer un changement. J'ai été hospitalisée à la clinique Stella où on a cru en moi. On m'a donné pour mission de m'occuper de la page Facebook de l'association reliée à mon unité de soins. Cette association, Aile Papillon, m'a beaucoup aidé. En effet, je commençais à me sentir utile grâce à ce « travail » de communication. C'est en 2018 que j'ai réellement pris de l'assurance concernant mes ressources et mon pouvoir d'agir. Les choses ont doucement avancé dans ce sens. J'ai pris le temps de prendre soin de moi ainsi que de ma santé psychique. J'ai écouté mes émotions, mes ressentis sans les brider, sans vouloir les anesthésier de nouveau. J'ai écouté ce corps qui se réveillait peu à peu à mesure qu'il prenait du poids. Je ne l'ai pas renié. J'ai donc essayé d'aimer mes études et de m'y épanouir comme je le pouvais. Cependant, je ne peux oublier mon souhait d'être médecin. Après avoir tout essayé dans mes études présentes, je sens que la meilleure des voies pour mon épanouissement professionnel est celui d'allier la médecine et la pair-aidance. Je pense sincèrement que la médecine est plus propice à développer la pair-aidance que la pharmacie.

Néanmoins, je ne place pas tous mes espoirs en cette réorientation. Je sais que j'ai le droit de vivre même si j'échoue à rentrer dans une faculté de médecine. Je sais que mon rétablissement ne tient pas seulement à mes études. J'ai les ressources pour agir de moi-même et, parce qu'après tout « *Je suis le maître de mon destin, je suis le capitaine de mon âme.* » comme le dirait William Ernest Henley.

À ce jour, j'avance encore sur beaucoup de choses. Il existe encore des périodes où cela va moins bien. Il y a des périodes où les reviviscences des traumatismes sont plus fortes. Il y a aussi des périodes où le perfectionnisme devient omniprésent. Je sais que j'ai encore du chemin à faire. Cependant, je sais aussi que les beaux jours sont devant moi. Je crois réellement en moi. Ce n'est plus une hypothèse que j'émets. Je vais réussir à concrétiser mes projets et j'y crois enfin.

II) La vision des personnes concernées

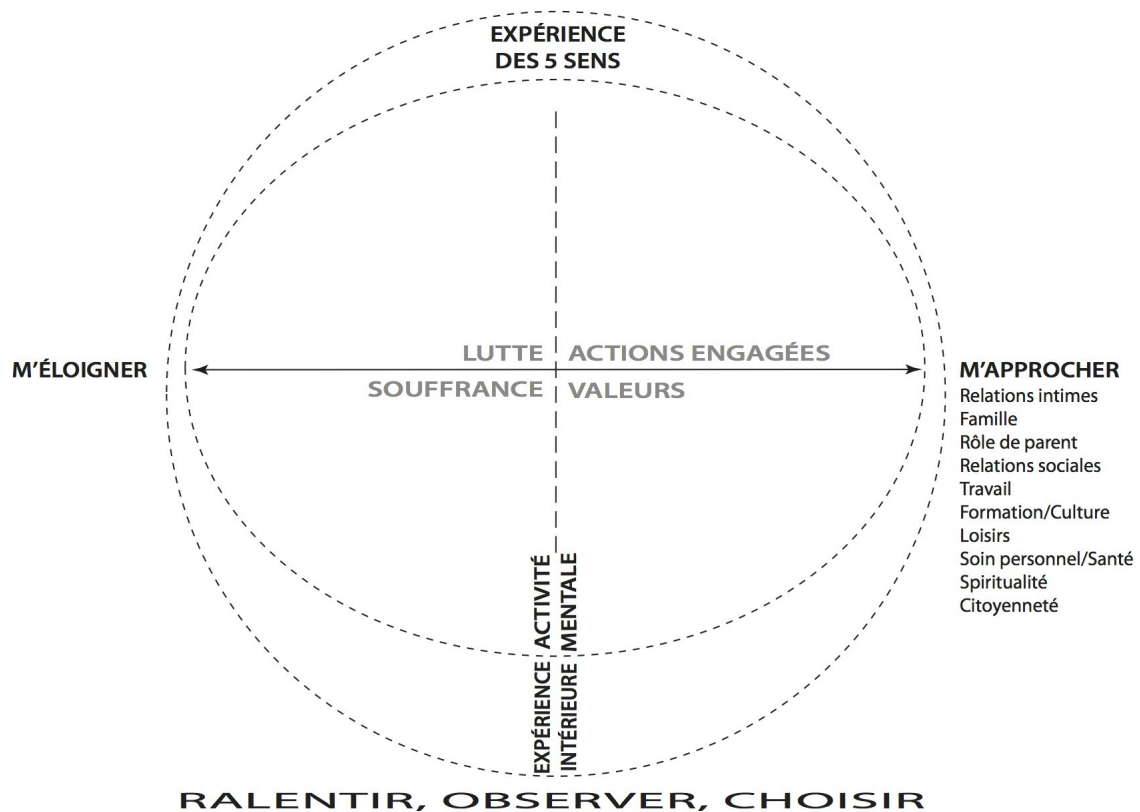
La première partie de mon stage s'est effectuée au sein même du CHU de Montpellier. C'est entre l'unité Urgences et Post-Urgences Psychiatriques (UPUP) et le département d'endocrinologie-nutrition qu'est rattaché la plateforme multidisciplinaire des TCA. C'est une plateforme pour l'évaluation et les soins des troubles des conduites alimentaires. C'est une équipe pluridisciplinaire alliant psychiatrie et endocrinologie. Les soins rattachés à la psychiatrie, dont le groupe de psychoéducation, étant sous la responsabilité du Pr Guillaume.

Ce groupe de psychoéducation sur l'anorexie mentale uniquement a été une première en France lors de sa création en 2017. En tout cas, à l'époque, aucun centre spécialisé dans les TCA n'avait publié de données allant dans ce sens. Il existe des groupes pour les TCA mais aucun n'était réservé à l'anorexie mentale spécifiquement. À ce jour, il existe désormais un programme d'ETP qui se trouve à la clinique Stella à Vérargues dans l'Hérault. Ce groupe a fait l'objet d'une thèse de médecine soutenue en 2018 par le Dr Millaud Fanélie (1). Il y a eu trois sessions à ce groupe de psychoéducation, une de janvier à avril 2017, une autre de mai à juillet 2017 et la dernière de septembre à novembre 2017. Ce programme se voulait court mais, surtout accessible à tous les sous-types d'anorexie mentale. Le format de groupe était là pour réduire l'isolement et permettre l'échange entre les patients. Le groupe était un groupe fermé, c'est-à-dire,

que le groupe était constitué au départ et aucune autre personne ne pouvait prendre le groupe en cours de parcours. Il y avait 8 séances au total, une séance de 1h30 par semaine. Tout ceci se déroulait au CHU Lapeyronie à Montpellier. À l'époque, le groupe était animé par une psychiatre et un interne en psychiatrie. La thèse du Dr Millaud (1) nous explique que chaque séance suivait le déroulement suivant :

- Accueil des patients
- Temps de relaxation
- Résumé de la séance précédente
- Revue des tâches à faire à domicile
- Thème de la séance et apport théorique/pratique
- Tâche à faire pour la semaine suivante
- Réponses aux questions
- Clôture de la séance

Les séances permettaient d'aborder différents thèmes comme les conséquences somatiques mais, aussi psychologiques de la maladie par exemple. Il y était abordé également différentes techniques pour aller mieux, les stratégies de coping, comme la matrice ACT. Cette matrice est issue de la thérapie ACT qui est la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement. En résumé, cet outil est un cercle découpé en 4 parties égales. Dans le livre Borderline : cahier pratique de thérapie à domicile écrit par le Dr Déborah Ducasse et Véronique Brand-Arpon (3), la matrice y est expliquée dans le cadre du trouble borderline. Le livre explique que « pour nous, les êtres humains, nous cherchons soit à nous approcher ou à nous éloigner de choses de l'expérience des 5 sens (donc des choses extérieures à nous), soit à nous éloigner de choses auxquelles nous ne voulons pas penser (...) ou à nous approcher de choses qui sont importantes pour nous dans la vie ». Voici à quoi ressemble la matrice ACT :



De manière idéale, il faut commencer à remplir la matrice par la partie en bas à droite, ce sont les valeurs, ce qui est important pour moi. Ces valeurs sont la direction dans laquelle nous voulons aller. Après, il faut remplir la partie en bas à gauche qui sont les obstacles intérieurs ou « hameçons ». Ces obstacles intérieurs « nous conduisent à faire autre chose que ce que nous aurions fait si nous ne nous étions pas laissés hameçonnés ». Après ceci, il faut écrire la partie en haut à gauche qui est les actions faites sous le contrôle des hameçons. En dernier lieu, la partie en haut à droite est remplie. Dans cette partie figure les choses qui nous permettent de nous rapprocher de nos valeurs.

La thèse du Dr Millaud (1) nous résume les sujets de chaque séance :

- Séance 1: Présentation du groupe, présentation de la matrice ACT et réflexion autour des valeurs
- Séance 2: Les symptômes de l'anorexie mentale
- Séance 3: Les complications somatiques
- Séance 4: Facteurs de risques, facteurs d'entretien de la maladie

- Séance 5: Les relations interpersonnelles et affirmation de soi
- Séance 6: Estime de soi /Perception de soi et de son corps
- Séance 7: Perfectionnisme et hyperactivité
- Séance 8 : Les prises en charge existantes et synthèse du groupe

Concernant l'intégration des patients, ils étaient intégrés aux groupes avec un diagnostic récent de la maladie et n'étaient donc pas en phase chronique de la maladie. Selon un article de l'INSERM (2) écrit en juin 2014, on dit que l'anorexie devient chronique à partir de cinq ans d'évolution. À cinq ans d'évolution, deux tiers des sujets ayant souffert d'anorexie mentale sont guéris. De plus, il fallait que l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ne soit pas trop bas, c'est-à-dire au-dessus du 14. Il faut, avant l'intégration au groupe, avoir un avis médical pour savoir si la personne pourra bien suivre le groupe au vu de situation psychique, médicale, sociale etc.

La thèse (1) conclue que « plusieurs patientes auraient voulu que nous organisions une rencontre avec un patient « qui s'en est sorti », un témoignage qui serait aidant selon elles ». Cette amélioration du programme a été ajoutée dans les groupes de psychoéducation suivant la thèse. C'est en toute connaissance de cause que le Pr Guillaume m'a demandé d'intervenir dans le groupe de psychoéducation dans le cadre de mon DU de pair-aidance en santé mentale. De plus, « certaines patientes ont exprimé le fait qu'elles auraient souhaité rencontrer une patiente « *qui s'en est sorti* » ou au moins avoir un témoignage, afin de comprendre comment se passe « *la vie après la guérison* », ou du moins d'aborder la reprise de poids et le parcours vers la rémission ». On voit que même sans connaître et évoquer la pair-aidance, cette dernière a de l'intérêt aux yeux des personnes concernées par l'anorexie mentale. On constate donc que l'émergence de la pair-aidance dans les TCA est une bonne chose. L'instauration de la pair-aidance sera donc quelque chose de bénéfique pour les personnes en souffrance. Néanmoins, comme toute activité, il faut que la pair-aidance soit encadrée et que chaque intervenant connaisse suffisamment ses limites pour laisser de la place à l'autre.

Me concernant, j'ai pu participer à ce groupe de psychoéducation en tant que patiente durant la deuxième session qui s'est passée de mai à juillet 2017. Au début du groupe, j'étais hospitalisée à la clinique Stella citée précédemment. J'étais encore en dénutrition, cherchant à retrouver un poids santé. Ce groupe m'a beaucoup aidé. J'ai revu certaines choses sous un œil neuf comme les

conséquences somatiques de l'anorexie. Effectivement, à ce moment de mon parcours, j'étais plus ouverte à entendre et à comprendre que mon corps souffrait à cause de l'anorexie. En 2017, j'étais dans une démarche qui commençait à s'ouvrir aux soins. Pour mémoire, cela faisait quelques mois que j'avais quitté cet homme qui m'agressait sexuellement. Je m'étais faite hospitaliser peu de temps après cette rupture. On m'avait proposé ce groupe dans l'optique de continuer à m'engager dans les soins après une longue période d'errance médicale et de refus de soins de mai 2015 à fin juin 2016. Je retrouvais dans ce groupe beaucoup de connaissances hospitalisées en même temps que moi. Personnellement, j'en ai gardé un très bon souvenir. Je me rappelle que c'est la première fois que l'on me parlait d'un outil qui m'a beaucoup marqué : la matrice ACT. C'est un outil que j'utilise beaucoup au quotidien. Par exemple, quand j'ai une décision importante à prendre, je visualise la matrice et essaye de positionner ma décision dans le côté gauche ou droit de celle-ci. Cet outil me permet de trancher sur une décision à prendre. Est-ce que cette décision est bonne pour moi ? Est-ce que celle-ci est en accord avec mes valeurs ? En effet, prendre une décision est toujours quelque chose de complexe pour moi. Depuis que j'utilise la matrice ACT, ces difficultés ont diminué. Je peux maintenant utiliser la matrice facilement sans avoir besoin de feuilles ni de stylos à force de l'avoir dessinée. À mon avis, on peut utiliser la matrice ACT qu'on soit porteur d'une vulnérabilité psychique ou non. En tout cas, c'est un outil que je recommande même à mes amis ne souffrant pas de pathologies psychiques. Reconnaître ses valeurs, savoir ce que l'on veut être dans la vie n'est pas quelque chose de réserver aux personnes concernées par des problématiques de santé psychique.

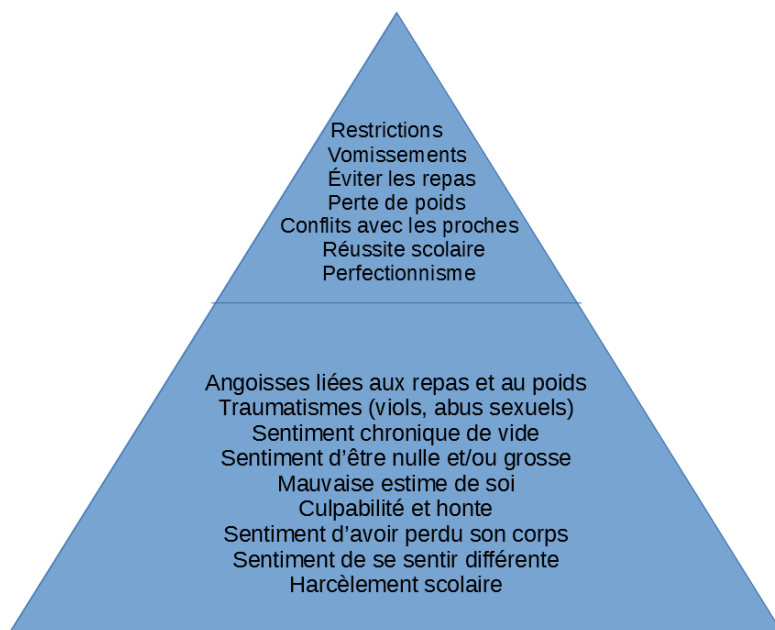
À ce jour, le groupe de psychoéducation a vu ses modalités changer. Aujourd'hui, le groupe est animé par une neuropsychologue et une psychiatre. De plus, il est réduit à une seule séance d'une journée. Cette séance se passe pendant les vacances scolaires. En effet, les patients inclus étant souvent des personnes mineures et scolarisées, il était compliqué pour certains de rater des cours pendant 8 semaines même si cela ne correspondait qu'à une demi-journée. Il est plus facile pour des personnes mineures de se libérer pendant les vacances scolaires mais c'est aussi le cas pour leurs parents. Cependant, réduire le groupe de psychoéducation à une seule journée oblige donc à réduire le programme et à laisser de côté certains points du programme. Ce dernier pendant cette journée était donc le suivant :

- Présentation du groupe, des intervenants et des patients
- Tâche de l'iceberg ou comment représenter l'anorexie
- Symptômes de l'anorexie et conséquences psychologiques, relationnelles, somatiques de la maladie
- D'où vient l'anorexie ? Quels sont les facteurs favorisant ? Ceux d'entretien ?
- Rôle de l'entourage
- Affirmation de soi et estime de soi
- Dysmorphophobie et exercice « Retouche moi pas ! »
- Fausses cognitions et perfectionnisme
- Objectifs des soins
- Thérapie multidisciplinaire : quels sont les acteurs ?
- Différents groupes disponibles pour aller mieux
- Bibliothérapie et témoignages
- Anorexie, rétablissement et pair-aidance

C'est dans cette dernière partie « anorexie, rétablissement et pair-aidance » que j'intervenais pour parler de ces notions mais, surtout de mon parcours personnel.

En février 2020, le groupe était de 9 personnes concernées par l'anorexie, des jeunes filles majeures et mineures. La plupart des patientes étaient hospitalisées à la clinique Stella et se connaissaient. Allant souvent à la clinique Stella pour parler de l'association « Aile Papillon », j'ai eu la chance de voir certaines des personnes que j'allais véritablement rencontrer durant le groupe. Tout d'abord, nous, les intervenants dont je faisais partie se sont présentés et nous avons explicité les règles du groupe. Le groupe est confidentiel : en dehors de celui-ci, rien ne doit être répété. Après, nous avons constitués des binômes ou des trinômes entre les personnes concernées qui ne se connaissaient pas. Pendant quelques minutes les personnes se présentaient entre elles puis, il y avait une restitution à toute la salle. Le but était de créer une dynamique de groupe, instaurer un climat de confiance et donc de faciliter le dialogue entre tout le monde. Ensuite, chacun a pris trois bouts de papier et a écrit ce que représentait pour lui l'anorexie mentale. Tout le monde avait une vision différente mais des notions se rejoignaient: restriction, souffrance, prison. Les similitudes de mots étaient plus présentes entre les patientes. Néanmoins, les mots qu'avait choisis la neuropsychologue n'étaient pas si éloignés des notions évoquées par les personnes concernées donc moi. Ensuite, nous avons parlé du sujet suivant : l'iceberg. Nous avons demandé aux

personnes concernées de faire un triangle et de séparer celui-ci en deux parties : la partie du haut serait les symptômes visibles de la maladie et la partie d'en bas seraient les symptômes cachés. En effet, il y a une face visible – partie émergée – et une face invisible – partie immergée – de l'iceberg. La partie visible est la perte de poids, la restriction, les vomissements. La partie invisible de cet iceberg est la partie la plus importante et représente des sentiments, des émotions, des pensées. Cette partie invisible est plus importante car, c'est souvent elle qui conduit à l'apparition de la maladie. Je vous propose une représentation de mon iceberg :



Ensuite, nous abordions les symptômes, les comportements alimentaires puis, les retentissements psychologiques et somatiques. En tant que pair-aidante, j'ai laissé mes collègues psychiatre et neuropsychologue expliciter ce sujet. Nous n'étions qu'au début de la journée et j'avais du mal à prendre mes marques même si tout le monde était bienveillant envers moi. De plus, j'estimais que cette partie leur était réservée. En effet, malgré ma formation initiale en pharmacie, j'intervenais dans ce groupe en tant que pair-aidante et non en tant que future professionnelle de santé. Je n'osais pas trop dire que j'étais aussi de « l'autre côté de la barrière », que je me formais pour être moi aussi soignante. En effet, j'avais peur que les personnes concernées le prennent mal. J'avais peur que cela brise le climat de confiance qui régnait dans le groupe. Ce futur rôle de soignante est entré dans la balance pendant la pause de midi. J'avais déjeuné avec les personnes concernées. On avait créé un petit groupe où on avait pu échanger durant cette pause. On avait mangé, parlé de nos études, de ce que l'on aimait dans la vie. J'ai beaucoup aimé cette pause qui nous a rassemblées. Ce qui m'a marqué c'est quand j'ai parlé de mes études à une des personnes

concernées, Mlle R. Tout le monde sauf les deux intervenantes étaient rentrées dans la salle du groupe. À l'époque, Mlle R est mineure, est encore au lycée et souhaite se lancer dans le même parcours universitaire que moi. Elle hésite entre médecine et pharmacie. Je lui parle de la matrice ACT pour trouver sa voie véritable et non celle de ses parents. De fil en aiguille, on finit par parler de mon parcours, de mes hospitalisations. C'est là qu'elle me révèle qu'elle a été hospitalisée au CHU il y a quelques mois et que la pose de la sonde naso-gastrique l'a traumatisée. C'est à ce moment qu'elle commence à pleurer. J'ai été touchée, déboussolée mais, je lui propose quand même de marcher pour qu'on puisse en parler un peu plus tranquillement, loin des autres filles. J'ai essayé de trouver les mots pour la rassurer et ses larmes ont fini par s'atténuer. Cette expérience m'a fait comprendre que j'étais vue comme la pair-aidante que j'étais. L'annonce de mon futur métier n'avait rien bloqué chez elle. Elle s'était confiée à moi comme on pouvait le faire avec quelqu'un en qui on avait confiance. Après cette pause du midi, je me suis sentie plus à l'aise, plus en confiance pour continuer le groupe. J'ai pris plus d'assurance dans ce que je disais sur moi : j'avais ma place ici et ma parole comptait aux yeux des personnes concernées. Nous avons repris le groupe là où on l'avait laissé, à l'explication de l'affirmation de soi. Cette dernière est une attitude qui favorise l'égalité dans les relations humaines. Celle-ci permet une libre expression de nos sentiments sans nier les droits des autres. Nous avons parlé des trois modes de communication : passif, agressif et assertif. Ce dernier mode est celui qui correspond le mieux à une personne affirmée. Après, nous avons expliqué l'estime de soi qui est les regards et les jugements portés sur nous-mêmes. Ensuite, nous avons parlé de dysmorphophobie qui se caractérise par des pensées excessives concernant son apparence physique. Selon le livre Traiter la dysmorphophobie : l'obsession de l'apparence écrit par Caline Majdalani (4), la dysmorphophobie ou Obsession de la Dysmorphie Corporelle (OBC) est « une affection psychologique (...) relative à l'apparence physique en référence à des normes éducatives et sociétales de la beauté ». De plus, ce sont des « préoccupations corporelles à caractère obsessionnel-compulsif (...) à l'origine d'une souffrance et de l'altération du fonctionnement socio-professionnel ». Par conséquent, estime de soi et OBC sont liées car quand on souffre de dysmorphophobie, nous avons une mauvaise image de nous-mêmes. Nous avons défilé quelques diapositives de l'exercice « Retouche-moi pas ! » pour que je puisse avoir un peu plus de temps pour expliquer mon rôle. Cet atelier montre des photos de mannequins dans les magazines qui ont été retouchées. On y montre la photo du magazine et la photo originale. Le but est de constater le – grand – nombre de différences entre la photo originale et celle montrée dans ledit magazine. Voici un exemple :

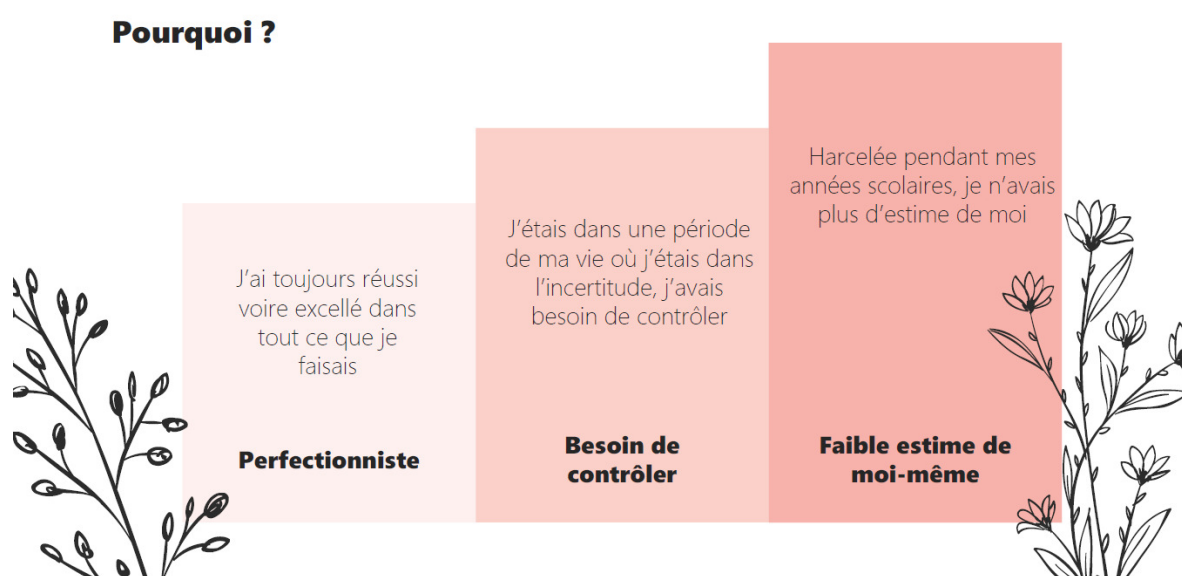


Ce n'est qu'après que nous avons abordé le sujet des fausses cognitions. Ce sont les pensées que la « voix » de l'anorexie dit aux personnes concernées. Ce sont, par exemple, des pensées qui font croire que manger un aliment X fait grossir. Enfin, nous finissons sur la thérapie pluridisciplinaire dans le cadre de l'anorexie et les groupes possibles pour aller mieux.

C'est aux alentours de 16h que j'ai commencé à parler sur mon thème « anorexie, rétablissement et pair-aidance ». Je l'avais intitulé à l'époque « Mon parcours : de la maladie à la pair-aidance » pour que les personnes se sentent plus concernées. Effectivement, en 10 diapositives je parlais essentiellement de mon parcours et je trouvais important de le rappeler. Lors de la pause de midi, elles avaient eu un aperçu de celui-ci. On avait pu échanger sur mes aspirations, sur ma fonction dans le groupe. J'ai donc débuté ce diaporama par une brève présentation avec mon prénom, mon âge, mon statut d'étudiante. J'y ajoutais que j'étais « patiente également mais, maintenant ça va mieux ». Après, je citais Oscar Wilde avec cette phrase : « l'amour de soi est une idylle qui ne finit jamais ». La diapositive suivante comportait quatre points où je parlais brièvement de mon parcours :

- Souffre d'anorexie depuis 2013 : le début de l'enfer
- Début de la boulimie en 2014 : une autre partie de l'enfer
- Sur la voie du rétablissement : le chemin est encore long
- Guérie de la boulimie : mais ne jamais désespérer car TOUT est possible

Cette diapositive n'est que l'introduction des notions de rétablissement et de guérison. Les deux diapositives suivantes sont la définition de guérison puis du rétablissement selon moi. Je me suis peu attardée sur celle de guérison car ce concept est largement connu quand on souffre de TCA. En effet, les réseaux sociaux parlent beaucoup de guérison dans ces troubles. Le terme « recovery » est largement utilisé pour parler de guérison. Cependant, je rappelle qu'assimiler recovery à la guérison n'est pas tout à fait juste. Recovery est plutôt un terme qui définit le rétablissement. Quand on parle de rétablissement, on dit que même s'il existe quelques symptômes chez la personnes, ceux-ci n'ont plus d'emprise sur elle. La guérison est, au contraire, une absence totale de symptômes. J'ai parlé de comment je voyais mon rétablissement. Je me sentais vers le mieux depuis 2018. Je leur ai expliqué qu'effectivement, je n'étais pas guérie. Je sentais qu'il y avait parfois des blocages sur mon apparence, mon poids et la vision que j'avais de tout cela. Seulement, la pensée « Je suis grosse » était parfois présente mais, elle ne restait pas très longtemps. Alors, je parlais que j'acceptais la présence de cette pensée. Certes, elle était là mais, elle n'avait plus autant d'emprise sur moi qu'avant. Celle-ci ne m'empêchait pas de manger. Celle-ci ne me poussait pas à recourir à la purge. Je m'imaginais cette pensée : quelle taille a-t-elle ? Quelle place prend-elle ? En faisant ce travail, je me rendais compte que la pensée ne prenait pas toute la place. J'avais encore de la place dans mon cerveau pour faire d'autres choses et la pensée finissait par partir. Ce n'est qu'après je parle de l'origine de la maladie chez moi selon l'histogramme suivant :



Cet histogramme représente les trois causes prédominantes de cette maladie : le perfectionnisme, le besoin de contrôle et la faible estime de moi-même. Bien entendu, j'ai expliqué quand la

maladie s'est exprimée chez moi, c'est-à-dire lors de ma terminale. Je représente que la chose qui m'a vraiment faite basculer dans l'anorexie et cette faible estime de moi-même. J'ai parlé que très peu de mes traumatismes antérieurs, n'étant pas à l'aise pour en parler plus en détails devant autant de personnes. J'ai parlé du harcèlement cependant, qui a largement contribué à cette mauvaise estime. Ensuite, j'ai évoqué ce qui me semblait le plus important : ce qui m'a aidé pour aller mieux. J'y ai mentionné :

- M'investir dans d'autres choses que les études : associations, relations sociales, pair-aidance
- Accepter l'aide venant des médecins, psychologues, infirmiers et de l'entourage
- Accepter de reprendre du poids, les hospitalisations, les traitements, les ateliers
- Lâcher prise sur le poids et l'alimentation
- Être patiente envers moi-même : échouer est possible mais, ce n'est pas grave
- Prendre du temps pour moi
- Savoir m'écouter

C'est à ce moment-là que j'expliquais la pair-aidance et l'impact que celle-ci avait commencé à avoir sur moi. En effet, en Février, j'avais déjà évolué grâce au DU. Je ressentais quelques effets bénéfiques que la formation avait eus sur moi. Mais, les effets pleins et entiers, je ne les ressens que maintenant, lorsque je vous écris ces mots. Le DU, je l'ai toujours considéré comme une chance pour moi. Plus j'allais aux sessions de formation, plus je m'en rendais compte. J'ai également parlé de mon engagement dans l'association Aile Papillon qui m'a réellement aidé et ce, bien avant le DU. Après, j'énumérais d'autres voies pour s'épanouir comme apprendre une nouvelle langue, les activités manuelles et artistiques, le sport, les groupes de parole, s'engager dans une association (artistique ou autre). Effectivement, j'ai trouvé ma voie pour m'épanouir mais, il n'existe pas une voie unique pour s'épanouir. Je n'avais pas envie que les personnes croient que mon chemin était le seul pour aller mieux. Chacun est différent et chacun a des intérêts différents qui le portent vers un mieux-être. Je ne suis pas un exemple à suivre à la lettre. Je suis un exemple qui prouve que c'est possible d'aller mieux après avoir touché le fond. Je ne suis qu'un véhicule d'espoir. En dernier lieu, je les remerciais pour leur attention et je les félicitais d'être ici car, être ici signifie pour moi un pas vers le mieux.

Enfin, le groupe s'est fini et j'ai pris le tramway avec quelques personnes du groupe, dont Mlle R. Les personnes présentes se sont accordées pour dire que j'aurais pu plus parler de moi. Elles me trouvaient intéressante mais, je ne prenais pas assez la parole selon elles. J'ai confirmé. Effectivement, au début du groupe, j'avais ressenti comme un blocage, une gêne. Ce n'était pas purement le stress de la première fois. J'étais seulement en train d'évaluer le terrain pour ne pas empiéter sur le champ d'intervention des deux autres intervenantes. Cependant, j'ai appris que tout le monde avait trouvé sa place dans ce groupe. Les personnes concernées s'étaient senties libres de poser leurs questions. Elles ne s'étaient pas senties jugées par qui que ce soit. Les intervenantes à mes côtés avaient plutôt apprécié mon intervention. C'est comme cela que l'on m'a proposé de participer au groupe suivant qui, à cause des conditions sanitaires, ne se passera que le 21 août prochain.

III) Le point de vue de différents professionnels de santé

La deuxième partie de mon stage s'est déroulée en mars 2020 à la clinique Stella à Vérargues dans l'Hérault. C'est en effet là que s'est passé le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) sur les TCA. Le DIU est coordonné dans 3 villes qui sont Lille, Montpellier et Nantes. À Montpellier, c'est le Pr Guillaume qui est le responsable pédagogique. À Nantes, le responsable pédagogique est le Dr Grall-Bronnec et à Lille c'est le Dr Vignau. Le DIU comprenait trois jours de formation dont un se déroulait à la clinique. Cette formation s'adresse à des professionnels médicaux ou paramédicaux qui ont affaire aux TCA. On y retrouve donc des endocrinologues, des diététiciens, des psychiatres etc. Je suis intervenue une première fois avant la pause du midi puis une deuxième fois après le déjeuner.

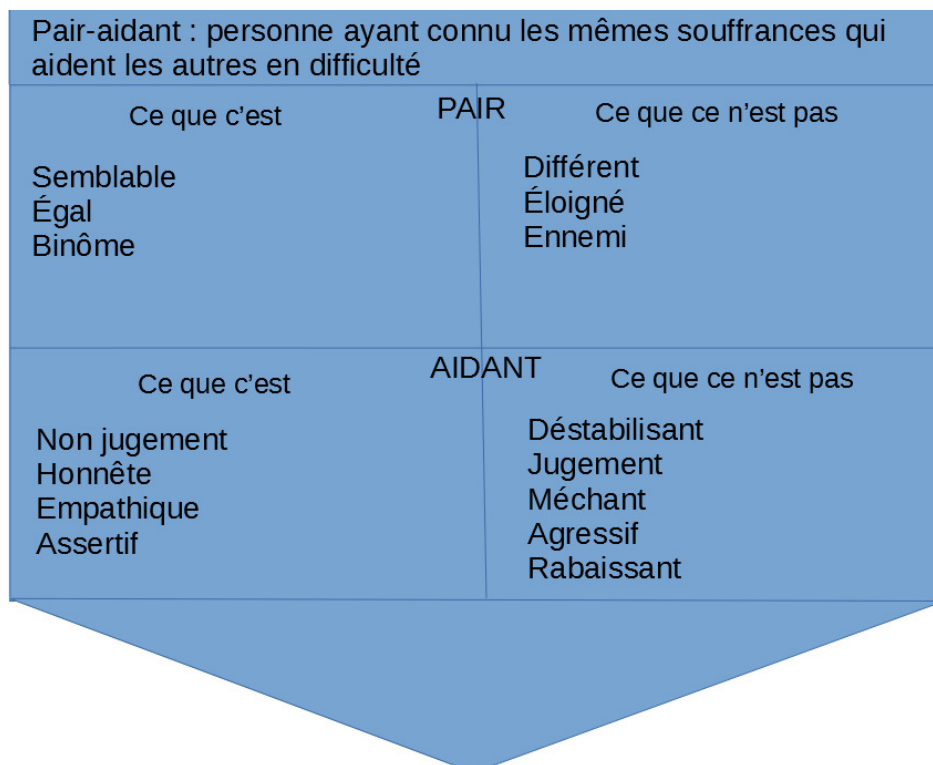
En premier lieu, j'étais avec une patiente hospitalisée qui avait accepté de témoigner. Il y a aussi eu l'infirmière cadre de santé qui est intervenue. Le but était de parler de l'organisation des soins dans la clinique mais aussi, et surtout, parler de notre expérience en tant que malade. La cadre de santé parlait des soins dispensés dans la clinique. Nous, patientes, nous parlions de notre expérience des TCA. Nous avons également discuté autour des soins prodigués dans la clinique. C'est d'abord, nous qui avons pris la parole. Effectivement, le cœur du propos résidait en nos témoignages respectifs. Nous avons donné une définition des troubles alimentaires selon nos propres termes. Nous nous sommes accordées pour dire que les TCA n'étaient pas seulement une

affaire de poids. J'ai dit que si j'avais un conseil à donner à ces futurs professionnels de santé, il serait celui-là : ne comparer jamais deux patients entre eux. Nous sommes déjà victimes des comparaisons. Ces comparaisons sont souvent faites par nous-mêmes. Nous consultons pour, justement, se sentir compris dans nos souffrances. Rajouter des comparaisons est plus délétère qu'autre chose. Chaque TCA s'inscrit dans l'histoire du patient et non l'inverse. À la base, nous sommes des êtres en souffrance et non, une maladie. C'est la maladie qui prend notre image et non l'inverse. C'est pour cela qu'en psychiatrie, il y a souvent des difficultés pour le diagnostic.

Dans un second temps, il y a eu la pause du midi. J'ai pu faire connaissance avec les personnes qui m'avaient écouté plus tôt. J'ai eu quelques questions sur moi, notamment ce que je faisais dans la vie. C'est le genre de questions que j'ai préféré éluder parce qu'effectivement, j'allais y venir. J'avais peur que des préjugés se forment trop vite si je révélais la place que j'allais occuper dans le système de santé : soignante. Je voulais que cette place, ce rôle de soignante soit annoncé à tout le monde en même temps pour éviter que l'information circule sans explications supplémentaires. Je voulais expliquer pourquoi j'allais être soignante et surtout, comment j'allais l'être. Être soignant, ce n'est pas une seule façon d'exercer, c'est un panel à définir selon ses propres convictions. Je pense sincèrement que la pair-aidance va désormais changer intégralement ma vision du soin et de la santé. Déjà, j'ai appris la notion de rétablissement qui me semble primordiale à véhiculer. C'est grâce à ce genre d'interventions que je peux ouvrir d'autres horizons, d'autres perspectives aux soignants qui m'écoutent. J'avais envie d'avoir pleinement l'attention de tout le monde pour pouvoir m'exprimer. Néanmoins, cela m'a permis de décerner les éventuelles problématiques, les différents profils des personnes présentes. En effet, la diversité des profils, des métiers, est une richesse comme une difficulté : je ne sais pas l'état de leur connaissance. Il faut donc savoir adapter son discours. De plus, peut-être que certains métiers sont disposés à rejeter plus facilement la pair-aidance que d'autres au vu de leur parcours professionnel. C'était quelque chose de totalement inconnu pour moi. C'était également quelque chose que je ne pouvais pas contrôler. Je devais donc faire avec ceci. J'ai essayé de nouer des liens avec les personnes présentes. Il faut dire que l'instant du repas est propice aux discussions. Après tout, ce n'est pas pour rien qu'avoir un TCA signe, le plus souvent, un fort isolement social. Ne pas manger, c'est rompre un certain lien social. Recréer des relations, savoir m'engager, parler aux autres, c'est aussi tout cela que j'ai appris à faire avec le rétablissement. Ce jour-là, je mettais en application ce que j'avais appris au cours de mes années de maladie, mes années vers le rétablissement. Ce jour-là

n'était seulement qu'un pas vers la réalisation de mes projets et de mon épanouissement futur. Au fur et à mesure de mes actions présentes, je ne faisais que croître la possibilité de m'épanouir davantage. Aider à la formation des professionnels, aider à l'information des personnes concernées sont des voies pour un mieux-être chez moi. Effectivement, aider à déstigmatiser la santé psychique est pour moi une belle voie d'épanouissement. Je sais qu'il faut en passer par là pour faire bouger les choses mais c'est une voie pleinement choisie. Partager mon savoir fait partie des choses que j'ai apprises dans mon parcours universitaire et c'est quelque chose qui me plaît. Partager son savoir ne peut se faire qu'en communiquant avec autrui et c'est ce que j'ai fait durant tout ce déjeuner. J'ai observé, parlé, communiqué et surtout, beaucoup appris de ces personnes.

Enfin, j'ai présenté un diaporama que j'avais préparé spécialement pour ces professionnels de santé. Bien entendu, il différait largement de celui présenté dans le groupe de psychoéducation. Là, il était plus question de donner un cours. Il fallait y aborder une notion nouvelle : la pair-aidance en santé mentale. Dans le groupe de psychoéducation, mon propos n'était pas centré sur la pair-aidance, il était plus centré sur mon parcours personnel. Ici, j'avais déjà parlé quelque peu de mon parcours en fin de matinée. Il me semblait moins nécessaire de forcer le trait sur cet aspect-là. Effectivement, mon parcours était important dans mon discours mais, celui-ci ne devait pas occulter cette notion nouvelle. Le but était d'initier ces professionnels à cette notion émergente qu'est la pair-aidance. Je commençais donc mon discours par une brève présentation. Je me présentais seulement comme une étudiante qui faisait, en plus de ses études, un DU de pair-aidance en santé mentale à Lyon. Je rajoutais que donc, j'étais également patiente. Après, j'ai utilisé le tableau blanc pour faire un « blason ». Ce blason est découpé en 5 parties et a servi à décrire ce qu'était un pair-aidant. Le but était de découper la notion de pair-aidant en deux mots « pair » et « aidant » puis, de savoir ce que c'était et ce que ce n'était pas. J'ai demandé à mes auditeurs de participer pour trouver une définition qui leur correspondait. Nous avons établi d'abord ce que c'était et ce que ce n'était pas un pair puis, un aidant. Après, nous avons défini la notion de pair-aidant. Ensemble, nous avons construit ce blason. Il est symbolisé ci-dessous :



Ensuite, je me suis permis de reprendre leur définition pour leur donner la mienne : un pair-aidant, c'est une personne ayant vécu une maladie, qui est sur la voie du rétablissement ou rétablie, et qui vient aider les autres grâce à son savoir expérientiel. Sur cette diapositive, j'accentuais le fait que le savoir expérientiel était ce qui nous caractérisait et notre atout majeur. La diapositive résumait les différentes appellations du pair-aidant. J'expliquais qu'il y avait une pluralité de noms comme « médiateurs de santé pair » ou « patient expert ». Les médiateurs sont ceux ayant fait la licence à Bobigny. Le patient expert est souvent une appellation plus courante dans le champ des maladies somatiques. J'expliquais que je préférais le terme de pair-aidant à celui de patient expert car, pour moi, avoir choisi de se former, ne me donne pas réellement le statut d'expert. Je ne suis pas au-dessus des autres patients, rétablis ou non, parce que je me suis formée. Pour moi, c'est un choix. Se former reste un choix que j'ai fait dans mon parcours universitaire. Tout le monde n'a pas envie, ou les capacités, de se former. Pair-aidant, selon moi, est un choix. Ce n'est pas une manière de s'élever par rapport à l'autre. La pair-aidance s'aligne sur le principe d'horizontalité. Aider les autres ne nous permet d'être au-dessus des gens que l'on aide.

La pair-aidance s'établit dans un concept d'égalité parce que le rétablissement n'est pas réservé à des patients extraordinaires. La pair-aidance est un choix et non une obligation quand on est rétabli. On choisit cette voie, comme l'on choisirait un autre métier. Ce n'est qu'après que j'ai parlé

de l'émergence de la pair-aidance. J'ai parlé de l'histoire de Dr Pinel et de Jean-Baptiste Pussin qui s'est déroulée pendant le XVIIIème siècle. En effet, Jean-Baptiste Pussin, qui secondait Philippe Pinel, était un ancien tuberculeux. Philippe Pinel a même dit en lui faisant référence : « ils ont appris à compatir aux maux qu'ils ont connus, ils secondent mieux les efforts du médecin, leur exemple ranime la confiance des malades » . C'est une notion que j'ai apprise durant mes cours à Lyon pour ce DU de pair-aidance. Également, j'ai retrouvé ces notions dans le mémoire de M. Villeneuve Benjamin (5) soutenu à l'Université Paul Valéry à Montpellier. Ce mémoire montre que Jean-Baptiste Pussin est à l'origine du traitement moral des psychiatisés c'est-à-dire qu'il préconise le respect et l'organisation méthodique de leurs conditions de vie. Ces actions font naître la profession « d'infirmière d'asile ». Aujourd'hui, nous n'imaginons plus les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) comme des anciens malades. Il y a eu bon nombre d'évolution dans le statut d'IDE au cours des siècles. Cependant, il faut noter que le savoir expérientiel, celui vécu par les malades, est donc à la base de beaucoup de choses. Par conséquent, ce savoir n'est pas à négliger. En effet, j'ai essayé d'argumenter pour prouver que la pair-aidance n'est pas une notion nouvelle dans le système de santé. Elle est perçue comme cela par beaucoup des professionnels que j'avais devant moi. Au cours de ma présentation, j'ai eu beaucoup de questionnements de la part de mes auditeurs. J'ai senti beaucoup de réticences venant de certaines personnes également. Après, comme dans le groupe de psychoéducation, je résumais mon parcours de soin. J'y expliquais quand j'étais tombée de l'anorexie et la boulimie et quand je m'étais rétablie. Ensuite, je parlais de mon parcours scolaire. En résumé, j'y marquais mes différentes aspirations après mon baccalauréat obtenu en 2014. Je voulais d'abord faire vétérinaire puis, médecine et au final, pour terminer en pharmacie. Tout ceci n'était qu'une introduction pour en venir au cœur de ce mémoire : l'alliance d'un rôle de pair-aidant et celui d'une future soignante. J'en concluais qu'il était possible d'allier les deux, c'est seulement une vision différente des métiers. Concernant, le futur rôle de soignant, c'était une vision plus personnifiée des patients. Depuis le DU de pair-aidance, je n'utilise plus le terme de « patient » mais celui de « personne concernée » ou « personne touchée ». En effet, je trouve qu'utiliser ces termes nous permet de nous rapprocher du système de santé que l'on souhaite : réciproque et non paternaliste. Ce qui change avec la pair-aidance, c'est que l'on peut plus facilement utiliser la deuxième personne du singulier avec la personne concernée. Effectivement, cela n'est pas interdit en tant que professionnel de santé mais, il est plus difficile à utiliser. Pour beaucoup, dans notre vision du système de santé, le soignant, le professionnel de santé est placé au-dessus du « patient ». Le professionnel de santé est donc

considéré comme un exemple qui prêche souvent la bonne parole. En psychiatrie, il est plus compliqué d'utiliser, à mon avis, le « tu » dans une relation de soins. Il est plus difficile de garder des distances thérapeutiques avec une personne que l'on tutoie. Après, rien n'est interdit pour autant. Le but dans une relation de soin est de se faire confiance et de savoir où nous, soignants, pouvons nous permettre d'aller pour conserver notre intégrité. Par intégrité, j'entends tout ce qui nous permet d'aider sans nous faire noyer par nos propres émotions. Être soignant n'est pas là pour occulter nos émotions. Il faut juste savoir les gérer. Je pense qu'être future soignante et pair-aidante est un atout dans la gestion de mes émotions. Je sais que je ne dois pas me faire submerger par le flux d'émotions, parfois existant, dans une relation de soin.

J'ai précisé également dans mon diaporama que le pair-aidant est tenu au secret professionnel comme toute autre personne travaillant dans un établissement de soins. De plus, celui-ci n'a pas vocation à remplacer les autres professionnels de santé. Le pair-aidant est complémentaire. Il est vecteur d'espoir et permet d'établir une relation de confiance avec la personne concernée plus rapidement - selon les cas. Néanmoins, il y a des avantages à ce qu'un soignant ait lui-même vécu des troubles alimentaires. En effet, selon l'article de Jan Alexander de Vos intitulé « Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy: A qualitative examination of the therapists' and the patients' view » et paru dans Eating Disorder, the journal of treatment and prevention (6). Le titre de l'article traduit est « des thérapeutes guéris de troubles du comportement alimentaire utilisant leur savoir expérientiel en thérapie : une étude qualitative du point de vue des thérapeutes et des patients ». Celui-ci montre que consulter ce genre de thérapeute peut être bénéfique parce que « concernant les patients, 97 % indiquaient que consulter un thérapeute guéri des TCA avait des avantages (...) Le patient se sentait écouté ». Ce type d'étude montre que la pair-aidance a du potentiel et qu'elle n'est pas à négliger dans l'arsenal thérapeutique. D'ailleurs, j'expliquais dans une diapositive qu'il y a d'ailleurs plusieurs possibilités pour le rôle du pair-aidant :

- Prévention : population générale mais aussi professionnels et les étudiants en santé
- Recherche et innovation : chatbox (Owlle) créée entre autre par un pair-aidant
- Entretien individuel : Établir un lien de confiance quand l'alliance thérapeutique est rompue (par exemple)
- ETP et groupes de parole

J'explicitais dans la diapositive suivante les différentes structures où pouvait travailler un pair-aidant : associations, CHU, structures médico-sociales, Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), en libéral etc. Ensuite, je parlais des différents types de pair-aidance. Il y a 4 formes présentées sur le tableau ci-dessus. Cette image est extraite du cours dispensé au DU de pair-aidance par M. Philippe Maugiron et Dr Patrick le Cardinal. L'image originale est extraite du « Peer Support Resource Manual » de Juillet 2001 écrit par le Ministère de la Santé du Canada. Il n'existe pas une forme de pair-aidance meilleure qu'une autre, elles sont toutes différentes mais complémentaires.

1. Forme informelle	Entraide mutuelle	Association d'utilisateur, GEM...	Bénévolat
2. Forme modérée	Patient - ressource	Information, intervention, représentation...	Bénévolat avec indemnisation possible
3. Forme formelle indépendante	Intervenant extérieur	Plateforme, organisme, association...	Salariat indépendant possible
4. Forme formelle intégrée	Pair-aidant intégré à une équipe pluridisciplinaire	Sanitaire, médico-social, recherche...	Salariat institutionnel

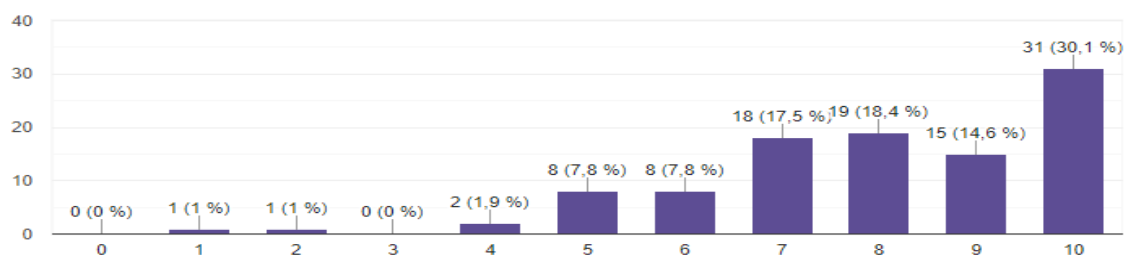
*Peer Support Resource Manual, Ministry of Health Services, British Columbia, Canada, 2001

Finalement, j'abordais le point de vue des personnes concernées sur la pair-aidance. J'avais réalisé un questionnaire en ligne dans le but d'améliorer mon projet Psych'Educ. Je demandais aux personnes qui répondaient si elle pensait que la pair-aidance avait une utilité dans notre système de soins. 103 réponses ont été récoltées sur cette question. Les personnes ayant répondu à ce questionnaire avaient majoritairement des TCA mais, il y avait d'autres troubles représentés comme la bipolarité ou la schizophrénie. Ce questionnaire permettait de voir que la pair-aidance a, selon elles, une utilité dans notre système de soins. De plus, elles pensaient également que des entretiens de pair-aidance à domicile pouvaient être aidants pour elles. Voici l'histogramme montrant leurs réponses sur l'utilité de la pair-aidance :

Penses-tu que la pair-aidance a une utilité dans notre système de soins ?



103 réponses



Concernant leurs réponses, il faut comprendre que l'axe des ordonnées indique le nombre de personnes. L'axe des abscisses représentent le degré d'utilité de la pair-aidance. 0 équivaut à l'inutilité de la pair-aidance et 10 est une utilité extrême dans le système de soins.

Durant mon intervention, j'ai eu plusieurs questions. Certaines concernaient mon parcours et comment la pair-aidance s'était imposée à moi. J'ai alors développé mon projet, Psych'Educ. En effet, la pair-aidance s'est imposée à moi parce que je voulais gagner en légitimité pour ce projet de chaîne Youtube sur les TCA. J'ai donc expliqué un peu mon cheminement et surtout cette envie d'aider grâce à ce projet. Je n'ai pas envie que ma douleur, ma souffrance reste dans le silence. J'ai souffert, certes, et personne ne peut rien y faire. Maintenant que cela va mieux, j'ai envie que ma souffrance et que toute l'expérience qui en découle deviennent utiles. Je pense que la pair-aidance est une des voies, une des clés, pour que je puisse complètement m'épanouir. J'ai saisi cette chance quand on me l'a offerte au lieu, de rejeter toutes les possibilités de bonheur comme avant. Accepter de faire ce DU a été un pas avant, il était question d'accepter d'aller vers le bonheur. C'est tout ce que j'ai essayé de retranscrire dans cette intervention. Je ne suis pas encore purement rétablie mais, je suis en voie. Je pense qu'il est intéressant aussi d'avoir le témoignage de personnes comme moi. En effet, être complètement rétabli peut marquer une dissonance avec les personnes toujours en soins. Cependant, je pense que même s'il n'y a aucun symptôme, on apprend toujours sur soi-même. Les belles leçons de la vie se font chaque jour et non pas quand on se rétablit d'une pathologie psychique. On apprend que l'on soit malade ou non. Avec ou sans symptômes, on apprend de la vie et on s'y adapte. J'ai eu une question sur comment faire pour que les personnes concernées ne se comparent pas au pair-aidant. Il faut bien comprendre également que tout le monde est différent. Le problème que la personne concernée se calque sur le pair-aidant est un problème qui existe. Cependant, ce problème existe aussi avec un professionnel de santé. Le transfert est possible même s'il est évident qu'il est plus facile de se

comparer à quelqu'un qui nous ressemble. Je parle de ressemblance physique mais, aussi celle d'un vécu similaire. La personne concernée peut croire que pour me rétablir, il faut faire exactement comme je l'ai fait. Cependant, il faut savoir et dire que chaque voie pour se rétablir est différente mais, elle existe. Ma voie vers le rétablissement n'est pas universelle. Ceci me permet de me préserver vis-à-vis des personnes concernées. Tout le monde est différent et même si nous partageons des souffrances similaires, nous sommes des personnes différentes. En tant que personnes différentes, nous avons notre propre liberté de pensée, notre propre liberté d'agir. Ce n'est pas parce que la personne concernée rechute, que je suis obligée de rechuter également et inversement. Ce n'est que l'expression de nos symptômes qui est similaire. Je ne suis pas cette personne. Seulement, je ne suis qu'une pierre vers le mieux-être de cette personne. Je ne suis que le vecteur d'un espoir trop souvent oublié chez elle. Me dire que je ne suis pas cette personne m'aide énormément car je me suis longtemps comparée aux autres. Je me suis longtemps noyée dans le regard des autres et j'ai longtemps essayé de recopier ce qui se faisait. Maintenant, je sais que ce n'est qu'en créant ma propre route que je serai heureuse. J'ai des défauts différents mais également, beaucoup de qualités différentes, c'est ce qui fait ma force et ma richesse. Je suis différente mais cela ne veut pas dire qu'il faut que je me laisse de côté. C'est tout cela qu'il faut faire comprendre à la personne concernée. Quelle que soit ma taille, ou mon poids actuel, ou ma voie vers le rétablissement, la personne concernée ne sera pas ma copie conforme. C'est aussi le rôle du pair-aidant de savoir poser des limites quand il le faut. C'est à lui de dire quelles sont ses limites, ses compétences et le faire comprendre à la personne en face. Je pense que bien vérifier l'information est un problème général en santé. Celui-ci ne s'applique pas qu'à la pair-aidance. Il faut savoir se faire comprendre et vérifier que l'information a été bien retenue, bien comprise. Il ne faut pas croire que des règles s'appliquent spécialement aux pairs-aidants. Pairs-aidants, comme tout professionnel agissant pour le soin des personnes, ont les mêmes règles que les autres. Par exemple, le secret professionnel doit être respecté par le pair-aidant. Le pair-aidant, même s'il n'a pas fait des études en lien avec la santé, se doit de respecter ce secret. Sans ce secret professionnel, il y a perte de toute confiance avec la personne concernée mais, aussi l'équipe médicale et paramédicale autour de celle-ci. Mes études sont un avantage : je cultive la même culture. Effectivement, le jargon médical est souvent une banalité pour moi. Cependant, j'ai quand même ressenti durant cette intervention des doutes, des réticences. J'ai essayé de faire au mieux. J'ai essayé de répondre au mieux à leurs questions. Je sais que la nouveauté fait peur que ce soit en santé ou ailleurs. Néanmoins, je sais qu'il existe des personnes pour qui accepter le

changement est plus facile. Cela me semble primordial de parler de pair-aidance et de rétablissement au cours des études. Il est plus difficile d'accepter une vision nouvelle après des années d'habitudes prises au cours de son exercice professionnel.

Cette intervention a été pour moi très mitigée. Je sens que beaucoup des professionnels de santé étaient dubitatifs face à mon discours même s'ils ont essayé de participer. Je pense que c'est en partie un ressenti personnel. En effet, certaines personnes ont trouvé le sujet très pertinent car, effectivement, la notion de pair-aidance est très peu connue du grand public. Je doute de les avoir convaincus car, j'ai tendance à beaucoup douter de moi. Ceci n'est pas lié à la maladie mais à ce trait de ma personnalité qui est le perfectionnisme. Je doute souvent de ma valeur et de ma légitimité surtout, dans les choses nouvelles. Cependant, j'ai ressenti quelques questions comme intrusives et doutant de mes capacités. Une question m'a particulièrement marqué : « Que faites-vous si les personnes suivies ont peur d'être comme vous ? ». J'avoue avoir été perturbée par la question. Qu'est-ce que « comme vous » veut dire ? Est-ce que c'était sur une ressemblance physique ? Est-ce que c'était une question sur mon propre schéma de vie ? J'avoue être encore déboussolée par cette question et n'avoir pas pris le temps d'éclaircir les choses. Le stress a beaucoup joué et j'ai senti la colère monter en moi. Je l'ai pris comme un avis sur mon propre poids finalement. Pourquoi ramener toujours tout au physique ? Les patients eux-mêmes disent que les TCA sont bien plus qu'une histoire de poids. Pourquoi les mêmes patients se comparaient-ils à moi ? Même si c'est une chose qui peut arriver, par mimétisme ou par envie de plaire, ce n'est pas une peur à avoir. Il faut juste le savoir pour agir en conséquence. Il suffit d'expliquer, de relativiser et de faire comprendre la différence. Avoir mon poids n'est ni une fatalité, ni un but à atteindre. C'est quelque chose qui m'appartient comme tout le reste de mon corps et de mon histoire. Cette question a beaucoup joué sur l'avis global que j'ai sur cette intervention cependant, je sais que je ne suis pas totalement objective. Mes émotions me font souvent défaut. Elles prennent trop de place et occultent souvent le reste et faussent mon jugement. Pour faire accepter la pair-aidance, il faut en parler dès que possible dans les études de santé. La formation continue ne doit pas être laissée de côté pour autant. Il faut continuer à former les équipes déjà en place autour de cette question. Je pense que créer une journée « Actions des patients » au sein des hôpitaux serait une bonne chose. Il existe déjà ce genre d'interventions pour l'hygiène et les droits des patients. Ce genre de journée pourrait être une voie pour les professionnels et les patients de s'informer sur la pair-aidance. De plus, on pourrait y parler d'autres choses comme les associations

déjà présentes sur le territoire. Cette journée pourrait parler des soins somatiques ou psychiques sans distinction. Le but serait aussi d'uniformiser les pratiques entre ces deux catégories de soins en échangeant et en s'informant. Ce genre d'action me semble impossible pour le moment car, la pair-aidance reste trop peu connue. Cependant, le changement commence par les petits pas que nous sommes tous en train de faire en faveur de la pair-aidance. Cette intervention fait partie d'un petit pas vers une meilleure connaissance du rétablissement et de la pair-aidance. Par conséquent, je suis très heureuse d'avoir pu m'exercer à cette tâche compliquée : essayer de faire bouger les mentalités à mon niveau.

Conclusion


Pour finir, je pense qu'il y a une grande différence entre s'adresser à des personnes en souffrance et des professionnels de santé quand il s'agit de pair-aidance. Les personnes concernées cherchent souvent ce type de témoignages alors que les professionnels de santé sont plus préoccupés par la nouveauté. Cependant, comme le dirait Henri Nouwen « dans notre vulnérabilité à la blessure, nous sommes capables d'être source de vie pour les autres ». Malgré les difficultés rencontrées lors de mon intervention avec des professionnels de santé, souvent déjà en exercice, je ne laisserai pas la pair-aidance de côté. Je pense que la pair-aidance a un vrai avenir, surtout, parce qu'elle est recherchée par les personnes elles-mêmes. Concernant les professionnels de santé, je pense qu'il faut en parler dès que possible, c'est-à-dire qu'il faut faire des interventions sur la pair-aidance au cours des études de santé. Il est également possible d'envisager des ateliers dans les centres hospitaliers sous la forme de journées dédiées. Je pense qu'être future soignante et pair-aidante n'est qu'un avantage supplémentaire pour se faire entendre des autres professionnels. Effectivement, j'ai été façonnée dans la même logique de pensée et il m'est plus simple de m'adapter à eux. Mon futur diplôme me permet une certaine reconnaissance au niveau des institutions. De plus, j'ai le même vocabulaire que les autres professionnels de santé, ce qui est un avantage non négligeable. Cet avantage peut être utilisé lors d'interventions auprès des professionnels. On pourrait alors se demander quels sont les moyens pour faire intégrer au mieux la notion de pair-aidance dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Millaud, F. (2018) *Création et évaluation d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant d'anorexie mentale*. Université de Montpellier
- (2) Godart, N. (2014). *Anorexie mentale*. Inserm - La science pour la santé à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- (3) Ducasse, D. et Brand-Arpon, V. (2017) *Borderline, cahier pratique de thérapie à domicile* chapitre 2 « les obstacles à surmonter pour vivre votre vie »
- (4) Majdalani, C. (2017). *Traiter la dysmorphophobie : L'obsession de l'apparence*. Dunod
- (5) Villeneuve, B. (2018) *L'identification, le questionnement et la valorisation des connaissances et des savoir-faire des infirmiers en psychiatrie. Résultats d'enquêtes*. Université Paul Valéry Montpellier
- (6) Vos, J. A. de, Netten, C., & Noordenbos, G. (2016). Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy : A qualitative examination of the therapists' and the patients' view. *Eating Disorders*, 24(3), 207-223. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1090869>

ATTESTATION DE STAGE

① Attestation de stage

Université Claude Bernard  Lyon 1

ATTESTATION DE STAGE

à remettre au stagiaire et à l'Université Claude Bernard LYON1 à l'issue du stage

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou Dénomination sociale : CHU de Montpellier
Adresse : 191 av. du Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier cedex 5
Post Urgences Psychiatriques

Certifie que

LE STAGIAIRE

Nom : Rodier Prénom : Philippe Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : 17/01/1997
Adresse : 100 av. Marcel Dassault, Les Eclabara 2, esc 4 B
appt 110 34170 Castelmau - G - G
tél : 06 74 40 80 05 mél : philippine.rodier@orange.fr

ETUDIANT EN (intitulé de la formation ou du cursus de l'enseignement supérieur suivi par le stagiaire) :

DU PAIS-ADONNE

AU SEIN DE (nom de l'établissement d'enseignement supérieur ou de l'organisme de formation) :

Université Claude Bernard Lyon 1

a effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

DUREE DU STAGE

Dates de début et de fin du stage : Du 17/01/2014 Au 13/02/2014
Représentant une durée totale de 36 h heures correspondant à mois et à semaines.

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'éducation (art. L.124-18 du code de l'éducation). Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutives ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

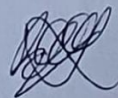
MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSEE AU STAGIAIRE

Le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un montant total de €

L'attestation de stage est indispensable pour pouvoir, sous réserve du versement d'une cotisation, faire prendre en compte le stage dans les droits à retraite. La législation sur les retraites (loi n°2014-40 du 20 janvier 2014) ouvre aux étudiants dont le stage a été gratifié la possibilité de faire valider celui-ci dans la limite de deux trimestres, sous réserve du versement d'une cotisation. La demande est à faire par l'étudiant dans les deux années suivant la fin du stage et sur présentation obligatoire de l'attestation de stage mentionnant la durée totale du stage et le montant total de la gratification perçue. Les informations précises sur la cotisation à verser et sur la procédure à suivre sont à demander auprès de la sécurité sociale (code de la sécurité sociale art. L.351-17 - code de l'éducation art D.124-9).

FAIT A Castelmau-G LE 08/07

Nom, fonction et signature du représentant de l'organisme d'accueil



URGENCE ET POST-URGENCE
PSYCHIATRIQUE
HOPITAL LAPEYRONNE
371, Av. Doyen Gaston Giraud
34295 MONTPELLIER Cedex 5 sur 5