

INSTITUT DE FORMATION
EN
ERGOTHERAPIE

LA PRISE EN CHARGE EN ERGOTHERAPIE DU
TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ UNE
PERSONNE ANOREXIQUE EN VUE D'UN MEILLEUR
EQUILIBRE OCCUPATIONNEL

Mémoire d'initiation à la recherche

UE 6.5 S6

Allyriane GUERREIRO

Mai, 2020

"La chute n'est pas un échec, l'échec c'est de rester là où on est tombé" Socrate

Remerciements :

« Sous la direction de Christelle LE CROM, ergothérapeute à la clinique LA LIRONDE CLINEA à St Clément de Rivière, maître de mémoire. »

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire :

Tout d'abord, je remercie Christelle LE CROM d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et d'avoir su me guider dans mes moments de doute.

Ensuite, tous les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier et notamment Mr Petit, pour sa disponibilité et son expertise en méthodologie.

Par ailleurs, je tiens à remercier sincèrement les ergothérapeutes qui ont participé à ma recherche et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

Je remercie mes parents pour leur soutien moral et pour m'avoir offert la possibilité de réaliser les études permettant l'accès à un métier qui me correspond.

Par ailleurs, je tiens à porter une attention toute particulière à mes amies pour m'avoir aidée à prendre du recul sur mon travail.

Enfin, je remercie Valentin de m'avoir épaulée et soutenue dans les moments de doute et d'angoisse depuis 5 ans maintenant. Merci d'être toujours là pour moi.

SOMMAIRE :

Introduction	1
PARTIE A : PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	2
1. Revue de la littérature	2
2. Les différents troubles du comportement alimentaire.....	2
3. La prise en charge des personnes anorexiques.....	9
PARTIE B : PROBLEMATIQUE THEORIQUE.....	19
1. Le modèle MCREO	23
2. L'équilibre occupationnel	26
3. L'empowerment.....	19
PARTIE C : METHODOLOGIE	29
1. Choix de la méthode de recherche et définition d'une population	29
2. Typologie et construction de l'outil de recherche.....	29
PARTIE D : RESULTATS.....	31
1. Présentation des personnes interrogées.....	31
2. Analyse quantitative.....	32
3. Analyse qualitative.....	34
PARTIE E : DISCUSSION	45
1. Mise en perspective des résultats avec les éléments du bilan de l'existant	45
2. Réponse à la question de recherche	50
3. Autocritiques et limites de l'étude	51
4. Formulation d'hypothèses de travail ultérieur	52
5. Apports professionnels.....	52
Conclusion	54
Références	
Annexes	

Introduction

Depuis toujours, je suis attirée par la nutrition et ses pathologies. Les premiers cours en psychiatrie dispensés lors de ma formation en ergothérapie, ont suscité en moi un intérêt tout particulier. C'est pourquoi, je me suis donc tournée tout naturellement vers les troubles du comportement alimentaire (TCA) puisque ces pathologies liaient les deux domaines.

Ma revue de littérature tente de démontrer l'intérêt que l'ergothérapie peut avoir pour les personnes souffrant de TCA. De plus, il a été démontré chez ces patients une insatisfaction corporelle accrue liée au trouble de l'image du corps.

C'est pourquoi, ma question de départ est la suivante : « ***Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'amélioration de l'image du corps de personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire ?*** »

La suite de mon écrit vise à répondre à cette dernière en présentant notamment les différents professionnels agissant sur le trouble de l'image du corps dont l'ergothérapeute. Il aura été explicité précédemment que le trouble de l'image du corps induit un déséquilibre occupationnel. Aussi, je vais m'intéresser au concept de l'équilibre occupationnel, une notion très présente dans la profession de l'ergothérapeute.

C'est pourquoi, ma question de recherche s'axe sur : « ***Comment l'ergothérapeute permet-il d'améliorer l'équilibre occupationnel auprès de jeunes patientes anorexiques en agissant sur le trouble de l'image du corps ?*** »

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette dernière, la première partie présentera la problématique pratique faisant l'état des lieux de mes recherches sur ce sujet avec à l'appui une revue de la littérature. Ensuite, la problématique théorique présentera le modèle conceptuel et les concepts en lien avec ma recherche. Puis, la méthodologie et l'outil choisi seront expliqués dans le but de réaliser cette étude. Enfin, les résultats de mon étude seront présentés ainsi que leur analyse et une discussion sur le sujet.

PARTIE A : PROBLEMATIQUE PRATIQUE

1. Revue de la littérature

Cette revue de la littérature est axée sur les personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire (TCA). Son objectif vise à justifier la pertinence d'un accompagnement en ergothérapie chez cette population afin d'aboutir à une question de départ.

Avant de légitimer une intervention de l'ergothérapeute, il est essentiel de mettre en lumière les conséquences induites par les TCA. Il a été démontré que cette population avait une qualité de vie inférieure en comparaison à une population saine (Agh, Kovacs, Supina, Pawaskar, 2015). Au regard de ce constat, je cherche à montrer l'importance du rôle de l'ergothérapeute auprès de ce public. En effet, parmi les valeurs les plus évoquées concernant l'ergothérapie, la qualité de vie en représente une part importante (Drolet, Désormeaux-Moreau, 2015). De plus, Biddiscombe, Newton Scanlan, Ross, Horsfield, Aradas, Hart (2017) ont mis en lumière que l'atelier, mis en place par les ergothérapeutes auprès des personnes souffrant de TCA, a été jugé comme important et utile permettant même un certain transfert de compétence à domicile. Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute a été justifié auprès d'une telle population. Par ailleurs, il apparaît que, chez les personnes souffrant de TCA, l'insatisfaction corporelle est accrue comparé à une population sans ces troubles (Rochaix, Gaetan, Bonnet, 2016). Par ailleurs, il est mis en évidence que ce serait le trouble de l'image du corps qui renverrait ce sentiment d'insatisfaction corporelle (Hrabosky et al, 2009).

2. Les différents troubles du comportement alimentaire

2.1. Définition des TCA et prédispositions générales

Les troubles du comportement alimentaires se manifestent par un trouble en rapport avec la nourriture qui se traduit par un évitement de certaines catégories d'aliments impactant alors la santé physique et/ou mentale de la personne (Lexique de l'alimentation et de la santé, 2017).

Parmi les TCA, l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique forment les trois tableaux cliniques principaux. Des facteurs tels que la génétique, l'environnement proche, une sensibilité accrue aux standards utopiques de la société, notamment lors de l'adolescence, favoriseraient son développement (Voyer, Nicolas, Corcos & Elsevier Masson, 2017).

2.2. L'anorexie mentale

2.2.1. Définition

L'anorexie mentale est caractérisée par la triade symptomatique des 3A :

- Anorexie : attitude restrictive vis-à-vis de la nourriture associée à la lutte contre la faim motivée par le désir de maigrir.
- Amaigrissement : perte importante et rapide du poids dépassant 25% du poids initial engendrant des conséquences physiques jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital.
- Aménorrhée : absence de menstruations pendant trois cycles consécutifs.

De plus, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V (DSM) et la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10 sont des ouvrages permettant d'établir son diagnostic (Annexe 1). Ils s'accordent sur le fait que l'anorexie induit une perte de poids importante, un trouble de l'image du corps et une peur intense de voir son poids augmenter. Par ailleurs, afin de pouvoir poser ce diagnostic, seule cette pathologie doit pouvoir expliquer la perte de poids. Ainsi, les causes somatiques et/ou psychiatriques constituent les diagnostics différentiels (APA, 2013).

Le DSM V définit deux grands types d'anorexie à ce jour (Guelfi & Crocq, 2003) :

- Le type restrictif : il se traduit par une absence complète d'alimentation.
- Le type d'accès hyperphagiques/ purgatif : il se manifeste par des épisodes où la personne mange des grandes quantités de nourriture et a recours à des moyens compensatoires tels que des laxatifs et les vomissements.

Toutefois, des formes particulières telles que l'anorexie masculine (Gull, 1874), l'anorexie à début tardif ou encore l'anorexie prépubère sont également définies.

Les éléments liés à l'apparence sont essentiels dans cette pathologie puisqu'ils permettent d'orienter le diagnostic de l'anorexie. En effet, il a été montré que les dysmorphophobies localisées et l'importance de la perte de poids croient en parallèle (Vindreau, 2012). De plus, l'importance de prendre en compte l'image corporelle ayant été démontrée dans la prise en charge des patients adolescents anorexiques (Calugi, Dalle Grave, 2019), j'ai fait le choix d'orienter ma recherche sur celle-ci.

2.2.2. Epidémiologie et étiologie

Les premiers signes spécifiques de l'anorexie mentale (AM) se manifestent le plus régulièrement après la puberté à l'âge de 17 ans : deux pics de fréquence sont observés autour de 14 ans et de 18 ans (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2008). L'adolescence est définie sur une période durant de 10 ans à 19 ans (OMS, sd).

Celle-ci est décrite comme étant marquée par les vulnérabilités et la crise d'après les psychanalystes. « L'adolescence est une étape sensible du développement de la personnalité » (Jeammet, 2002). « ([Elle] est bien une période de la vie où se jouent des bouleversements sans précédent dans l'histoire du sujet » (Marty, 2009) notamment par les modifications psychiques et physiques engendrées par la puberté (Joly, 2019) où l'individu échappe donc à la maîtrise de son propre corps ce qui est alors source d'angoisse. De plus, dans cette période « l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte » (Kestemberg, 1962). Ainsi, une absence de repère fiable est observée instaurant la nature même de la « crise » d'adolescence (Joly, 2019). Pour tenter de pallier à ces difficultés, « l'anorexique n'en finit pas de se retourner sur soi, ne pense qu'en termes de maîtrise, de toute puissance » (Rufo, 2002).

Les données concernant l'incidence et la prévalence de l'AM n'existent pas en France (HAS, 2010). C'est pourquoi, il est nécessaire de se baser sur des études internationales montrant que 0.9% à 1.5% des femmes sont touchées contre 0.2% à 0.3% des hommes. Cela souligne que les femmes sont préoccupées, de manière variable, par leur image corporelle et tiennent compte du jugement d'autrui quant à l'image qu'elles ont de leur propre corps (Woodside, Bulik, Thornton, Klump, Tozzi, Fichter et al., 2004).

L'apparition de cette pathologie est multifactorielle. En effet, les facteurs tempéramentaux environnementaux, génétiques et physiologiques ont été explicités (APA, 2013). Ainsi, la prédisposition à la minceur/ maigreur (Bulik, 2015) et les caractéristiques pré-morbides telles

que l'autodépréciation et le perfectionnisme (Fairburn et al (1999)) ont été décrites comme spécifiques à l'anorexie.

Connaissant l'impact de l'environnement quant à l'apparition de l'anorexie, la législation française a mis en place des lois. En effet, l'apparition de la loi n°2016-41 contient deux articles visant la santé des mannequins. L'objectif visé est de donner une image du corps plus réaliste dans notre société afin de mettre fin à l'incitation à la maigreur voire à l'anorexie. Pour ce faire, depuis le 5 mai 2017, la mention de photographie retouchée est obligatoire dès que l'image des mannequins a été modifiée (décret n°2017-738). Aussi, depuis cette date, il est maintenant indispensable que les mannequins aient un certificat médical justifiant de leur santé notamment au regard de leur indice de masse corporelle (arrêté du 4 mai 2017).

2.2.3. Evolution et pronostic

L'évolution de l'anorexie a été décrite en 3 phases. Tout d'abord, un événement déclenchant, par exemple la séparation avec la famille ou un échec à un examen, favorise l'installation de la restriction alimentaire. Ensuite, une phase d'optimisme apparaît, le contrôle sur la perte de poids commence et provoque un sentiment de puissance où l'énergie est marquée. Enfin, pendant l'évolution à moyen et long terme, l'hyperactivité physique et les vomissements apparaissent. Des périodes d'amélioration rarement durables peuvent aboutir à l'AM chronique voire à la cachexie grave en l'absence de soin initié (Lasègue, 1873 ; Brusset, 2008).

Le pronostic de l'AM est très négatif puisqu'il est dominé par le décès et la chronicisation. En effet, cette pathologie comporte un risque de mort élevé (suicide, complications physiques) puisque le taux de mortalité peut atteindre l'un des taux les plus élevés à savoir 10% dans les études avec un suivi de plus de 10 ans (HAS, 2010). Aussi, le parcours vers la guérison s'avère donc être un véritable combat avec de nombreuses rechutes.

2.2.4. Conséquences

La sous-alimentation ou les comportements compensatoires présents dans l'anorexie mentale induisent des complications somatiques et fonctionnelles. En effet, l'atteinte cardiovasculaire ainsi que l'aménorrhée sont assez récurrentes. Des troubles sanguins, métaboliques ainsi qu'une perte de cheveux et des problèmes rénaux peuvent apparaître mais sont réversibles. A long terme, les complications sont principalement osseuses. (INSERM, 2014)

De plus, les patients manifestent souvent une hyperactivité physique ainsi qu'un hyperinvestissement intellectuel associé à un perfectionnisme dans les occupations relatives à la

productivité (domaines scolaires et professionnels). A l'inverse, les relations affectives comme les activités de loisirs sont souvent en retrait puisqu'elles traduisent un « laisser-aller » intolérable. (HAS, 2010)

Après avoir choisi d'orienter mon mémoire sur l'anorexie mentale, je m'intéresse maintenant au trouble de l'image du corps.

2.3. Le trouble de l'image du corps

2.3.1. Définition de la notion du corps

Dans l'anorexie, la notion du corps est essentielle puisqu'elle est omniprésente dans la vie de la personne. Le corps constitue la jonction entre la dimension physique et psychique de l'individu.

L'aspect physique est représenté par le schéma corporel. Ce dernier est unique à l'espèce à laquelle il appartient donc tous les individus appartenant à celle-ci sont munis de ce même schéma corporel (Dolto, 1984). De ce fait, l'individu a une représentation spatiale et topographique de son corps lui rendant possible d'interagir avec son milieu (Bonnier, 1902). Ainsi, il représente la conception purement anatomo-physiologique du corps (Nasio, 2007).

L'image du corps, définie par Dolto en 1984, assure la représentation du psychisme et par conséquent, elle est singulière à chacun puisque reliée à l'individu ainsi qu'à sa vie personnelle. Elle est issue de trois composantes : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène.

L'image de base permet à l'individu de subsister dans le temps. Dolto définit cette continuité comme la « mêmeté d'être » et affirme qu'elle se construit grâce au « narcissisme primordial » garant de la cohésion du sujet. Cette image renvoie à un sentiment de soi qui reste stable malgré les changements physiques, géographiques et événementiels de la vie. Cette image est primordiale pour la santé mentale et le développement de l'enfant. Ainsi, lorsque le narcissisme et donc l'estime de soi est altéré, la personne développera les pathologies les plus extrêmes où la vie elle-même est menacée. Chez la personne anorexique, c'est cette image du corps qui fait clairement défaut.

L'image fonctionnelle recherche l'accomplissement du désir et du besoin de la personne. Chaque ouverture du corps est destinée à ressentir un manque spécifique. Par exemple, pour la bouche le manque est la faim. L'absorption et l'incorporation de nourriture sont reliées au besoin et au plaisir par le ressenti de la satisfaction éprouvée.

La dernière image, l'image érogène, affiliée avec l'image fonctionnelle du corps, permet de passer au registre du plaisir partagé et humanisant.

Enfin, un lien existe entre ces trois images par l'image dynamique qui représente « le désir d'être et de persévérer dans un advenir ». Dolto la qualifie de « tension d'intention ».

Une autre vision de l'image du corps est apportée par d'autres auteurs. En effet, selon Cash (2004), l'image du corps représente les attitudes et les perceptions de son corps se traduisant par la pensée, les sentiments et les comportements. Ainsi, l'image du corps peut être abordée comme un construit multidimensionnel (Slade, 1994) où deux composantes sont réunies :

- La composante perceptuelle illustre la perception qu'à un individu envers son propre corps (Cash, Thériault, & Annis, 2004 ; Roy & Forest, 2007) ainsi qu'à sa capacité de le voir tel qu'il est réellement (Gardner, 2001 ; Roy & Forest, 2007).
- La composante attitudinale est en lien avec le cognitif et l'affectif. Elle renvoie donc à la notion de jugements de valeurs et aux sentiments envers son corps et se caractérise notamment par l'insatisfaction corporelle (Cash, 2002 ; Grognan, 2008).

2.3.2. Le corps dans l'anorexie mentale

Aujourd'hui encore, la nature des troubles de l'image du corps dans l'AM reste incertaine et controversée (Skrzypek, Wehmeier, & Remschmidt, 2001 ; Farell, Lee, & Shafran, 2005).

Cependant des études, axées sur la composante perceptuelle, ont mis en lumière l'impossibilité des personnes anorexiques à estimer leur corpulence réelle (Collins, Beumont, Touyz, Krass, Thompson, & Phillips, 1987 ; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Pieters, 1995). Aussi, ces personnes ont tendance à l'accentuer en globalité ou sur des parties particulières (Cash & Pruzinsky, 2002) : cuisses, hanches et ventre (Grall-Bonnec, Guillon-Laudreat, & Vénisse, 2007 ; Shankland, 2009).

Pour d'autres, la composante attitudinale serait à l'origine des troubles de l'image du corps (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004 ; Taylor, et al., 2006). En effet, ils ne seraient pas en lien avec la perception de leur image mais plutôt des jugements et des affects négatifs envers cette dernière (Cash et Deagle (1997)). Cela induirait une insatisfaction corporelle élevée chez ces personnes due à une très grande différence entre le corps perçu et celui désiré (Cash & Deagle, 1997 ; Leahey, Crowther et Ciesla, 2011).

Enfin, l'insatisfaction corporelle des femmes anorexiques s'expliquerait par trois causes :

- Une surévaluation de sa corpulence générale ou de parties de son corps (Cash et Deaggle, 1997)
- Un idéal de minceur inaccessible (Probst, 2005 ; Rosen, 1990)
- L'intérêt porté sur le corps, et plus particulièrement sur un corps extrêmement mince promulgué par leur environnement social (Vitousek & Hollon, 1990).

Esposito, Cieri, di Giannantonio, (2016) ont mis en évidence le rôle des émotions et de l'auto-perception dans l'anorexie mentale et leur substrat neural impliquant des réseaux au repos et en particulier des structures corticales médianes frontales et postérieures au sein du réseau en mode par défaut et de l'insula.

2.3.3. Conséquences

2.3.3.1. *Faible estime de soi*

Les personnes anorexiques se considèrent inférieures par rapport aux autres malgré une pseudo bonne adaptation scolaire due à un fort investissement intellectuel (Poinso, Da Fonseca, Camera, Zarro, Guelfi, Duverger, & Vialettes, 2006). C'est pourquoi, en plaçant leur image du corps au cœur de leurs préoccupations, elles imaginent qu'en répondant aux critères de beauté de la société elles seront jugées positivement et gagneront en estime d'elles-mêmes (Keery et al, 2004).

De plus, il apparaît que l'estime de soi globale est étroitement liée à l'estime de soi physique (Marsh, 1990, (Annexe 2)), Fox et Corbin, 1989 (Annexe 3)) Ainsi, ces personnes souffrant d'un trouble de l'image du corps ne sont pas satisfaites de leur corps ce qui impacte leur estime de soi. D'ailleurs, l'estime de soi fait partie des besoins les plus importants pour les personnes (Maslow, 1943) (Annexe 4).

2.3.3.2. *Anxiété physique sociale*

La majorité des patientes anorexiques sont diagnostiquées anxieuses (Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000). Cela est en partie expliqué par l'anxiété physique sociale qui correspond « au degré d'anxiété dans lequel se trouve un individu dès lors qu'il se sent observé ou jugé sur son apparence » (Moscone, 2013). Elle est donc liée à l'appréciation que l'individu a de son apparence (Hart, Leavy, & Rejeski, 1989). Ainsi, pour éviter de se montrer en société certaines personnes s'isolent (Smith, 1994) tandis que d'autres pour tenter d'approcher la norme sociale useront de comportements compensatoires tels que l'hyperactivité physique (Davis,

Kennedy, Ralevski, & Dionne, 1994) ou encore de comportements alimentaires néfastes comme la restriction, le jeûne, la gloutonnerie ou la purge (Hart et al., 1989 ; Petrie, 1993).

Cela influera négativement le développement identitaire de l'individu. En effet, la pathologie apparaît dans la plupart des cas durant l'adolescence, période pendant laquelle les individus ont besoin de se confier, de se comparer en miroir afin de tester leurs opinions, leur attitude et leur façon de faire avec des amis (Ferland, 2015).

Ces conséquences du trouble de l'image du corps mettent donc en lumière un déséquilibre occupationnel puisqu'il diminue les relations sociales et favorise l'hyperactivité physique.

Après avoir présenté les différents troubles liés à l'anorexie mentale et particulièrement le trouble de l'image du corps, je vais maintenant exposer la prise en charge des personnes anorexiques.

3. La prise en charge des personnes anorexiques

Un premier paragraphe présente la prise en charge de cette pathologie et en quoi elle s'avère difficile. Les recommandations de l'Haute Autorité de Santé font l'objet du paragraphe suivant avant de présenter les différentes thérapies axées sur le trouble de l'image du corps.

3.1. Difficulté de la prise en charge

3.1.1. Les dimensions en jeu dans l'anorexie selon une approche psychodynamique

Zipfel et al (2015) mettent en évidence la nécessité de comprendre les dimensions en jeu dans l'anorexie mentale afin de réaliser une meilleure prise en charge de celle-ci.

Pour Couderc (2020) « ne devient pas anorexique qui veut : n'est anorexique que l'enfant qui n'a pas, dans sa première enfance, été investie par sa mère comme future femme c'est-à-dire dont la mère n'arrivait pas à se représenter sa fille comme une future femme et pas seulement comme un enfant ». Ainsi, la patiente refuse de se voir devenir une femme. Pour pallier aux transformations qui lui échappent, elle adapte une alimentation restrictive ce qui lui permet d'approcher au maximum l'image idéale d'une personne sans forme mettant de côté la féminité et la sexualité.

« La subjectivité de l'expérience du corps est en étroite relation avec la perte ou l'absence d'un autre, et la souffrance associée à la fonction déficiente pourrait faire penser que l'organe *contient* l'autre dont le sujet se sent abandonné ». (Fedida, 2002)

Comme écrit ci-dessus, l'anorexie serait le moyen d'exprimer une souffrance. Elle se révélerait par une « panne de fonctionnement » de l'appareil psychique (Schneider, 2011) due à un manque de réactions lors d'un traumatisme. Cela se traduirait par une régression extrême selon le principe de Nirvana. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, s.d), il se définit comme « tendance de l'appareil psychique à supprimer toutes les tensions en vue d'atteindre la constance parfaite du psychisme, comme plaisir dernier. » L'objectif visé, en tentant d'atteindre le Nirvana, est la conservation de l'intégrité physique. L'absence d'alimentation par le « je n'ai pas faim donc je suis entier » (E et J Kestemberg et Decobert, 1972) permet d'éliminer le sentiment de manque en s'attachant au besoin dans la négation. Ainsi, selon Launois (s.d), les personnes anorexiques auraient un fantasme d'immortalité et sont donc en défi permanent face à la mort ce qui explique leur maîtrise de la pulsion de conservation.

Selon Pommereau (2006), les manifestations par le corps, à défaut de le faire par le langage, permettant de faire rupture sont des actes fréquents à l'adolescence. Ces « figuralités corporelles » sont issues des productions psychiques. En traduisant la souffrance psychique par le corps, les tensions internes et la maîtrise sont évacuées et permettent alors de produire forme et consistance aux représentations psychiques dont le sujet souffre. Ces personnes recherchent de la reconnaissance auprès de leur entourage.

Pour résumer, la psychanalyse propose une explication de l'anorexie mentale. Pour les Vermorel (2001), celle-ci prendrait la forme d'un noyau autonome, clivé du reste du psychisme qui peut être de structures variées. Ainsi, l'expression clinique de l'anorexie peut être appréhendée comme des comportements auto calmants, relevant d'une perversion générée par la condensation d'une répression sexuelle à l'adolescence avec des traumatismes précoces touchant l'oralité ; orientée vers le dedans. Elle peut être donc être vue comme une forme féminine du fétichisme.

3.1.2. Facteurs associés à la résistance au changement

Arrêter une conduite anorexique constitue une véritable ambivalence puisqu'elle apporterait des gains secondaires. Cela favorise alors le maintien du trouble. De ce fait, la motivation s'en trouve impactée (Colton & Pistrang, 2004 ; Touyz et al., 2003).

Les avantages les plus recensés sont le sentiment que quelqu'un veille sur soi ou d'être protégé, le sentiment de contrôle ainsi que le sentiment d'être particulière (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999).

De plus, la période de l'adolescence est un facteur pouvant renforcer la résistance au changement. En effet, l'adolescent demande rarement d'aller consulter (Marcelli & Braconnier, 2008). Cela peut être expliqué par la tendance à s'opposer à l'autorité puisqu'il désire s'émanciper (Lask, Geller, & Srimeswaran, 2007 ; Orsi, Lafortune, & Brochu, 2010). De plus, les adolescents ont des croyances erronées puisqu'il faudrait qu'ils soient invulnérables (Elkind, 1984), ce qui favorise le déni des troubles.

Enfin, il est important de souligner que la fratrie peut influencer le processus anorexique de la patiente négativement ou positivement (Vandorpe et Kinoo, 2008). Cependant, en pratique dans la prise en charge de celle-ci elle est souvent laissée à l'écart. Pourtant, inclure la fratrie dans le processus pourrait s'avérer profitable pour tous.

La difficulté de la prise en charge ayant été présentée, les recommandations de la HAS font maintenant l'objet du paragraphe suivant.

3.2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les recommandations de bonnes pratiques écrites par l'HAS (2010) visent l'amélioration de la prise charge des personnes anorexiques.

Ainsi, les soins des personnes anorexiques s'effectuent en ambulatoire plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation en fonction de la gravité somatique, nutritionnelle et psychique. D'ailleurs, il est recommandé que les prises en charge soient initialement ambulatoires, excepté en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. Par ailleurs, des prises en charge particulières peuvent être mises en place en relais de l'hospitalisation dans les formes sévères constituant alors des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Elles se réalisent dans les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), les hébergements et postcures thérapeutiques, les soins études et les familles d'accueil.

De plus, l'HAS (2010) recommande que la prise en charge comprenne les aspects impactés par la pathologie à savoir le nutritionnel/diététique, le somatique, le psychologique et social, la pharmacologie. En raison de la pluridisciplinarité des soins, un médecin coordinateur est en charge de veiller à une cohérence et une continuité des soins par les différents professionnels, qui

sont notamment : les médecins (généralistes, scolaires, du sport, du travail), pédiatres, infirmiers scolaires, gynécologues, pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, internistes, réanimateurs, endocrinologues, gastro-entérologues, nutritionnistes, diététiciens.

L'HAS recommande un suivi psychologique d'une personne anorexique « dans le but de l'aider notamment à réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires. ». Parmi les multiples objectifs à travailler lors des interventions psychologiques, on vise à « traiter (...) les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire ».

Enfin, l'HAS (2010) définit comme « un des objectifs principaux du traitement de l'anorexie mentale [...] d'aider les patientes à améliorer leur adaptation sociale et relationnelle, qu'elle soit familiale, scolaire ou professionnelle. » Elle rajoute dans son guide à destination des familles que l'anorexie mentale entraîne sur un plan social « isolement, repli sur soi, parfois interruption des études ou de l'activité professionnelle ». Cela aggrave le trouble et favorise l'installation de la jeune fille dans un cercle vicieux où les activités réalisées sont en lien avec le poids puisque les pensées sont centrées vers celui-ci.

3.3. Thérapies axées sur le trouble de l'image du corps

3.3.1. Le psychodrame psychanalytique individuel

« C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif...La créativité permet le rassemblement de l'individu qui peut exister comme une unité, non comme une défense contre l'angoisse, mais comme l'expression du je suis, je suis en vie, je suis moi-même » (Winnicott, 1975).

Le psychodrame auprès d'adolescents a déjà été largement décrit (Jeammet, 1995 ; Petit et al, 2009) et ce y compris auprès de sujets anorexiques (Carrel, 2002 ; Chabert, 1997 ; Frismand, 1995).

L'objectif de cette médiation, selon Boutinaud et Chabert (2013), vise à soutenir les «processus de symbolisation et à la mise en forme de la vie psychique » dans le but de faciliter l'acquisition et l'accommodation par le patient. Pour cela, le patient est invité à participer à des scènes de théâtre où la mise en mouvement de son corps est sollicitée. Cette mise en situation soulève la question des contenants corporels qui est au cœur de la thérapie illustrée par les

essayages d'habits dans les magasins ou lors de la demande de description des sensations perçues par le corps en présence de soleil ou de froid (Boutinaud, Chabert, 2013).

3.3.2. Activités physiques de bien être : l'exemple du yoga

Dans le cadre de l'anorexie, le yoga permet l'unification du corps et de l'esprit en intégrant les sensations ressenties par le corps (Shiffmann, 1996) afin d'éveiller la prise de conscience de ces dernières. Ainsi, il faciliterait l'acceptation du corps (Vendereycken, Probst et Meermann, 1988), la reconstruction de l'identité individuelle, une resocialisation et la reprise d'une activité physique pratiquée à bon escient.

La pratique de sports raisonnée et régulière n'altérerait pas la prise de poids et la répartition muscle/gras (Ng, Ng, & Wong, 2013 ; Zunker, Mitchell, & Wonderlich, 2011 ; Hausenblas, Cook, & Chittester, 2008). Elle améliore la confiance en soi, l'image de soi, les humeurs négatives, l'anxiété et le stress (Hausenblas & Fallon, 2002 ; Landers & Arent, 2001 ; Probst, 2005). De plus, elle permet le contrôle de l'hyperactivité des patientes (Rizk, et al., 2014). L'objectif est de translater la perception de la pratique physique en un moyen de se faire plaisir et de restaurer une bonne image de soi et plus comme un outil de perte de poids. De plus, l'activité physique favoriserait l'adhésion au soin des personnes anorexiques.

3.3.3. La réalité virtuelle

D'après Clus (2018), la réalité virtuelle ouvre de nouvelles perspectives pour travailler progressivement sur les troubles de l'image du corps (distorsion et insatisfaction corporelle). De par la synchronisation visio-tactile, l'identification à l'avatar est renforcée. L'objectif est de permettre une meilleure réappropriation des limites du corps lorsque la patiente a atteint un indice de masse corporelle très bas et de l'habituer à l'image de son corps en phase de prise de poids au cours de la prise en charge.

3.3.4. La psychomotricité

Les psychomotriciens agissent dans le trouble de l'image du corps. Leurs spécificités consistent en leur manière d'aborder cette problématique en travaillant la prise de conscience de leur corps (Provost, 2012). Le thérapeute propose aux patients de se reconnecter avec son corps (Provost, 2012 ; Hafer, 2019). Ainsi, il favorise la création de liens corps/psychisme, l'expression des perceptions corporelles réelles, imaginaires ou fantasmatiques et amène le patient à se confronter à sa problématique corporelle (Provost, 2012).

Hafer (2019) rajoute que le thérapeute invite à identifier l'effet des sensations positives ou négatives sur leur corps. Pour ce faire, un réinvestissement des parties les plus sujettes à la distorsion corporelle est travaillé. Aussi, en psychomotricité le rapport aux émotions est un axe de travail essentiel à prendre en compte. En effet, il est considéré important que la personne puisse identifier, connaître leurs mécanismes et les impacts sur le corps et le comportement.

Après avoir présenté une liste non exhaustive des professionnels intervenants sur le trouble de l'image du corps, je vais mettre en lumière celui de l'ergothérapeute.

3.4. L'ergothérapie

3.4.1. Définition de l'ergothérapeute

D'après le référentiel d'activité relatif au diplôme d'ergothérapeute (Ministère de la santé et des sports, 2010), le métier de l'ergothérapeute est défini comme « un professionnel de santé [qui] se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. » « [L'ergothérapie] prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. Elle intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel. »

Son objectif vise à maintenir, à restaurer et à permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. Pour cela, l'ergothérapeute évalue les limitations d'activités et les restrictions de participation des personnes et élabore un diagnostic ergothérapeutique.

De plus, l'ergothérapeute facilite « le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence. » (Ministère de la santé et des sports, 2010).

Selon le site legifrance (s.d), son exercice est réglementé par les articles L. 4331-1 et R.431-1 et suivants du code de la santé publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

3.4.2. La prise en charge en ergothérapie

3.4.2.1. *L'intérêt d'une approche psychanalytique en ergothérapie dans la prise en charge de personnes anorexiques*

Il est rapporté, selon Launois (s.d), que l'approche psychanalytique en ergothérapie comporte plusieurs intérêts sur la compréhension de ce qui se joue au travers de médiations permettant l'expression de soi. Ainsi, elle permet l'apport de pistes sur les fonctionnements intrapsychiques : construction progressive d'un individu, la façon dont l'angoisse envahit les patients ou encore la notion d'inconscient.

La théorie psycho-affective de Freud amène des pistes de réflexion et de compréhension d'éléments essentiels en ergothérapie. Les conceptions de Freud sont centrées sur l'individu et son espace intérieur psychique : lieu des contenus intrapsychiques. Par ailleurs, une des visées en ergothérapie est l'autonomisation des personnes. Pour cela, un travail sur le Moi est nécessaire. Ainsi, Freud nous apporte un éclairage sur la construction du Moi et sur les notions de narcissisme primaire et secondaire essentielles dans notre métier. Celles-ci permettent de comprendre la problématique identitaire de la psychose. Ainsi, Freud permet de situer notre thérapie comme une thérapie psycho-affective grâce à une compréhension de l'espace intérieur et permet d'orienter nos objectifs thérapeutiques tels que : l'étayage de la construction du moi dans la psychose, l'élaboration des pulsions et de l'angoisse dans la psychose et les états-limites et l'élaboration psychiques des conflits intrapsychiques dans la névrose, travail au niveau des mécanismes de défenses.

La théorie de Freud sur l'inconscient permet d'identifier ce qui est produit lors des médiations en ergothérapie. De prime abord et à tort, nous pouvons penser que les médiations projectives utilisées par le patient mettent en lumière des actions conscientisées alors qu'elles appartiennent à l'inconscient. Pour qu'il puisse s'exprimer librement, le cadre thérapeutique doit être contenant, assurer la confidentialité et proposer une activité non directive. Ainsi, en ergothérapie, il est nécessaire de savoir « d'où ça parle » afin que le patient se mette à l'écoute de ce qui se joue dans une activité. Cependant, dans notre pratique, nous nous adressons le plus souvent au Moi du patient afin de l'aider à trouver de nouveaux modes de gestions de l'angoisse.

Freud nous apporte des éléments de compréhension quant aux mécanismes de formation de l'angoisse à l'aide de ses deux théories sur ce sujet. La première s'axe sur la notion de perte de représentation. Pour cela, en ergothérapie, la mise en place de médiations thérapeutiques permet les représentations concrètes de l'énergie libre de l'angoisse. La seconde se dirige sur les conflits

intrapyschiques. Ainsi, l'utilisation des médiations thérapeutiques à visée projectives favorisent l'expression de ces derniers grâce à des médias très facilement transformables, notamment dans la prise en charge de névroses et de TCA.

Enfin, Freud offre des pistes concernant la relation thérapeutique. Ainsi, la notion de loi est essentielle dans la mise en place du cadre thérapeutique. Aussi, il est important d'être attentif sur la notion de transfert et de contre-transfert puisqu'ils constituent des éléments essentiels à prendre en compte dans la compréhension de ce qu'il se joue dans la relation thérapeutique.

3.4.2.2. *Objectifs de prise en charge en ergothérapie*

Les objectifs concernent, selon Launois (s.d), la dimension de soin psychique, c'est-à-dire l'expression de la personne sur ses conflits internes. Aussi, selon Klein (2016), l'ergothérapeute travaille à :

- « L'aider à maîtriser ou s'accommoder de son angoisse »,
- « Le soutenir pour retrouver une certaine estime de soi »
- « Susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie »
- « Peut-être même à l'« occuper » sur le plan psychique, ce qui voudrait dire qu'il est parvenu à mettre de côté ses *préoccupations* ».

3.4.2.3. *Moyens thérapeutiques : cadre, relation et médiations*

Pour répondre à ses objectifs, le thérapeute possède plusieurs outils thérapeutiques tels que le cadre, la relation et les médiations.

Ainsi concernant le cadre, le thérapeute instaure un espace psychothérapeutique, qui se trouve à la croisée de l'ergothérapie et de la psychothérapie (Hernandez, 2016). De plus, la mise en place de celui-ci est essentielle et rassurante pour les patients.

Launois (s.d) en énonce d'ailleurs ses trois fonctions principales :

- Enveloppe psychique, issue du concept du moi-peau d'Anzieu (1974), dans le but de faire fonction de contenant et de protection.
- Espace intermédiaire, dont l'origine est l'espace transitionnel initié par Winnicott (1975), afin de laisser un espace de création entre le thérapeute et le patient.
- Fonction structurante par la dimension symbolique (rapport à la loi) et par la dimension organisationnelle (rapport à la structure). Cela offre une structure externe au patient qui peut lui permettre de s'appuyer dessus afin d'étayer sa structure interne désorganisée.

L'adhésion de la patiente dans le processus thérapeutique est difficile comme il a été expliqué ultérieurement dans ce mémoire. C'est pourquoi, l'établissement d'une bonne relation thérapeutique est d'autant plus important. D'ailleurs, l'ergothérapeute est habilité à « conduire une relation dans le contexte d'intervention ergothérapique » (Compétence 6 du référentiel de compétences de l'ergothérapeute, 2010).

Winnicott (1975) a décrit trois attitudes auxquelles le thérapeute doit répondre :

- Handling (façon de porter, contenance psychique)
- Holding (façon de mobiliser, de traiter avec deux dimensions : physique et psychique)
- Object-presenting (façon de présenter les objets).

« Les préoccupations de l'ergothérapeute concernent la remise en activité du patient. Pour ce faire, quelques outils techniques et standardisés peuvent être utilisés. En revanche, nous disposons d'une palette infiniment plus vaste qui est celle de l'activité ». (Pibarot, 1982).

L'ergothérapeute a la capacité de « mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie » (Compétence 3 du référentiel de compétence de l'ergothérapeute, 2010).

Pour cela, selon Launois (s.d), le thérapeute met en place des médiations signifiantes : des expériences perceptivo-sensorielles, motrices et gestuelles, autour des fonctions supérieures, identitaires, relationnelles, créatives et projectives. Ainsi, en faisant rôle de tiers par les limites imposées de fait par la matière, elles proposent donc un principe de réalité permettant alors de limiter l'illusion de toute-puissance qu'ont les anorexiques face à la mort (Launois, s.d).

De plus, Launois (s.d) souligne que chacun puisse choisir une médiation signifiante et cela limitera leur approche par l'excellence. Par ailleurs, elle relève l'importance des rituels de début et de fin de séance. Aussi, elle énonce que les thérapies de groupes hétérogènes permettent de lutter contre l'isolement ou le regroupement de ces patientes.

Afin d'illustrer mes propos, Launois (s.d) présente un exemple de prise en charge pour des patients anorexiques.

Cependant, avant de mettre en place celle-ci, il est essentiel de bien connaître nos outils : les types de prise en charge (ateliers, groupe ou individuel) et les moyens thérapeutiques (cadre, relation, activités/médiations). Elle rappelle l'importance que le dispositif en ergothérapie soit inscrit dans celui de l'établissement afin d'y ajouter le rôle de l'ergothérapeute.

Ensuite seulement, nous pouvons proposer un plan d'intervention incluant :

- L'accueil de la personne et entrer en relation avec elle afin de créer une relation thérapeutique (en lien avec la compétence C6)
- Le recueil des données via des bilans et entretiens (en lien avec la compétence C1)
- Le questionnement des objectifs et des processus thérapeutiques (en lien avec la compétence C3)
- La gestion de la séparation lors de la sortie d'hospitalisation
- La proposition d'un suivi adéquat en vue de l'autonomie.

La problématique pratique avait pour but d'exposer les éléments pratiques en lien avec l'anorexie mentale, le trouble de l'image du corps et l'ergothérapie. Il apparaît donc que l'ergothérapeute est en capacité de prendre en charge le trouble de l'image du corps d'une patiente anorexique grâce à ses différents outils thérapeutiques issus de modèles de psychologie et de psychothérapie. Néanmoins, ce trouble influe sur l'équilibre occupationnel. C'est pourquoi, ma question de recherche s'axe sur : ***Comment l'ergothérapeute permet-il d'améliorer l'équilibre occupationnel auprès de patientes anorexiques en agissant sur le trouble de l'image du corps ?***

La partie suivante présente les données théoriques plus ergothérapiques sur lesquelles je me suis appuyée pour répondre à ma question de recherche.

PARTIE B : PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Cette partie est consacrée à la présentation des modèles et théories sur lesquelles je me suis appuyée pour la rédaction de ce mémoire. Ainsi, le premier élément théorique porte sur un concept interdisciplinaire qu'est la notion d'Empowerment. J'explicite par la suite, un concept des sciences de l'occupation qui se nomme l'équilibre occupationnel. Enfin, j'exposerai le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) qui est un modèle ergothérapique. Tous ces éléments théoriques sont explicités au travers d'un bref historique ainsi qu'une définition et leurs apports dans la poursuite de ma recherche sur l'anorexie mentale et le trouble de l'image du corps.

1. L'empowerment

Il a été explicité précédemment que l'engagement des personnes anorexiques dans leur prise en charge s'avérerait difficile puisque l'anorexie est utilisée comme un moyen d'expression de souffrance et que des facteurs de résistances au changement sont présents. C'est pourquoi, je vais m'intéresser à la notion de l'« empowerment ».

1.1. Emergence et définition de la notion d'Empowerment

Initialement, c'est entre 1960 et 1970 que les premiers travaux précurseurs sont apparus faisant naître la notion d'empowerment. Celle-ci a été utilisée dans plusieurs domaines tels que le féminisme, le freudisme, la théologie, le mouvement black power ou le gandhisme (Simon, 1994 ; Cornwall, Brock, 2005).

Dans le domaine de la santé, l'empowerment est une notion fondamentale dans la promotion de la santé. En effet, la charte d'Ottawa (1986), présentant les perspectives de celle-ci, le définit comme « un processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé » (d'après l'article de Bernard Goudet, 2005). De plus, l'OMS (1978), lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaire, souligne dans la Déclaration d'Alma Ata que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. »

Actuellement, il n'existe aucune traduction officielle permettant d'expliciter l'intégralité des notions intégrées dans ce terme. Néanmoins, Le Bossé (2003) le définit comme « pouvoir d'agir », « pouvoir d'influence » ou encore « capacité d'agir ». De plus, Ninacs (2008) ajoute

que c'est une approche « dont la particularité est de soutenir les efforts des individus et des communautés dans la recomposition de leur capacité d'agir de façon autonome » et que ce mot permet entre-autre de « désigner le processus pour l'atteindre ».

Selon le même auteur, le processus s'articule autour de trois étapes : choisir, décider et agir. La première débute « par le choix libre et conscient d'un individu (...) qui mènera éventuellement à une action quelconque ». Ensuite, le choix se transforme en une décision (Lemieux, 1989), où l'individu a « une capacité de raisonner et d'analyser, de posséder l'information requise ou de savoir où elle se trouve et comment l'acquérir, et qui constitue, d'une certaine façon, un pouvoir psychologique ». Enfin, la dernière réside en « capacité d'agir en fonction de sa décision tout en étant prêt à en assumer les conséquences ».

Trois types d'empowerment existent selon Ninacs (2008) :

- Le premier représente **l'empowerment individuel** qui est composé des quatre axes suivants : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Le but, en agissant sur ces dernières, est d'autonomiser la personne, c'est-à-dire de l'aider à acquérir la capacité d'agir en fonction de ses choix propres et de manière éclairée.
- Le deuxième s'intitule **l'empowerment communautaire** et inclut quatre composantes : la participation, la compétence, la communication et le pouvoir d'agir de ses membres. La visée de celui-ci est de mener la communauté à un état dans lequel elle est capable de faire ses propres choix, et qui encourage individuellement le pouvoir d'agir de ses membres. L'empowerment individuel est l'origine de la réussite de l'empowerment communautaire.
- Le dernier type d'empowerment décrit est **l'empowerment organisationnel** basé sur les quatre éléments que sont la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. Ce dernier type vise à expliquer le rôle de l'organisation dans une perspective de soutien à l'empowerment. De plus, il permettrait la participation et la formations des individus favorisant son propre empowerment.

Ce mémoire s'intéressant à la prise en charge ergothérapeutique dans le cadre de l'anorexie mentale, je vais m'intéresser particulièrement à l'empowerment individuel.

1.2. Les composantes de l'empowerment individuel

L'empowerment individuel comporte quatre dimensions essentielles qui sont la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Ces dernières agissent mutuellement afin de mener l'individu dans un état où il est capable de faire des choix (Annexe 6).

La première composante, **la participation**, met en avant la capacité à prendre des décisions et repose donc sur une composante psychologique (Nicacs, 2008). De plus, la participation inclue le fait de prendre part aux décisions notamment dans le cadre de la prise en charge. Il est souligné que l'engagement de l'individu à celle-ci sera encouragé dans le cas où les activités proposées seront signifiantes et significatives pour lui. Rappelons qu'une activité est signifiante lorsqu'elle a du sens pour la personne contrairement à une activité significative dont la réalisation est motivée par l'entourage de l'individu.

La deuxième dimension, s'intitulant **les compétences pratiques**, selon Ninacs (2008) renvoie à l'acquisition de nouvelles compétences et d'habilités pratiques permettant la mise en œuvre de l'action. De plus, cette dimension regroupe la réévaluation de compétences acquises.

Le troisième élément met en lumière **l'estime de soi**. Elle est définie comme étant « la transformation psychologique qui annule les évaluations négatives antérieures intériorisées et incorporées dans l'expérience de développement de l'individu et par laquelle il arrive à être satisfait de lui-même » (Ninacs, 2008). Ainsi, deux aspects sont soulignés : la satisfaction de lui-même et la confiance en soi.

La dernière composante s'axe sur **la conscience critique**. Elle correspond à la prise de conscience d'un problème. Celle-ci permet de participer à une prise de conscience collective amenant l'individu à se rendre compte qu'il n'est pas seul à rencontrer cette difficulté. Ainsi, cela participera à déculpabiliser l'individu, intitulé la déculpabilisation personnelle.

1.3. L'empowerment individuel en santé mentale

En psychiatrie, l'empowerment a une place privilégiée. En effet, Greacen & Jouet (2012) mettent en évidence que celui-ci contribue à la formation d'un nouveau paradigme plaçant l'usager de la psychiatrie comme auteur de son projet de soin, de son projet de vie, un service où les offres proposées sont conçues pour favoriser son autonomie, son « empowerment ». Néanmoins, il est essentiel de souligner que l'évolution des capacités de la personne est donc en partie déterminée par sa façon d'investir sa prise en charge, de se l'approprier, et de se comporter

de telle sorte qu'elle favorise le bon déroulement de son programme personnalisé (Offenstein, 2015).

La singularité de l'empowerment réside dans la perception d'un patient. En effet, le soignant prend en compte la globalité de la personne et pas uniquement les éléments en lien avec la pathologie.

Les différentes définitions de l'empowerment en santé mentale permettent de dégager plusieurs caractéristiques. Concernant le niveau individuel, plusieurs éléments permettent d'augmenter la capacité à résoudre des problèmes et à prendre des décisions ainsi que le renforcement de la confiance en ses propres capacités. Ces éléments sont donc la participation active dans les choix de la vie, la prise en compte de l'expérience de la personne sur la santé et la prise de conscience critique.

1.4. Apports de l'empowerment dans l'anorexie mentale

La théorie de l'empowerment individuel met en lumière qu'une baisse de participation influence négativement sur le pouvoir d'agir.

Ainsi, comme il a été vu précédemment, l'anorexie et le trouble de l'image du corps associé influent négativement sur la réalisation de certains domaines d'activité comme les relations sociales. Cela est en partie expliqué par les croyances erronées et le déni de la pathologie qui sont les mêmes facteurs renforçant le maintien de ce déséquilibre occupationnel.

Par ailleurs, il est souligné que l'estime de soi est altérée ce qui favorise l'hyperactivité physique et intellectuelle afin de compenser avec cette dernière.

Cela permet de mettre en évidence les interactions entre la conscience critique, l'estime de soi et la participation. En tenant compte du renforcement entre les différentes composantes, seules, les compétences pratiques ne suffiront pas à renforcer la capacité d'agir de l'individu. C'est pourquoi, l'ergothérapeute avec ses compétences visera à faciliter et accompagner dans le sens de l'empowerment. Ainsi, le modèle de santé, initialement asymétrique avec une approche d'assistance du « faire pour », glisse peu à peu vers un modèle tourné vers le « faire avec ». Le patient pourra donc devenir acteur de sa santé grâce à la transmission de savoir des soignants.

Le rôle du professionnel est d'aménager un contexte favorable à la prise de conscience par l'individu de ces facteurs structurels le dépassant et de l'outiller pour appuyer un changement. Malgré cela, Ninacs (2008) souligne qu'« il n'existe aucune garantie qu'une personne empowermentée qui agira contribuera à son développement ».

2. Le modèle MCREO

En partant du constat que l'anorexique, souffrant du trouble de l'image du corps, fuit les relations sociales au profit de certaines activités permettant la productivité et le rendement, je me suis intéressée en premier lieu au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.

2.1. Historique et définition du MCREO.

Le MCREO constitue la dernière version du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P). Le MCRO-P est lui-même la version améliorée du MCRO (Annexe 5). Ce modèle a été créé en 1997 par l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Depuis 2007, la notion de participation y a été rajoutée par Polatajko, Townsend and Craik ceci a donc permis de former le MCRO-P. Et depuis 2013, la notion de l'engagement dans l'activité d'un point de vue psychologique et physique y a été greffée ce qui a formé le MCREO.

Ainsi, la naissance du MCRO, basée sur les théories humanistes prônant une approche centrée sur le patient, permet de mettre en vigueur le principe suivant : la personne a la capacité de s'adapter et d'acquérir des compétences. Ce modèle a donc une philosophie sous-jacente qui place le patient comme un partenaire puisque sa subjectivité, ses désirs et ses besoins propres sont pris en compte.

L'engagement et la participation du patient sont donc encouragés au travers du MCREO. En effet, il permet de déterminer les activités signifiantes de la personne. Selon la théorie du flow (Csikszentmihalyi,1988), l'engagement est favorisé par la pratique d'activités appréciées par la personne. La notion de participation, elle, intervient en tant que résultat des interactions entre la personne, l'occupation et l'environnement. Ainsi, l'ajout de cette notion permet au modèle d'élargir son intérêt au-delà de la simple performance dans l'action mais vise à la réalisation de celle-ci. Il promeut donc une vision de la santé et du bien-être grâce à la pratique d'activité.

De plus, l'occupation est influencée par le contexte dans laquelle elle est réalisée. Ainsi, il illustre la perspective canadienne de l'ergothérapie qui existe entre la **personne**, les **activités** et l'**environnement** qui sont les piliers de ce modèle.

Ce modèle a pour objectif d'évaluer la perception du patient à l'égard de son rendement occupationnel dans les différents domaines. La notion de rendement occupationnel « réfère à la capacité d'une personne de choisir et d'effectuer des occupations significatives qui lui procurent

satisfaction, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité » (ACE, 2002).

2.2. Composantes du MCREO

Dans ce modèle, **la personne** est décrite par quatre dimensions : physique, affective, cognitive et spirituelle (le noyau de l'être).

La première dimension renvoie aux **fonctions motrices, sensorielles et sensori-motrices** de la personne. La deuxième dimension comprend toutes les **fonctions sociales et affectives** ainsi que les facteurs interpersonnels et intrapersonnels. La fonction sociale est définie par les humeurs et les réactions émotionnelles, elles contrôlent donc les émotions et le comportement. La troisième dimension illustre toutes les **fonctions cognitives et intellectuelles** telles que la perception, la concentration, la mémoire, la compréhension, le jugement et le raisonnement. De plus, cette dimension représente l'organisation de la pensée (cohérence du discours, idées délirantes etc.) et les schémas cognitifs (pensée dichotomique, perception du monde, estime de soi etc.). La dernière dimension décrit **l'essence de soi et ses croyances morales**.

Concernant **les domaines de l'occupation**, le modèle en décline initialement trois : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Cependant, depuis 2013 le repos en fait partie.

Les soins personnels regroupent les actions réalisées dans le but de s'occuper de soi. Dans ce domaine d'occupation sont comprises les responsabilités personnelles, la mobilité fonctionnelle et l'organisation de l'espace et du temps. **La productivité**, elle, contribue à l'épanouissement social et économique ou engendre des revenus. Les activités ludiques, les travaux scolaires, l'emploi, les travaux ménagers, le rôle de parents et le travail bénévole dans la communauté font intégrantes à cette dernière. **Les loisirs** visent le divertissement notamment grâce à la socialisation, l'expression créative, les activités de plein air, les activités ludiques et les activités sportives.

Enfin, le dernier élément du modèle traite de **l'environnement** sous ses quatre aspects : culturel, institutionnel, physique et social.

L'environnement culturel aborde les faits en rapport avec l'éthos : caractère commun à un groupe d'individus appartenant à une même société (Larousse, s.d). Pour cela, les critères ethniques, raciaux, cérémonieux et routiniers sont étudiés. **L'environnement institutionnel** relate les institutions et les pratiques sociales avec la politique, le processus de prise de décision, la procédure, l'accessibilité et les autres pratiques organisationnelles, mais aussi la composante

économique (services économiques, priorités financières, mécanismes de financement et soutien à l'emploi), légales (procédures et services juridiques) et enfin politique (services financés par l'Etat, législation et les pratiques politiques). **L'environnement physique** met en image tout ce qui est naturel et construit tel que les édifices, les routes, les jardins etc. Enfin, **l'environnement social** concerne les types de rapports entre les personnes et la communauté, les regroupements sociaux avec des valeurs, attitudes et croyances communes.

Les trois composantes citées sont interdépendantes, de ce fait, si l'une d'elle dysfonctionne, tout le système est impacté. C'est pourquoi, cette interdépendance doit impérativement être harmonieuse.

2.3. Apports du MCREO dans l'anorexie mentale

La description des symptômes de l'anorexie ainsi que le trouble de l'image du corps associé montrent un déséquilibre dans la réalisation des activités. Ce modèle a la singularité de mettre en évidence les interactions entre la personne, les occupations et l'environnement. Ainsi, il permet d'expliquer que le surinvestissement des activités productives est dû à de fausses croyances. Par ailleurs, en délaissant les loisirs, les personnes anorexiques s'écartent de leur environnement social. Aussi, son hyperactivité physique et mentale impacte grandement son aspect physique causé par la dénutrition, qui lui-même influe sur la cognition de la personne.

L'apparition de l'anorexie mentale se retrouve notamment dans l'environnement culturel prônant la minceur et le contrôle de la silhouette chez les femmes. Par ailleurs, les croyances erronées sur la nutrition et l'obsession de la perception très négative de l'image de corps sont des facteurs favorisant la pathologie. Enfin, pour la personne, l'anorexie est le moyen d'extérioriser sa souffrance et ses conflits internes.

Chez ce public anorexique, toute activité est réalisée dans un seul but : la perte de poids. Ainsi, la personne se prive de tout loisir et donc de toute notion de plaisir.

Ainsi, le MCREO favorise la compréhension des rapports entretenus avec l'activité par la patiente. Cependant, même si celui-ci est un modèle ergothérapeutique complet, il me paraît essentiel d'ajouter la notion d'équilibre occupationnel puisque les personnes souffrant d'anorexie présentent un tel déséquilibre.

3. L'équilibre occupationnel

La notion d'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie soulignant le lien entre l'occupation et la santé. (Wilcock, 1998 ; Backman, 2004 ; Jonsson & Person, 2006 ; Dür & al, 2014). Plusieurs auteurs abordent cette notion avec des noms différents tels que balance occupationnelle, horaire occupationnel, équilibre de style de vie, équilibre de vie etc.

3.1. Historique de l'équilibre occupationnel

Avant de définir les composantes, il me semble légitime de reconstituer l'historique puisque «malgré sa longue histoire, l'équilibre occupationnel reste une notion abstraite et en constante évolution » (Backman, 2004).

C'est en 1922 que Meyer a montré l'importance pour la santé d'un équilibre entre les différentes activités (Meyer, 1977). Ensuite, en 1960, Reilly a proposé une reprise de ce principe en définissant l'équilibre « entre les quatre grands : le travail et le jeu, le repos et le sommeil » (Wagman, 2012). En 1977, Kielhofner reprend cette idée. Puis, Rogers (1984, p 47-49, cité par Wilcock, 1997) soutient que l'ergothérapie se fonde sur l'équilibre entre les soins personnels, le jeu, le travail et le repos permettant ainsi d'obtenir une qualité de vie saine.

Par ailleurs, en 1994, Law et Coll sont les auteurs d'une vision portée sur le rendement occupationnel, c'est-à-dire l'équilibre entre les différentes activités (soins personnels, productivité et de loisir) de la personne.

En 1998, Wilcock propose que la notion d'équilibre occupationnel dépende de l'utilisation et du développement des capacités de la personne. Il rajoute que cet équilibre doit être établi entre les activités désirées et les activités réalisées par la personne afin de répondre à ses divers engagements (sociaux, communautaires et familiaux par exemple). Il souligne que la clé pour la promotion de la santé et du bien-être semble se trouver dans l'équilibre entre les facteurs intrinsèques (la motivation) et extrinsèques (opportunités ou les obstacles dans l'environnement).

Enfin, en 2009, un modèle est fondé définissant la balance occupationnelle comme une congruence perçue entre les schémas individuels de l'occupation et ceux associés à une culture précise. Leur définition illustre un patron d'activités quotidiennes qui sont satisfaisantes, diversifiées, saines, durables et surtout significatives pour un individu dans ses circonstances de vie actuelles. Ainsi, une harmonie entre les différents types d'activités réalisées doit exister (Matuska & Christiansen, 2008).

3.2. Classification des différentes définitions.

En retraçant l'historique de l'équilibre occupationnel, nous nous rendons facilement compte de l'évolution des différentes désignations s'y rapportant. Ainsi, Wagman (2012) a regroupé les définitions existantes de l'équilibre occupationnel en trois approches :

- Approche classique : les différentes activités sont équilibrées :
 - Soins personnels
 - Productivité/travail
 - Jeu/loisir
 - Repos et sommeil
- Approche expérientielle : les définitions sont basées sur les caractéristiques de l'activité, concernant davantage la façon dont la personne expérimente l'activité et non pas la catégorie de l'activité réalisée :
 - Activités choisies/ obligatoires
 - Activités exténuantes/relaxantes
 - Le faire/l'être
- Approche respectant le modèle de l'équilibre du style de vie (Matuska & Christiansen, 2008) : centrée sur le niveau d'activité, la façon dont il correspond aux besoins de la personne, et la combinaison entre ce que la personne fait et ce qu'elle aimerait faire :
 - Besoins de la personne
 - Souhaits de la personne
 - Temporalité de l'activité.

Par ailleurs, cette théorie décline les cinq besoins qui doivent être satisfaits par le type d'activités réalisées par la personne :

- Répondre aux besoins basiques instrumentaux nécessaires au maintien de la santé biologique et de l'intégrité physique
- Avoir des relations gratifiantes et positives avec les autres
- Se sentir engagé, mis au défi et compétent
- Créer du sens et développer une identité personnelle positive
- Organiser son temps et énergie de manière à répondre à des objectifs personnels importants et de changement

Wagman souligne la différence entre l'équilibre occupationnel et l'équilibre de vie défini par Matuska et Christiansen. En effet, selon elle, l'équilibre de vie englobe l'équilibre occupationnel mais d'autres aspects sont rajoutés. L'équilibre de vie est « la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités (l'équilibre occupationnel), un équilibre entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres et un équilibre par rapport au temps. » (Matuska et Christiansen, 2008).

3.3. Apports de l'équilibre occupationnel dans l'anorexie

Ce modèle permet de mettre en lumière les déséquilibres occupationnels. De plus, les engagements de la personne et son investissement relatif à chacune de ses activités peuvent être identifiées et analysées (Creek, 2003 cité dans Creek & Lougher, 2008 ; Finlay, 2004). Ainsi, ce modèle identifie les personnes en manque d'occupation, favorisant la persistance de moments inoccupés dans la journée. (Creek & Lougher, 2008 ; Finlay, 2004). Aussi, à l'inverse, ce modèle permet également d'identifier une personne qui manquerait de temps pour réaliser certaines activités significantes en raison d'une surcharge de tâches à accomplir quotidiennement. (Backman, 2004 ; Finlay, 2004).

Dans le cadre de l'anorexie mentale, c'est cette idée de surinvestissement qui est essentielle. En effet, la jeune fille anorexique a une manière très singulière d'investir ses activités à travers une approche d'excellence et de productivité, un aspect que j'ai aussi abordé au travers du MCREO. Ces deux modèles sont alors complémentaires. De ce fait, il me paraît impossible de traiter la question de l'amélioration de l'équilibre occupationnel sans s'intéresser aux deux. En effet, le MCROE permet la compréhension des rapports entretenus avec l'activité de manière indépendante, tandis que l'équilibre occupationnel permet d'élargir la vision dont les patients anorexiques expérimentent ses occupations. Ainsi, le but est d'apporter un regard de manière globale dont toutes les occupations s'articulent autour d'une journée afin de mettre en lumière le déséquilibre occupationnel dans lequel les personnes anorexiques peuvent s'installer.

La problématique théorique ayant été posée, je vais m'attacher à expliquer, dans la prochaine partie de mon mémoire, la méthodologie utilisée pour répondre à ma question de recherche qui est :

« Comment l'ergothérapeute permet-il d'améliorer l'équilibre occupationnel auprès de jeunes patientes anorexiques en agissant sur le trouble de l'image du corps ? »

PARTIE C : METHODOLOGIE

L'objectif de mon travail de recherche est d'illustrer la manière dont l'ergothérapeute permet d'améliorer l'équilibre occupationnel auprès des patients anorexiques en axant sa prise en charge sur le trouble de l'image du corps. Pour ce faire, il est nécessaire de choisir une méthode de recherche, de définir une population à interroger et d'établir un outil de recherche.

1. Choix de la méthode de recherche et définition d'une population

Ma recherche vise à la compréhension du « comment » les ergothérapeutes abordent l'équilibre occupationnel des personnes anorexiques. C'est dans cette optique que j'utiliserai par la suite une méthode de recherche appliquée de type qualitative qui est une méthode clinique. Ainsi, des entretiens permettent de recueillir l'expérience de terrain de trois professionnels au maximum.

Afin de sélectionner les personnes susceptibles d'apporter au mieux des éléments à ma question de recherche, j'ai élaboré des critères d'inclusion qui sont :

- Être ergothérapeute diplômé d'état depuis 3 ans minimum.
- Travailler ou avoir travaillé pendant au moins 3 ans auprès de personnes anorexiques.
- Le trouble de l'image du corps fait partie intégrante de la prise en charge en ergothérapie.

2. Typologie et construction de l'outil de recherche

Différentes typologies existent telles que l'entretien directif, l'entretien ouvert et l'entretien semi-directif. J'ai choisi d'utiliser cette dernière méthode qui permet de laisser le professionnel libre de répondre aux questions à partir de questions élaborées dans un guide d'entretien. De plus, ces questions sont posées toujours dans le même ordre.

Ce guide est issu de concepts théoriques développés en amont dans la partie théorique qui sont retranscrits dans les matrices théoriques (Annexe 7) où cinq questions ouvertes apparaissent. De plus, des questions de relance sont prévues dans le cas où la personne interrogée n'approfondirait pas ou n'aborderait pas certains sujets spontanément. (Annexe 8) En prenant soin de ne pas faire apparaître clairement les concepts et théories dans les questions, la personne interrogée répond de manière plus spontanée sans comparer sa pratique aux données théoriques.

2.1. Déroulement des entretiens

Après avoir pris contact avec trois ergothérapeutes, j'ai réalisé les entretiens le 4, le 9 et le 15 avril. De plus, dans un souci de fiabilité de la méthode clinique et avec leur accord, j'ai procédé à l'enregistrement des échanges à l'aide d'une application sur mon téléphone. Par ailleurs, en amont des entretiens, j'ai transmis aux personnes le formulaire de consentement stipulant leur anonymat et leur accord de participation à l'étude. Au début de chaque entretien, je me suis présentée ainsi que le thème de mon mémoire sans préciser ma question de recherche puisque cela aurait pu influencer sur les réponses. Ensuite, je leur rappelais la manière dont l'entretien allait se dérouler avec une première partie sur leur parcours professionnel et la seconde en lien avec ma recherche. Enfin, j'ai remercié la personne pour sa participation à mon travail d'initiation à la recherche.

La durée des entretiens est de 45 min environ et ils sont retranscrits en annexe (Annexe 9).

2.2. Méthodes d'analyse quantitative et qualitative

Pour réaliser l'analyse quantitative des entretiens, j'ai utilisé le logiciel « Tropes » avec « univers de référence 1 » puisque ce moyen de classement de mots me paraît davantage pertinent. En effet, il regroupe plusieurs mots afin d'en dégager les thèmes les plus fréquents.

Afin d'analyser de manière qualitative les résultats des entretiens, j'ai effectué dans un premier temps une étude longitudinale afin de mettre en avant les éléments donnés par chaque personne interrogée. Dans un second temps, j'ai effectué une analyse transversale en croisant les réponses données par les interrogés classées par question (Annexe 10).

Cette synthèse me permettra de recueillir des éléments nécessaires pour tenter de répondre à ma question de recherche et de mettre en lumière les liens avec le cadre théorique choisi pour ce travail.

PARTIE D : RESULTATS

Avant de procéder à l'analyse des entretiens, il me paraît essentiel de décrire la qualité des personnes interrogées. Ensuite, seront présentées les analyses quantitative et qualitative.

1. Présentation des personnes interrogées

La première personne interrogée (E1) a effectué ses études à l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier où elle a obtenu son diplôme d'état (DE) en 2016. Elle travaille en psychiatrie avec des personnes souffrant de comorbidités telles que les TCA depuis octobre 2016. Elle n'a pas d'autre DE et a réalisé des formations en interne sur la gestion d'activités en psychiatrie, sur la gestion de groupe et sur différentes activités thérapeutiques. Dans sa pratique, elle prend en charge l'image du corps mais celle-ci est prise en charge de manière générale à la clinique. Quant à l'orientation psychologique de sa pratique, elle s'adapte en fonction des patients pour leur proposer une approche qui leur corresponde au mieux : soit une approche psychanalytique soit une approche cognitivo-comportementale.

La deuxième personne interrogée (E2) a réalisé ses études à l'école de Rennes et a obtenu son DE en 2003. A la sortie de l'école, elle a travaillé pendant cinq ans en addictologie en région parisienne où les patients présentaient des problématiques liées à l'alcool, drogues, médicaments et autres. Ensuite, elle a travaillé en centre de rééducation. Depuis plus de dix ans maintenant, elle travaille auprès d'un public présentant des comorbidités : addictologie, santé mentale et TCA. E2 a déjà suivi des formations complémentaires sur l'image du corps, l'image de soi et sur le suivi des personnes anorexiques. E2 prend en charge des personnes anorexiques depuis six ans et l'image du corps constitue pleinement un axe de travail. Dans sa pratique, E2 oriente sa prise en charge selon une approche centrée sur la triangulation cognition, comportement, pensée.

La troisième personne (E3) a été diplômée en ergothérapie en 1984. Pendant les deux premières années de sa carrière, elle a travaillé dans plusieurs domaines : neurologie, neurochirurgie, en addictologie, les brûlés et la rééducation fonctionnelle. Par la suite, elle a travaillé exclusivement en psychiatrie. Depuis dix ans, elle a rajouté, à son travail en psychiatrie en intra-hospitalier, des heures en extrahospitalier axées sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie et en hôpital de rééducation, grâce à sa formation sur l'ETP, l'hypno-relaxation et l'hypnose active. Par ailleurs, elle est formée en relaxation et en thérapies brèves.

E3 souligne que sa pratique s'axe sur le travail corporel. Ses prises en charge avec des anorexiques ont commencé dès ses débuts dans le milieu psychiatrique et l'image du corps est travaillée au travers du travail corporel essentiellement, permettant la prise de conscience du corps. Dans sa pratique, E3 oriente sa pratique selon le modèle psycho-dynamique.

2. Analyse quantitative

2.1. Les cinq thèmes les plus fréquents lors des entretiens

Suite à l'analyse individuelle des trois entretiens, j'ai relevé une liste de cinq notions principales retrouvées au travers de plusieurs mots se rattachant à un même champ lexical.

Dans le cadre du premier entretien, il s'agit de : la santé (150 fois), le temps (29 fois), les personnes (13 fois), la communication (11 fois) et les sentiments (9 fois).

Lors du deuxième entretien, elles sont : temps (36 fois), santé (23 fois), personnes (19 fois), communication et ateliers (10 fois).

Enfin, lors du dernier entretien, ce sont : les personnes (34 fois), la santé (29 fois), les sentiments (15 fois), le corps (13 fois) et la vie (12 fois).

Une analyse simultanée des trois entretiens met en évidence que ce sont la santé (205 fois), le temps (69 fois), les personnes (66 fois), la communication (32 fois) et les sentiments (31 fois) qui sont les thèmes les plus fréquemment abordés.

2.2. Interprétation des résultats

L'analyse quantitative reflète les pratiques de chaque ergothérapeute en faisant émerger les points saillants.

Ainsi, les thèmes évoqués, lors du premier entretien, sont liés à la santé, au temps, aux personnes, à la communication et aux sentiments. De ce fait, cela souligne que E1 est vigilante à la relation entretenue avec les patients et que celle-ci se crée par les échanges. Aussi, la notion de temps se réfère à ma question de recherche. De plus, lors de cet entretien, l'ergothérapeute mettait en lumière sa vigilance quant à la réalisation des activités réalisées par les patients en adaptant leur emploi du temps. Enfin, la notion de sentiment est apparue à travers les souhaits.

Lors du deuxième entretien, les idées principales s'orientent autour du temps, de la santé, des personnes, de la communication et des ateliers. Ainsi, l'ergothérapeute au travers du temps

présente les activités réalisées par les patientes et les changements observés. Le thème de la santé regroupe les professionnels qui sont auprès des patients. Aussi, le terme de personne est fréquent et souligne le fait que le patient est placé au cœur de sa prise en charge. De plus, la communication a été fréquemment abordée ce qui en souligne l'importance dans la prise en charge et le lie à la notion précédente à savoir la personne. Enfin, les ateliers donc les moyens utilisés dans le parcours de soin en ergothérapie ont été soulignés.

Lors du dernier entretien, les thèmes abordés s'axent sur les personnes, la santé, les sentiments, le corps et la vie. L'importance prééminente de placer les patients au cœur de la prise en charge en laissant plus de liberté donc en gardant leur singularité est soulignée. Le thème de santé est tout de même primordial au travers des mots de patiente et d'anorexie. Ensuite, de par la fréquence du thème des sentiments, l'accent est mis sur une prise en charge axée sur le plaisir. Le corps, sujet essentiel dans mon écrit, est abordé fréquemment. Cela permet de mettre en évidence la manière dont l'ergothérapeute élabore la prise en charge des patientes. Le mot vie a été référencé souvent au travers de la vie quotidienne qui n'est pas un axe de travail.

Enfin, en analysant simultanément les trois entretiens, ce sont les thèmes en lien avec la santé, le temps, les personnes, la communication et les sentiments. Ainsi, tous les ergothérapeutes interrogés utilisent un champ lexical en rapport avec la santé ce qui est inévitable puisque l'entretien concerne la prise en charge des patients en ergothérapie. Aussi, le temps est abordé puisque mon sujet s'y rapporte. Par ailleurs, le thème se rapportant aux personnes a été fréquemment évoqué. Cela met en lumière l'importance des patients au sein de leur prise en charge. Il s'en suit la communication qui est donc fortement liée à la relation thérapeutique. Enfin, les sentiments ont été référencés par les mots de plaisir, majoritairement utilisés lors du dernier entretien pour décrire les activités proposées.

L'analyse quantitative visait à mettre en lumière les thèmes les plus évoqués par les professionnelles interrogées. Néanmoins, la durée des entretiens est différente induisant donc un biais dans l'étude. C'est pourquoi, afin de compléter cette dernière une analyse qualitative est nécessaire.

3. Analyse qualitative

Afin de réaliser la seconde partie de l'analyse, à savoir l'analyse qualitative, je débiterai par l'analyse longitudinale afin de réaliser l'analyse transversale.

3.1. Analyse longitudinale

3.1.1. Entretien n°1 : (Annexe 9.1)

Question 1 : *Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?*

Après réception de la prescription, c'est-à-dire après une dizaine de jours d'hospitalisation, E1 réalise un entretien d'évaluation en ergothérapie avec le patient en individuel. Le but est de faire un bilan de la situation du patient. Pour ce faire, différents points sont abordés : l'anamnèse de la maladie, le motif d'hospitalisation et l'évènement déclencheur s'il y en a un, l'environnement social (suivi à l'extérieur y compris), les activités de la vie quotidienne, le professionnel ou les études et enfin les projets du patient de manière générale à la sortie. E1 n'utilise pas de bilan standardisé puisque c'est assez compliqué pour elle de trouver un bilan qui lui convienne et qui soit adapté aux patients, du aux différentes comorbidités.

E1 ayant lu au préalable le dossier du patient, elle peut directement évaluer la compréhension du patient concernant le motif d'hospitalisation.

Le patient est interrogé sur ses attentes car cela permet de déconstruire les idées préconçues, d'évaluer son avancée par rapport à la pathologie et ainsi d'estimer ce dont il est capable de faire. E1 peut donc par la suite réorienter le patient dans le choix de ses objectifs thérapeutiques.

Ensuite, E1 explique le rôle de l'ergothérapeute au sein de la clinique, présente les objectifs thérapeutiques et les activités proposées. E1 est également attentive à la fréquence de réalisation d'une activité, pendant l'hospitalisation, afin de permettre une cohérence.

E1 n'évalue pas directement le trouble de l'image du corps. Cependant, c'est un thème qui est évoqué et pendant lequel E1 observe la réaction du patient. Ainsi en fonction du patient, cette question peut être évoquée directement dans les ateliers ou ultérieurement. E1 souligne que lors du premier entretien « l'idée n'est pas de lui faire peur dès le début ».

E1 manifeste sa difficulté dans l'analyse des domaines impactés uniquement par le trouble de l'image du corps et l'anorexie puisque la plupart de ses patients présentent des comorbidités. Elle souligne qu'en théorie, on voit bien les conséquences mais en pratique, c'est beaucoup plus

complexe. De plus, E1 indique que selon la personnalité des patients, il est impossible de demander aux personnes d'être à l'aise et de se livrer par rapport à leurs difficultés.

Question 2 : *Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?*

E1 met en avant la nécessité de l'identification de ce problème en amont soit par l'ergothérapeute ou par le psychiatre grâce à une évaluation. Ensuite, ce thème est abordé avec le patient « de but en blanc » de manière qu'il le connaisse. Aussi, E1 souligne l'importance que le patient puisse l'observer par lui-même. Pour cela, la clinique est vigilante sur la cohérence et l'équilibre des emplois du temps des patients. Ainsi, chaque activité a une place et le patient a un emploi du temps avec un bon équilibre occupationnel.

E1 n'évalue pas la difficulté à prendre conscience de ce déséquilibre occupationnel puisque le psychiatre s'en charge.

Question 3 : *Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les personnes souffrant d'anorexie avant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?*

Dans la pratique de E1, cela n'a pas été mis en avant.

Question 4 : *Comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?*

E1 est attentive aux demandes initiales de la personne. Cependant, dans la plupart du temps, elle évolue vers une évolution positive et un mieux-être. Selon E1, il est difficile d'agir sur la question des besoins et des souhaits. En effet, pour E1 les besoins évoluent beaucoup, il s'avère donc compliqué de fixer des points particuliers. Concernant les souhaits, E1 affirme que la personne restera actrice de ses choix.

E1 vise l'autonomie, l'indépendance et recherche une évolution positive ou une stabilisation en fonction des patients en leur apportant des clés en leur montrant qu'ils sont entourés. Aussi, une amélioration de l'image du corps qui soit plus proche de la réalité ainsi qu'une meilleure cohérence des habitudes de vie sont visées.

Question 5 : Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes souffrant d'anorexie ?

E1 met en avant l'importance d'une collaboration avec tous les professionnels vers un objectif commun.

Pour E1, l'établissement d'une relation thérapeutique varie en fonction de la personnalité de chaque personne incluse. Aussi, montrer que l'on est disponible et à l'écoute facilite la relation. E1 affirme que les moments informels, avec certaines fois une posture plus professionnelle et d'autres fois une posture « plus détendue » avec notamment de l'humour permet de détendre certaines situations. Ces moments renforcent la relation thérapeutique et peut permettre de créer un lien plus authentique. Aussi, E1 met en avant l'importance de ne pas prendre les choses personnellement et « que ce n'est pas grave d'avoir un mauvais transfert ». Par ailleurs, pour E1, être dans l'empathie et dans le non-jugement sont essentiels.

Pour E1, différents facteurs biaisent l'engagement des patients anorexiques. Tout d'abord, l'institution de par la mise en place d'un cadre fixe, stable et cohérent favorise l'engagement. Aussi, le professionnel en proposant un cadre compréhensible, sécurisant, fixe et adaptable au patient peut influencer sur l'engagement. Les personnes extérieures telles que les proches, la famille et le monde professionnel peuvent interférer dans l'engagement. Par ailleurs, la fatigue induite par le traitement ou par la prise en charge par les autres professionnels peut diminuer l'engagement. Aussi, E1 souligne que le traitement peut agir jusqu'à 15 jours après l'avoir commencé. Enfin, lorsque le patient préfère une activité, son engagement sera favorisé.

En ergothérapie, E1 propose un cadre avec des horaires fixes afin que le patient prenne du temps pour ses activités significatives au travers d'espaces dédiés : les ateliers d'expression, de groupe de parole et d'activité manuelle. Aussi, elle favorise avant tout la compréhension du patient en s'adaptant à ses capacités et à ses connaissances sur l'ergothérapie. C'est pourquoi, durant le premier entretien, E1 fournit deux feuilles permettant de laisser une trace écrite à laquelle ils peuvent se référer. La première explique rapidement le rôle de l'ergothérapie et la seconde permet de rappeler le cadre de la prise en charge (lieu, heure et jour). Aussi, dès son arrivée dans la structure, E1 a fait la démarche d'expliquer l'ergothérapie à tous les professionnels et leur a dit qu'elle était disponible pour discuter sur ce sujet. Ainsi, les professionnels peuvent orienter les patients plus correctement.

Question 6 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

E1 n'a rien ajouté.

3.1.2. Entretien n°2 : (Annexe 9.2)

Question 1 : Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?

En amont d'une admission, les attentes des patients ont été recueillies par le psychiatre et une infirmière permettant à l'équipe de proposer un planning.

Une fois l'admission effective, E2 réalise un entretien d'accueil basé sur le dossier patient en ergothérapie. E2 aborde alors les différentes sphères du patient : amicale, sociale, professionnelle, occupationnelle (dont les loisirs), logement, déplacements et autonomie. Enfin, E2 interroge s'il a déjà rencontré un ergothérapeute et s'il a déjà travaillé les activités manuelles.

E2 ne réalise pas de bilan standardisé par manque de temps.

Le trouble de l'image du corps n'est pas évalué lors du premier entretien car les priorités sont axées sur le lien thérapeutique et l'intégration des patients au centre de jour. Une fois que ce trouble est évalué, les patients sont orientés dans les différents ateliers.

D'après E2, tous les domaines sont impactés par le trouble de l'image du corps notamment les relations sociales et le travail.

Question 2 : Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?

Dans sa pratique, E2 aborde le planning hebdomadaire afin de mettre en valeur les activités surinvesties qui sont le plus souvent celles reliées au corps donc les activités physiques de compensation et les tenues vestimentaires. Ce travail autour du planning vise à rééquilibrer l'activité et à prendre des temps de repos.

Par ailleurs, E2 n'évalue pas la difficulté à prendre conscience d'un déséquilibre occupationnel.

Question 3 : Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les personnes souffrant d'anorexie en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?

E2 s'aperçoit de certaines modifications notamment dans la diminution de temps d'activité physique et dans le ménage. De plus, elle observe un réinvestissement des activités plaisirs sans rechercher la perfection. Le début de changement peut s'opérer à partir de quelques mois (deux-trois mois).

Question 4 : Comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?

Selon E2, la manière dont la personne se représente évolue avec notamment un adoucissement du regard sur elle-même et une augmentation de compliments sur leur image du corps. De plus, la tenue vestimentaire et la manière de s'apprêter sont différents moyens de remarquer l'évolution subtile due à l'absence de passation de bilans.

E2 amène à l'évolution des personnes grâce à des entretiens de réévaluation permettant de connaître la situation à domicile et un travail important de l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant les objectifs visés, E2 met en lumière que les patients les choisissent puis elle s'adapte en fonction de leurs attentes.

Question 5 : Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes souffrant d'anorexie ?

Pour E2, la relation thérapeutique s'établit grâce aux échanges durant les entretiens notamment, à l'écoute active et aux différents outils thérapeutiques permettant de créer une relation de confiance. De plus, E2 ajoute l'importance de prendre en compte l'intégralité de la personne, sans-jugement, « en la respectant avec tout ce qui fait que c'est un patient ».

Selon E2, les facteurs limitant l'engagement de la personne sont les thèmes autour de la prise ou la perte de poids. C'est pourquoi, E2 s'en dégage en axant son travail sur la personnalité, les émotions et la perception des sensorialités. Par ailleurs, lors d'un dysfonctionnement de l'engagement, E2 discute avec le patient afin de savoir pourquoi et ainsi réajuster les objectifs et les différents ateliers proposés.

Dans sa pratique, E2 met en place des objectifs par l'intermédiaire d'activités manuelles ayant pour but d'augmenter l'engagement des patients. De plus, E2 s'adapte au maximum à leurs activités signifiantes.

Question 6 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

E2 a expliqué les différents ateliers proposés à la clinique. En ergothérapie, E2 met en place des ateliers polyvalents manuels, des ateliers d'expression médiatisée, des ateliers théâtre et des ateliers remue-méninge. Ces collègues animent des groupes de relaxation, des groupes d'échanges et de parole, des jeux de société. Une infirmière spécialisée s'occupe du groupe de la marche plaisir.

3.1.3. Entretien n°3 : (Annexe 9.3)

Question 1 : Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?

L'institution dans laquelle E3 travaille est d'orientation principale psychodynamique et accueille tous les patients TCA et névrosés de la même façon. A savoir, E3 présente les trois ateliers proposés : relaxation, créativité et écoute musicale puis elle explique les intentions pour chacun. Durant l'entretien, E3 montre une écoute active quant au sentiment de ce qui peut être utile pour le patient et sur le déroulement de l'hospitalisation. Pour cela, la reformulation est souvent utilisée, son but étant d'orienter le moins possible. E3 a pour seule visée que le patient choisisse une activité dans laquelle il s'engage. Cependant, si l'équipe a des intentions pour le patient, cela est discuté et négocié avec le patient. Par ailleurs, dans sa pratique, les activités de la vie quotidienne ne constituent pas un axe de travail.

Concernant les bilans, aucun n'est réalisé puisque la politique de l'établissement est de favoriser la subjectivité de la personne. Donc, le trouble de l'image du corps n'est pas bilanté.

Les répercussions du trouble de l'image du corps se manifestent essentiellement sur les soins personnels, ce n'est pas l'hygiène qui est touchée mais le fait de respecter leur corps et le rythme de celui-ci. De plus, les loisirs sont impactés car les personnes anorexiques orientent leurs loisirs sur du « loisir contrôle ». Par ailleurs, E3 s'interroge sur la cause influant la réalisation de différentes activités : le domaine relatif professionnel/études du fait qu'elle survalorise l'esprit et le domaine du sommeil dû à une hyperactivité.

Question 2 : Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?

Afin de diminuer l'hyper-investissement des personnes anorexiques, la pratique sportive leur est interdite. Selon E3, c'est « une façon un peu autoritaire » de leur exposer la mauvaise utilisation qu'elles ont de leur corps. Cela vise à mettre en place une fonction de tiers paternel par l'instauration d'une règle.

Concernant le sous-investissement de ce public, E3 propose d'éprouver des activités axées sur le prendre soin de soi où la personne choisit ses activités, retrouve le sentiment d'être actrice, donc d'avoir le contrôle sur l'affirmation de soi et de son plaisir.

Question 3 : Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les personnes souffrant d'anorexie en ayant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?

E3 remarque que dès que la personne est aidée à expérimenter une sensation de plaisir, elle commencera à investir son corps. E3 soutient l'intégration dans les activités de la vie quotidienne de moment de bien-être mais elle ne tente pas de l'objectiver avec « un bilan avant/après » mais plutôt lors d'interactions. Lors de retour de permission des patientes, elles affirment avoir ralenti, voir les choses autrement, s'écouter davantage et être moins préoccupées par le regard de l'autre sur le plan symbolique bien/pas bien.

Question 4 : Comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?

Selon E3, l'évolution des personnes est marquée par une diminution du contrôle et par la hausse de plaisir dans le ressenti des sensations corporelles. Au niveau des besoins nourriciers, les personnes anorexiques ne l'abordent pas en groupe et ce n'est pas quelque chose qui est recherchée en ergothérapie. La socialisation n'est pas travaillée à maximum donc il est difficile de voir une évolution. L'estime de soi est travaillée au travers de l'atelier de thérapie corporelle. Cependant, concernant l'estime ou l'affirmation d'elles-mêmes, l'évolution n'est pas marquée puisque le changement est long. Concernant les soins personnels, l'évolution demeure légère.

En ergothérapie, E3 souhaite leur transmettre l'écoute de soi, le respect de leur corps et être elles-mêmes dans l'intégration d'être un bon objet.

Question 5 : Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes souffrant d'anorexie ?

E3, dans sa pratique, met en avant le fait de leur laisser le choix, en les écoutant et ne pas décider à leur place. E3 propose des outils puis le patient s'en emparera à son rythme.

E3 établit la relation thérapeutique pendant le temps d'accueil en leur montrant qu'elle les écoute et qu'elle leur laisse le choix. E3 adopte une posture empathique et authentique.

Selon E3, l'engagement des patients dépend de leur motivation intrinsèque où l'activité est signifiante : pas seulement limitée au plaisir mais aussi moteur de quelque chose, par exemple le bien-être ou l'expression. C'est pourquoi, elle parle d'intention dans le sens d'un processus nécessaire à l'aboutissement de l'engagement de la personne dans une activité.

Question 6 : *Avez-vous quelque chose à ajouter ?*

E3 n'a rien rajouté

3.2. **Analyse transversale**

La suite de mon mémoire présente une analyse transversale qui met en valeur les éléments recueillis lors des trois entretiens. Celle-ci permet d'identifier les similitudes et les particularités des pratiques de chaque ergothérapeute (Annexe 10).

Question 1 : *Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?*

Au début de la prise en charge, les trois ergothérapeutes prennent un temps pour échanger avec le patient durant lequel E1 et E2 réalisent un bilan d'entrée avec certains thèmes à aborder fixés par avance. Quant à E3, elle, ne réalise pas de bilan puisque l'établissement s'axe sur la subjectivité du patient. Ainsi, elle laisse le patient libre d'aborder les thèmes qu'il souhaite. Cela vise à orienter le moins possible l'échange.

E1 cherche à évaluer, lors du bilan, la compréhension du patient sur son motif d'hospitalisation, explique le rôle de l'ergothérapeute au sein de la structure puis interroge le patient sur ses attentes. Dans la pratique de E2, ce dernier élément a été réalisé en amont de l'admission. Ensuite, E1 et E3 présentent les ateliers proposés ainsi que leurs objectifs/intentions respectifs. Dans la pratique de E1 et E3, les patients choisissent les ateliers/objectifs thérapeutiques auxquels ils s'engagent. Cependant, E1 est soucieuse de la cohérence des activités auxquelles le patient participe ainsi elle peut imposer ou influencer le choix.

Les trois ergothérapeutes n'utilisent pas de bilan standardisé et n'évalue pas spécifiquement le trouble de l'image du corps.

Néanmoins, E2 et E3 mettent en lumière les conséquences du trouble l'image du corps sur certains domaines d'activité. En effet, pour E2, tous les domaines sont touchés notamment les relations sociales et le travail. E3 note qu'un impact négatif sur les soins personnels (prendre soin de soi, il n'est pas question de l'hygiène) et les loisirs (absence de loisir). E1 souligne sa difficulté à définir les domaines d'activité touchés par le trouble de l'image du corps car ses patients présentent des comorbidités. De même, E3 est septique de l'origine du trouble aboutissant à des conséquences sur l'aspect professionnel et le sommeil.

Question 2 : *Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?*

E1 ne fait pas d'évaluation spécifique sur la prise de conscience du déséquilibre occupationnel puisque le psychiatre s'en charge. Quant à E2 et E3, cela n'est pas évalué.

Toutefois, afin d'amener une prise de conscience des patients sur leur déséquilibre occupationnel, E1 souligne l'importance de l'avoir initialement identifié. E1 et E2 abordent alors ce thème avec le patient. Aussi, E1 rajoute qu'il est important que le patient puisse l'observer par lui-même pour en prendre pleinement conscience. E2 aborde cette notion au travers du planning hebdomadaire. Par ailleurs, la clinique, où E1 exerce, est vigilante quant à la cohérence des emplois du temps. Pour E3, l'hyper-investissement est contrôlé par l'interdiction des patientes de faire du sport. Afin de lutter contre le sous-investissement, E3 propose d'expérimenter des activités axées sur le prendre soin de soi. Ainsi en choisissant ses activités, la patiente devient actrice et retrouve le contrôle sur l'affirmation de soi et de son plaisir.

Question 3 : *Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les personnes souffrant d'anorexie en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?*

Dans la pratique de E1, lorsque la prise en charge est axée sur le trouble de l'image du corps, les changements occupationnels ne sont pas mis en avant. A l'inverse, E2 et E3 s'accordent à dire que la personne diminue l'activité physique en ralentissant son rythme. E2 énonce que les changements s'opèrent au bout de 2-3 mois par un réinvestissement des activités plaisirs. Selon E3, le corps est davantage investi. De plus, elle note que les patients évoluent dans leur perception des choses et deviennent moins préoccupées par le regard de l'autre.

Question 4 : *Comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?*

Concernant l'évolution des besoins et des souhaits, E1 et E2 s'accordent à prendre en compte des demandes initiales des patients.

E1 souligne qu'il est difficile d'agir sur les besoins et les souhaits. Cependant, E1 et E2 remarquent une variation positive chez les patients notamment dans la manière de se voir et donc vers un mieux-être. E2 et E3 notent qu'ils prennent davantage soin d'eux et cela est notamment

remarqué au travers d'une modification de la tenue vestimentaire et de la manière de s'apprêter. E3 évoque, quant à elle, une diminution du contrôle et une augmentation de plaisir dans le ressenti des sensations corporelles. Cependant, elle rappelle qu'il est difficile d'observer une évolution sur la socialisation, l'estime de soi et l'affirmation des patients.

Selon E2, les objectifs visés en termes de besoins et de souhaits, en tant qu'ergothérapeute, sont l'autonomie, l'indépendance, l'évolution positive ou une stabilisation, une amélioration de l'image du corps ainsi qu'une meilleure cohérence des habitudes de vie. E3 souhaite leur transmettre l'écoute de soi, le respect de leur corps et qu'elles soient elles-mêmes dans l'intégration d'un bon objet.

Question 5 : *Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes souffrant d'anorexie ?*

Chaque professionnelle met en lumière des éléments permettant de favoriser l'engagement des patients en ergothérapie. En effet, E1 considère qu'une collaboration vers un objectif commun et la mise en place d'un cadre fixe avec des ateliers dédiés aux activités signifiantes sont des facteurs favorisant. E2, dans sa pratique, fixe des objectifs par l'intermédiaire d'activités manuelles. E3, elle, leur laisse le choix, les écoute et ne décide pas à leur place.

Concernant la relation thérapeutique, E1 souligne qu'elle s'établit en fonction des personnalités de chacun. De plus, E1 complète qu'être disponible et le montrer, avoir des échanges informels et de veiller à garder une distance sont des éléments favorisant la relation thérapeutique. Aussi, toutes sont unanimes sur l'essentialité de l'écoute. E1 et E3 soulignent l'importance de l'empathie. E1 et E2 énoncent la posture de non-jugement. E2 présente que les outils proposés par les professionnels influent sur la relation thérapeutique. Aussi, elle précise que prendre en compte l'intégralité de la personne « en respectant avec tout ce qui fait que c'est un patient » sont des éléments pouvant agir sur la relation. Pour E3, le fait de laisser le libre-choix et d'adopter une posture authentique sont les bases de la relation

Les facteurs influant l'engagement des personnes, sont, selon E1, l'institution et les professionnels par la mise en place d'un cadre fixe, stable et cohérent. Elle note que les personnes extérieures et la fatigue peuvent le faire varier. Pour E2, les thèmes autour du poids sont des facteurs limitants. En ergothérapie, les trois professionnelles s'accordent à proposer des activités signifiantes pour les patients afin de favoriser leur participation. E3 rajoute la notion de motivation intrinsèque. Par ailleurs, E1 souligne qu'elle est attentive à la compréhension du

patient pour s'adapter à ses capacités et à sa connaissance de l'ergothérapie. E1 a fait la démarche d'expliquer à tous les professionnels le rôle de l'ergothérapie dès son arrivée dans la clinique.

Question 6 : *Avez-vous quelque chose à ajouter ?*

E1 et E3 n'ont pas souhaité compléter leurs réponses. E2 a expliqué les différents ateliers proposés dans la clinique.

Après avoir exposé les résultats des entretiens menés, ils sont discutés dans la partie suivante au travers de la mise en perspective des éléments présentés dans la problématique pratique et théorique.

PARTIE E : DISCUSSION

Je vais débiter cette discussion par une analyse théorique qui rapproche la pratique des ergothérapeutes aux éléments conceptuels précédemment évoqués. Cette analyse me permet ensuite d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. Avant de présenter les limites de la méthode choisie pour mon étude.

Je présente ensuite les apports professionnels qui m'ont été apportés par ce travail de recherche. Enfin, pour terminer et compléter mon travail, je propose deux hypothèses de travail.

1. Mise en perspective des résultats avec les éléments du bilan de l'existant

1.1. Analyse par rapport au modèle MCREO

Le modèle MCREO s'intéresse à l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement. La notion portant sur l'engagement y est rajoutée. C'est pourquoi, plusieurs de mes questions les sous-tendent (questions 1,2,4 et 5).

Les réponses des ergothérapeutes sur leur manière de procéder en début de prise en charge mettent en lumière plusieurs éléments issus du MCREO. En effet, ces derniers évoqués par E1 et E2 se réfèrent à la personne, ses occupations et son environnement. E3 n'aborde pas de point précis ainsi j'imagine que potentiellement tous les thèmes peuvent s'y rapporter.

Les composantes en lien avec la personne sont souvent retrouvées. En effet, la spiritualité se prise en compte lorsque E1 et E2 recueillent les attentes du patient. Celle-ci est aussi évoquée dans la pratique de E1 et E3 où les patients choisissent leurs activités et donc leurs objectifs thérapeutiques. De même, E1 questionne les patients sur leurs projets. Le côté cognitif de la personne est évalué lorsque E1 interroge sur son anamnèse et son motif d'hospitalisation. De même, E2 interroge sur l'autonomie du patient ce qui rejoint l'aspect physique de la personne. Ce dernier est aussi évoqué par E2 lorsqu'elle aborde les déplacements.

Les thèmes évoquant l'environnement sont énoncés lorsque E1 interroge le patient sur son environnement social et E2 sur son environnement physique (le logement).

Enfin, les occupations sont abordées lorsque E1 manifeste sa vigilance dans la mise en place du planning. Aucun des ergothérapeutes n'évalue les conséquences de l'image du corps sur les occupations. Cependant, E2 et E3 notent que le trouble de l'image du corps influence la

réalisation d'activités. Effectivement, E2 et E3 s'accordent à dire que, comme évoqués dans le bilan de l'existant, les loisirs et les relations sociales sont impactés par ce trouble. La productivité est touchée aussi par le biais du travail, selon E1 et E3, même si cette dernière émet quelques doutes sur l'origine de celle-ci. E3 met en évidence le fait que les soins personnels sont négativement liés au trouble de l'image du corps. Elle complète en énonçant que le sommeil est impacté sans en connaître exactement l'origine. Ainsi, cela souligne bien les interactions directes entre la personne et ses occupations.

Les éléments se rapportant à la manière dont les ergothérapeutes procèdent pour amener le patient à prendre conscience de son déséquilibre occupationnel sont en lien avec le patient et les activités. En effet, E1 et E2 échangent directement avec le patient de ce sujet. E1, quant à elle, souligne le fait qu'il est essentiel que le patient puisse l'observer par lui-même. Cela rejoint le côté cognitif et spirituel du patient. Aussi, les occupations sont abordées par le biais du planning par E1 et E2. Dans l'institution de E3, il a été choisi que les personnes anorexiques ne peuvent pas pratiquer d'activité sportive mais il leur est proposé d'expérimenter des activités axées sur le prendre soin de soi.

L'évolution des besoins et des souhaits des personnes est évoquée au travers des éléments en lien avec la personne et les occupations.

En effet, la composante de la personne est relevée. E1 et E2 remarquent une amélioration de la manière de se voir et le mieux-être. E3 rajoute que l'estime de soi est difficilement observable. Ces derniers illustrent l'aspect affectif de la personne. Aussi, E1 et E2 soulignent l'importance de prendre en compte les demandes initiales du patient ce qui est en lien avec la spiritualité.

Les occupations de la personne évoluent et sont observées par les ergothérapeutes. En effet, E2 et E3 évoquent une amélioration de la réalisation des soins personnels (habillements et manière de s'apprêter). E3 énonce une diminution du contrôle dans le domaine de la productivité. En ce qui concerne le domaine des loisirs, E3 remarque une augmentation du plaisir dans les ressentis des sensations corporelles. Cependant une évolution de la socialisation est difficilement observable.

Les objectifs visés par E2 sont une autonomie et une indépendance en lien avec l'aspect cognitif de la personne, ainsi qu'une amélioration de l'image du corps afin d'acquérir une bonne spiritualité et une meilleure cohérence dans les habitudes occupationnelles. E3 cherche à améliorer les soins personnels au travers d'une meilleure écoute de soi et du respect de son corps. Aussi, elle souhaite que les patients aient en eux-mêmes l'intégration d'un bon objet ce qui renvoie au côté affectif de la personne.

Enfin, concernant l'engagement de la personne, il apparaît qu'il est en relation avec la personne, l'environnement et les occupations.

En effet, les différents éléments en lien avec la personne sont apparus comme facteur de la participation. D'abord, la spiritualité de la personne est explicitée par E3, qui affirme que laisser le choix au patient permet l'expression de sa motivation intrinsèque. De même, E1 met en lumière le rôle des personnalités de chacun. La composante du physique est présentée par E1 en évoquant le fait que la fatigue est liée négativement à la capacité d'agir du patient. Ensuite, la cognition et l'affectivité du patient sont mis en avant au travers des thèmes autour du poids énoncés par E2. La composante cognitive est exposée par E1 au travers de la compréhension du patient.

Il apparaît que le domaine des occupations soit un facteur d'engagement. Ainsi, E1, E2 et E3 évoquent à l'unanimité le rôle des activités significantes. C'est pourquoi, E2 par le biais de celles-ci amène à travailler les objectifs.

Enfin, l'environnement peut être soit facilitateur soit limitateur d'implication. Effectivement, l'institution a un rôle comme l'explique E1, au travers de la collaboration et le fait d'avoir fait la démarche d'expliquer à tous les professionnels son rôle au sein de la structure. De plus, l'environnement social est représenté par les personnes extérieures évoquées par E1.

1.2. Analyse par rapport à l'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est défini comme la perception d'une quantité équilibrée d'occupations diverses et du temps restant entre ces occupations. Ce concept est un élément essentiel dans mon écrit puisque le trouble de l'image du corps engendre un déséquilibre occupationnel ce qui a été confirmé lors des entretiens. Le but de l'étude est d'observer une modification de celui-lui lorsque la prise en charge est axée sur le trouble de l'image du corps. Cela explique pourquoi plusieurs questions (questions 3 et 4) s'y réfèrent.

Les éléments rapportés à travers mes entretiens sont relatifs aux trois approches de l'équilibre occupationnel : l'approche classique, l'approche expérimentale et le modèle de l'équilibre du style de vie. Néanmoins, cette dernière est davantage développée. Aussi, il apparaît que l'élément se référant à une meilleure cohérence dans les habitudes de vie ne se range pas dans une approche particulière.

L'approche classique et expérimentale sont abordées de manière succincte. En effet, le réinvestissement de la patiente dans les activités de plaisirs évoqué par E2 peut être suggéré dans la catégorie classique des loisirs. Néanmoins, E2 et E3 évoquent une diminution des activités

physiques avec une diminution du rythme qui peut être abordée sous les deux approches suivantes : baisse de productivité ou une baisse du faire.

Enfin, je vais aborder le modèle de l'équilibre du style de vie. Concernant les besoins et les souhaits, E1 et E2 soulignent qu'une évolution positive est observée dans la manière de se voir. Ainsi, un mieux-être est noté. Cela est en lien avec l'identité personnelle. De plus, E2 et E3 remarquent une évolution dans le prendre soin de soi par la modification de la tenue vestimentaire et la manière de s'apprêter. Ces dernières sont en relation avec les besoins basiques et l'identité personnelle puisque l'habit est un moyen d'expression de sa personnalité.

1.3. Analyse par rapport à l'empowerment

L'empowerment est un concept traduit en français comme étant la « capacité d'agir ». Je me suis intéressée à cette notion puisqu'il a été présenté dans ce document en quoi la prise en charge des personnes anorexiques s'avérerait difficile. C'est pourquoi, plusieurs questions sont en lien avec cette idée (questions 2, 3 et 5).

Afin d'aborder le déséquilibre occupationnel avec le patient, les ergothérapeutes favorisent la prise de conscience ainsi que l'acquisition de nouvelles compétences. En effet, E1 et E2 favorisent la prise de conscience de ce déséquilibre lors des échanges. De plus, E1 souligne l'importance de l'observation de cela par le patient lui-même afin qu'il en prenne pleinement conscience. Aussi, dans la pratique de E3, il est établi que les patients anorexiques ont interdiction de pratiquer du sport mais peuvent expérimenter les activités axées sur le prendre soin de soi. Cela favorise donc également la prise de conscience de ce déséquilibre puisqu'indirectement il est explicité ce qui est bon ou non pour le corps. Ainsi, cela facilite l'acquisition de compétences puisque des interdictions sont actées. E1 et E2 abordent l'élaboration d'un planning cohérent facilitant l'apprentissage de nouvelles connaissances.

D'après E2, les changements opérés en lien avec les activités sont observables au minimum au bout de 2-3 mois. Néanmoins, je rappellerai qu'il est difficile de connaître le maintien de ces évolutions dans le temps et donc la réévaluation des compétences acquises s'avère impossible.

Les moyens visant la hausse de la capacité d'agir du patient sont en lien avec la participation et l'estime de soi. J'ai été étonnée qu'aucune des ergothérapeutes n'ait valorisé la relation thérapeutique comme un vecteur favorisant l'engagement du patient puisque pour moi il en est un. Aussi, j'ai approfondi les sujets sur la relation thérapeutique, les facteurs impactant l'implication et les dispositions prises par l'ergothérapeute dans sa pratique.

Spontanément, E1 évoque le rôle de la mise en place d'un cadre en lien avec le « handling » proposé par Winnicott. E1 et E2 s'accordent sur la fonction des activités et donc le « holding » winnicottien. E3 valorise le fait de laisser le libre choix au patient et donc de participer aux décisions.

La relation thérapeutique s'élabore en ayant une posture professionnelle, c'est-à-dire l'écoute selon E1, E2 et E3, l'empathie selon E1 et E3 et le non-jugement selon E1 et E2. E2 complète en affirmant que les outils thérapeutiques ont un impact sur la relation, en lien avec le « object-presenting », élément essentiel dans la posture thérapeutique selon Winnicott. E1 met en lumière le fait que la relation se crée en fonction des personnalités de chacun ce qui fait par conséquent écho au transfert/contre-transfert évoqué par Freud. De plus, E1 complète que la disponibilité, les échanges conduits lors de moments informels et la distance thérapeutique établie sont des facteurs facilitant la relation thérapeutique. E3 favorise le fait de laisser le choix et donc le partenariat lors de décisions influence la participation du patient. De plus, elle adopte une posture authentique. Ainsi, je peux constater que les différents éléments auxquels doit répondre le thérapeute selon Winnicott sont mis en œuvre dans la pratique des ergothérapeutes interrogées.

Les facteurs ayant un impact sur l'engagement du patient, selon E1, se réfèrent à l'institution, aux professionnels, aux personnes extérieures et la fatigue. Pour E2, ce sont les thèmes par rapport au poids qui influent négativement sur la participation du patient. C'est pourquoi, elle s'en dégage. E1 a souligné que les personnes extérieures ont un rôle sur ce dernier comme il a été montré dans le bilan de l'existant. Néanmoins, j'ai été étonné qu'il n'y ait pas plus de lien avec les éléments explicités dans la partie pratique et théorique. En effet, les entretiens n'ont pas mis en avant que l'anorexie apporterait des gains secondaires mettant en lumière une ambivalence le maintien ou non de celui-ci. De même, il n'a pas été expliqué en quoi les croyances erronées renforçaient le déni impactant donc négativement la conscience critique. Aussi, il n'a pas évoqué que le fait d'avoir le sentiment que quelqu'un veille sur soi pouvait biaiser l'engagement du patient.

Enfin, les leviers sur lesquels les ergothérapeutes s'appuient principalement sont la participation et l'estime de soi. Cela a pour but de favoriser la capacité d'agir du patient dans sa prise en charge. Ainsi pour l'unanimité, la réalisation d'une activité signifiante favorise la capacité d'agir du patient dans la prise en charge. Aussi, E3 ajoute qu'une motivation intrinsèque doit être présente ce qui est donc en lien direct avec l'estime de soi. E1 est soucieuse, dans sa pratique, de la compréhension du patient et des connaissances initiales qu'il possède. Ainsi, elle s'adapte afin que le patient comprenne les enjeux de la prise en charge et qu'il en ait pleinement

conscience. Aussi, E1 a fait la démarche auprès de tous les professionnels, au sein de l'institution, d'expliquer son rôle en tant qu'ergothérapeute. Cela donne la capacité à tous de pouvoir répondre sur le rôle de l'ergothérapeute et donc de favoriser l'engagement des patients.

Après avoir analysé les éléments apportés au cours des entretiens au travers des données pratiques et théoriques, je vais maintenant répondre à ma question de recherche.

2. Réponse à la question de recherche

Cette partie vise donc à apporter une réponse à ma question de recherche qui est : *« Comment l'ergothérapeute permet-il d'améliorer l'équilibre occupationnel auprès de jeunes patientes anorexiques en agissant sur le trouble de l'image du corps ? »*

Les activités de la personne anorexique sont perturbées du fait de son trouble de l'image du corps. En effet, les aspects principalement touchés sont les relations sociales, les soins personnels, les loisirs et le travail.

Suite aux trois entretiens que j'ai conduits, il semblerait que l'ergothérapeute puisse, au travers d'une prise en charge axée sur le trouble de l'image du corps, améliorer l'équilibre occupationnel auprès de patientes souffrant de ce trouble.

Pour ce faire, il est essentiel d'établir une relation thérapeutique avec les patientes grâce à l'écoute, l'empathie et le non-jugement. Aussi, il est souligné que la relation ergothérapeute-patient s'établit en fonction de la personnalité de chacun, qu'il faut être disponible et le montrer lors de moments informels. Par ailleurs, le choix des outils thérapeutiques et le fait de prendre en compte la personne dans son intégralité sont des facteurs faisant varier la relation thérapeutique. Enfin, laisser le libre-choix et asseoir une posture authentique permet d'établir une bonne relation thérapeutique

Afin de faciliter l'engagement, il est important d'expliquer le rôle de l'ergothérapeute et de s'assurer de la compréhension du patient. Aussi, la collaboration ainsi que la mise en place d'un cadre fixe avec des objectifs par l'intermédiaire d'activités choisies par les patientes sont des éléments favorisant. En effet, permettre la réalisation d'une activité significative associée à une motivation intrinsèque facilite l'engagement de la patiente. D'autres éléments impactent également la participation comme l'institution, les outils proposés par les professionnels et les

personnes extérieures. De plus, il est important d'évaluer la fatigue du patient puisque c'est un facteur limitant. Enfin, les thèmes portés sur le poids impactent l'engagement.

Concernant particulièrement le déséquilibre occupationnel, il est crucial de l'identifier comme tel rapidement. En effet, il est rapporté qu'échanger avec le patient sur ce sujet au travers d'un emploi du temps cohérent permet une meilleure prise de conscience. Aussi, interdire la pratique d'activité sportive et proposer d'expérimenter de prendre soin de soi sont des moyens de mettre en lumière la mauvaise utilisation qu'elles ont de leur corps. Ainsi, les patientes sont actrices et retrouvent le contrôle sur l'affirmation de soi et de leur plaisir.

Par la suite, la prise en charge axée sur le trouble de l'image du corps permet une amélioration de l'équilibre occupationnel marquée par une diminution de l'activité physique associée avec une baisse du rythme. Ainsi, un réinvestissement des activités plaisirs et du corps sont notés. L'évolution positive de la perception des choses et de la manière de se voir grâce à un détachement du regard de l'autre est remarqué. Un mieux-être est alors marqué, ce qui ~~et~~ favorise une meilleure manière de prendre soin d'elles-mêmes via le plus souvent par la tenue vestimentaire. Par ailleurs, une diminution du contrôle et une augmentation du plaisir dans les ressentis corporels sont recensés. Il est souligné qu'une variation sur la socialisation, l'estime de soi et l'affirmation de soi sont difficilement observables.

Ainsi, en axant la prise en charge sur le trouble de l'image du corps, il est visé une amélioration de l'autonomie, de l'indépendance, de l'image du corps ainsi que d'une meilleure cohérence dans les habitudes de vie. Enfin, les intentions sont de transmettre une meilleure écoute de de soi, le respect de son corps et une intégration de soi-même en tant que bon objet.

Cette étude a apporté certains résultats néanmoins, elle comporte des limites. Celles-ci font l'objet du paragraphe suivant.

3. Autocritiques et limites de l'étude

Dans le cadre de ma recherche sur l'anorexie mentale et le trouble de l'image du corps, j'ai choisi une méthode qualitative où le nombre d'entretiens est limité à trois. De ce fait, j'ai interrogé trois ergothérapeutes travaillant dans différentes structures hospitalières. Cela m'a permis de comparer leur pratique ainsi que leur point de vue dans un cadre commun qui est le milieu hospitalier. Cependant, il y aurait été très intéressant de recueillir des informations avec le

regard d'anciennes patientes afin d'élargir mon point de vue et donc d'enrichir les données collectées grâce à mes trois entretiens.

Néanmoins, la passation d'entretien selon un mode semi-directif a l'avantage de permettre l'échange et le recueil d'un discours subjectif, ce qui n'aurait pas été possible par la transmission de questionnaires.

Ainsi, je pense que pour ma recherche, il était plus pertinent d'utiliser la méthode qualitative car cela permet le recueil d'éléments précis sur les observations et les moyens des professionnels interrogés. Cependant, j'ai bien conscience que par le petit échantillon de personnes participant à la recherche, les résultats ne peuvent pas être généralisés. Pour cela, il serait donc nécessaire d'augmenter la population afin de pouvoir compléter cette étude.

En aboutissant aux résultats portant sur ma question de recherche, d'autres questionnements me sont apparus et sont présentés dans la partie suivante.

4. Formulation d'hypothèses de travail ultérieur

Ce travail a été axé sur la prise en charge ergothérapique, et ne présente pas la prise en charge en interprofessionnalité, du trouble de l'image du corps chez une personne anorexique. Ainsi, il serait intéressant de mettre en valeur cet aspect. En effet, lors d'un entretien une personne a souligné l'importance du rôle institutionnel dans l'engagement de la personne dans sa prise en charge. Ainsi, cela permettrait de davantage mettre en valeur les spécificités de chaque profession dans le travail de l'image du corps afin de compléter cette étude.

D'autre part, une autre piste de travail pourrait être explorée : la création d'un programme d'activité type pour les patientes. En effet, cela permettrait de travailler de manière conjointe le travail de l'image du corps et l'équilibre occupationnel. Il est essentiel de souligner que le patient gardera sa subjectivité lors de son choix de réalisation d'activité. Cela dans le but qu'il évolue à son rythme et qu'une fois la relation thérapeutique est établie avec les professionnels, ils auront un droit de regard sur celui-ci.

5. Apports professionnels

Ce travail d'initiation à la recherche m'aura beaucoup apporté sur le plan professionnel. De plus, celui-ci a pour perspective de promouvoir et de présenter des pistes dans la pratique de l'ergothérapie.

En effet, la pathologie choisie, les concepts psychanalytiques et l'expression de la mise en mots de maux ont permis d'améliorer ma qualité d'écriture afin qu'ils soient présentés de manière claire et synthétique pour en faciliter la compréhension. Cette qualité rédactionnelle est indispensable à ma perspective professionnelle et pour laquelle je serai amenée à rédiger des écrits.

De même, cette rédaction m'a obligée à instaurer une forme de rigueur dans les délais pour rendre ce travail en temps et en heure. Cela favorise donc le fait de s'imposer soi-même une organisation temporelle ce qui est important lorsque l'on me demandera prochainement de participer à des projets, de conduire un projet de soins ou d'effectuer des transmissions.

De plus, la confrontation à cette pathologie d'un point de vue théorique soulève beaucoup de questionnements y compris sur soi. Effectivement, cela permet de pointer ses propres vulnérabilités potentielles essentielles dont il est préférable d'avoir conscience lorsque l'on travaille avec des personnes malades psychiatriques.

D'autre part, la recherche d'éléments pratiques et théoriques pertinents m'a permis de connaître les diverses sources de données appropriées à la pratique ergothérapique. De surcroît, cela permet de mieux comprendre l'intérêt d'enrichir en continu sa pratique avec des éléments théoriques. Ce mémoire a été également l'occasion de cultiver un esprit critique afin de pouvoir améliorer sa pratique.

Par ailleurs, ce travail m'a donné la possibilité de me rendre compte qu'en psychiatrie rien n'est noir ou blanc. Ce domaine est très intéressant tant sa complexité est composée de nombreuses nuances. Elaborer ce travail, sur l'anorexie avec une approche psychanalytique, m'a permis d'approfondir de manière très nette mes connaissances sur ces sujets. Cela a donc renforcé encore davantage mon intérêt sur ces derniers. Ainsi, j'espère avoir acquis suffisamment de connaissances initiales pour privilégier la psychiatrie en recherche d'emploi. Il est évident pour moi de continuer à me former dans ce domaine, pour pouvoir réinvestir et construire de manière individuelle un projet de soin pertinent.

Enfin, ce mémoire vise à la promotion de l'ergothérapie en mettant en lumière son rôle auprès d'un public psychiatrique et particulièrement de personnes anorexiques. Je n'ai jamais eu à ma connaissance l'existence d'un écrit sur le thème de l'image du corps en lien avec l'équilibre occupationnel. Ainsi, ce travail a pour seule intention de proposer une manière différente d'agir sur l'équilibre occupationnel indirectement en prenant en charge le trouble de l'image du corps.

Conclusion

Ce travail met en lumière un état des lieux sur l'anorexie mentale ainsi que le trouble de l'image du corps et l'ergothérapie associée à une approche psychanalytique. Cela permet d'exposer la manière dont l'ergothérapeute prend en charge le trouble de l'image du corps auprès de patients anorexiques. Ainsi, le thérapeute utilise différents outils thérapeutiques tels que le cadre, la relation et les médiations thérapeutiques.

Nous avons vu précédemment, que le trouble de l'image du corps influait négativement sur l'équilibre occupationnel aboutissant à une diminution des relations sociales notamment. C'est pourquoi, je me suis intéressée à la manière dont l'ergothérapeute peut améliorer l'équilibre occupationnel de ces patients en agissant sur le trouble de l'image du corps. Pour mener à bien cette étude, j'ai choisi d'utiliser une méthode clinique appliquée de type qualitative. Ainsi, j'ai effectué trois entretiens avec des ergothérapeutes que j'ai choisis via des critères d'inclusion. Les éléments apportés, lors des entretiens, sont en lien avec la pratique théorique composée des théories et modèle suivants : le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, l'équilibre occupationnel et l'empowerment. Les résultats montrent que l'ergothérapie permet d'améliorer l'équilibre occupationnel des patients anorexiques en axant la prise en charge sur le trouble de l'image du corps. En effet, il est souligné que la pratique sportive et le rythme sont ralentis. De plus, une évolution positive notamment dans la manière de se voir et un réinvestissement du corps sont évoqués.

Dans l'optique de compléter ce travail, il serait intéressant de mettre en lumière l'importance d'un travail collaboratif interdisciplinaire afin de prendre en charge le trouble de l'image du corps. De plus, une autre piste peut être explorée comme la création d'un programme d'activité type afin de permettre le travail conjoint du trouble de l'image du corps et de l'équilibre occupationnel.

Références

Articles de revue et ouvrages :

Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.): [Washington, DC]: Author.

Anzieu, D.A. (1995). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.

Association Canadienne des Ergothérapeutes,. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (2nd ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE

Backman, C.B. (2004). Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740407100404>

Biddiscombe RJ , et al, R. J. B. (s.d.). Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders. - PubMed - NCBI. Récupéré 23 mars, 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Biddiscombe%20RJ%5BAuthor%5D>

Bonnier P.B (1902), « Le sens des attitudes », dans *Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière*, 15, 46-83.

Boutinaud, J. B., & Chabert, P. C. (2013). Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel. *Adolescence*, T.31 1(1), 65-76. <https://doi.org/10.3917/ado.083.0065>

Brusset B.B, (2008), *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod, deuxième édition

Calugi, S. C., & Dalle Grave, R. D. G. (2019). Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 582-585. <https://doi.org/10.1002/eat.23031>

Carrel M.C. (2002). « Le cri du corps ». Refus du féminin chez une post-adolescente anorexique. *La psychiatrie de l'enfant*, 45 : 593-603

Cash T. F.C, Thériault J.T., & Annis N. M.A. (2004), « Body Image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social» dans *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (1), 2004, 89-103.

Cash T. F.C. (2002), « The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form» dans *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366

Cash T. F.C. (2004), « Body image : Past, present, and future» dans *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.

Cash T. F.C., & Deagle E. A.D. (1997), « The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis » dans *International Journal of Eating Disorder*, 22, 107-125

Cash T. F.C., & Pruzinsky T.P. (2002), *Body image : a handbook of theory, research, and clinical practice*, New York : The Guilford Press

Chabert C.C. (1997). Le processus analytique dans le psychodrame d'adolescentes présentant de graves troubles des conduites alimentaires. *La psychiatrie de l'enfant*, 40 : 399-417.

Clus, D. C. (2018, mars). Anorexie : un avatar pour prendre conscience de ses formes. *Santé mentale*, (226), 5.

Collins J. K.C, Beumont P. J. V. B., Touyz S. W.T., Krass J. L.K., Thompson P.T., & Philips T.P. (1987), « Accuracy of body image with varying degrees of information about face and body contours » dans *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), 67-73.

Colton,A.C. & Pistrang, N.P. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316

Cornwall A.C., Brock K.B., (2005), « Beyond Buzzwords « Poverty Reduction », « Participation » and « Empowerment » in Development Policy », *United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)*.

Creek, J.C. & Lougher, L.L. (2008). *Occupational Therapy and Mental Health* (4th ed.). Churchill Livingstone.

Csikszentmihalyi, M.C.(1988). The flow experience and its significance for human psychology. In M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi, I. (Eds.) (1988). *Optimal experience:*

Psychological studies of flow in consciousness (pp. 15-35). New York : Cambridge University Press.

Davis, C.D., Kennedy, S. H.K., Ralevski, E.R., Dionne, M.D. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 359-367.

Dolto, F.D. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Dür, M. D., Steiner, G. S., Fialka-Moser, V. F. M., Kautzky-Willer, A. K. W., Dejaco, C. D., Prodinger, B. P., ... Stamm, T. S. (2014). Development of a new occupational balance-questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-45>

Elkind, D.E. (1984). Teenage thinking: implications for health care. *Pediatric Nursing*, 10(6), 383-385

Esposito, R. E., Cieri, F. C., di Giannantonio, M. d. G., & Tartaro, A. T. (2016). The role of body image and self-perception in anorexia nervosa: the neuroimaging perspective. *Journal of Neuropsychology*, 12(1), 41-52. <https://doi.org/10.1111/jnp.12106>

Fairburn, C. G. F., Cooper, Z. C., Doll, H. A. D., & Welch, S. L. W. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.468>

Farell C.F, Lee M.L, & Shafran R.S. (2005), « Assessment of body size estimation : A review» dans *European Eating Disorders Review*, 13, 75-88

Fedida P.F, (2002) L'hypocondrie de l'expérience du corps. In *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, p 111.

Ferland, F. F. (2015). L'activité au coeur du développement de la personne. In *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p. 35-41). Louvain-la-Neuve, Belgique : Solal Editeurs.

Finlay, L.F. (2004). The practice of psychosocial Occupational Therapy (3rd ed.). Cheltenham: nelson thornes

Fox, K. R.F, & Corbin, C. B.C. (1989). The Physical Self Perception Profile : development and preliminary validation. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 11, 408-430.

Frismand J.F. (1995). Une cure d'anorexie mentale. L'objet et le double. *Adolescence*, n°25 : 105-115.

Godart, N. T.G., Flament, M. F.F., Lecrubier, Y.L., & Jeammet, P.J. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.

Grall-Bonnec M.G.B, Guillou-Landreat M.G.L, & Vénisse J. L.V. (2007), « Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale » dans *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21, 151-154.

Greacen, T.G., Jouet, E.J. (2012). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie – Rétablissement, inclusion sociale, empowerment, ERES.

Grogan S.G. (2008), *Body image : Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd éd.). NewYork, NY: Psychology Press

Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hystenca). *Transactions Clinical Society of London*, 7, 22-28.

Hart, E.H., Leary, M. R.L., & Rejeski, J. W.R. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 94-104.

Hausenblas H.A.H., & Fallon E.A.F. (2002), « Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms » dans *International Journal of Eating Disorders*, 32,179-185.

Hausenblas H.A.H., Cook B.J.C., & Chittester N.IC. (2008), « Can Exercise Treat Eating Disorders ?» dans *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36(1), 43-47.

Hernandez, H. H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie* (2^e éd.). Berchem, Belgique : De Boeck.

Hrabosky, J. I. H., Cash, T. F. C., Veale, D. V., Neziroglu, F. N., Soll, E. A. S., Garner, D. M. G., ... Phillips, K. A. P. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image*, 6(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.001>

Jacobi C.J., Hayward C.H., De Zwaan M.D.Z, Kraemer H.C.K., & Agras W.S.A. (2004), «Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy» dans *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.

Jeammet P.J. (1995). Psychodrame psychanalytique individuel. Technique - spécificité – indications. *Adolescence*, n°25 : 7-19

Jeammet, P. J. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22(2), 77-87. <https://doi.org/10.3917/psys.022.0077>

Jonsson H.J, Person D.P (2006). « Towards an experiential model of occupational balance : An alternative perspective on flow theory analysis ». *Journal of Occupational Science*, 13 (1), 62-73.

Keery, H.K., Van den Bergh, J. H.H.d.B, & Thompson, J. K.T. (2004). A test of the tripartite influence model of body image and eating disturbance in adolescent girls. *Body image*, 1, 237-251.

Kestemberg E.K et J.K, Decobert S.D (1972), *La faim et le corps, Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris, PUF

Kestemberg E.K. (1962) L'identité et l'identification chez les adolescents. *La psychiatrie de l'enfant* ; 5 : 441-522.

Klein, F. K. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? In *Ergothérapie en psychiatrie de la souffrance psychique à la réadaptation* (2ème éd., p. 37-54). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck supérieur.

Landers D.L., & Arent S.A. (2001), « Physical activity and mental health» dans R. N. Singer, H. A. Hausenblas & C. M. Janelle, (Eds.), *The Handbook of Sport Psychology* New York, John Wiley, p. 740-765.

Lasègue C.L, (1873) De l'anorexie hystérique, *Archives générales de médecine*

Lask B.L., Geller J.G, & Srikameswaran S.S. (2007). Motivational approaches. Dans B., Lask et R. Bryant-Waugh (dir.), *Eating Disorders in childhood and adolescence* (3e éd., p. 177-198). New York, NY: Routledge

Law M.L, Baptiste S.B, Carswell A.C, McColl M.A.M, Polatajko H.P, Pollock N.P, (1994). *Canadian Occupational Performance Measure* 2nd edn. Toronto, ON :CAOT Publications ACE

Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30. <https://doi.org/10.7202/009841ar>

Leahey T. M.L., Crowther J. H.C., & Ciesla J.C. (2011), « An ecological momentary assessment of the effects of weight and shape social comparisons on women with eating pathology, high body dissatisfaction, and low body dissatisfaction » dans *Behavior Therapy*, 42, 197-210.

Lemieux, V. L. (2005). Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales. *Service social*, 38(2-3), 179-195. <https://doi.org/10.7202/706437ar>

Léontiev A.N.L (1975/1984), *Activité, conscience, personnalité*, Moscou, Éditions du Progrès.

Marcelli D.M. & Braconnier A.B. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. (7e éd.). France : Elsevier Masson.

Marie-Josée Drolet, M. J. D., & Marjorie Désormeaux-Moreau, M. D. M. (s.d.). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2015.1082623>

Marsh, H. W.M. (1990). A multidimensional, hierarchical self-concept : theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2, 77-112.

Martins, S. (2015). Agissez pour votre santé ! L'équilibre occupationnel un concept clé en ergothérapie. Dans M. Morel, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet & H. Hernandez et al., *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (1st ed.). De boeck solal

Marty, F. M. (2009). La psychothérapie psychanalytique d'adolescent existe-t-elle ? *Le Carnet PSY*, 135(4), 22-29. <https://doi.org/10.3917/lcp.135.0022>

Maslow A. H.M., (1983) "Theory of human motivation", *Psychological Review*, n° 80

Matuska, K.M.M, Christiansen C.H.C (2008). « A proposed model of lifestyle balance ». *Journal of occupational Science*, 15 (1), 9-19. doi : 10.1080/14427591.2008.9686602

Meyer A.M, (1997) « The philosophy of occupational therapy ». *American Journal of Occupational Therapy*, 31 (10) : 639-42 (Reprinted from *Archives of Occupational Therapy* 1, 1-10 1922)

Nasio, J. D. N. (2007). *Mon corps et ses images*. Paris, France : Payot.

Ng L.N., Ng D.N., & Wong W.W. (2013), « Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa ? À meta-analysis » dans *Physiotherapy*, 99 (1), 1-11

Ninacs, W. A. N. (2008). *Empowerment et intervention*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.

Offenstein, E.O. (2015). L'ergothérapeute, catalyseur du changement. In E. Trouve, et Al, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp.109-123). Paris : De Boeck.Solal

Orsi M.M.O., Lafortune D.L, & Brochu S.B. (2010). « Care and control : Working alliance among adolescents in authoritarian settings », *Residential Treatment for Children & Youth*, 27, 277-303.

Petit L.P., Delaroche P.D., Rassial J.J.R.(2009). Psychothérapie des adolescents. De la nécessité du psychodrame psychanalytique individuel. *Psychologie clinique*, 27 : 105-116.

Petrie, T. A.P. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15(4), 424-436.

Pibarot I.P, (1982) L'activité, outil thérapeutique. *Journal d'ergothérapie*,4, 28-29

Poinso, F.P, Da Fonseca, D.D.F, Camera, E.C., Zarro, C.Z., Guelfi, J.G, Duverger, H.D, & Vialettes, B.V. (2006). Étude du développement cognitif et de la pensée logique dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(5), 289-296.

Pommereau, X. P. (2006). Figurabilités corporelles à l'adolescence. *Adolescence*, 57(3), 623-639. <https://doi.org/10.3917/ado.057.0623>

Probst M.P., Vandereycken W.V., Van Coppenolle H.V.C. & Pieters G.P. (1995), « Body size estimation on eating disorder patients : testing the video distortion method on a life-size screen » dans *Behavior Research and Therapy*, 33, 985-990.

Probst, M.P. (2005). The body experience in Eating Disorders: Research & Theory. *European Bulletin of Adapted Physical Activity*, 4(1).

Rizk M.R., Kern L.K., Godart N.G., & Melchior J.C.M. (2014), « Anorexie Mentale, activité physique et nutrition : quelles potentialisations ? » dans *Nutrition clinique et Métabolisme*, 28, 287-293.

Rochaix, D. R., Gaetan, S. G., & Bonnet, A. B. (s.d.). Troubles alimentaires, désirabilité sociale, insatisfaction corporelle et estime de soi physique chez des étudiantes de première année. Récupéré de

https://www.researchgate.net/publication/314298019_Troubles_alimentaires_desirabilite_sociale_in_satisfaction_corporelle_et_estime_de_soi_physique_chez_des_etudiantes_de_premiere_annee

Rosen, J. c.R. (1990). Body image disturbance in eating disorders. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance and change* (pp. 190-216). New York : Guilford Press.

Roy M.R, & Forest F.F. (2007), « Assessment of body image distortion in eating and weight disorders: The validation of a computer based tool (Q-BID)» dans *Journal of Eating & Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia, and Obesity*, 12, 1-11.

Rufo M.R, (2002) *Œdipe toi-même ! – consultations d'un pédopsychiatre*, Ed. Anne Carrière, Coll. Le Livre de Poche, p.120

Schneider M.S, (2011) *La détresse aux sources de l'éthique*, Paris, Le Seuil, p. 65.

Serpell L.S, Treasure J.T., Teasdale J.T., & Sullivan V.S. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.

Shankland R.S. (2009), *Les Troubles du comportement alimentaire*, Paris, Dunod

Shiffmann E.S. (1996), *Yoga : The spirit and practice of moving into stillness*, New York : Simon & Schuster

SIMON B.S., (1994), *The Empowerment Tradition in American social Work : a History*, New York, Columbia University Press.

Skrzypek S.S, Wehmeier P. M.W, & Remschmidt H.R. (2001), « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. À brief review », dans *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(4), 215–221.

Slade P. D.S. (1994), «What is body image ?» dans *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.

Smith, G. P.S. (1994). Motivation. In W. Tracey (Ed.), *Human resources management and development handbook* (2nd ed.).

Taylor C.B.T., Bryson S.B., Celio A.A.C., Luce K.H.L., Cuning D.C., Abascal L.B.A., Rockwell.R.R., Field A. E.F., Striegel-Moore R.S.M, Winzelberg A. J.W., & Wilfley D. E.W., (2006), « The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders » dans *Pediatrics*, 118(2), 731-738.

Touyz, S.T., Thornton C.T, Rieger E.R, George L.G, & Beumont, P.B. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12, 65-71

Vandereycken W.V., Probst M.P., & Meerman R.M. (1988), « An experimental videoconfrontation procedure as a therapeutic technique and a research tool in the treatment of eating disorders» dans K. M. Pirke, W. Vandereycken, & D. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia nervosa*, Berlin, Springer, p. 172-178.

Vandorpe, M. V., & Kinoo, P. K. (2008). Les patient(e)s anorexiques et leur fratrie. *Thérapie Familiale*, 29(3), 355-373. <https://doi.org/10.3917/tf.083.0355>

Vermorel, H. V., & Vermorel, M. V. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1537-1549. <https://doi.org/10.3917/rfp.655.1537>

Vindreau, C. (2012). Clinique de l'anorexie mentale. *Santé Mentale*, (168), 24-32.

Vitousek, K. B.V., & Hollon, S. D.H. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.

Voyer, A. V., Nicolas, I. N., Corcos, M. C., & Elsevier Masson, E. M. (2017). Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. [https://doi.org/10.1016/S1155-1941\(17\)79872-1](https://doi.org/10.1016/S1155-1941(17)79872-1)

Wagman, P.W, (2012). Conceptualizing life balance from an empirical and occupational therapy perspective. PhD Dissertation, School of Health Sciences, Jönköping University

Wilcock, A.W. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: SLACK, Inc.

Wilhelm, K.W. & Clarke, S .C. *Eating disorders from a primary care perspective*.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et Réalité*. Paris, France : Gallimard.

Woodside, D. B.W., Bulik, C. M.B., Thornton, L.T, Klump, K. L.K, Tozzi, F.T, Fichter, M. M.F., et al. (2004). Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 273-278.

Zipfel, S. Z., Giel, K. E. G., Bulik, C. M. B., Hay, P. H., & Schmidt, U. S. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00356-9)

Zunker C., Mitchell J., & Wonderlich S. 2011, «Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of the literature» dans *International Journal of Eating Disorders*, 44, 579-584.

Mémoires et thèses :

Hafer, L. H. (2019). *Les bienfaits des techniques sensorielles et corporelles sur la conscience et l'estime de soi dans l'anorexie mentale* (Mémoire). Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy. Consulté à l'adresse <http://www.ergopsy.com/pub/MemoireLaurieHaffer.pdf>

Mascone, A. N. M. (2013). *Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées* (Thèse de doctorat). Université de Paris Sud. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00835113/document>

Provost, B. P. (2012). *Le bilan psychomoteur chez l'adolescent(e) anorexique* (Mémoire). Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse. Consulté à l'adresse <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Provost2012.pdf>

Rapports :

HAS. (2010). Anorexie mentale : prise en charge. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

Ministère de la santé et des sports. (2010). *Diplôme d'Etat d'ergothérapeute Référentiel d'activité*. Consulté à l'adresse <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, (2008). Lutte contre l'anorexie. Paris : Contact Presse

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Prévention des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes. Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes>

OMS (1986). Charte d'Ottawa : promotion de la santé

OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Consulté à l'adresse https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Sites internet :

CNRTL. (s. d.). NIRVANA : Définition de NIRVANA. Consulté le 27 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/nirvana>

Code de la santé publique | Legifrance. (s. d.). Consulté le 27 avril 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3D332E352DD0E3390A51BB4493631724.tplgfr26s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171314&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200427

Couderc, P. C. (2020, janvier 19). L'image du corps en psychanalyse. Consulté à l'adresse <https://www.boulimie.com/sinformer/dossiers-du-mois/limage-du-coprs-en-psychanalyse/>

INSERM. (2014, juin 13). Anorexie mentale. Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>

Joly, V.J (2019, mai 14). Qu'est-ce que l'adolescence ? . Consulté le 10 février 2020, à l'adresse <http://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>

Larousse. (s. d.-b). Définitions : ethos - Dictionnaire de français Larousse. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethos/31434>

Launois, M. L. (s. d.-a). Cadre thérapeutique Des définitions. Consulté le 27 avril 2020, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/des-definitions-a856.html>

Launois, M. L. (s. d.-a). Dispositif anorexie. Consulté le 27 avril 2020, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/dispositif-anorexie-i169.html>

Launois, M. L. (s. d.-b). Côté psycho-dynamique Apports de Freud Intérêts en ergothérapie. Consulté le 1 mai 2020, à l'adresse <http://ergopsy.com/interets-en-ergotherapie-a364.html>

Launois, M. L. (s. d.-c). Pathologies Anorexie Anorexie mentale. Consulté le 27 avril 2020, à l'adresse <http://ergopsy.com/anorexie-mentale-a573.html>

OMS. (s. d.). Développement des adolescents . Consulté à l'adresse https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

Troubles de comportement alimentaire. (2017b, mars 7). Consulté à l'adresse <https://www.lexique-alimentation-sante.com/definition/troubles-de-comportement-alimentaire/>

Annexes

Annexe 1: Définition de l'anorexie mentale selon le DSM-V et la CIM-10	I
Annexe 2 : Approche hiérarchique et multidimensionnelles du soi (Marsh, 1990).....	II
Annexe 3 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox et Corbin, 1989)	II
Annexe 4 : Pyramide de besoins (Maslow, 1943)	III
Annexe 5 : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (ACE, 1997)	III
Annexe 6 : Détail des composantes de l'empowerment individuel (Ninacs, 2008)	IV
Annexe 7 : Matrices théoriques	IV
Annexe 8 : Guide d'entretien	IX
Annexe 9: Retranscription des entretiens	X
Annexe 10 : Analyse transversale des entretiens réalisés.....	XXX
Annexe 11 : Formulaire de consentement	XXXIV

Annexe 1: Définition de l'anorexie mentale selon le DSM-V et la CIM-10

- Définition de l'AM selon le DSM V :

Le DSM V caractérise cette pathologie psychiatrique selon la conjugaison de trois critères :

- « Une restriction alimentaire menant à une significative baisse de la masse corporelle en rapport avec l'âge, le sexe, les courbes du développement et la santé physique.
- Une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, ou un comportement persistant qui interfère avec la prise de poids, bien que celui-ci soit déjà considérablement bas.
- Un trouble de la perception du poids et de la forme du corps, qui influence son autoévaluation ou persistance du déni de la gravité de la perte de poids. »

- Définition de l'AM selon la CIM 10 :

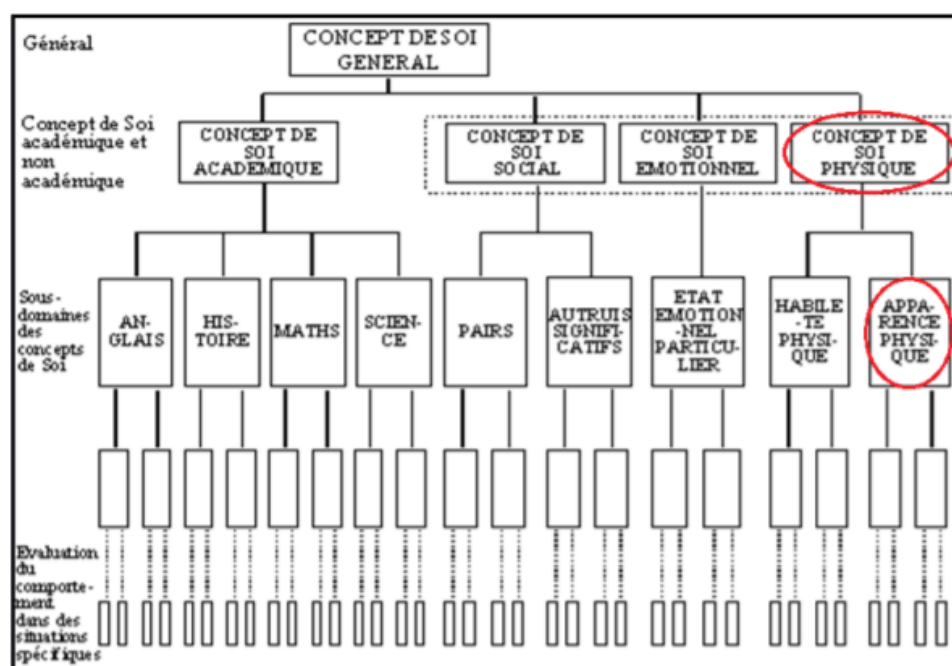
D'après la CIM-10, le diagnostic d'anorexie mentale repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- « Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17.5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
- La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
- Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
- Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux

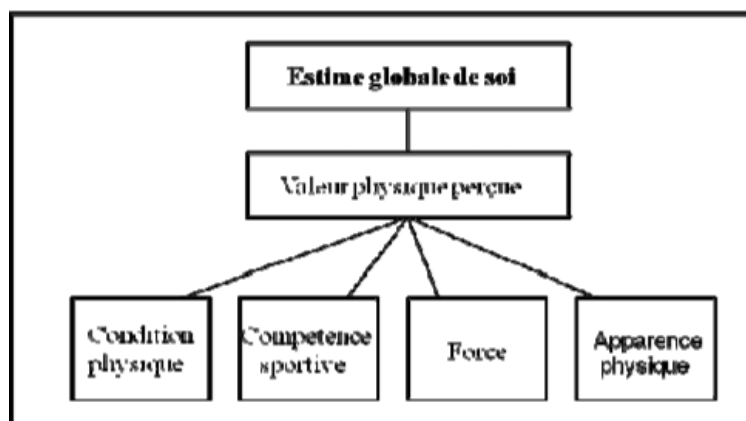
élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

- Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement. »

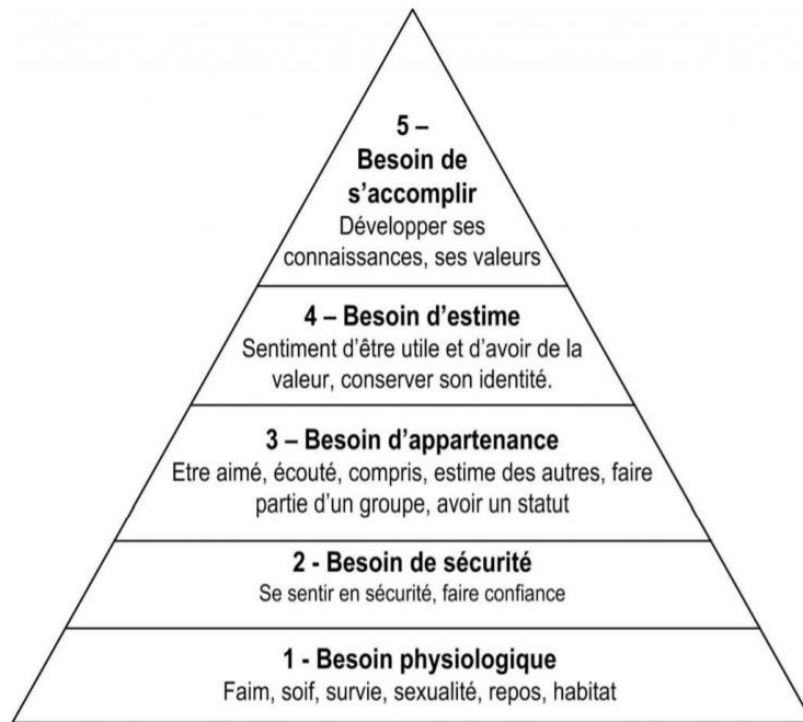
Annexe 2 : Approche hiérarchique et multidimensionnelles du soi (Marsh, 1990)



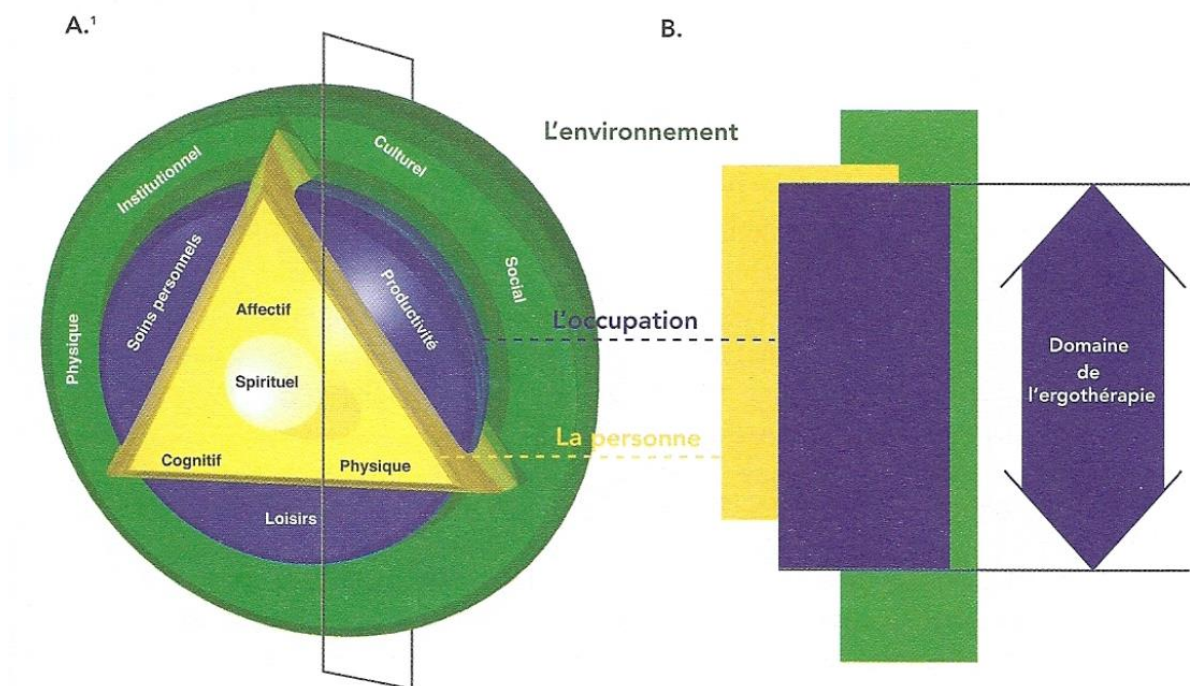
Annexe 3 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox et Corbin, 1989)



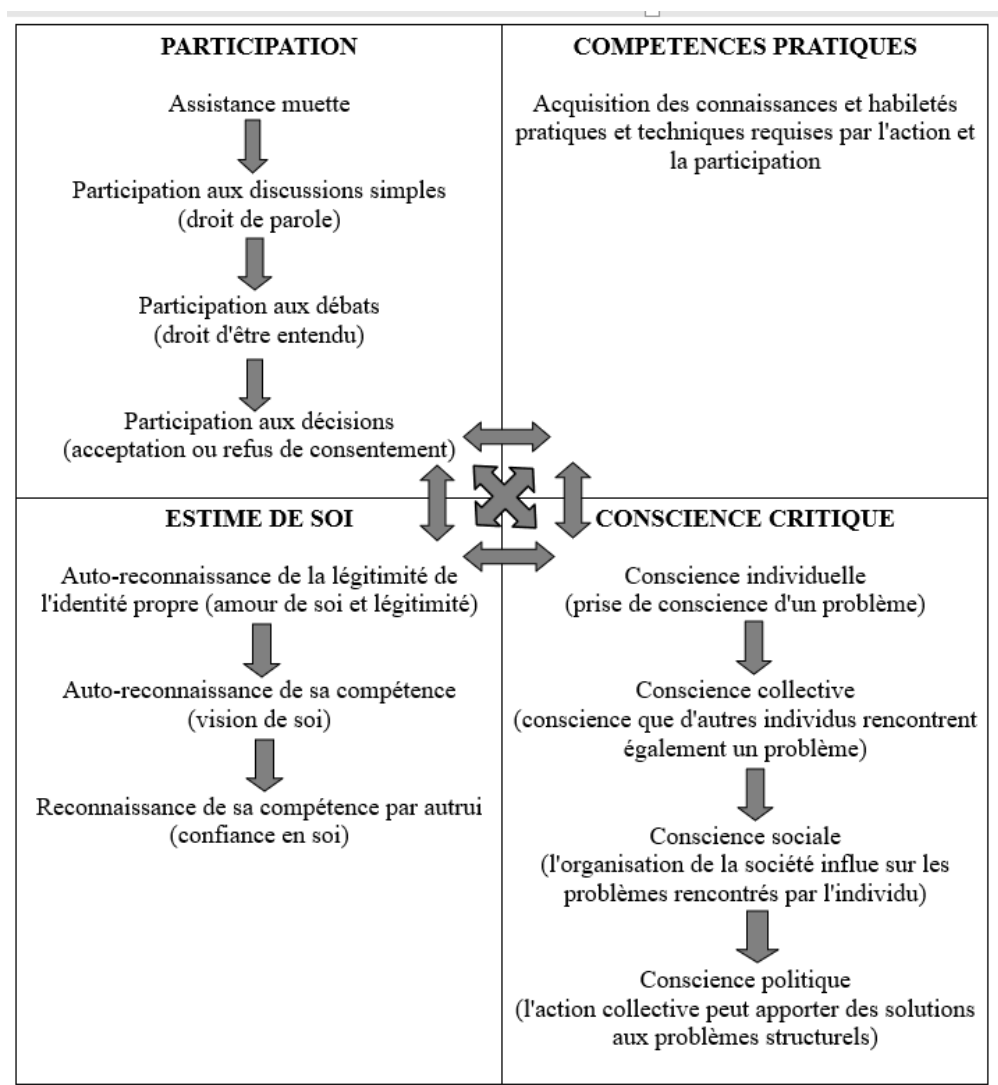
Annexe 4 : Pyramide de besoins (Maslow, 1943)



Annexe 5 : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (ACE, 1997)



Annexe 6 : Détail des composantes de l'empowerment individuel (Ninacs, 2008)



Annexe 7 : Matrices théoriques

Annexe 7. 1: Matrice du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCREO) (Polatajko, Townsend and Craik, 2013)

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
MCREO (Polatajko, Townsend and Craik, 2013)	La personne	Spirituel	- Pensées majoritairement centrées sur les distorsions corporelles donc vers la perte de poids - Conflits intrapsychiques	1,2,4,5
		Affectif	- Relations sociales et affectives laissées de côté - Mauvaise appréciation d'elle-même et de son corps - Mauvaise estime de soi - Souffrance interne	1,2,4
		Cognitif	- Méconnaissance connaissance nutritionnelle et sur la santé - Capacités cognitives et intellectuelles atténuées dues à la dénutrition - Obsession de la perception très négative de l'image du corps	1,2,4
		Physique	La dénutrition entraîne des conséquences somatiques	1,2,5
	Environnement	Physique	Rien de spécifique par rapport l'AM	1
		Institutionnel	Hospitalisations régulières dues à des rechutes	1,2,5
		Culturel	Culture occidentale valorise la minceur et le contrôle de la silhouette chez les femmes	1,5
		Social	- Diminution des liens sociaux - Evolution du rapport avec la famille	1,2,5
	Domaines de l'occupation	Soins personnels	- Ne se nourrit pas suffisamment - Modification des habitudes vestimentaires dues à un trouble de l'image du corps	1,2,4,5

		Productivité	Recherche l'excellence par le contrôle notamment dans les résultats scolaires et dans le sport	1,2,4
		Loisirs	Privation de plaisir et s'investit dans le sport pour perdre du poids	1,2,4,5

Annexe 7.2 : Matrice de l'équilibre occupationnel (Wagman, 2012)

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Equilibre occupationnel (Wagman, 2012)	Approche classique	Soins personnels	- Besoin nutritif non assouvi - Modification des habitudes vestimentaires dues à un trouble de l'image du corps	3
		Productivité/travail	- Contrôle permanent sur l'excellence traduit par l'hyperactivité physique et mentale	3
		Jeu/loisir	- Privation de loisirs	3
		Repos et sommeil	- Epuisement causé par l'hyperactivité - Parfois diminution du temps de sommeil	3
	Approche expérimentale	Activités choisies/obligatoires	- Façon dont la personne expérimente ses activités par choix ou par devoir	3
		Activités exténuantes/relaxantes	- Energie relative aux activités effectuées	3
		Le faire/L'être	- Activités physiques/ mentales	3

	Modèle de l'équilibre de style de vie	Besoins de la personne	- Modification de la prise en compte des besoins essentiels, d'appartenance et d'estime de soi - Prise de conscience ou pas du changement d'attitude	3,4
		Souhaits de la personne	- Changement d'attitude ou non pour s'orienter vers des activités significantes	3,4
		Temporalité de l'activité	- Temps consacré à chaque activité effectuée : - Déséquilibre occupationnel dû à un surinvestissement des activités productives	3

Annexe 7. 3: Matrice de l'Empowerment (Nicacs, 2008 ; Le Bossé, 2003)

Variable théorique	Sous-variables théoriques	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Empowerment (Nicacs, 2008 ; Le Bossé, 2003)	Empowerment individuel	Participation	Engagement	- Engagement variable dans la prise en charge	5
			Participation décisions	- Difficulté à participer aux réflexions concernant les décisions - Prise d'initiative variable	5
		Compétences pratiques	Acquisition nouvelles compétences	- Apprentissage de nouvelles compétences et connaissances : l'anorexie mentale, le trouble de l'image du corps, l'alimentation, la gestion des émotions et la communication de celles-ci. - Amélioration de l'équilibre occupationnel - Implication ou non de la personne - Changement de comportement ou non	2,5

			Réévaluation compétences acquises	- Evaluation et/ou maintien des compétences acquises dans le transfert de compétence dans la vie quotidienne	3,5
		Estime de soi	Satisfait de lui-même	- Insatisfaction corporelle majorée	5
			Confiance en soi	- Connaissance erronée de sa valeur : peu de confiance en soi et d'estime de soi	5
		Conscience critique	Prise de conscience d'un problème	- Prise de conscience de l'anorexie et du déséquilibre occupatio	2,5
			Déculpabilisation personnelle	- Culpabilité omniprésente : culpabilité « oedipienne », l'abus », « événementielle » ou « de fait », « sacrificielle »	5
	Empowerment communautaire	Participation	X		
		Compétence	X		
		Communication	X		
		Capital communaut	X		
	Empowerment organisationnel	Participation	X		
		Compétences pratiques	X		
		Reconnaissance	X		
		Conscience critique	X		

X : ne s'applique pas dans le cadre de ma recherche

Annexe 8 : Guide d'entretien

Questions signalétiques :

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? (Date de DE, diplômes ou formations complémentaires, types de structures.)
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des AM ou pendant combien de temps vous avez travaillé avec cette population ?
- L'image du corps chez les personnes AM fait-elle partie intégrante de la prise en charge ?
- Utilisez-vous une approche particulière dans votre pratique professionnelle ? (Modèles ergos ou approches psychologiques)

Questions pour les entretiens en lien avec ma recherche :

1) Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes atteintes d'AM ?

- a) Utilisez-vous des bilans tels que la MCRO ou autres ?
- b) Quels sont les critères évalués ?
- c) Évaluez-vous le trouble de l'image du corps ? Si oui, par quelles évaluations ?
- d) D'après vos évaluations, quels sont les domaines impactés par le trouble de l'image du corps : productivité, loisirs, soins personnels et le sommeil ?

2) Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?

- a) Utilisez-vous un outil d'évaluation permettant de mettre en lumière cette difficulté ?
- b) Comment dans votre pratique, faites-vous le lien entre le trouble de l'image du corps et les répercussions notamment sur la répartition du temps entre les activités ?

3) Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les patientes souffrant d'AM en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?

- a) Quelles sont les modifications effectuées et au bout de combien de temps ?
- b) Quelles sont les activités réduites et d'autres au contraire réinvesties ?

4) Comment les besoins et les souhaits de la personne AM évoluent au cours de la prise en charge ?

- a) De quelle manière, amenez-vous à faire évoluer les besoins et les souhaits de la personne AM ?
- b) Quels sont les objectifs visés, en tant qu'ergothérapeute, en termes de besoins et de souhaits pour une personne AM ?

5) Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir du patient souffrant d'AM ?

- a) Comment établissez-vous une relation thérapeutique avec les patients AM ?
- b) Quels sont pour vous les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur l'engagement du patient AM dans la prise en charge ?
- c) Comment dans votre pratique tentez-vous d'augmenter l'engagement des patients AM ?

6) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 9: Retranscription des entretiens

Annexe 9. 1: Entretien 1

Allyriane (A) : Allo ?

Ergothérapeute 1 (E1) : Oui bonjour

A : Oui bonjour, je suis Allyriane l'étudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Montpellier. Je vous appelais par rapport à l'entretien que nous avions programmé. Et si vous êtes d'accord je vais l'enregistrer pour pouvoir le retranscrire.

E1 : Oui bien sûr, il n'y a pas de souci.

A : Du coup, l'entretien se déroulera en deux parties. La première sera relative à votre parcours professionnel et la seconde aura pour but de m'apporter des éléments sur ma recherche au travers de 5 questions par rapport à votre pratique professionnelle en tant qu'ergothérapeute.

E1 : Oui

A : La première question porte sur votre parcours professionnel (Date de DE, diplômes ou formations complémentaires, types de structure dans lesquelles vous avez travaillé).

E1 : Ok alors je suis diplômée depuis 2016 à l'IFE de Montpellier. Euh, j'avais fait un stage en troisième année était donc à la clinique ***** et j'y travaille depuis octobre 2016. Donc voilà. J'ai déjà fait des remplacements et c'était très ponctuel dans des structures en fonctionnel. Donc la voilà, la clinique ***** c'est une clinique psychiatrique et j'y travaille à temps plein et je suis la seule ergo de la clinique. Je n'ai pas eu de diplôme depuis euh j'ai fait des formations en interne sur la gestion d'activités en psychiatrie, sur la gestion de groupe, sur différentes activités thérapeutiques aussi. Voilà.

A : D'accord. Vous travaillez avec les anorexiques depuis combien de temps ?

E1 : Là où je travaille on accueille un public très large de toutes personnes qui ont des troubles et des anorexiques du coup en font parties. On n'a pas une prise en charge spécifique anorexique puisque

souvent des personnes viennent souvent avec une comorbidité de TCA. Mais c'est pas le sujet principal. Mais du coup je prends en charge ces personnes là depuis octobre 2016.

A : D'accord. *Est-ce que l'image du corps chez les personnes anorexiques fait-elle partie intégrante de votre prise en charge ?*

E1 : Oui, alors oui c'est pris en charge en ergo et de manière générale à la clinique. Euh et c'est vrai que le corps est travaillé de différentes façons à la clinique. On a la chance d'avoir des soignants, des infirmiers et des aides-soignants qui sont formés à tout ce qui est bien-être. Et voilà. Balnéothérapie et y'a un spa, y'a du sport et y'a un professeur APA. Donc en ergothérapie, c'est travaillé d'une certaine façon et avec tous ces professionnels là c'est encore travaillé disons plus en pratique alors qu'en ergothérapie c'est basé plus sur la théorie à ce niveau-là.

A : *Est-ce que vous utilisez une approche particulière dans votre pratique professionnelle ? (modèles ergo ou approches psychologiques)*

E1 : Alors, la clinique historiquement est assez orientée dans une prise en charge assez psychanalytique. Euh c'est vrai qu'aux vues de l'évolution des pratiques actuelles on se centre plus sur de la TCC. Personnellement, c'est vrai que l'aspect psychanalytique m'intéresse beaucoup donc c'est quelque chose que je privilégie. Mais voilà, j'adapte en fonction des patients donc c'est vraiment, c'est vraiment flexible c'est-à-dire que autant je vais avoir une approche TCC avec certains patients en accord avec les psychiatres et en accord bien sûr avec le projet du patient. Autant des fois, ça peut très bien être de la psychanalytique pure. Ça dépend un peu et surtout l'idée c'est de s'adapter un patient et ce dont il a besoin. Donc, pour résumer je fais en fonction de l'orientation du psychiatre, du comportement du patient et de ce qu'il attend aussi. Moi ce que j'essaie de faire autant que possible, c'est d'avoir des connaissances dans les deux secteurs, autant que possible, pour pouvoir adapter aussi ben... fondamentalement au fur à mesure des jours. C'est-à-dire que pour certains patients ça va être plus simple de, certains jours, d'aborder de la psychanalyse et pour d'autres ça va être plus compliqué à ce moment-là. Donc ça va vraiment être vraiment avec de l'observation, des échanges avec le patient et les autres professionnels.

A : D'accord. Alors là on va commencer la deuxième partie de l'entretien. *Alors, comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?*

E1 : Alors, moi ce que je fais euh et ça c'est avec les patientes anorexiques mais aussi avec tous les patients de la clinique. Euh, je reçois une prescription de la part du psychiatre, la prescription qui est détaillée ou non, parce que forcément ça dépend du psychiatre et du patient aussi. Et en fonction de la prescription, je vais faire un entretien d'évaluation en ergothérapie avec le patient en individuel. Pendant cet entretien, je vais faire une anamnèse de la situation, je vais prendre un moment aussi pour faire un point sur son environnement social, professionnel voilà faire un peu un bilan de la situation. Et souvent, je vois les patients après une dizaine de jour d'hospitalisation, voilà. Donc, on fait un point sur le début de l'hospitalisation pour voir ce que ça donne et ensuite moi je questionne le patient sur ses attentes. Et ça c'est super important parce qu'en fait ça se voit que le patient a pas du tout les mêmes attentes qu'on avait en tête et ça permet de déconstruire ce que nous on avait imaginé à ce moment-là. Et aussi ça permet d'avoir un peu, de connaître de l'avancée du patient par rapport à sa pathologie et par rapport à ce qu'il est capable de faire. Voilà, parce qu'on peut pas demander la même chose à un patient qui est anorexique depuis quelques mois qui vient d'avoir le diagnostic y'a quelques jours qu'un patient pour qui c'est la troisième, quatrième hospitalisation donc forcément les attentes sont différentes. Et ensuite, moi j'explique ce qu'est l'ergothérapie parce que pour la plupart, ils ne connaissent pas ce que c'est. Donc, je leur explique et leur présente ce que je fais à la clinique et quelles sont les activités et aussi connaître le patient du coup les objectifs thérapeutiques. Alors ces objectifs thérapeutiques, alors moi j'ai une liste en fait d'une vingtaine d'objectifs thérapeutiques. Et c'est au patient de choisir quels sont ces objectifs, quelles sont les choses qui pour lui, lui semble importante à travailler. Alors, le patient les choisit et après on les choisit ensemble aussi. C'est-à-dire que moi je peux orienter le patient, y'a certaines choses que je pense que c'est pertinent, en fonction de ce que j'ai pu observer pendant l'entretien et aussi de la prescription. Et du coup, ces objectifs une fois fixés, on va définir des activités thérapeutiques en fonction

de ces objectifs-là, en fonction, encore une fois, de la prescription et aussi de ce que le patient fait comme autres activités. C'est-à-dire que, imaginons un patient qui aurait, pour qui je pense, aurait un groupe de paroles qui n'est pas pertinent si je vois qu'il en fait déjà deux autres avec déjà deux autres professionnels je me dis que c'est pas forcément nécessaire d'en rajouter un . Je vais donc proposer autre chose pour aussi adapter son emploi du temps à la journée et à la semaine et qu'il n'ait pas tout le temps les mêmes activités. Je me suis un peu perdue du coup je sais pas si j'ai répondu à ta question.

A : Si si mais je vais approfondir sur certains points. Du coup, enfin vous m'avez dit que vous faites un bilan de la situation mais *est-ce que vous utilisez des bilans standardisés type MCRO ou autres ?*

E1 : En fait, c'est vrai que moi j'ai pas de bilan standardisé. Euh, j'en ai pas trouvé disons qui me semblait pertinent après j'en ai peut-être pas trouvé celui qui me convenait bien. Euh, c'est un peu particulier dans le sens où je pense que si je prends un bilan standardisé il m'en faudrait plusieurs et certaines fois c'est assez complexe de finalement choisir un bilan parce que j'ai beaucoup de patients avec beaucoup de comorbidités et euh malheureusement prendre un bilan classé pour la dépression ben en fait le patient qui est dépressif a souvent d'autres choses en même temps. Et du coup je trouve que c'est un peu compliqué du coup de prendre un seul bilan qui serait vraiment adapté au patient. Par contre, euh certains psychiatres font , eux, des bilans très précis sur ,euh, la dépression, des bilans qui sont standardisés, des bilans sur euh l'état de stress post-traumatique aussi, des choses vraiment très standardisées qui sont faits par le psychiatre et que, dont moi je peux avoir les résultats, enfin j'ai les résultats donc ça me permet aussi de, d'avoir ces informations là même si je les ai pas demandé directement au patient.

A : D'accord. Et du coup, vous m'avez parlé du bilan de situation en fait *quels sont les critères évalués au travers de ce bilan ?*

E1 : Euh, alors c'est assez large et encore une fois je m'adapte énormément au patient. Comme encore une fois, il y a beaucoup de comorbidités donc ça change beaucoup euh, moi le bilan de situation que je fais alors c'est plus précis pour les anorexiques c'est très. Euh, alors déjà je vais demander au patient, qu'est ce qui, quels sont les éléments de son hospitalisation. Alors moi, évidemment j'ai lu le dossier au préalable donc je sais quels sont les raisons de l'hospitalisation mais c'est intéressant de voir ce que le patient va annoncer. Parce que certaines fois c'est tout à fait semblable et certaines fois c'est pas du tout la même chose et du coup c'est assez intéressant de voir que le patient n'a pas la même vision de ce qui l'amène à la clinique. Et on va développer là-dessus donc, depuis combien de temps, euh est ce qu'il y a un élément déclencheur, est -ce que c'est la première hospitalisation à ce sujet là ou un autre sujet. Voilà on va essayer d'avoir de faire un peu un plan par rapport à ça pour pouvoir avoir une vision assez globale de cette problématique. Et ensuite, moi je vais parler de la situation, de l'environnement social. Alors social, je dis pas familial parce que en l'occurrence ce que j'ai pu observer c'est que beaucoup de personnes auraient de gros soucis familiaux, donc je préfère étendre à social, c'est-à-dire que je parle des proches, de la famille, des amis, de façon très large. Et euh je parle aussi, éventuellement, par rapport au patient, du suivi à l'extérieur, est-ce qu'il est déjà suivi par un psychiatre, par un psychologue etc etc... Et c'est finalement de faire un point sur ces situations sociales, est-ce qu'elles ont toujours été ainsi ou est-ce qu'elles ont évoluées, est-ce qu'il y a eu des éléments etc. Voilà, encore une fois, faut s'adapter au patient. Et ensuite, je fais un point sur les activités de la vie quotidienne. Donc ça, forcément c'est assez large et en fonction de ce que rapporte le patient, donc je fais un point sur ça, sur ce que je dois dire, sur ben voilà toutes les activités de la quotidienne donc finalement c'est assez large. Et enfin, on fait un point sur tout ce qui est professionnel aussi. Alors, voilà ça dépend du patient, le professionnel ou les études du coup. Et, voilà je vais faire un point sur quelle est la situation professionnelle. Souvent, ce sont des personnes qui sont en arrêt maladie depuis assez longtemps ou qui ont une situation professionnelle assez précaire. C'est pas toujours le cas hein, mais vrai que c'est ce qui est souvent observé. Et, du coup faire un point sur ça. Et aussi, faire un point sur ,finalement, quels sont les projets, si on peut dire, est ce qu'il y a des projets de façon générale, de manière générale à la sortie en fait. Voilà.

A : D'accord. Et, *est-ce que vous évaluez le trouble de l'image du corps ?*

E1 : Alors, pas directement. Encore une fois, ça va être en fonction de ce que le patient va apporter, en fonction du dossier, en fonction de la prescription. Euh, certaines fois, le trouble de l'image du corps va être travaillé plus spécifiquement avec mes collègues qui font de la balnéothérapie, du sport euh ce genre de choses-là. Ça peut être spécifique à ces professions là et certaines fois, euh, on va demander de le travailler en ergothérapie. Et dans ces cas là, c'est vrai que c'est une question assez délicate, c'est un peu la question qui fâche, euh c'est abordé mais ça dépend ce que le patient va amener. C'est-à-dire que moi j'introduis le sujet et après moi je vois comment ça se passe un petit peu dans les échanges. Parce que faut pas oublier, que c'est la première fois que je rencontre le patient donc moi l'idée c'est pas de lui faire peur dès le début quoi. Mais voilà, c'est un sujet qui va être abordé, donc j'introduis le sujet et je vois comment le patient réagi, on développe si le patient est prêt à développer. S'il est pas prêt à développer, euh, soit c'est fait ailleurs soit ça sera fait un peu plus tard directement dans les ateliers.

A : D'accord. Et du coup, vous m'avez dit que vous faisiez des bilans par rapport aux activités de la vie quotidienne. Et du coup, *d'après vos évaluations, quels sont les domaines impactés par le trouble de l'image du corps : productivité, loisirs, soins personnels et le sommeil ?*

E1 : Alors, euh, c'est vrai que c'est assez difficile à définir. Parce que, encore une fois, comme je te disais, j'ai des patients qui ont souvent d'autres troubles et donc c'est un peu compliqué de savoir, finalement, qu'est ce qui vient de l'anorexie, qu'est ce qui vient de la dépression, qu'est ce qui vient des traumatismes, qu'est ce qui vient de pleins de choses. Et donc en fait, c'est, voilà, y'a un petit peu, par exemple il va y avoir le patient, qui va mettre en avant des difficultés par rapport à l'image du corps dans tout ce qui est dans la relation aux autres mais aussi il va aussi nous dire qu'il a des éléments dépressifs qui vont être mis en avant. Alors, est ce que c'est la dépression ou est ce que c'est les TCA, est ce que c'est euh , voilà ça c'est un peu difficile à définir exactement. C'est ça qui est aussi un peu compliqué en pratique. En théorie, on voit bien les choses qui sont impactées mais en pratique on se rend bien compte que c'est très multiple. Et aussi, ben faut pas oublier que le patient a sa propre personnalité et que certains ont des caractères plus introvertis et d'autres plus extravertis et forcément ça joue là-dessus. Et, on peut pas demander à un patient introverti d'être hyper à l'aise dans toutes situations alors que en fait c'est pas son caractère. Et que, encore une fois, le caractère de la personne ben, disons, que le caractère dit normal, décliné à normal, on le connaît pas parce qu'on ne voit le patient que lorsqu'il est dans un état pathologique. Et donc, c'est au fur et à mesure qu'on se rend compte de ce que le patient, de quel est le caractère normal du patient. Donc, euh, quelles sont les activités précises, c'est très difficile, du moins moi j'ai du mal à les définir précisément. Voilà.

A : D'accord. Alors, euh du coup deuxième question : *Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?*

E1 : Alors euh ça déjà faut le, comment dire. Faut déjà que j'ai pu l'identifier, et une fois que ça a été identifié soit par moi soit par les professionnels présents. Euh, en fait on va.. Comment dire, il y a différentes approches c'est-à-dire que y'a, on va le dire au patient déjà, de but en blanc, c'est pas mal de lui en parler et c'est pas mal de lui faire observer aussi des choses là en lui en parlant, en faisant des euh... Ouai, peut-être est-ce que tu peux détailler un peu plus parce que là je t'avoue que je vois pas trop.

A : Euh, bah en fait ma question c'était plutôt, en fait, j'ai l'impression qu'en théorie, ces personnes ont un déséquilibre d'activité et qu'elles s'en rendent pas compte. Et, du coup comment nous, en tant qu'ergo, on peut les aider à travailler sur cette prise de conscience un petit peu ?

E1 : Ouai, ok. Euh alors, effectivement bah, euh, comme j'ai pu le dire toute à l'heure, moi je travaille vraiment avec mes collègues. C'est-à-dire que, certaines fois ça sera le psychiatre qui va faire cette évaluation-là assez spécifique et assez voutée et quantifiée. Et, euh en fait ce travail, il en parle aussi avec ces patients pour faire en sorte qu'ils s'en rendent compte de ça. Et on va aussi faire en sorte que son emploi du temps, son agenda de la journée soit adapté, soit finalement cohérent aussi. Comme j'ai pu te le dire, voilà, si je vois un patient et que je lui propose telle ou telle activité mais je vois qu'il l'a quatre cinq fois dans la semaine, ben c'est aussi à moi de mettre un équilibre et d'adapter euh d'adapter ça au quotidien en fait. Parce que je peux pas demander à un patient de pas trop investir telle ou telle activité et

que moi par contre je lui demande que ça soit moins important à la clinique. Donc c'est aussi une façon, donc moi je parle des activités thérapeutiques parce que c'est plus l'effet, mais les infirmiers et les aides-soignants, les personnes en service travaillent aussi là-dessus pour justement gérer euh les temps de repas, les choses comme ça ,qui peuvent être des moments difficiles et pouvoir adapter. C'est ce qui assez compliqué puisque forcément on est dans une clinique et on a beaucoup de patients, nous on a 70 patients, et donc faut adapter au patient, faut adapter à sa pathologie et faut s'adapter à l'organisation globale de la clinique. Donc voilà.

A : D'accord. Alors du coup, troisième question : *est ce que vous percevez des changements dans la répartition du temps dans les activités chez les patientes souffrant d'anorexie en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?*

E1 : Alors... Je sais pas si vraiment euh, je l'ai, moi je dis pas que ça n'existe pas. Je dis juste que je l'ai pas, comment dire, mis en avant cet élément-là. Donc, je saurai pas te dire en fait si vraiment y'a un changement. Alors ça veut pas dire qu'il n'existe pas mais du moins, moi dans ce que je pratique je l'ai pas mis en avant.

A : D'accord. Du coup quatrième question : *comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?*

E1 : Alors, ça c'est très large comme question. Euh, en fait il évolue, déjà faut partir du fait, de comment la personne est arrivée et de quelles étaient ses demandes en fait. Parce que à partir de là, forcément il y a des évolutions et nous on cherche que l'évolution soit sur quelque chose de positif. Mais c'est vrai, qu'il y a tellement de comorbidités que des fois ça va être « une autre pathologie qui va prendre le dessus », je mets des guillemets sur ça. Mais c'est vrai que certaines fois, sur, on va se rendre compte que euh l'anorexie est présente, elle est présente surtout en lien avec la dépression surtout en lien avec un état de stress posttraumatique surtout voilà, ce genre de choses. Et lorsque l'on oriente la prise en charge vers ces pathologies-là, on se rend compte que l'anorexie ou les TCA présentes diminuent ou du moins deviennent beaucoup plus gérable, beaucoup plus maitrisables par la personne. Et certaines fois, prendre la TCA comme la conséquence de la dépression, encore une fois des autres pathologies, c'est une façon d'orienter la prise en charge plutôt que de la voir comme une cause. Et du coup, dans la plupart du temps elles évoluent vers un mieux-être, vers un quelque chose de beaucoup plus positif. Et ça dépend beaucoup, beaucoup des patients. Certaines fois, certains patients, ce n'est pas leur première hospitalisation donc ils ont des attentes qui sont différentes. Certaines fois, en fonction de l'âge aussi ça change, en fonction ça dépend de quand c'est la première hospitalisation c'est autre chose. Parce que lorsque c'est leur premier contact avec la psychiatrie tout simplement, des fois c'est la première fois qui rencontre un psychiatre euh. Donc c'est vrai que tout ça change beaucoup. Et nous globalement, on va vers un mieux-être et vers une évolution positive.

A : Et, du coup *quels sont les objectifs visés, en tant qu'ergothérapeute, en termes de besoins et de souhaits pour une personne anorexique ?*

E1 : Alors déjà, les souhaits je trouve que c'est difficile d'agir dessus parce que c'est vraiment propre à la personne donc on peut l'orienter mais ces souhaits ça sera toujours ce que elle, elle veut. Même si nous on lui propose des souhaits, ça sera qu'elle qui pourra choisir. Mais nous, en tant qu'ergo, on va viser l'autonomie et l'indépendance forcément. Alors, à différents degrés, on pourra agir sur l'anorexie vraiment et on pourra observer une évolution physique et une évolution psychique, une évolution mentale du patient au cours de l'hospitalisation. Pour certains, on sait que c'est pas l'hospitalisation qui signera la fin de tous ces troubles-là. Et certaines fois, en fait notre objectif c'est de stabiliser le patient, de lui apporter quelques clés pour, on sait que le patient aura toujours des troubles à l'extérieur mais que au moins il sait vers qui se tourner et il sait que la clinique étant un lieu sûr pour lui. Il sait qu'il a un psychiatre, il sait qu'il a des personnes autour de lui et que même si ces besoins-là, même si, on va dire, il est pas guéri, entre guillets, il a des choses autour. Donc ses besoins, ça évoluent beaucoup et c'est assez difficile de fixer vraiment des points particuliers. C'est sur qu'on cherche une amélioration, un mieux-être, on cherche une image du corps qui soit plus positive, qui soit plus propre de la réalité. On cherche

que les habitudes de vie soient plus cohérentes et voilà toutes ces choses-là. Mais, on prend en compte vraiment ce que le patient apporte au début de l'hospitalisation et de ce qu'il va mettre en avant.

A : Et du coup, dernière question : *Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des patientes souffrant d'anorexie ?*

E1 : Alors, par rapport à ça, moi c'est vrai que ce que je fais en ergothérapie, ici, et d'abord ce qui est fait de façon générale, parce que à la clinique on essaie de travailler tous ensemble vers un objectif commun. C'est que, on a pour volonté, en ergothérapie, de proposer des choses et de permettre à la personne d'avoir des espaces dédiés à ces choses-là. Par exemple, moi j'ai pas mal d'atelier ; des ateliers de relaxation, des ateliers d'expression, des ateliers de groupe de parole, des ateliers d'activité manuelle. En fait l'idée c'est de finalement proposer aux patients certaines activités, lui fixer des horaires, lui fixer des choses qui soient accessibles et en fait de lui permettre d'avoir des espaces pour agir et je pense que ça c'est aussi important en fait de pouvoir dédier des espaces parce que souvent le patient va vous dire qu'il a envie de sortir de telle chose mais qu'il a du mal à le caler dans sa journée ou qu'il a du mal à trouver la motivation, enfin il y a différentes choses qui interviennent. Pouvoir lui proposer des espaces dédiés, où finalement c'est un peu mal dit, mais « il n'a que cela à faire pendant l'heure que de faire ça ». Le patient va plus être dans une dynamique dans laquelle de toute façon on est là, on ne l'oblige pas à venir car c'est une prescription donc ça fait autant partie d'un outil thérapeutique. En fait, on va proposer des choses et des activités aussi qui lui plaisent parce c'est hyper important, nous on a encore une fois, une image de ce qui pourrait plaire aux patients mais c'est important aussi que le patient lui-même aime, que l'on puisse lui proposer des choses assez diverses et qui puissent lui convenir pour que, finalement trouver une accroche qui lui permette d'agir donc sur ces choses-là. Certaines fois c'est l'ergothérapie, certaines fois c'est des activités parce que il y'a certains patients qui ont plus d'attraits avec d'autres activités qui sont présentes dans la clinique, et c'est pas grave, car nous allons tous vers un objectif qui est commun. Qu'il vienne avec moi ou qu'il vienne dans un autre atelier avec des aides-soignantes et des infirmières, tant que le patient trouve un espace qui lui convient, un espace où il peut s'exprimer, un espace où il est à l'aise et où il se sent entendu et où il peut avoir une évolution et un moment bénéfique, donc que ce soit avec moi ou avec quelqu'un d'autre ce n'est pas le plus important. Mais les activités thérapeutiques, qui sont proposées à la clinique, même quand il ne s'agit pas d'activités en ergothérapie elles ont été mises en place avec une analyse d'activités qui est semblable à l'ergothérapie. Parce que moi, j'ai accompagné les infirmiers, les aides-soignants etc à faire des analyses de leurs activités pour que, même si ce n'est pas de l'ergothérapie, y'ait un plan qui soit semblable à ce que nous on fait en analyse d'activité.

Donc ces ateliers, même l'objectif thérapeutique est différent, ils ont quand même une approche thérapeutique semblable qui porte vers des objectifs qui ne sont pas que occupationnels. Donc, voilà.

A : D'accord. Et *comment établissez-vous une relation thérapeutique avec les patients anorexiques ?*

E1 : Alors, la relation thérapeutique c'est, euh, c'est un tout un sujet puisque... Alors, comment établir une relation thérapeutique. Je pense que les points très importants, encore une fois, mais ça dépend de la personnalité de chacun parce que je pense qu'on ne peut pas établir de relation thérapeutique si on occulte notre propre personnalité même si, encore une fois, on est pas là, on est pas présent, en tant que personne mais on est présent en tant qu'ergothérapeute mais n'empêche que, euh, on va avoir notre personne, elle est toujours présente. Je sais pas si ce que je dis c'est clair mais en tout cas, voilà, on va avoir, on va toujours amener des choses personnelles même dans une relation thérapeutique qui se veut professionnelle. Donc déjà ça faut pas l'oublier, il faut le prendre en compte. Euh, moi je sais que j'ai 25 ans, je suis une femme et donc forcément je vais amener des images au patient qui va certaines fois bah faire lien avec, et des fois je vais être en miroir avec eux et donc la relation thérapeutique va en être impactée. Certaines fois, je vais ressembler à leur petite fille, des fois à leur grande sœur, certaines fois je ressemble à leur fille voilà, donc forcément il faut prendre en compte que notre propre personne, elle impacte même si on fait le plus attention possible à ça. Et en fait, la relation avec les patients, je pense que ce qui est important aussi c'est pouvoir être à l'écoute, montrer qu'on est à l'écoute, montrer qu'on est disponible. Moi, c'est ce que j'essaie de faire le plus possible, je le dis au patient que je suis

disponible, je leur dis et j'essaie d'organiser mon emploi du temps dans la journée pour me rendre disponible à certains moments et que le patient sache que je suis disponible. Je sais que mes collègues, ben on fait ça, c'est tout bête mais pendant les temps et ben on laisse la porte ouverte pendant les temps où on est disponible et les patients savent qu'ils peuvent venir nous voir pendant ces moments-là, de manière plus informelle. Et la relation est travaillée, euh, certaines fois dans des échanges, aussi, encore une fois, informels parce que je pense que c'est ça aussi qui travaille la relation thérapeutique. C'est d'être dans une posture professionnelle à certains moments et puis d'autres un peu plus, on va dire en guillemets détendu et puis, puis voilà plus détendus dans d'autres espaces. Moi c'est vrai que je fais pas mal d'humour avec les patients et puis, pour détendre un peu des situations pour être un peu plus dans l'échange que dans le contact. On parle de choses et d'autres, et des fois on parle de choses pas du tout spécifiques à leur prise en charge, mais c'est pas grave parce que sûrement ça permet de créer un lien qui est des fois plus authentique et des fois qui amène et qui permet d'avoir une meilleure sensation. Euh, moi ce que je leur dis aussi au patient, c'est que y'a pas de souci de ne pas avoir un bon transfert avec moi, ça arrive et moi aussi ça m'arrive de pas avoir un bon transfert avec des patients, euh, c'est voilà, c'est la vie et on peut pas trop agir dessus. Et en fait, nous on essaie de vraiment travailler vraiment en équipe pour que, ben moi c'est ce que je leur dis si vous vous sentez plus à l'aise parler avec mon collègue, qui a voilà une quarantaine d'années, qui est un homme et qui vous ressemble plus ben faites le, parce que c'est important aussi. Euh, voilà, pas prendre les choses personnellement. Donc, voilà, essayer d'être le plus professionnel possible mais savoir que de toute façon, la relation elle se fait à deux aussi et que nous on peut amener les éléments mais c'est aussi au patient de pouvoir être à l'aise dans cette relation-là. Être à l'écoute, être dans l'empathie bien sûr. Voilà, je sais pas si y'a d'autres choses que j'avais par rapport à la relation. Euh, l'écoute, être dans l'empathie pouvoir se rendre disponible euh, évidemment être dans le non jugement, je l'ai pas précisé avant mais ça me paraissait évident. Mais voilà, c'est un peu les choses essentielles.

A : D'accord et pour vous, *quels sont les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur l'engagement des patients anorexiques dans la prise en charge ?*

E1 : Alors, euh, l'engagement peut être biaisé par différents points. Euh, déjà si on parle de l'institution, l'institution peut amener à un engagement qui soit moins important. Là, c'est vrai que dans la période où on est actuellement où ben là aujourd'hui, y'a le confinement qui est en train de se faire et qui est là depuis 3 semaines. Et forcément, on a vu un changement des engagements dans les activités des patients où, dans une dynamique où l'institution a été chamboulée, et forcément l'institution impacte tout ça, tous les engagements des patients et donc c'est à nous en tant qu'institution d'avoir un cadre thérapeutique qui soit le plus fixe possible, le plus stable et qui du coup permette d'être cohérent et d'être en adéquation avec les patients et ce qui permet d'avoir une certaine profession, une certaine sécurité. Là on le voit bien aujourd'hui, la première semaine ça a été un chamboulement énorme autant que professionnels, qu'administratif, que patients, on savait pas comment faire et là depuis deux semaines on a fixé des choses qui sont établies. On sent que le réengagement s'enclenche. Donc ça c'est un exemple qui montre que l'institution peut jouer. Euh, en tant que professionnel aussi, je pense que fixer un cadre qui soit compréhensible c'est important, parce qu'on voit bien que chaque patient, n'a pas les mêmes capacités de compréhension dues à pleins de choses différentes, et être à la fois, avoir un cadre qui soit sécurisant et fixe mais en même temps qui soit adaptable à chaque patient. Ça c'est un peu compliqué euh de pouvoir adapter chaque chose qui est fixe, c'est pas simple mais il faut le faire. Euh, voilà et enfin, ce qui peut jouer sur l'engagement, on se rend compte aussi, que évidemment, les proches, la famille, etc ils jouent beaucoup là-dessus. Euh, moi j'ai déjà vu des patients qui, tout va bien, tout se passe bien et puis il vient rencontrer telle ou telle personne qui leur rappelle que y'a encore plein de soucis à l'extérieur, et que tous ces soucis là ça impactent tous ces personnes-là, les familles qui vont démoraliser le patient alors que nous toute la journée on va essayer qu'il soit hyper positif mais ça arrive. Et même s'ils sont à la clinique, qu'ils sont dans un espace, encore une fois, qui est voulu comme protégé, l'extérieur est, alors je parle de la famille mais ça peut être aussi du monde professionnel, impacte toujours dans l'engagement et dont ce que le patient va avoir pour, euh, oui pour l'engagement à la clinique. Et, certaines fois aussi, euh,

ce qu'on va, euh comme je te disais y'a pas mal de comorbidités, et le traitement aussi peut jouer sur l'engagement parce que c'est vrai, en tant qu'ergo, on en parle dans très peu, bon assez rapidement dans les études, mais en pratique on se rend bien compte qu'il faut quand même avoir des notions sur les traitements, et qu'il faut quand avoir et c'est une dévotion de tout ça parce que un changement, une modification de traitement, des diarrhées, ou des voilà. S'ajoute la dessus, et c'est pour ça qu'il faut bien être en lien avec els infirmiers et les psychiatres sur ce sujet-là, euh, voilà, parce que certains traitements provoquent de la fatigue, certains traitements mettent 15j à agir et pendant les 15j il faut pas dire que le patient il évolue pas, ça change pas, c'est que c'est en cours, c'est que c'est en train de se faire et voilà. Certaines fois aussi, là je parle des traitements mais c'est vrai que de façon générale en fait, ce qui est travaillé avec les autres professionnels peut impacter sur l'engagement sur ce que j'ai moi en ergothérapie euh, je le vois par exemple à la clinique donc y'a une unité d'accompagnement pour les états de stress post-traumatique. Donc ça c'est hors du sujet principal que t'abordes mais y'a aussi des patients anorexiques avec un état de stress post-traumatique. Et en fait certaines séances de MDR très poussées et peuvent épuiser le patient pendant une journée, deux jours, et en fait, on se rend bien compte que là son engagement est différent puisque que certaines fois, le patient va être plus engagé sur un travail psychothérapeutique ou certaines fois, certains patients, vont plus s'engager vers un travail du corps aussi. Et, ça sera à nous d'orienter pour que la balance soit assez équilibrée.

A : D'accord. Et du coup, vous en tant qu'ergo, *comment dans votre pratique, tentez-vous d'augmenter l'engagement des patients anorexiques ?*

E1 : Alors, moi y'a différentes choses, encore une fois, comme j'ai pu le dire, j'essaie de fixer un cadre qui soit euh connu de tous les patients que je vois et même des patients que je ne connais pas. Euh, c'est-à-dire que j'essaie de faire en sorte que les patients comprennent les activités et comme je te disais, au préalable, je fais un entretien avec les patients, et je leur explique bien ce que c'est l'ergothérapie. Je leur explique en fonction de ce qu'ils sont en capacité de comprendre et aussi en fonction de ce qu'ils connaissent au préalable. Moi, ça m'est déjà arrivée d'avoir des patients qui avaient fait quelques années d'ergothérapie dans leurs études, qui avaient fait une année et qui s'est réorienté, donc forcément je vais pas leur réexpliquer depuis le début. Mais, au niveau des patients qui sont docteurs, ben forcément je vais avoir un discours qui va être différent ou des patients qui n'ont aucune connaissance dans ce que c'est l'ergothérapie donc, voilà, je vais adapter mon explication de ce que c'est l'ergothérapie, déjà. Moi, je leur fournis aussi pendant l'entretien une feuille, en fait, qui explique rapidement ce que c'est que l'ergothérapie, que moi j'ai créé et de ce côté-là, y'a aussi les objectifs thérapeutiques. Donc voilà, ils partent avec une petite feuille où il y a marqué ce que c'est que l'ergothérapie, les objectifs et ils partent aussi avec une feuille où c'est écrit quel atelier, quel jour, quelle heure, quelle fréquence voilà. Donc finalement, ils ont à la fois, ce que je leur dis à l'oral et aussi, une trace écrite, de tout ce que je leur dis pour y revenir de temps en temps c'est bien. Et en fait, cette feuille là où y'a les objectifs thérapeutiques on, pas toujours mais certaines fois, le patient la réinvestit avec le psychiatre, la psychologue etc ou soit nous, on va le retravailler avec le patient, au fur et à mesure, en fait, durant l'hospitalisation. Et donc ça, ça permet en fait, dans ces temps-là, pas d'une mise à jour mais un peu des entretiens en fait vraiment, qui sont en plus des activités thérapeutiques, où on fait un point. Ça permet de réajuster la prise en charge et voilà. Donc, moi après je mets des affiches pour leur expliquer, quelle heure, quel jour, fin voilà pour travailler là-dessus, et en fait et vraiment ce que j'essaie de faire c'est de leur expliquer, euh, pour qu'ils comprennent. Donc j'essaie de faire en sorte qu'ils aient compris, après je peux pas m'en assurer mais je leur explique une fois, deux fois, trois fois. Et aussi, ce que j'ai fait quand je suis arrivée dans la clinique, c'est que euh, j'ai expliqué ce que s'est l'ergothérapie aux autres professionnels de la clinique, mais vraiment en partant de l'ESH à l'aide-soignante, à l'infirmière, au médecin, au pharmacien euh, aux personnels de l'administration. J'ai expliqué à tout le monde ce que je faisais pour que, finalement, déjà ils aient une connaissance déjà c'est pas mal, c'est la première chose et aussi qu'ils puissent orienter les patients correctement après je peux pas m'en assurer complètement. Mais au moins la démarche a été faite et ils savent, aussi, que je suis disponible aussi pour développer là-dessus. Donc, voilà.

A : D'accord, parfait. Donc, voilà, j'ai fini de poser toutes mes questions. *Est-ce que vous avez quelque-chose à rajouter ?*

E1 : Euh non, j'ai déjà dit beaucoup de chose je pense.

A : Oui oui, je voulais juste m'en assurer. Merci beaucoup d'avoir répondu à toutes mes questions. Du coup, je vais vous souhaiter une bonne journée.

E1 : Derien, bonne journée aussi.

Annexe 9. 2 : Entretien 2

Ergothérapeute 2 (E2) : Allo bonjour

Allyriane (A) : Oui bonjour je suis l'étudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Montpellier et je vous appelais par rapport à l'entretien qu'on avait programmé.

E2 : Oui très bien.

A : Et du coup si vous êtes d'accord je vais l'enregistrer pour pouvoir le retranscrire après.

E2 : Oui oui normal

A : Alors du coup, je fais mon mémoire sur le thème de l'anorexie et le trouble de l'image du corps. L'entretien est composé de deux parties. La première sera relative à votre parcours professionnel et la seconde aura pour but de m'apporter des éléments par rapport à ma recherche au travers de 5 questions par rapport à votre pratique professionnelle en tant qu'ergothérapeute.

E2 : D'accord

A : Alors d'abord, *pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? (Date de DE, diplômes ou formations complémentaires, types de structures)*

E2 : D'accord. Alors, moi je suis ergothérapeute depuis 2003 de l'école de Rennes. J'ai commencé à travailler en addictologie en région parisienne, hospitalisation à temps plein et accueil de jour et c'était déjà des gens qui avaient des problématiques alcool, drogues, médicaments et autres. J'y ai travaillé cinq ans. Après, j'ai travaillé en centre de rééducation de Mayave et depuis plus de dix ans maintenant je suis en centre de jour de la Clinique *****. C'est un accueil pour comorbidité addictologie et santé mentale et accueil de personnes ayant des troubles du comportement alimentaire. C'est un accueil de plusieurs demi-journées, ou de jours complètes, c'est un programme très personnalisé pour les personnes. Que dire de plus, j'ai eu des formations complémentaires sur l'image du corps, l'image de soi, j'ai eu des formations sur le suivi des personnes anorexiques. C'était des formations courtes pas toujours entièrement satisfaisantes. Voilà et après on accepte les patients ayant des troubles du comportement alimentaires, depuis, pas au tout début, ça fait à peu près six ans qu'on accueille ces personnes là avec un programme qui a beaucoup évolué sur le sujet de ces personnes.

A : D'accord. Et du coup, *depuis combien de temps travaillez-vous avec les personnes anorexiques ? Ou pendant combien de temps avez-vous travaillé avec cette population ?*

E2 : Alors, c'est depuis que je travaille à la clinique ***** que j'en prends régulièrement en charge. Avant, j'en avais croisé brièvement mais très peu de personnes et c'était pas mes objectifs principaux de suivi pour ces personnes. Et du coup voilà on a affiné notre prise en charge depuis qu'on les accueille vraiment en centre de jour.

A : D'accord. Du coup, *l'image du corps chez les personnes anorexiques fait-elle partie intégrante de la prise en charge ?*

E2 : Oui ben, l'image du corps fait partie de la maladie TCA donc du coup c'est vrai on prend en compte dès le début la personne dans son intégralité du coup ça fait partie, oui, des axes de travail.

A : D'accord. *Et utilisez-vous une approche particulière dans votre pratique professionnelle ? (modèles ergo ou approches psychologiques)*

E2 : Alors, bah je peux présenter le service. Le service, y'a une ergothérapeute, moi, à 80% donc qui accueille aussi bien des personnes qui ont des problèmes d'alcool et des personnes TCA on a fait le choix à la clinique ***** de faire des groupes mixtes, euh, pour se détacher du produit que ce soit le produit alcool que le produit aliment. Y'a un travail vraiment sur le comportement. On a cinq infirmières

temps plein qui accueillent les personnes physiquement en entretien d'accueil tous les jours avec une évaluation du moral, de la douleur. Travailler avec des objectifs sur l'organisation du quotidien etc. On a une assistante sociale. On a deux psychologues. Un qui travaille plutôt dans un placement TCC, il est là 2 jours par semaine donc avec des groupes affirmation de soi, des groupes de discussion sur différents sujets et des prises en charge individuelles. Et la deuxième psychologue travaille avec un versant systémique, l'accompagnement de la construction de l'arbre généalogique, savoir un peu les dynamiques familiales au sein des patients qui suit. Et, on a encore, une médecin addictologue qui est là quatre heures par semaine et on a une nutritionniste diététicienne qui est là une demi-journée par semaine aussi, qui fait des suivis individuels et qui fait parfois des groupes une fois par mois, des groupes autour de l'équilibre alimentaire. Voilà pour le centre de jour.

A : D'accord. Et vous en tant qu'ergo vous vous axez sur quelles approches psychologiques ?

E2 : Euh, ben moi j'aime beaucoup la pratique, l'orientation de TCC avec la triangulation cognition, comportement, pensée. Et du coup voilà, on travaille souvent les ateliers en binôme infirmière/ergo, j'ai plus de groupe psychologue parce qu'après on a remarqué le nombre de patient on a plus de temps non plus. Mais, voilà, on a plutôt une orientation TCC à réfléchir sur le comportement, comment réagir, et réajuster les aptitudes.

A : D'accord. On a fini par rapport aux questions signalétiques et là on va plus s'axer sur les questions relatives à ma recherche.

E2 : D'accord.

A : Alors, première question *comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?*

E2 : Alors, pour tous les patients, je vais les recevoir, donc ils sont admis, déjà on va parler de leur admission. Ils sont suivis à l'extérieur par un médecin généraliste qui va les orienter vers un médecin psychiatre qui les orientera au centre de jour. Quand ils viennent d'être admis, ils sont vus par le médecin psychiatre et l'infirmière du centre de jour pour évaluer un peu leurs attentes, le programme qu'on propose au centre de jour et voir si ça convient à leurs attentes et ce que nous on peut proposer. Ensuite, ils sont présentés en réunion d'équipe, pour voir un petit peu le planning qu'on peut leur proposer. On marche beaucoup par groupes de travail donc c'est pour ça qu'on a des thématiques alcool et TCA Et, parfois pour les TCA des repas thérapeutiques sur leur planning hebdomadaire. Après que la décision d'admission au centre de jour est effective, moi je les rencontre en entretien individuel. Je fais un point avec les personnes sur leur sphère amicale, sociale, je fais un point sur leur sphère professionnelle, loisirs, occupations. Je fais un point sur le logement, déplacements, autonomie. Et un dernier point, si ils ont déjà rencontrés des ergothérapeutes et s'ils ont déjà travaillé les activités manuelles et comment on les oriente sur les ateliers en manuel.

A : D'accord et *utilisez-vous des bilans standardisés tels que la MCRO ou autres ?*

E2 : Alors, mon entretien d'accueil de patient se base sur le dossier du patient en ergothérapie, avec différentes cases à remplir, les différents sujets à aborder. Après, on fait pas de bilan standardisé, on a pas le temps de voir les patients un par un, sur le temps d'un bilan, donc c'est essentiellement sur le dossier du patient en ergothérapie. Et après quand y'a des étudiants ergo, je profite de ce temps là pour justement aborder des bilans standardisés mais concrètement au quotidien c'est dur de gérer le temps.

A : D'accord et *est-ce que vous évaluez le trouble de l'image du corps ?*

E2 : Bah ça viendra une fois je dirai qu'il y ait une accroche au centre de jour, l'accroche en atelier ergo, qu'on abordera un peu plus l'image du corps. Et, parce que nous ce qui nous préoccupe dans les premiers temps c'est le lien thérapeutique, la manière dont les patients s'intègrent au centre de jour. Et après, on va creuser un petit peu l'image du corps en orientant nos différents ateliers qu'on va proposer.

A : D'accord et *d'après vos évaluations, quels sont les domaines impactés par le trouble de l'image du corps : productivité, loisirs, soins personnels et le sommeil ?*

E2 : Tous les domaines sont impactés parce que l'image du corps c'est la confiance en soi et du coup ça a des conséquences sur les relations sociales, ça a des conséquences sur le travail, les tâches qu'on a faire dans un travail. Voilà, toutes les sphères peuvent être touchées avec l'image du corps.

A : D'accord et comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?

E2 : Bah on va faire le point sur un planning hebdomadaire et voir un petit peu l'importance que représente les matins, ça peut être la toilette, la mise en valeur, le maquillage, la douche qui peut prendre un certain nombre de temps. On peut évaluer tout ce qui est corps, activités physiques de compensation qui prend pas mal de temps, et du coup et voir un petit peu la surprise quelques fois par la tenue vestimentaire aussi des patients qui ont un trouble du comportement alimentaire, des jupes très courtes, des tenues un peu surprenantes donc voilà on essaie de discuter de manière individuelle pour leur montrer un petit peu tout ça. Après, en atelier ergo, on va faire des groupes découpage/collage de magazines, des choses comme ça.

A : D'accord. Et du coup est-ce que vous utilisez un outil d'évaluation permettant de mettre en lumière cette difficulté ?

E2 : Alors, on a pas vraiment d'évaluation objective. J'ai une collègue infirmière qui travaillait avec les silhouettes de différentes tailles vestimentaires, en gros 34,36,38,40,42,44. Et on demande à la patiente de se situer pour vérifier son image du corps après, pas mal au niveau de l'échange, de la discussion et de l'entretien qu'on va s'apercevoir les différentes distorsions qu'elles peuvent avoir.

A : D'accord et du coup comment dans votre pratique, faites-vous le lien entre le trouble de l'image du corps et les répercussions notamment sur la répartition du temps sur les activités ?

E2 : Eh ben ça va être l'accompagnement sur les plannings hebdomadaires de la patiente. Voir un petit comment elle gère son temps et si elle arrive à s'occuper dans certains temps c'est important chez les personnes TCA c'est qu'elles aient des temps d'inactivité aussi et qu'elles apprennent à gérer les vides. En général, elles aiment bien remplir chaque moment avec une activité, quelque chose et donc on leur apprend à avoir quelque chose d'équilibré sur une semaine avec des temps d'activité et des temps de repos parce que sinon à la maison elles feraient du ménage en permanence, elles arriveraient à s'occuper un peu trop. Et donc, du coup une fatigue qui s'en suit. Donc voilà, autour du planning.

A : Ok. Percevez-vous des changements dans la répartition du temps dans les activités chez les personnes souffrant d'anorexie en ayant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?

E2 : Oui ! On voit quand même une évolution de leurs restrictions quant à leur image du corps. Donc avec parfois une diminution du temps d'activité sportive, un temps de ménage, parce que souvent ça va en même temps, qui diminuent et essayer d'avoir des temps d'activités plaisirs. On travaille beaucoup sur la notion de plaisir et de loisirs que les personnes anorexiques ont permis avec la maladie. Donc, en atelier ergo, quand ils sont tous ensemble, faire des activités plaisirs, des activités loisirs, sans chercher la perfection non plus et du coup reproductible à l'extérieur. Moi, c'est comme ça que j'oriente mes activités.

A : D'accord. Quelles sont les modifications effectuées et au bout de combien de temps ?

E2 : La temporalité est quant même assez compliquée parce que la maladie s'est installée depuis de nombreuses années mais on accueille des personnes adultes dont la maladie s'est installée depuis une bonne dizaine d'années, à vrai dire, et du coup ça va pas de guérir, si je peux dire guérir, en quelques mois. On travaille avec les personnes, souvent ça se compte en années, un an, deux ans, avec des ruptures de soins. Quelques fois, des sorties thérapeutiques où ils rentrent à domicile, et du coup la temporalité, je dirai ça peut s'apercevoir un petit peu au bout de quelques mois, deux-trois mois minimum pour observer un début de changement parce qu'il faut l'acceptation des soins, l'acceptation de la maladie et commencer à changer ses habitudes donc ça prend plusieurs mois.

A : D'accord. Et comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?

E2 : Bah ça va être plus dans la manière, dont elle va parler d'elle-même, j'ai beaucoup d'ateliers d'expression médiatisée, par exemple, et je leur demande de parler d'eux-mêmes, ils ont un temps avec un sujet par exemple leurs qualités et leurs défauts, un portrait, se présenter etc. Donc pendant une demi-heure, ils travaillent individuellement et après ils présentent le projet au groupe. Et du coup, ça va être la manière dont elle parle d'elle-même, qui peut être moins dure, parce qu'au début en général, elles sont

très critiques sur leurs personnalités, sur qui elles sont et ça va s'adoucir un petit peu et un regard donc qui est partagé avec le groupe qui échangé et réfléchi du coup qui s'améliore un petit peu sur les séances d'expression médiatisées par exemple, c'est flagrant je trouve. Ça va être la manière dont elle parle d'elle en ayant un petit plus de compliments sur leur image du corps et du coup c'est assez subtil parce que y'a pas de bilan, là on est en santé mentale et c'est vraiment plus sur le vocabulaire, sur leurs manières de se comporter ça peut être aussi sur la tenue vestimentaire et la manière de s'apprêter aussi. Et, c'est en plusieurs étapes, c'est subtil, c'est par l'expérience des soignants sur le suivi de ces personnes-là qu'on peut, voir un petit peu l'évolution des patients.

A : D'accord et *de quelle manière, amenez-vous à faire évoluer les besoins et les souhaits de la personne anorexique ?*

E2 : Bah lors des entretiens de réévaluation, d'entretien bilan régulièrement pour voir un petit peu comment la personne avance, comment elle se sent au quotidien. C'est des personnes qui sont à domicile le reste de la semaine et du coup voir un petit peu comment ça se passe au domicile. On prend le temps une fois tous les mois ou trois mois pour faire un bilan avec ces personnes-là et de travail important de l'équipe pluriprofessionnelle.

A : D'accord. Et, du coup, *quels sont les objectifs visés, en tant qu'ergothérapeute, en termes de besoins et de souhaits pour une personne anorexique ?*

E2 : Euh, bah c'est pas moi qui vise les choses, c'est plus les patientes elles-mêmes. Euh, ça peut être reprise d'une activité professionnelle, ça peut être leurs objectifs personnels. Moi je m'adapte vraiment aux attentes de la personne, qu'elles souhaitent mettre en avant. Et du coup on les a progressivement après c'est de part l'évolution du suivi qu'on essaye d'avancer dans les objectifs et ça peut être reprendre contact avec des membres de la famille, ça peut être travailler pour des activités plus, faire des travaux de couture, par exemple, pour ceux qui coudraient des jupes aussi, ça peut être, fin y'a pas mal de pistes mais adapter aux attentes de la personne.

A : D'accord. Et du coup, *comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes anorexiques ?*

E2 : Euh, bah en leur fixant des objectifs, par l'intermédiaire des activités manuelles, par exemple, de leur donner des choses à faire, des idées pour qu'elle travaille un petit peu à domicile tout en restant dans le raisonnable pas le surplus. Voilà, on accompagne en fixant des objectifs.

A : D'accord. Et *comment établissez-vous une relation thérapeutique avec les patients anorexiques ?*

E2 : Euh, bah c'est dans, une relation thérapeutique ça va être grâce aux entretiens, à l'écoute active, aux différents outils de thérapeute pour baser une relation de confiance. C'est vraiment dans l'échange, l'écoute, voilà et prendre en compte la personne dans son intégralité et sans jugement, en la respectant avec tout ce qui fait que c'est un patient quoi.

A : D'accord et *quels sont les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur l'engagement du patient anorexique dans la prise en charge ?*

E2 : Bah, ce qui va jouer dans le suivi ça va être, nous on se dégage vraiment de la prise de poids ou de la perte de poids et on essaie justement de laisser ces sujets là au médecin généraliste ou à la diététicienne-nutritionniste comme ça nous bah ergothérapeute, infirmière on se détache du poids et du coup on travaille vraiment sur la personnalité, les émotions, sur la perception de toutes les sensorialités, le toucher, la vue pour travailler l'image du corps. On travaille beaucoup dans les ateliers expression médiatisée ou dans les ateliers théâtre aussi, on peut travailler tout ça, la gestion des émotions, la gestion des sens. C'est mes vrais objectifs. Lors de désinvestissements des ateliers, les personnes vont s'absenter, s'éloignent, vont rompre avec le centre de jour donc là c'est un manque d'engagement de la personne, ça se ressent. Voilà, on est une équipe, du coup on essaie de travailler en accord avec patient et si son engagement dysfonctionne, on va retravailler avec elle pour voir un petit le pourquoi, qu'est ce qu'il se passe, et vérifier pourquoi elle ne vient plus et on réajuste nos objectifs, nos différents ateliers proposés pour raccrocher l'engagement de la personne.

A : D'accord et du coup *comment dans votre pratique, tentez-vous d'augmenter l'engagement des patients anorexiques ?*

E2 : Bah en essayant d'adapter au maximum les matières proposées, par exemple, des personnes aiment le travail autour des photos, des familles, par exemple, on va travailler plus des choses en activité manuelle en rapport avec des photos, des extra-booking, des cartes, transferts de photos. Si c'est des personnes qui aiment beaucoup, je sais pas, la mosaïque, on va orienter plus sur le travail sur la mosaïque, ou vraiment que ce soit une activité plaisir qui ressorte et que la personne soit pas trop frustrée et qu'on puisse travailler avec la personne et qu'on conserve son engagement dans le soin.

A : D'accord. Du coup, j'ai fini les questions. *Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?*

E2 : Euh, après j'ai pas présenté tous les ateliers de la clinique. Je peux peut-être en dire un petit mot ?

A : Oui bien sûr.

E2 : Donc, le centre de jour a différents professionnels, j'en avais parlé, et donc sur une semaine on a différents ateliers. Donc moi en atelier ergo, j'ai des ateliers polyvalents manuels avec plein d'activité mosaïque, extra-booking, pas mal de bijoux pour les femmes en général c'est intéressant de faire des boucles d'oreilles, des bracelets voilà. On travaille le cuir aussi, pour se fabriquer des petits étuis de ceinture ou des petits sacs à main ect. J'ai des ateliers de différents expression médiatisée, donc ça je vous ai expliqué, j'ai des ateliers théâtres aussi qui ont beaucoup d'objectifs donc pour travailler sur l'image du corps, se positionner, regarder l'autre, en général c'est intéressant. J'ai des ateliers menue-méninge pour travailler aussi au niveau cognitif parce qu'avec la dénutrition des personnes TCA, c'est vrai qu'on observe des pertes des fonctions cognitives, des pertes de mémoire etc. Après mes collègues ont aussi des groupes de relaxation pour travailler sur le corps, y'a des groupes de chant pour positionner sa voix, son souffle et travailler en groupe. Y'a beaucoup de groupes d'échanges, de groupes de paroles, sur la dynamique de changement, sur le maintien de l'équilibre, sur les différents sujets donc en plus actu santé avec l'équilibre alimentaire, savoir faire des repas simples, voilà, ce que doit contenir un repas, etc. Qu'est ce que j'ai pas dis aussi ? Des groupes de jeux de société, y'a des groupes de jeux qui permettent de voir l'évolution pour jouer avec un groupe de personnes. Y'a marche et mise en mouvement par une infirmière spécialisée qui fait de la marche plaisir justement et non de la marche sportive que les personnes TCA pourraient détourner rapidement.

A : D'accord. Je pense qu'on a fini du coup. Merci beaucoup en tout cas d'avoir participé à ma recherche.

E2 : Derien.

A : Je vous souhaite en bonne journée et au revoir.

E2 : Bonne journée, au revoir.

Annexe 9.3 : Entretien 3

Allyriane (A) : Bonjour, c'est Allyriane, l'étudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Montpellier, je vous appelle par rapport à l'entretien que l'on avait programmé. Donc si vous êtes d'accord, je vais l'enregistrer pour pouvoir le retranscrire après.

Ergothérapeute 3 : D'accord

A : Du coup, je vais vous rappeler mon thème de mémoire : l'anorexie et le trouble de l'image du corps. L'entretien est composé d'une première partie où je vous poserai des questions relatives à votre parcours professionnel. La seconde aura pour but de m'apporter des éléments sur ma recherche au travers de 5 questions par rapport à votre pratique en tant qu'ergothérapeute.

E3 : D'accord.

A : Du coup on va commencer, *pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? (Date de DE, diplômes ou formations complémentaires, types de structures dans lesquelles vous avez travaillé)*

E3 : Donc, moi je travaille depuis 1984. Pendant dans deux ans, j'ai fait un petit peu le tour de plein de choses : neuro, neurochir, en addicto, les brûlés, en rééducation fonctionnelle. Au bout de deux ans, je me suis rend compte que c'était pas vraiment ça qui me plaisait et j'ai eu l'occasion de trouver un poste en psychiatrie. A partir de ce moment-là, j'ai travaillé exclusivement en psychiatrie. Il y a 10 ans, j'ai rajouté à mon travail en psychiatrie j'ai bossé essentiellement en intra et quelques années (pendant 4-5

ans) en extra. La pratique principale était en intra-hospitalier et puis après ça se rajoutait avec des heures en plus ailleurs. Donc, y'a 10 ans, pendant 5 ans, j'ai bossé en addictologie donc là j'ai travaillé sur un mode d'éducation thérapeutique, c'est la que j'ai découvert ça. Et depuis 5 ans, vu que j'ai une formation sur l'éducation thérapeutique, je travaille aussi donc dans un hôpital de rééducation où on fait des suivis en parcours d'ETP qui sont validés par l'ARS donc en rhumato, en chirurgie bariatrique, en cardio et depuis peu en névralgie pudendale. Donc, je suis dans ces parcours d'éducation thérapeutique, exclusivement avec ma pratique d'hypno-relaxation et de relaxation active. C'est pas du tout en tant qu'ergo somatique de rééducation fonctionnelle, c'est vraiment mon côté psy, psychocorporel qui s'inscrit dans ces pratiques-là. Au niveau des institutions que j'ai décrit en même temps, je suis donc dans un milieu psychiatrique depuis la majeure partie du temps et ça j'en ai pas changé, c'est l'établissement qui a migré d'endroit et depuis 5 ans on est rattaché à un centre psychiatrique, le CPM à côté de Nancy. Et sinon au niveau des pratiques que j'utilise c'est essentiellement des pratiques de jeux, l'utilisation de jeux voire la cocréation de jeu avec les autres patients, des pratiques créatives, je suis revenue aussi à quelques pratiques artisanales depuis 5 ans que je reboisse dans un milieu un peu fermé. Mais le cœur de ma pratique c'est quand même le travail corporel, je me suis formée en relaxation, en hypnose, en thérapies brèves, voilà. J'utilise essentiellement la relaxation active quand les gens sont plutôt psychotiques ou en ETP de chirurgie bariatrique. L'hypno-relaxation sur la douleur essentiellement pour les gens qui sont en rhumato et en névralgie pudendale. Et puis, aussi pour les gens dépressifs.

A : D'accord. Du coup, *depuis combien de temps vous travaillez avec des personnes anorexiques ?*

E3 : Les jeunes filles anorexiques ça a commencé immédiatement quand j'ai travaillé en psychiatrie. D'ailleurs, je devrais réintégrer un service de nutrition, c'est pas un travail de psychiatrie pour les services c'est plus de la renutrition. La psychiatre a jugé qu'il manquait des thérapies d'expression, pas que corporelles, mais plutôt d'expression, parce que c'est des jeunes filles qui sont dans le fond de leur lit et qui menace d'évincer au niveau du cœur et d'avoir des arrêts cardiaques si elles se laissent donc on est quand même sur la prise en charge tout à fait différente de ce que j'ai l'habitude de faire. Ces prises en charge-là ont un petit peu évolué parce qu'avant on était plus sur une notion de contrats, de présence à l'hôpital.

A : D'accord. Et *est ce que l'image du corps chez les personnes anorexiques fait-elle partie intégrante de la prise en charge ?*

E3 : Alors moi, l'image du corps est travaillée à travers le travail corporel essentiellement. Ma collègue qui travaille, qui utilise aussi l'expression créative les voit également. Moi l'image du corps chez ces jeunes filles là, ça va être plutôt le vécu du corps concret. Donc mon travail consiste à la prise de conscience du corps par les automassages, des exercices de mouvements lents de façon à qu'il y est une prise en compte du corps réel, du corps incarné, du sentiment d'incarnation. Et puis ensuite, on a un travail plus en hypno-relaxation, je l'appelle comme ça parce que je sais jamais si les gens vont aller du côté de la relaxation à savoir lâcher-prise, l'esprit flotte et les gens se laissent aller et ne cherche pas à être dans la maîtrise ou du contrôle du corps. Ou si les gens vont rester plutôt dans une tentative de lien entre le corps et l'esprit pour voir comment les images peuvent surgir des sensations corporelles ou à l'inverse comment des pensées et des images peuvent agir sur les sensations corporelles. Là on est plus proche de l'hypnose ou de la méditation de pleine conscience. J'ai commencé dans j'ai commencer à travailler, j'étais plus du côté relaxation, relaxation, détente, plaisir, bien-être et puis c'est en voyant des jeunes filles anorexiques allongées comme des buches avec l'illusion que leur corps allait très bien et que leur esprit était tout puissant et qu'il n'y avait aucun souci, aucun trouble corporel que j'ai commencé à me dire qu'il y avait un truc qui allait pas dans ma méthode. Parce que je me disais qu'il y avait quand même un sacré écart entre ce qu'elle vivait et ce qu'elle nous montrait et l'illusion que tout allait bien que leur corps allait très bien, qu'elle se sentait très légère et que l'esprit était ailleurs. Cela m'a permis de modifier des choses et d'introduire les automassages par exemple en ballotant le mollet. En faisant ainsi, les patients se comparent aux autres. C'est assez saisissant pour moi. A partir du moment, on a commencé à travailler de genre de conscience du corps un peu plus incarnée, un peu plus concrète qu'on aurait cru le film du 5^{ème} élément. C'est-à-dire que les premières séances, la personne disait « bah moi je sens mon

estomac », elle sentait que ça ensuite elle sentait le sang qui circulait la chaleur, l'énergie puis petit à petit elle s'est mise à sentir les points de contacts. J'insiste pas du tout sur le sentiment de lourdeur mais plutôt demander quelles étaient leurs sensations. A partir de cette conscience-là, j'ai pu vraiment modifier ma pratique pour en faire quelque chose de plus incarné. Et de la même façon au niveau de la modification, j'ai eu une période où je proposais aux patients de dessiner après le travail corporel, pas sur la silhouette et on travaillait sur le dessin autour des pieds de manière à ce qu'elle puisse se dégager de la silhouette. Moi, je trouvais que leur prouver qu'elles étaient maigres m'avait dérangé, c'est pour cela que j'avais arrêté car je trouvais que c'était très médicalisé, très visuel au sens du corps concret. Pour moi, l'image intérieure du corps ne correspond pas pour elle, qui est inconscient, et essayer d'en faire quelque chose de conscient et de volontaire, style un peu photo avant/ photo après, ça me dérangeait. Donc je suis passée par un quelque chose de plus métaphorique où je demandais aux personnes, dans des groupes hétérogènes, c'est de faire un dessin de leurs pieds avec à l'intérieur des couleurs, le but n'est pas de représenter quelque chose mais plutôt une métaphore, un symbole de l'énergie que vous avez dans le corps. Et donc, on avait quelque chose d'intéressant au niveau de l'image du corps. Donc cela faisait des séances très longues mais maintenant, on a changé notre façon de travailler avec deux groupes distincts : un groupe de travail corporel et un travail d'expression créative qui est assuré par ma collègue. Donc maintenant, on fait l'inverse au début des séances je propose le jeu Dixit de plein de façons possibles et avant les séances de relaxation, je demande aux gens de prendre une carte soit d'en tirer une au hasard. Les cartes les plus fréquentes sont une image par rapport au corps fin, danse, quelque chose qui touche par trop le sol, une autre aussi qui ressort c'est leurs préoccupations par rapport à l'image justement qu'elle donne, avec trois miroirs photos où on la voit jeune, âge médian et âgée. Y'a aussi toutes les images alimentaires et y'a aussi un fantôme avec un énorme œil dessus et qui souvent associé au sentiment d'être vue, d'être regardée et de culpabilité et le fantôme entre et y'a une assiette vide. Après, que les patients aient travaillé sur cette carte avant la séance de travail corporel, je leur fais travailler la carte en mode dissociatif hypnotique. Après, je fais travailler les patients sur le corps réel, le corps concret on se masse et on bouge de manière à expérimenter, plutôt relier le corps et l'esprit pour qu'elles sentent véritablement l'énergie et on finit en relaxation. Souvent, elles ont le sentiment que c'est que la pensée qui compte et que ça tourne, ça fait un peu un cercle vicieux et de contrôle, elles restent dans le contrôle. Moi quand je les vois progressivement évoluer dans les séances, quand elles tirent une carte au hasard et faire un peu plus confiance au hasard et être un peu moins dans le contrôle, je trouve ça très intéressant. Petit à petit, les images qui vont émerger d'elles c'est une image de chaleur, elles peuvent commencer à parler petit peu de leurs points de contacts avec lourdeur un peu de corps et surtout de plaisir. De façon caricaturale, au début c'est la pensée, la pensée et l'obsession de la pensée. Ensuite, elles parlent des sensations du corps qui émergent la chaleur, les points de contacts, la lourdeur elles mettent du temps avant de le dire, souvent elles parlent de la sensation de crispation musculaire qui vient avant le lâcher prise. La conscience se fait petit à petit. Et enfin quand je commence à entendre en fin de séjour, lorsqu'il y a du lâcher prise, lorsqu'elles savaient pas trop ce qu'elles avaient comme pensées ou elles n'ont pas essayé de faire quelque chose avec leur pensées, je me dis que ça va un petit peu mieux. Ma collègue, elle, remarque que la jeune fille anorexique a passé du temps d'abord à faire des représentations en cherchant dans des magazines des pots de yaourts et petit à petit elle a commencé à se détacher de ça et a travaillé sur le corps, la représentation du corps et comment elle vivait ces choses-là.

A : D'accord. Et *utilisez-vous une approche particulière dans votre pratique professionnelle ? (modèles en ergothérapies ou approches psychologiques)*

E3 : Il est clair que le modèle psycho-dynamique me plaît beaucoup parce que l'on est sur la singularité de la personne, sur la singularité du sujet. Par contre, au niveau cognitivo-comportemental, je peux pas renier que ma formation en hypnose et en thérapies brèves c'est la troisième vague des TCC donc même si moi je déteste tout ce qui est protocolisé et trop intentionnel et trop cognitive, mon outil, en relaxation la thérapie que je fais avec les patients, y'a la transmission d'une structure simple qu'ils peuvent continuer à faire tout seul. Donc même si moi je dis pas c'est tel exercice qui va faire ça mais c'est plutôt vivait ça et voyait ce que ça vous fait, y'a quand même un côté cognitif et comportemental

puisque j'essaie de leur transmettre une technique pour qu'ils apprennent à se faire du bien. Donc c'est quand même très intentionnel. Le seul modèle que j'explore pas c'est le modèle systémique. Au niveau des modèles de l'ergo, le souci c'est que je reste très Winnicotienne mais pour moi le modèle de transitionnalité est le modèle, c'est the modèle central de l'ergothérapie sauf que c'est une philosophie, on sait que y'a un espace transitionnel avec un espace interne et un espace externe, on est tous d'accord, mais le problème c'est tellement intégré, philosophique, large et global que plus personne ne centre sur ça. Mais une fois qu'on a dit ça y'a pas de bilan, pas de bilan de protocole de prise en charge, pas d'activité, pour moi c'est quelque chose de central et à la fois philosophique et abstrait. Après moi, j'essaie, ma formation sur l'hypnose et les thérapies brève était centrée sur comment être intégratif, ça m'a bien parlé. La formation de façon générale visait intégrer tout ça et pour moi, une fois que tu connais les différents modèles, tu peux aller piocher en fonction de ce que tu te ressens et surtout en fonction de ce que le patient a besoin. L'idée d'un modèle conceptuel unique en ergothérapie, moi j'ai des doutes sur l'idée qu'on puisse vraiment le faire, ça dépend de où on bosse, ça dépend de quel patient, de quel ergo et de quel modèle institutionnel il y a. Au niveau des modèles conceptuels, j'aime bien qu'il y ait quelque chose d'un peu libre. Par contre au niveau des modèles interventions, on essaie de travailler en équipe avec l'ANFE sur un modèle d'intervention français, c'est quelque chose de pratico-pratique. Mais pour les modèles conceptuels, j'aime bien qu'il y ait le choix avec une petite préférence sur le psychodynamique quand même.

A : Donc, voilà on a fini les questions initiales. Là on va passer aux questions relatives à ma recherche. Donc, première question : *comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?*

E3 : Alors, nous, notre orientation principale est psychodynamique donc on cherche pas, on est vraiment référé à un modèle interdisciplinaire, on est pas référé à un modèle ergo. Donc ça veut dire que quand on accueille des jeunes filles anorexiques et des autres patients dépressifs, pour la psychose c'est pas pareil, mais pour ce qui est du domaine de la névrose, de l'anorexie, des troubles du comportement alimentaire, ou des addictions, tous ce qui est pas psychose, on va accueillir les gens, leur expliquer un petit peu nos trois ateliers : relaxation qui va être plutôt impulsif, un atelier de créativité qui va être expressif et un atelier d'écoute musicale qui va faire les deux. Parce que y'a une réceptivité de la musique et ensuite une expression libre qui peut-être verbale, ou par écrit ou par dessin, ça dépend des années mais en ce moment ma collègue le fait en verbal. Donc on va accueillir la patiente, on va lui expliquer un petit peu, donc les premières questions qu'on va avoir c'est l'écouter, on va rester assez libre et généraliste, là du coup la reformulation nous sert bien, l'écoute ça nous sert au moment de l'accueil, on oriente le moins possible. A la limite, on peut considérer qu'on a quand même l'intention à la fin de l'entretien qu'elle choisisse une activité et qu'elle s'engage dans quelque chose. Mais c'est à peut près la seule intention qu'on peut avoir, on écoute la personne, on voit un petit peu comment se passe l'hospitalisation et si ça répond à ses attentes, on essaie d'identifier s'il a déjà des objectifs ou pas. Et surtout, on se centre pas sur ses activités de vie quotidienne dans la mesure où c'est pas ça qu'on essaie de travailler. Donc on essaie de vraiment d'accueillir la personne, de lui expliquer ensuite nos trois ateliers avec les intentions globales dans chaque atelier et d'écouter ce qu'elle a le sentiment qui peut être intéressant pour elle et qui peut lui servir. Alors après ce qui se passe, c'est que forcément, elle fait des choix mais il peut y avoir, mais s'il y a eu la réunion d'équipe avant qu'elle arrive, il peut y avoir des intentions du médecin ou des intentions de l'équipe soignante, auxquels cas on lui en fait part à la patiente et on négocie avec elle si estime que c'est pertinent pour elle. Mais on reste vraiment centré sur le choix de la personne, ça nous a été beaucoup reproché parce qu'on fait pas de bilan du tout. Le seul bilan qu'on utilise c'est ELADEB et c'est avec des gens psychotiques et schizophrènes exclusivement. Donc on n'est absolument pas centré sur la capacité de la personne à faire des activités, c'est ce aussi ça qui peut poser soucis. Parce que les activités de la vie quotidienne, on s'en préoccupe pas alors à la limite on peut dire qu'on rentre dans la catégorie de l'hygiène de vie du fait de prendre soin de soi. Mais c'est encore, c'est pas dans une intention de modifier les propositions que la personne puisse s'en emparer d'un outil pour se faire du bien mais ce n'est pas, on fait pas un avant/après pour voir ce qui a changé. On est absolument pas dans cet état d'esprit, donc ça

nous ait souvent reproché parce que effectivement ce n'est pas validé, c'est pas vérifié, c'est pas bilanté dans cette dimension là où on reste vraiment sur de la psychodynamique qui passe vraiment par la subjectivité. C'est-à-dire qu'on cherche pas à objectiver ce qui a changé, si y'a un qui a changé c'est la patiente et c'est à son rythme et quand elle veut et c'est pas à partir d'un entretien. Notre première intervention ça va être l'écoute et le choix.

A : D'accord. Et, *est-ce que vous évaluez le trouble de l'image du corps ?*

E3 : Pas du tout. Le trouble de l'image du corps d'une jeune fille anorexique peut apparaître souvent il va apparaître dans le vécu corporel dans mes groupes en relaxation et souvent il va être apparaître dans ce qui va être projectif chez ma collègue qui fait de la créativité. Mais on cherche pas à le bilanter, ça peut surgir, ça surgit forcément, mais on cherche pas à le bilanter.

A : Et même si vous ne faites pas d'évaluation, est ce que vous voyez dans votre pratique, *quels les domaines impactés par le trouble de l'image du corps : productivité, loisirs, soins personnels et le sommeil ?*

E3 : Alors, au niveau, y'a un domaine c'est le professionnel, nous c'est vrai quand elles arrivent, elles sont jeunes et souvent dans des préoccupations d'études, donc je sais pas si c'est le trouble de l'image du corps, qui fait qu'elle survalorise l'esprit. On en avait une qui avait plastifié ses cours et qui les révisait sous la douche. Donc, parce qu'elle était obsédée par l'idée de réussir et d'être la meilleure. Ça impacte au niveau des loisirs, parce que très souvent, comme elles se voient pas du tout maigre et qu'elles veulent maîtriser leurs corps, elles vont faire du sport à outrance. Généralement, on est plus dans du loisir plaisir mais généralement dans du loisir de contrôle, elles vont être aussi beaucoup dans les sudokus, les mots croisés, les mandalas, les pseudo trucs d'art-thérapie où faut bien contrôler, bien ordonner, bien ranger. Donc en terme de loisirs, on a souvent des choses comme ça et en terme de sommeil ben elles sont hyperactives, après est-ce que c'est le trouble de l'image du corps, je sais pas trop, j'ai jamais réfléchi dans ces termes-là. Et par contre au niveau des soins personnels, là oui, ça impacte, dans la mesure où elles sont dans la restriction et elles ne se font pas du bien, elles se font pas plaisir, c'est pas des jeunes filles qui vont prendre soin d'elle sur un plan de respirer, se poser, respecter leur corps, respecter le rythme de leur corps. A la limite, elles vont peut-être faire un peu semblant en mode esthétique et encore, la plupart finissent par laisser tomber même ça, une espèce de surface à laquelle on veut parfois s'accrocher « oh ben elle se maquille ça va mieux » alors que le fond du problème est bien ailleurs. Mais je pense que, pour moi, plus les soins personnels qui vont être impactés, elles vont pas prendre soin d'elles, mais pas au sens hygiène, pas pour se laver mais au sens vraiment respecter leur corps. C'est pas des jeunes filles qui vont passer 1h dans un spa tout chaud pour se sentir un peu ramollies.

A : D'accord. *Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?*

E3 : Alors, au niveau de l'hyper-investissement, par exemple dans le domaine du sport et de la cuisine, nous on a opté pour une modalité tout à fait simple c'est qu'elles peuvent pas en faire. Donc on a un service transversal où les gens peuvent aller faire du sport et elles ne peuvent pas faire du sport. Elles ont beau demander de faire de la boxe, de la course ou ce qu'elles veulent, c'est non. Grosso modo, c'est une façon un peu autoritaire de leur affirmer que c'est pas bon pour elles mais c'est la seule solution qu'on ait trouvé en équipe, de manière institutionnelle avec les médecins et les psychiatres pour leur dire que non, le corps c'est pas une bonne façon de l'utiliser et ça va le massacrer. Après, au niveau de l'hyper-investissement, l'hyper-investissement aussi dans le fait de faire et de consommer des activités vient souvent dans une limite, c'est-à-dire qu'on a plusieurs types d'activités au choix des patients, on limite à deux activités. Alors, maintenant on limite à deux activités pour tout le monde pour des raisons d'organisation mais y'a eu un temps où c'était une façon pour nous de limiter à deux activités pour les anorexiques par rapport à d'autres qui pouvaient éventuellement en faire plus. On va être dans la limite dans le côté un peu plus loi et règle parce que chez les anorexiques, il manque un peu cette dimension du tiers paternel et du fait de poser la loi et de mettre des règles, donc de séparer la mère et l'enfant et de séparer la fille et la mère, de façon à qu'il est une loi qui soit posée. Par contre au niveau du sous-investissement de certaines activités à savoir les activités de fait de prendre soin de soi ou de se faire

plaisir, on va proposer de les éprouver. Donc c'est pour ça qu'on va laisser le choix de manière à ce que la personne retrouve un sentiment d'être actrice, d'avoir les rênes en main pas dans le sens du contrôle mais dans le sens de faire ce qu'elle souhaite faire et affirmer son identité du plaisir ou du côté du prendre soin de soi. Donc grosso modo, y'a pas d'activité cuisine dans le service même si y'en avait on n'imaginerait pas qu'elles y aillent, le sport c'est niet. Et puis par contre, on met en place des groupes de musique, de relaxation, de créativité, vont dans le sens de l'expression. On n'est pas absolument pas dans les activités de la vie quotidienne si elles sous-investissent le fait de prendre soin d'elle, on leur propose le faire de l'expérimenter mais on va pas proposer un atelier d'esthétique ou on va pas leur proposer d'aller à l'extérieur de s'acheter des fringues ou leur proposer de faire des loisirs à l'extérieur. Nous on considère que les relations et les personnes ont leur pleine conscience et on agit pas directement sur les activités de la vie quotidienne mais plutôt sur proposer des médiations à visée d'expression de loisir pour que la personne puisse retrouver par elle-même ses propres activités de vie quotidienne.

A : D'accord. Et, *percevez-vous des changements dans la répartition du temps dans les activités chez les personnes souffrants d'anorexie en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?*

E3 : Bah je pense que à partir du moment où on aide la personne à éprouver un sentiment de plaisir et le fait de prendre soin d'elle et de s'écouter, elle va commencer à investir son corps, dans les séances de thérapie corporelles une de mes questions en début de séance c'est : qu'est-ce que vous intégrez dans votre vie quotidienne, est ce que vous vous massez les mains, est ce que vous écoutez votre respiration, comment vous vous endormez. J'essaie de poser des questions sur les répercussions que ça a pu avoir et sur quels types d'exercices ils ont intégré. Moi j'essaie de soutenir l'intégration dans la vie quotidienne mais je n'ai jamais mesuré objectivement ce qui a changé, j'écoute si potentiellement y'a du changement pour la personne mais je n'ai pas le souci de vérifier surtout en quantité de temps. Je pense pour une jeune fille anorexique, en plus ce qui est très rigolo ton histoire de déséquilibre occupationnel pour une jeune fille anorexique, ça prend une valence un peu particulière parce que équilibre/déséquilibre ça fait un peu balance. Je pense que j'irai vraiment pas chercher surtout chez une personne anorexique ce qui est équilibré ou pas, en termes de est-ce que vous en faites trop ou pas assez parce qu'on reste dans un vécu sur un plan symbolique sur est ce que c'est bien/pas bien, trop/pas assez etc. Donc déjà, j'aime pas trop cette façon naturelle mais pour une jeune fille anorexique qui essaie soit d'être gentille soit d'être pas gentille de bien faire/de pas bien faire, de contrôler/ de pas contrôler. Moi au contraire, en face, je vais me présenter moi comme étant dans le : ça peut être ça ou ça peut être ça, peut être que vous allez ressentir ça ou alors ressentir ça ou alors ma collègue utilise vraiment beaucoup la non-directivité de façon à ce que la personne puisse trouver par elle-même et est ce qu'il y ait aucune influence sur sa façon d'être et de faire. De façon à que la personne puisse petit à petit retrouver sa singularité, se poser des questions sur ce qui l'a amené à être comme ça et changer quand elle, elle aurait les moyens et le désir.

A : D'accord. Du coup, *quelles modifications sont effectuées dans la répartition du temps en axant la prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?*

E3 : On ne fait pas un bilan avant/ après mais à la limite je passerai plus par l'interaction avec la personne, lui demander si elle a le sentiment que des choses ont changé, si elle se sent mieux dans sa vie, si sa qualité de vie est meilleure à la limite. Je pourrai éventuellement demander ça. Ce qu'elles disent un peu quand elles reviennent de permission, c'est qu'elles voient les choses autrement, c'est qu'elles ont ralenti, c'est qu'elles s'écoutent plus, c'est qu'elles sont moins préoccupées du regard de l'autre, dans le sens c'est bien ou c'est pas bien, faut faire comme si ou comme ça. Mais c'est des petits retours de permission, j'ai pas des retours d'une durée très longues après.

A : D'accord et *comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?*

E3 : Je reste vraiment sur cette idée de contrôle parce que c'est vraiment ce qui apparaît le plus dans mon atelier corporel. Quand je les vois en jeu aussi, de temps en temps, elles viennent un petit peu jouer avec les autres, mais elles ont plus tendance à rester solitaires. Le groupe jeu, c'est un petit plus, où les gens viennent en auto-détermination, je les vois rarement là. Souvent, elles disent plus de plaisir, plus éprouver des sensations corporelles, un petit peu comme si ça devenait un peu plus vivant, c'est un peu de

ce registre-là. Mais en terme, d'écouter leurs besoins de leur corps et la nourriture, c'est quelque chose dont elles ne parlent pas, moi je fais du travail corporel groupal et du coup, c'est pas quelque chose forcément qu'elles abordent facilement en groupe et puis de toute manière c'est pas quelque chose que je vais chercher. Le besoin au niveau alimentaire et nourricier souvent il va être plus explicité et discuté avec les infirmiers, les médecins ou le psychologue en individuel. Nous, on est principalement dans du groupal, pour des raisons financières et de temps sauf pour les psychotiques y'a vraiment besoin d'un espace individualisé, personnalisé et les autres personnes non. Au niveau de la socialisation, je l'en ai un peu parlé parce que je ne pense pas qu'on le travaille à maximum. Après, elles peuvent dans le groupe de ma collègue entendre des histoires de vie qu'elles n'ont pas parce qu'elles sont assez jeunes donc partager des histoires de vie avec d'autres personnes et voilà entendre d'autres choses. Mais, au niveau de l'estime d'elles-mêmes, c'est vrai que ça, ça peut être quelque chose qui peut être travaillé dans mon atelier de thérapie corporelle où elles sont amenées à s'écouter un peu plus. Moi c'est le message que je leur renvoie « d'être là pendant 1h30 pour prendre soin de vous, vous et vous », « vous écoutez les sensations » et « vous avez le droit de vous faire du bien ». Moi je travaille en saturation hypnotique donc « autorisez-vous à ... ». Les jeunes filles anorexiques, c'est très important pour elles d'aller dans ce sens-là. Donc après elles vont plus effectivement s'autoriser à se poser, s'écouter, à respirer sans rien faire mais on les voit pas changer, c'est très long le changement, et on les voit pas changer en termes d'estime d'elles-mêmes ou d'affirmation d'elles-mêmes, même si elles restent longtemps. On voit qu'elles prennent soin d'elles un petit peu mieux mais ça reste léger, ça c'est un peu comme si elles avaient des acquis à l'intérieur d'elles et que, après à mon avis, le changement peut venir dans la durée et dans le long terme et nous on le voit pas forcément.

A : D'accord. Et *quels sont les objectifs visés, en tant qu'ergothérapeute, en termes de besoins et de souhaits pour une personne anorexique ?*

E3 : Moi ce que je souhaite leur transmettre c'est s'écouter, respecter leur corps, respecter leur rythme et être elles-mêmes. Mais être elles-mêmes, dans l'intégration d'un bon objet, c'est-à-dire considérer qu'elles ont de la valeur, qu'elles sont quelqu'un de valable et qu'elles peuvent prendre soin d'elles. Moi je vis l'anorexie comme si elles s'empêchent d'être femme, elles s'empêchent de changer, elles s'empêchent d'être elles-même au sens où elles restent bloquer dans le rôle de la petite fille, qui bouge pas. Donc pour moi, ça serait les aider à avoir envie de passer un petit peu cette étape là et être elles-mêmes. Mais d'être elles-mêmes, femme et pas petite fille enfant. C'est pour ça qu'on est dans la non directivité et qu'on les laisse choisir, elles arrivent en mode bon alors qu'est ce que vous voulez que je fasse. Moi, je veux rien j'ai une petite attention mais voilà.

A : D'accord. *Comment tentez-vous d'agir la capacité d'agir des patientes souffrant d'anorexie mentale ?*

E3 : Bah pareil, en laissant choisir, en les écoutant, en décidant pas à leur place, surtout pas parce sinon on reprend la place de parents qui sait ce qui est bon pour la personne. Donc c'est vraiment comme si on proposait des outils, une palette, des possibilités et on laisse la personne s'en emparer à son rythme. Elles s'en emparent c'est bien sinon ma foi tant pis. C'est ne pas désirer à la place de l'autre.

A : D'accord et *comment établissez-vous une relation thérapeutique avec les patientes anorexiques ?*

E3 : Généralement, c'est pendant le temps de l'accueil qu'il y a une première alliance qui peut se faire parce que c'est là qu'elles vont voir comment on fonctionne et voir qu'on leur laisse le choix, voir qu'on les écoute. Une fois que l'alliance thérapeutique est faite, moi je travaille avec ces personnes là comme avec les autres. A savoir j'essaie d'être en empathie, en authenticité et de surtout de les autoriser à être libre. Je sature toutes mes séances avec « autorisez-vous à... », « sentez-vous libre de.... ». Je leur dis qu'anatomiquement il peut se passer ça mais vous, qu'est-ce que vous ressentez. Je les aide à faire le constat comme avec les cartes où il y a des couleurs, des formes etc. C'est vraiment se centrer sur la singularité de la personne pour qu'elles puissent se dire après.

A : D'accord. Et, pour vous, *quels sont les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur l'engagement du patient dans la prise en charge ?*

E3 : Un engagement, pour que la personne puisse s'engager, il faut qu'il y ait une motivation intrinsèque, il faut pas qu'il y ait une motivation extrinsèque excessive. Si nous on est là à désirer, si on a des objectifs à la place de la personne, elle va pas pouvoir en avoir. Moi, on m'a appris si tu as des objectifs à la place de la personne, la personne existe pas. Grosso modo, moi j'ai pas d'objectifs pour la personne, c'est pour ça que je parle d'intention pour montrer qu'on est pas dans un objectif à atteindre mais plutôt dans un constat que y'ait des processus qui se déroulent, un peu comme un horizon, le truc qu'on peut jamais atteindre. Donc voilà, pour moi c'est vraiment laisser la personne s'engager à son rythme, trouver sa motivation intrinsèque. Moi, en séance corporelle, je fais partie prenante dans la séance c'est-à-dire que je me masse, je suis allongée, je fais comme eux mais je parle, mais parce que sinon les patients me regardent et ils sont plus du tout dans leur espace interne. En faisant la séance, quand je baille, les personnes perçoivent que je me détends et ainsi ils ont un modèle potentiellement identificatoire mais qui est juste faire et qui n'est pas imposé. Pour moi, l'engagement c'est le choix, c'est laisser les gens choisir, à partir du moment où l'activité a du sens, donc là je rejoins la fameuse activité signifiante dans le sens où c'est pas juste du plaisir mais aussi d'un moteur de bien-être, d'expression, ou moteur de ce que je sais pas quoi d'autre parce que je sais pas toujours ce que veulent les personnes dedans, ben ils vont s'engager. Après, y'a une petite nuance entre l'activité de loisir pour le plaisir et l'activité de travail corporel pour le bien-être, des fois c'est pas toute à fait la même chose mais bon.

A: Du coup, on a fini les questions. *Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?*

E3 : Non, je pense avoir dit pas mal de chose.

A : D'accord, parfait. Merci beaucoup d'avoir participé et je vous souhaite une bonne journée.

E3 : Bonne journée.

Annexe 10 : Analyse transversale des entretiens réalisés

Question 1 : Comment procédez-vous au début de la prise en charge avec les patientes anorexiques ?		
E1	E2	E3
- Bilan de la situation du patient - Pas de bilan standardisé - Evaluation de la compréhension du patient concernant le motif d'hospitalisation - Interrogation sur les attentes du patient - Explication du rôle de l'ergothérapeute au sein de la structure, présentation des objectifs thérapeutiques et des activités - Pas d'évaluation du trouble de l'image du corps - Difficulté pour définir les domaines d'activités impactés par le trouble de l'image du corps et l'anorexie car ses patients présentent des comorbidités	- En amont d'une admission, attentes recueillies et proposition d'un planning par l'équipe - Quand admission, entretien d'accueil basé sur le dossier patient en ergothérapie - Pas de bilan standardisé et de bilan sur le trouble de l'image du corps - Tous les domaines impactés par le trouble de l'image du corps notamment les relations sociales et le travail	- Présentation des trois ateliers proposés et les intentions pour chacun - Ecoute active sur le sentiment de ce qui peut être utile pour le patient et sur le déroulement de la situation - Une intention sur le fait que le patient choisisse une activité et s'y engage - Pas de bilan, l'établissement s'axe sur la subjectivité du patient - Domaines impactés par le trouble de l'image du corps : soins personnels (dans le sens respect du corps et du rythme de celui-ci et l'absence de loisir - Doute sur l'origine du trouble aboutissant à un impact sur le professionnel et le sommeil

Question 2 : Comment amenez-vous le patient à prendre conscience de son hyper-investissement ou d'un sous-investissement dans certains domaines d'activité dû à son trouble de l'image du corps ?

E1	E2	E3
- Nécessité d'identifier le déséquilibre occupationnel - Thème abordé par le patient et importance qu'il puisse l'observer - Vigilance de la part de la clinique quant à la cohérence des emplois du temps - Evaluation de la prise de conscience du déséquilibre occupationnel réalisée par le psychiatre	- Planning hebdomadaire abordé - Pas d'évaluation relative à la prise de conscience d'un déséquilibre occupationnel	- Pour l'hyper-investissement, interdiction de faire du sport. - Pour le sous-investissement, proposition d'expérimenter des activités axées sur le prendre soin de soi, la personne est donc actrice, retrouve le contrôle sur l'affirmation de soi et de son plaisir

Question 3 : Percevez-vous des changements dans la répartition du temps des activités chez les personnes souffrant d'anorexie en axant votre prise en charge sur le trouble de l'image du corps ?

E1	E2	E3
- Non mis en avant	- Modifications par la diminution de l'activité physique (ménage compris) et réinvestissement des activités plaisirs - Début de changement au bout de 2-3 mois	- Commencer à investir son corps, ralentir le rythme, voir les choses autrement moins préoccupées par le regard de l'autre

Question 4 : Comment les besoins et les souhaits de la personne anorexique évoluent au cours de la prise en charge ?

E1	E2	E3
- Prise en compte des demandes initiales des patients - Evolution positive et vers un mieux-être - Difficile d'agir sur les besoins et les souhaits - Objectifs visés : autonomie, indépendance, évolution positive ou une stabilisation, amélioration de l'image du corps, meilleure cohérence des habitudes de vie	- Amélioration de la manière de se voir - Evolution de la tenue vestimentaire et de la manière de s'apprêter - Accompagnement du changement par des entretiens de réévaluation - Adaptation aux demandes des patients	- Diminution de contrôle et augmentation plaisir dans le ressenti des sensations corporelles. - Difficile de voir une évolution sur la socialisation, l'estime de soi et l'affirmation d'elles-mêmes - Evolution légère pour le prendre soin de soi - E3 souhaite transmettre l'écoute de soi, respect de leur corps et être elles-mêmes dans l'intégration d'être un bon objet.

Question 5 : Comment tentez-vous d'augmenter la capacité d'agir des personnes souffrant d'anorexie ?

E1	E2	E3
- Importance d'une collaboration vers un objectif commun - Cadre fixe avec des ateliers dédiés aux activités signifiantes - Relation thérapeutique : en fonction des	- Fixation des objectifs par l'intermédiaire d'activités manuelles - Relation thérapeutique : Echanges lors d'entretiens, écoute active, différents outils thérapeutiques proposés, prendre en compte l'intégralité de la personne, sans-	- Laisser le choix, les écouter et ne pas décider à leur place. - Relation thérapeutique : temps d'accueil avec écoute et laisser le choix. Posture empathique et authentique.

personnalités de chacun, être disponible et le montrer, être à l'écoute, importance de moments informels, importance de ne pas prendre les choses personnellement, être dans l'empathie et le non-jugement - Facteurs impactant l'engagement : Institution, professionnel par la mise en place d'un cadre fixe, stable et cohérent, personnes extérieures, fatigue, choix des activités - En ergothérapie : Importance de la compréhension du patient en s'adaptant à leurs capacités et leurs connaissances sur l'ergothérapie Explication à tous les professionnels du rôle de l'ergothérapie	jugement,« en respectant avec tout ce qui fait que c'est un patient » - Facteurs limitant l'engagement : thème autour du poids - En ergothérapie : Importance de l'adaptation des activités significantes pour la personne	- Facteur favorisant l'engagement des patients : motivation intrinsèque où activité signifiante
Question 6 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?		
E1	E2	E3
Non	Explication des différents ateliers proposés à la clinique	Non

Annexe 11 : Formulaire de consentement



Institut de Formation en Ergothérapie Montpellier

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE
--

Je soussigné(e)....., accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Melle , élève de troisième année de l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de M , ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont clairement été expliqués dans la lettre d'information.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées de manière confidentielle, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

Le,

Signature de l'étudiante

Signature du maître de mémoire

Signature de la personne

RESUME :

L'anorexie mentale est une pathologie marquée par le trouble de l'image du corps provoquant une insatisfaction corporelle particulièrement accrue chez cette population. C'est pourquoi, il est essentiel de mettre en évidence le rôle de l'ergothérapie associée à une approche psychanalytique sur la prise en charge d'une telle pathologie. Il a été exposé que le trouble de l'image du corps induit un déséquilibre occupationnel. Le but de cette étude vise à montrer que l'ergothérapeute est en capacité d'améliorer l'équilibre occupationnel de ces patientes en axant sa pratique sur ce trouble. Pour cela, une méthode clinique appliquée de type qualitative a été choisie. Ainsi, trois entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien issu de données théoriques. La majorité des résultats de l'étude montrent une amélioration de l'équilibre occupationnel malgré une population interrogée limitée. Dans l'optique de compléter ce travail, il serait intéressant de mettre en valeur le travail interprofessionnel dans la prise en charge du trouble de l'image du corps.

Mots clés : ergothérapie, anorexie mentale, trouble de l'image du corps, équilibre occupationnel, approche psychodynamique

ABSTRACT :

Anorexia nervosa is a pathology marked by body image disorder causing body dissatisfaction, which is increased in this population. This is why, it's essential to show the role of occupational therapy associated with a psychoanalytical approach to the management of this pathology. It has been shown that body image disorder induces occupational imbalance. The aim of this study is to show that occupational therapists are able to improve the occupational balance of these patients by focusing their practice on this disorder. For this purpose, a qualitative clinical method was chosen. Three semi-structured interviews with occupational therapists were conducted using an interview guide based on theoretical data. The majority of the results of the study show an improvement in occupational balance despite a limited survey population. In order to complete this study, it would be interesting to highlight interprofessional work in the management of body image disorder.

Key Words : occupational therapy, anorexia nervosa, body image disorder, occupational balance, psychodynamic approach