INSTITUT DE FORMATION

EN ERGOTHERAPIE DE MONTPELLIER

L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale et équilibre de vie : quelle prise en soin ergothérapique ?

Mémoire d'initiation à la recherche

UE 6.5 S6

Emilie MONTEL

Mai 2020

REMERCIEMENTS

Sous la direction de Christelle LE CROM, ergothérapeute à la clinique LA LIRONDE CLINEA à Saint-Clément-de-rivière, maître de mémoire.

Mes remerciements vont naturellement à ma maître de mémoire, Christelle Le Crom pour sa disponibilité, son investissement, ses nombreux conseils et ses apports théoriques acquis grâce à sa pratique professionnelle.

Je souhaite également remercier mon référent du suivi de mémoire David Gouineau, ainsi que tous les formateurs de l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier pour leur qualité d'écoute et leur bienveillance au cours de ces trois années de formation.

J'exprime aussi ma gratitude aux ergothérapeutes ayant accepté de répondre à mon étude, pour leur temps et l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée.

Enfin, je remercie vivement ma famille en particulier ma mère pour les nombreuses relectures de mon travail et ses précieux conseils. Je remercie également Romain pour son soutien moral sans faille et sa patience. J'ai une pensée pour mes amies qui ont su me soutenir lors de mes moments de doutes et de découragements.

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

BDD + YBOCS : Body Dismorphic Disorder + Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

LBM : Life Balance Model

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ou Troubles des Comportements Alimentaires

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des matières

INTRODUCTION 1

I. LA PROBLEMATIQUE PRATIQUE 2

I.1. L'anorexie mentale 2

I.2. L'hyperactivité physique 7

I.3. L'ergothérapie 9

II. LA PROBLEMATIQUE THEORIQUE 11

II.1. Le modèle de l'occupation humaine (MOH) 11

II.2. Le choix du modèle de l'occupation humaine (MOH) 13

II.3. Le modèle de l'équilibre de vie 14

II.4. Le choix du modèle de l'équilibre de vie 15

II.5. Le modèle comportemental 16

II.6. Le choix du modèle comportemental 18

III. L'ETUDE 19

III.1. La méthodologie 19

III.2. L'analyse des résultats 24

IV. LA DISCUSSION 37

IV.1. La confrontation des résultats avec les modèles conceptuels 37

IV.2. La confrontation des résultats avec les données probantes 42

IV.3. Les éléments de réponse 45

IV.4. Les critique et biais de l'étude 47

IV.5. Les hypothèses de travail ultérieur 47

IV.6. Les intérêts personnels et professionnels 48

CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE

SITOGRAPHIE

INTRODUCTION

La pratique d'une activité sportive régulière et adopter un régime alimentaire sain est recommandé par plusieurs organismes tels que le ministère des solidarités et de la santé et « Santé publique France » qui est l'agence nationale de santé publique (mangerbouger.fr, 2019). Cependant un surinvestissement concernant la pratique sportive et l'alimentation peut se révéler pathologique. Si l'objectif de perdre un maximum de poids est lié à une image corporelle non satisfaisante, l'usage excessif de l'activité sportive peut amener à un développement ou à un maintien de troubles des comportements alimentaires (Giordano, 2005 ; Travaillot, 1998).

C'est en m'intéressant vivement à ces problématiques qu'a émergé ma question de départ qui est : « Comment réguler la dépendance à l'exercice des personnes atteintes d'anorexie grâce à l'occupation ? ». Au cours de mes lectures, j'ai identifié un manque de recherches scientifiques sur la problématique de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale abordée d'un point de vue ergothérapique. Néanmoins dès lors qu'une personne est atteinte de cette pathologie, l'impact sur ses sphères occupationnelles n'est pas négligeable (Corcos, Agman, Bochereau, Chambry & Jeammet, 2002). Je me suis alors questionnée sur le bénéfice que pouvait avoir l'ergothérapie sur ce type de pathologie avec le symptôme d'hyperactivité physique. Quel est le but principal de l'ergothérapie concernant cette problématique et quels moyens sont mis en place pour l'atteindre ? C'est à partir de ces questionnements que j'ai effectué des lectures pour clarifier les termes sur le plan théorique et sur le plan professionnel. De ce travail a émergé ma question de recherche « Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? ».

Le travail suivant est divisé en quatre grandes parties.

Premièrement j'aborde la problématique pratique. Cette partie comporte des apports théoriques de chaque thème constituant ma question de départ. Cette première partie a également pour but de souligner mon cheminement qui a mené à l'élaboration de ma question de recherche. Dans un deuxième temps une grande partie s'intéresse à la problématique théorique. Dans celle-ci, le cadre conceptuel sera exposé et les éléments seront définis en lien avec mon étude menée. La troisième partie intitulé méthodologie, définit l'étude menée, le travail fait en amont puis les résultats obtenus seront analysés de plusieurs manières afin d'en extraire les éléments les plus significatifs et importants. La discussion est la quatrième et dernière partie avant la conclusion. Dans cette partie, seront traités les résultats afin d'extraire

des éléments de réponse de ma question de recherche. Il sera aussi développé les limites ainsi que les enjeux de cette étude.

I. LA PROBLEMATIQUE PRATIQUE

I.1. L'anorexie mentale

I.1.1. Définition

L'anorexie mentale appartient à la famille des troubles des conduites alimentaires (TCA). Cette pathologie est classée comme un trouble mental dans le DSM-5 (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Il y a deux formes d'anorexie mentale : de type restrictif et de type boulimique. Cet écrit s'intéressera à l'anorexie mentale restrictive qui est la perte de poids par restriction alimentaire par le patient lui-même et en augmentant les activités physiques. L'anorexie mentale est définie le plus souvent selon la triade symptomatique des « 3A » : Anorexie (conduite active de restriction alimentaire), Amaigrissement (La fonte des réserves graisseuses) et Aménorrhée (une interruption de 3 mois des règles précédemment régulières). Les évènements déclencheurs de cette pathologie sont multifactoriels (remarques d'autrui sur des transformations du corps liées à la puberté, déceptions, faible estime de soi…) et les impacts multiples sur la vie du patient (Brusset, 1998). En effet, cette pathologie affecte toutes les sphères de la vie (loisirs, productivité et soins personnels) (Corcos, Agman, Bochereau, Chambry & Jeammet, 2002). Les ritualisations et la rigidité des attitudes contribuent à l'appauvrissement de la vie relationnelle et retentissent sur la vie professionnelle. De nombreuses comorbidités psychiatriques peuvent se mêler à la pathologie comme l'anxiété, la dépression, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, les addictions ou les troubles de la personnalité comme le spécifie la HAS (2010) dans ses recommandations. Ces comorbidités peuvent renforcer ou maintenir les troubles du comportement alimentaire, il est donc nécessaire de les traiter lors de la prise en charge (HAS, 2010). Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires font souvent preuve de surinvestissement et de perfectionnisme dans les activités de rendements. Au contraire, ils délaissent les activités de loisirs dans lesquels ils retrouvent un sentiment de « laisser-aller » qu'ils jugent désagréable. La prise en charge doit intervenir sur ce versant afin de rééquilibrer la balance occupationnelle (HAS,2010).

I.1.2. Historique de la maladie

Bien que les symptômes typiques de l'anorexie mentale soient identifiés dès le moyen âge, la description de la pathologie a été établie vers le milieu du XIXème siècle par Lasègue et Gull (Maître & Bell, 1995 ; Gull, 1874 ; Lasègue, 1970). Cependant, à cette époque, la psychiatrie était une discipline naissante. La première qualification de la pathologie était anorexie hystérique avant d'être renommée anorexie mentale par Huchard en 1883 (Huchard, 1883). L'isolement du patient est revendiqué par Charcot en 1850 comme le traitement moral. Il appuie l'importance de la séparation avec l'entourage afin de créer une récompense dans le fait de revoir les parents lorsque l'état du patient s'améliore (Charcot, 1850).

I.1.3. Données épidémiologiques

L'anorexie mentale est le trouble du comportement alimentaire le plus présent chez les enfants et adolescents âgés entre 8 et 18 ans. C'est la troisième pathologie chronique la plus fréquente chez l'adolescent avec une incidence de 9,92 à 69,4 pour 100 000 par an (Cook-Darzens 2014). La prévalence sur une durée de 12 mois de l'anorexie mentale chez les jeunes femmes est d'environ 0,4% (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Une étude datant de 2017 sur le site du gouvernement a recensé que les troubles du comportement alimentaire concernaient 600 000 adolescents et jeunes adultes entre 12 et 35 ans dont 90% d'entre eux sont des femmes. (INSERM, 2014). D'après l'INSEE (2013), 42% des jeunes filles en classe de 3ème se perçoivent trop « grosses », une insatisfaction qui peut aboutir à un développement de troubles des conduites alimentaires. Dans la population clinique, on retrouve un ratio selon le sexe de 1/10 qui confirme que l'anorexie mentale est plus fréquente chez les femmes (Crocq, Guelfi & APA, 2015).

I.1.4. Evolution de la pathologie

Les rechutes sont fréquentes dès le début de la prise en charge de la maladie. Il n'existe pas de période durable de rémission malgré les interventions thérapeutiques. En effet, la reprise des rituels alimentaires et quotidiens délétères pour la santé de la personne reviennent rapidement après l'arrêt de la prise en soin. (HAS, 2010). Selon l'INSERM (2014), un tiers des patients souffrant d'anorexie mentale souffrent d'une forme chronique (atteints depuis plus de 5 ans par la pathologie). Le taux de mortalité, de 10%, est dû, soit aux complications somatiques, soit aux comorbidités, soit à un suicide. Le taux de suicide est le plus important de toutes les maladies psychiatriques (INSERM, 2014). Les comorbidités psychiatriques

aggravent l'évolution de la pathologie et rendent indispensable une prise en charge psychiatrique (HAS, 2010).

I.1.5. Population à risque

Parmi les sujets à risque d'anorexie mentale, nous pouvons retrouver les adolescentes et les jeunes femmes ; en effet, le déclenchement de l'anorexie mentale se situe le plus souvent entre 14 et 17 ans (INSERM ,2014). L'anorexie mentale se développe donc plus fréquemment à l'adolescence ou au début de l'âge adulte mais rarement avant la puberté ou après 40 ans (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Certaines professions qui exigent des performances physiques (athlète, acteur, mannequin, danseur, sportif) et pour lesquelles il est important d'avoir une certaine maîtrise de son poids et de son image corporelle font également partie d'une population à risque (HAS, 2010). Même si les éléments déclencheurs de l'anorexie mentale sont multifactoriels, il existe des facteurs de risques. Les troubles anxieux et les traits obsessionnels apparaissant pendant l'enfance, font partie des facteurs de risque de développement de la pathologie. Les variabilités historiques et culturelles développées ci-dessous qui valorisent la minceur sont des facteurs à prendre en compte dans l'évolution de la prévalence de l'anorexie mentale. Un facteur de risque génétique a été reconnu. En effet, les apparentés du premier degré de personnes atteintes de TCA présentent un risque élevé de souffrir de l'anorexie mentale (Crocq, Guelfi & APA, 2015).

I.1.6. L'adolescence

L'adolescence est l'âge de toutes les transformations corporelles qui peuvent être perturbantes (Cannard, 2017). Les adolescents ressentent alors l'interdépendance entre l'apparence physique, la popularité et la condition sociale dans les relations interpersonnelles (Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004 ; Jones & Crawford, 2006). La dévalorisation de l'image physique de soi des adolescents se diffusent à d'autres domaines et altère leur estime de soi (Cannard, 2017). Ces préoccupations sont présentes chez tous les adolescents mais sont plus importantes chez les filles (HBSC, 2010). Les patients atteints d'anorexie mentale ont une image faussée de leur morphologie ce qui provoque une souffrance psychologique. Cette distorsion de l'image corporelle est en lien avec l'estime de soi. Et c'est en augmentant l'estime de soi de patients atteints d'anorexie mentale que l'on peut corriger ou diminuer cette distorsion (Kazén & al, 2019).

I.1.7. Le culte de la minceur

La loi « mannequin », mise en place en 2017 par le gouvernement français, ordonne la mention « photographie retouchée » sur les images qui le sont, impliquant des mannequins. Cette même loi conditionne également l'activité de mannequin au contrôle de l'IMC et ce, tous les 2 ans au cours de leurs carrières. Cette loi a pour but d'éviter l'exposition des jeunes à des images normatives et non réalistes du corps et ainsi provoquer une mauvaise estime de soi. Un des objectifs majeurs est la prévention de l'anorexie chez les jeunes.

En 2019, Stacie Arena a rédigé un article sur huffingtonpost.fr (ARENA, 2019) qui stipule qu'Instagram et Facebook ont décidé d'interdire les publications de publicités concernant des produits minceurs sur les fils d'actualité des mineurs. L'interdiction a pour but de protéger les mineurs de la surexposition au culte de la minceur sur les réseaux sociaux. Depuis le 18 septembre 2019, Emma Collins, gestionnaire des politiques publiques chez Instagram a déclaré que cette politique vise à « réduire la pression que les gens peuvent parfois ressentir en utilisant les médias sociaux » et veut qu'Instagram soit un environnement positif pour ses utilisateurs. La HAS (2010) souligne l'importance et le danger de la pression culturelle avec l'omniprésence de la minceur. En effet, les personnes présentant une insatisfaction de leur image corporelle, comme les personnes anorexiques, sont plus réceptives aux normes de minceurs véhiculées notamment par les médias actuels (Rousseau, Rusinek, Valls, & Callahan, 2011).

I.1.8. La pratique professionnelle auprès des personnes souffrants d'anorexie mentale

L'objectif de la prise en charge de l'anorexie mentale est de prévenir la survenue de complications et l'évolution vers la chronicité. Elle est pluridisciplinaire et il y a une multitude d'intervenants gravitant autour du patient du fait des nombreuses complications possibles qu'entraîne la pathologie et des multiples comorbidités qui peuvent être présentes : médecins, psychiatres ou pédopsychiatres, gastro-entérologues, gynécologues, dentistes, thérapeutes familiaux, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, nutritionnistes, enseignants spécialisés, infirmiers, ergothérapeutes …. La multidisciplinarité doit être introduite dans la prise en soin dès que possible. De nombreuses structures peuvent prendre en charge les personnes souffrant d'anorexie mentale comme les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans des services spécialisés TCA ou non. La personne peut aussi rester à domicile avec des

hospitalisations de jour, des lieux de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et des soins ambulatoires (HAS, 2010).

La famille doit impérativement être intégrée à la prise en charge. La thérapie familiale peut aider à prévenir la rechute surtout pour les patients de moins de 18 ans. Les psychothérapies interpersonnelles et psychanalytiques aident à faire le lien entre la maladie et l'histoire de vie de la personne. Les thérapies cognitivo-comportementales participent aussi au rétablissement psychologique du patient. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont pour objectif la restructuration cognitive, contrôler les comportements aberrants et toutes tensions psychiques relatives au corps et à l'alimentation. Les TCC ont également pour but l'affirmation de soi, l'estime de soi et les problèmes de liens sociaux. Les entretiens motivationnels peuvent aider le patient à prendre conscience de ses troubles et le motiver à changer ses comportements. L'approche motivationnelle a pour objectif pour le thérapeute de s'installer dans une position de compréhension des difficultés de la personne et de s'appuyer sur ses ressources. Ce type d'approche va permettre de développer les motivations personnelles de la personne au changement et, de ce fait, de le faciliter. Les thérapies de soutien, les thérapies systémiques stratégiques et les approches corporelles sont des thérapies efficaces dans la prise en charge. Les thérapies de soutien sont individuelles et permettent la création d'une alliance thérapeutique de qualité et vise un retour à une alimentation et un poids sain. Les thérapies systémiques stratégiques quant à elles, sont des méthodes de résolutions de problèmes en réadaptant le comportement de la personne et son schéma psychique. Ces thérapies systémiques et stratégiques sont individuelles tout en prenant en compte la famille de l'individu afin de rétablir les difficultés personnelles, relationnelles et familiales. Les approches corporelles peuvent se mener individuellement ou en groupe en ayant pour but de réinvestir le corps lors des troubles de l'image corporelle via la relaxation, la danse, le toucher thérapeutique…. Les cliniciens accordent de plus en plus d'importance à l'engagement et la motivation positive pour des résultats à long terme, quelle que soit la technique. (HAS, 2010). La HAS (2010) recommande une période de suivi thérapeutique d'un an au moins, après l'observation d'une amélioration clinique significative.

I.1.9. Traitements médicamenteux de l'anorexie mentale

Il n'existe pas de traitements médicamenteux spécifiques de l'anorexie mentale. Néanmoins certains médicaments comme les psychotropes dont les antipsychotiques et les antidépresseurs sont prescrits selon les comorbidités liées à la pathologie. En effet, les

antidépresseurs peuvent traiter les troubles dépressifs, les troubles anxieux ou encore les troubles obsessionnels compulsifs qui sont des comorbidités connues de l'anorexie mentale. Cependant ces traitements sont à utiliser avec précautions car ils peuvent avoir des effets néfastes du fait du niveau de dénutrition de la personne (en particulier au niveau cardiaque) (HAS, 2010).

I.2. L'hyperactivité physique

I.2.1. Définition

L'exercice compulsif a été évoqué la première fois en 1976 par William Glasser. (Glasser, 1985). La dépendance à l'exercice est fréquemment associée aux troubles de l'alimentation tels que l'anorexie mentale. Cette dépendance est clairement définie comme « une dépendance comportementale qui fait référence à l'exercice excessif et qui est associée à une préoccupation externe, à la négligence de l'épuisement, au maintien de l'exercice en présence de douleur ou de déficience physique et qui interfère avec les responsabilités professionnelles et familiales. » (Müller & al, 2015). Une personne avec ce type de dépendance voit également son équilibre occupationnel rompu par la pratique sportive excessive (Lichtenstein & al, 2018).

Dans la littérature il existe de nombreux termes pour définir la dépendance à l'exercice mais il semblerait que l'hyperactivité physique soit l'appellation la plus appropriée pour désigner un des symptômes de l'anorexie mentale. Effectivement, certaines personnes souffrant d'anorexie mentale présentent une hyperactivité physique excessive qui souvent, précède le déclenchement du trouble. Durant l'évolution de la pathologie cette hyperactivité physique peut être difficile à contrôler et compromet la reprise de poids (Crocq, Guelfi & APA, 2015)

L'hyperactivité physique peut se décrire en plusieurs critères : la tolérance (augmenter le niveau de l'exercice dans le but d'obtenir un sentiment d'accomplissement), le retrait (en l'absence d'exercice, la personne ressent des effets indésirables comme l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation et les troubles du sommeil), la perte de contrôle (impossibilité de réduire le niveau d'exercice ou d'arrêter la pratique), les effets d'intention (incapacité de tenir une routine prévue concernant la pratique sportive), la réduction ou l'arrêt des autres activités et la continuité (poursuite de la pratique de l'exercice physique en dépit des autres activités, des retentissement sociaux et médicaux) (Veale, 2001 ;Véléa, 2002).

L'hyperactivité physique diagnostiquée chez les personnes souffrant d'anorexie mentale se manifeste par une routine solitaire qu'elles doivent accomplir tous les jours de manière

similaire et à horaires fixes. De par cette suractivité physique, ces personnes ne recherchent pas de notion de plaisir mais plus une perte de poids afin d'obtenir un corps « parfait » (Moscone & al, 2014).

Une pratique excessive d'activité physique provoque généralement une diminution de l'appétit ce qui engendre un désintéressement global de la nourriture. Cela peut alors entrainer une restriction alimentaire et une perte de poids qui constituent le noyau de l'anorexie mentale. Une hyperactivité physique entraîne un maintien et un renforcement du trouble des comportements alimentaires qu'est l'anorexie mentale (Epling & Pierce, 1988).

I.2.2. Epidémiologie

De par le manque d'un terme précis et universel désignant l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale, on retrouve de nombreuses divergences concernant les données épidémiologiques. Les chiffres peuvent effectivement varier de 40 à 80% selon l'auteur qui qualifie l'hyperactivité physique tantôt de « sport », tantôt de « dépendance sportive » ... Les données recueillis par Davis et al (1998), démontrent que 80% des patients atteints d'anorexie mentale souffrent d'hyperactivité physique. Cette composante est défavorable pour le pronostic de l'anorexie mentale, en effet l'hyperactivité physique des patients favoriserait une rechute (Shroff & al, 2006).

I.2.3. Le sport ancré dans la culture

La formation de groupe de sport peut contribuer à la culture du corps parfait d'autant plus que les salles de fitness sont dotées de grands miroir et de posters de femmes aux « corps parfaits » ce qui rebutent certaines femmes n'acceptant pas leur apparence physique. (Giordano, 2005 ; Travaillot, 1998).

La culture du sport est présente dans la société actuelle et même dans le monde de la santé. En effet, les effets bénéfiques de l'activité sportive a fait ses preuves auprès des populations souffrant de troubles mentaux (Moscone & al, 2014). L'activité physique a pour bénéfices l'amélioration de l'estime de soi, une augmentation des interactions sociales et également une diminution de la dépression, de l'anxiété, des changements d'humeur et de l'insatisfaction corporelle (Hausenblas & Fallon, 2002 ; Paluska & Schwenck, 2000). Cependant l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale n'est en aucun cas bénéfique si elle n'est pas contrôlée de par son intensité, sa fréquence et sa durée (Moscone & al, 2014).

I.2.4. La pratique professionnelle abordant l'hyperactivité physique

D'après les recommandations de la HAS (2010) concernant l'anorexie mentale, « l'hyperactivité physique incessante » est un des symptômes recherché par le médecin lors de l'entretien avec le patient et/ou son entourage afin de poser un diagnostic d'anorexie mentale. Adams recommande les interventions psychothérapeutiques et un entretien motivationnel afin de faire admettre au patient un besoin de changement de comportement (Adams, 2009). Weinstein et Weinstein ont démontré les bienfaits de l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale en utilisant le système de récompenses pour améliorer l'intégration de nouveaux comportement plus adaptés (Weinstein & Weinstein, 2014). Dans certaines structures, l'activité physique est interdite pour les personnes présentant une anorexie mentale. Cependant, elle est quand même pratiquée au risque d'aggraver leur santé. Pour éviter ce danger, l'activité physique peut être pratiquée par les personnes atteintes d'anorexie mentale à condition que ce soit encadrée par l'équipe soignante. En effet, il faut que sa mise en place soit intégrée dans le plan de soin thérapeutique, contrôlée et que le cadre soit clairement établi (Moscone & al, 2014).

I.2.5. Traitement médicamenteux de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale

Une hyperactivité physique présente dans la pathologie de l'anorexie mentale peut être majorée par de l'anxiété. Un traitement anxiolytique peut alors être proposé à la personne pour diminuer l'anxiété liée au sevrage de l'hyperactivité. Cependant, à ce jour, aucun traitement médicamenteux n'agit spécifiquement sur le symptôme de l'hyperactivité (Rizk & al, 2014).

I.3. L'ergothérapie

I.3.1. Définition

La profession d'ergothérapeute est réglementée par le Code de la Santé Publique. L'ANFE définit l'ergothérapeute comme un professionnel de la santé fondant sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé (ANFE, 2019). Ainsi plusieurs activités thérapeutiques ou médiations expressives peuvent être proposées après en avoir identifié les expériences signifiantes (expériences identitaires, expériences relationnelles…). Cela va permettre au patient de retrouver la capacité à donner du sens, à symboliser comme il est expliqué dans le site ergopsy.

I.3.2. Le rôle de l'ergothérapie auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale

La personne apprenant son diagnostic d'anorexie remarque des répercussions négatives sur ses rôles occupationnels. En effet, un arrêt de certains rôles ou une perte de plaisir à assumer d'anciens rôles dû, entre autres, à la perte de l'estime de soi, peut être remarqué (Quiles-Cestari & Ribeiro, 2012). Ce symptôme peut lui-même entraîner ou favoriser une perte de rôles occupationnels qui se font le plus souvent en groupe. L'ancien équilibre occupationnel de la personne est alors rompu. En tant qu'ergothérapeute nous pouvons aider ces patients à retrouver un équilibre grâce aux sciences occupationnelles qui sont le cœur de notre métier. Retrouver un équilibre occupationnel peut avoir de nombreuses répercussions positives sur la vie de la personne. En effet, avoir un rôle reconnu par autrui dans la société, ressentir que l'on est utile permet de stimuler l'estime de soi (Adamson & al, 2019).

L'approche ergothérapique est orientée sur la personne en globalité et sur ses occupations signifiantes. Ses connaissances en santé mentale et ses habiletés à adapter les activités de la vie quotidienne de la personne distinguent l'ergothérapeute des autres professionnels de santé. L'objectif de l'ergothérapie est d'aider le patient à retrouver une estime de soi et d'identifier les ressources qui lui permettront de retrouver un équilibre occupationnel (Clark & Nayar, 2012).

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute décrit un référentiel de 10 compétences acquises au cours de la formation indiquant que l'ergothérapeute est habilité à intervenir auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale et d'hyperactivité physique. Effectivement, parmi ce référentiel, la compétence « Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement » consiste à « Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne […] selon les principes d'une pratique centrée sur la personne. ». C'est une des compétences qui pourra être particulièrement mobilisée auprès des personnes anorexiques souffrant d'hyperactivité.

Selon le site internet ergopsy, les objectifs en ergothérapie négociés avec la personne atteinte d'anorexie mentale portent sur le comportement visible en rétablissant le fonctionnement intrapsychique et/ou en entreprenant une réhabilitation. En début de thérapie il

faut résister à la volonté du patient de faire pour se dépenser, de tout maîtriser. Il est important de faire émerger la détente et le plaisir dans les activités.

Suite à mes recherches je me questionne sur les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour améliorer l'équilibre de vie du patient anorexique concernant leur hyperactivité physique. Ce questionnement aboutit à la question de recherche suivante :
« Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? »

II. LA PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Je vais maintenant développer trois modèles me permettant d'approfondir les bases théoriques et ainsi, m'ouvrir à des éléments utiles à ma question de recherche. En effet, cet approfondissement des modèles utilisés me permettra de rédiger des matrices (Annexe II) dans le but de créer les questions de mon outil de recherche ainsi que d'être un support lors de l'analyse des résultats de mon étude. Les modèles constituant le cadre conceptuel de mon mémoire sont le modèle de l'occupation humaine, le modèle de l'équilibre de vie et le modèle comportemental.

II.1. Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le MOH est le modèle élaboré en 1980 par l'ergothérapeute Gary Kielhofner. Ce modèle permet d'obtenir un profil occupationnel de la personne. Il est centré sur l'engagement de la personne pour ses activités, mais vise aussi son processus de changement lié aux activités en modifiant ses capacités de rendement. Ce modèle peut donc permettre aux ergothérapeutes d'observer la participation occupationnelle de la personne atteinte d'anorexie mentale vis-à-vis de son hyperactivité physique (Kielhofner, 2008).

Kielhofner précise que la nature occupationnelle s'exprime selon 4 éléments : la motivation de la personne à participer aux occupations, l'organisation sous forme de routine, l'environnement et un espace-temps défini dans lesquels se déroulent les occupations et le rendement souhaité (Kielhofner, 2002).

Nous allons ainsi étudier le MOH selon l'être (composants intrinsèques de la personne), l'environnement (composants extrinsèques à la personne), l'agir (activités et habiletés nécessaires à l'activité) et le devenir (adaptation, compétence et identité).

II.1.1. La dimension de « l'être »

Le modèle de l'occupation humaine conceptualise l'être humain en trois composantes qui sont la volition, l'habituation et la capacité à obtenir un rendement satisfaisant. De par ces éléments, le MOH tend à répondre aux questions suivantes : Comment la personne se motive-t-elle à agir ? Comment organise-t-elle sa routine ? Et enfin, quel est son rendement lorsqu'elle réalise ses occupations ? (Kielhofner, 2002).

II.1.1.1. La volition

C'est la motivation d'une personne à agir sur son environnement. Cela aide la personne à recueillir des données concernant ses valeurs et ses intérêts. Les valeurs de la personne représentent ce qui est important et significatif pour la personne concernant ses occupations. Les intérêts sont tout ce qu'elle trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend certaines occupations plus attrayantes que d'autres pour elle (Kielhofner, 2002).

II.1.1.2. L'habituation

L'habituation est l'organisation des actions d'une personne sous forme de comportements semi-automatiques. La personne met en place des routines selon des caractéristiques environnementales (Forsyth & Kielhofner, 2003). L'habituation est constituée par les habitudes et les rôles. Les habitudes sont les comportements répétitifs et les réponses automatiques lors de situations connues ou en environnements familiers (Kielhofner, 2002). Pour que des actions deviennent des habitudes, il faut répéter l'action suffisamment dans un environnement constant.

Les rôles regroupent plusieurs habitudes apprises et intégrées selon le contexte social dans lequel évolue la personne. S'en suit alors un processus de socialisation qui aboutit à l'acquisition d'un statut social au sein d'une communauté (Kielhofner, 2002).

II.1.1.3. La capacité de rendement

La capacité de rendement est la possibilité, pour une personne, d'atteindre ses buts en fonction de ses moyens. Pour se rendre compte des capacités de rendement d'une personne, il

faut considérer son expérience subjective. Son vécu est le ressenti de la personne par rapport à l'activité avant d'espérer atteindre un rendement (Kielhofner, 2004).

II.1.2. La dimension de « l'agir »

Cette dimension détermine la façon dont la personne réalise ses activités qui peut générer l'adaptation occupationnelle de la personne (Kielhofner, 2004). Pour cela, cette dimension prend en compte notamment la participation occupationnelle.

II.1.2.1. La participation occupationnelle

Elle représente l'engagement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne. Cet engagement occupationnel sous-entend que nous donnons à nos activités une signification personnelle et sociale. Il en découle alors les activités signifiantes et significatives (Kielhofner, 2002).

II.1.3. La dimension du « devenir »

Le devenir, c'est l'adaptation occupationnelle. Cette adaptation se caractérise par deux éléments : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle (Kielhofner, 2004).

II.1.3.1. L'identité occupationnelle

C'est la connaissance qu'a la personne de ses savoirs, ses capacités, ses intérêts, son efficacité, sa satisfaction et ses obligations à partir de ses expériences passées. L'identité occupationnelle offre donc à la personne une vision de sa volition, de son habitude et de son expérience vécue (Kielhofner, 2002).

II.1.3.2. La compétence occupationnelle

La compétence occupationnelle est la façon dont la personne organise sa vie pour atteindre un rendement personnel tout en respectant les obligations sociales de ses rôles afin d'atteindre une vie satisfaisante (Kielhofner, 2002).

II.2. <u>Le choix du modèle de l'occupation humaine (MOH)</u>

Le MOH s'adresse à toute personne vivant un problème dans la réalisation de ses occupations, peu importe le stade de sa vie. D'après Lichtenstein et al (2018) le déséquilibre occupationnel provoqué par l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale atteint toutes les

sphères occupationnelles de la personne. Ce modèle peut être utilisé afin que l'ergothérapeute s'interroge sur sa pratique concernant l'équilibre occupationnel. En effet, il a été constaté que le cadre et les outils ressortant de ce modèle permettent aux ergothérapeutes de guider leurs évaluations et leurs interventions en offrant une vision holistique de la personne en fonction de ses occupations (Braveman, Fisher & Suarez-Balcazar, 2010). Ce modèle peut permettre à l'ergothérapeute d'appréhender l'engagement excessif dans l'activité de la pratique sportive de la personne et de faire les liens avec cette activité signifiante pour elle ainsi que les dimensions de « l'être » et de « l'agir » de l'individu. De plus à l'aide de la dimension du « devenir » et de la répercussion de son hyperactivité physique sur son quotidien, l'ergothérapeute pourra amener la personne à se questionner sur l'avenir occupationnel souhaité.

II.3. Le modèle de l'équilibre de vie

En 2008, Matuska et Christiansen ont créé un modèle appelé « The Life Balance Model » (LBM) que l'on peut traduire en français par le modèle de l'équilibre de vie.

Il permet de comprendre l'histoire occupationnelle de la personne et plus particulièrement ses rôles ainsi que son contexte occupationnel. Grâce à ce modèle nous allons pouvoir comprendre comment la personne se représente dans son quotidien : quelles sont les activités qu'elle accomplit ? Quelles sont celles qu'elle ne peut plus accomplir ? Et lesquelles souhaite-t-elle accomplir ?

Les buts thérapeutiques du modèle de l'équilibre de vie sont de permettre à la personne de retrouver des occupations saines, de minimiser les effets des interférences entre les occupations, de redessiner les schémas d'activités quotidiennes et également, de permettre une répartition plus optimale et durable des activités.

Ce modèle met donc en évidence la relation entre l'organisation dans les occupations, l'environnement et les conséquences sur la vie de la personne. Ce modèle identifie également des besoins élémentaires devant être satisfaits par le type d'occupations que réalise la personne (Matuska & Christiansen, 2008).

II.3.1. Les besoins élémentaires

Les besoins élémentaires identifiés par le modèle de l'équilibre de vie sont : le défi, l'engagement, l'identité personnelle, donner un sens à sa vie ainsi que l'organisation temporelle de ses occupations.

II.3.1.1. L'engagement, la mise au défi

Se sentir engagé et mis au défi lors de la réalisation d'une activité est un des besoins élémentaires nécessaire à un équilibre de vie satisfaisant (Matuska & Christiansen, 2008).

II.3.1.2. L'identité personnelle et le sens donner à sa vie

Percevoir son identité personnelle comme positive et créer du sens à sa vie grâce à ses occupations constituent également les besoins élémentaires décrits par Matuska et Christiansen (2008).

II.3.1.3. L'organisation de son temps et de son énergie

Même si l'organisation est un concept à part entière du modèle de l'équilibre de vie, il fait également partie des besoins élémentaires. En effet, organiser son temps et son énergie est essentiel pour que la personne réponde à des objectifs personnels et à des objectifs de changement (Matuska & Christiansen, 2008).

II.3.2. L'organisation

L'organisation des activités varie selon la personnalité, les valeurs et les intérêts de chaque personne et selon les situations. La personne et les situations sont des éléments qui influencent les rôles sociaux et l'organisation des activités. L'organisation prend également en compte la congruence et l'équivalence. La congruence correspond à l'adéquation entre le temps que consacre un individu à la réalisation de ses activités et le temps qu'il souhaite y consacrer. L'équivalence représente la répartition homogène dans le temps des routines quotidiennes (Matuska, 2010). Plus la congruence et l'équivalence sont élevées, plus l'équilibre de vie est satisfaisant. L'organisation peut être considérée comme équilibrée ou déséquilibrée selon les besoins de la personne sont satisfaits ou non.

II.4. <u>Le choix du modèle de l'équilibre de vie</u>

Wagman (2012) définit le concept de l'équilibre de vie comme « […] la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités, un équilibre entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres et un équilibre par rapport au temps ». Le modèle de l'équilibre de vie sert à comprendre la situation occupationnelle de la personne. Comme expliqué dans le bilan de l'existant, la personne subit un déséquilibre occupationnel du fait de son hyperactivité

physique (Lichtenstein & al, 2018). Il est donc indispensable que l'ergothérapeute prenne en compte les facteurs personnels de l'individu, les facteurs temporels de son activité signifiante, la satisfaction ou non de son état occupationnel actuel en fonction de ses attentes.

II.5. Le modèle comportemental

Le Modèle comportemental est issu de différents travaux de Pavlov, Skinner et Bandura basés sur les théories de l'apprentissage. Ce cadre de référence comportemental émerge principalement avec l'analyse expérimentale des comportements observables et de leurs changements (Launois, 2015). Il s'appuie sur les réponses positives ou négatives de l'environnement suite à un comportement. C'est un modèle interprofessionnel utilisé pour les troubles psychosociaux. Ce modèle est utilisé par l'équipe soignante afin de récompenser ou non un comportement du patient pour qu'il puisse être acquis ou abandonné dans les activités de la vie quotidienne. Ce modèle peut être utilisé pour que la personne intègre de nouvelles habitudes alimentaires plus saines ou réduise son hyperactivité physique (Fontaine & Rognant, 1986).

II.5.1. Le conditionnement classique ou conditionnement répondant de Pavlov

Le physiologiste russe Ivan Pavlov fut le premier à décrire la notion de stimuli en 1889. Le conditionnement qu'il décrit est basé sur le principe stimulus-réponse selon lequel un comportement produit est une réponse à un stimulus émis par l'environnement. Deux stimuli sont impliqués dans le conditionnement classique : le stimulus inconditionnel et le stimulus conditionnel. Le stimulus inconditionnel est un rite, une habitude signalant la réalisation du comportement comme une tranche horaire précise, une odeur, un bruit…. Suite à ce stimulus, la personne produira un comportement appelé réponse inconditionnelle. Les stimuli inconditionnels répétés vont alors devenir des stimuli conditionnels qui vont déclencher une réponse conditionnelle de manière réflexe, ne nécessitant aucun apprentissage préalable. Les stimuli provoquant une réaction de la personne peuvent être externes (dépendants de l'environnement) ou internes (inhérents à l'individu) (Childress & coll, 1992).

II.5.2. Le conditionnement opérant de Skinner

Skinner, psychologue américain, définit le conditionnement opérant en 1953. Pour Skinner, le stimulus délivré par l'environnement après la réalisation d'un comportement sera soit « renforçant » ou « renforcement » soit « punitif » ce qui, respectivement, augmentera ou

diminuera la fréquence et l'intensité d'un comportement (Skinner, 1972). Il existe deux conséquences suite à des comportements : les « punitions » et les renforcements qui eux-mêmes peuvent être positifs et négatifs (Skinner, 1953).

La « punition » est le stimulus qui diminue la probabilité d'apparition d'un comportement. La « punition positive » est l'ajout d'un stimulus entraînant la diminution de la fréquence de réalisation d'un comportement. Alors que la « punition » dite négative est la suppression d'un stimulus visant à diminuer la fréquence d'apparition du comportement. (Skinner, 1953).

Le renforcement est le stimulus qui augmente la probabilité d'apparition d'un comportement (Skinner, 1972). Il peut être positif par l'ajout d'un stimulus agissant sur l'organisme ou négatif par soustraction d'un stimulus agissant sur l'organisme (Skinner, 1953). Skinner note plusieurs apprentissages. L'apprentissage d'échappement est un renforcement par l'élimination d'un événement aversif déjà existant avant la réalisation du comportement. La réponse de la personne met fin au stimulus aversif. Lors de l'apprentissage d'évitement, la réponse de la personne, son comportement, fait différer l'apparition du stimulus aversif. L'extinction est d'arrêter de renforcer un comportement (Skinner, 1938).

A long terme, l'extinction est plus efficace que la « punition positive » car suite à une récupération positive il y a fréquemment une récupération spontanée du comportement. (Estes,1944 ; Skinner, 1938).

II.5.3. L'apprentissage social de Bandura

Bandura cible ses recherches dans la théorie sociocognitive, notamment avec son expérience « la poupée de Bodo » menée entre 1961 et 1963. Il s'intéresse particulièrement au sentiment d'efficacité personnelle et aux dimensions de l'apprentissage social.

II.5.3.1. Le sentiment d'efficacité personnelle

Ce sentiment regroupe les croyances de la personne concernant ses performances particulières. Il détermine donc ses choix d'activités et d'environnement, son investissement dans la poursuite des buts fixés, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles éprouvées lors de la rencontre d'obstacles (Rondier, 2004).

II.5.3.2. Les dimensions de l'apprentissage social

Les dimensions de l'apprentissage sont aux nombres de trois : le modelage ou apprentissage vicariant, l'apprentissage symbolique et l'apprentissage autorégulateur. Ici, nous allons développer les deux derniers cités.

Le processus symbolique est basé sur le fait que les personnes utilisent des symboles pour représenter le monde, analyser ses expériences, anticiper et évaluer ses propres actions (Bandura, 2010).

Le processus autorégulateur concerne l'agentivité humaine. Cette agentivité atteste que les personnes sont des agents, autodirigés, capables de participer à la motivation et à la régulation de leurs actions. L'efficacité fait également partie de l'agentivité humaine et dépend de l'expérience vécue de maîtrise, de la persuasion verbale d'autrui et de l'état physiologique. Ce sentiment d'efficacité personnelle est donc en lien étroit avec l'estime de soi (Bandura, 2010).

II.6. Le choix du modèle comportemental

Ce modèle est adapté à la problématique qui s'intéresse aux personnes souffrant d'hyperactivité physique. En effet le modèle comportemental regroupe plusieurs théories de l'apprentissage, ce qui peut être intéressant d'utiliser par les ergothérapeutes afin de proposer à la personne des ajustements concernant leurs comportements en fonction des conséquences de ces derniers sur soi-même ou encore sur son environnement. Dans le bilan de l'existant nous avons aussi noté la dévalorisation de l'image corporelle de l'adolescent altérant l'estime de soi (Cannard, 2017). Or, l'efficacité personnelle, qui est une notion centrale dans l'apprentissage social décrit par Bandura, dépend aussi de l'estime de soi. En effet, si la personne ne se trouve pas efficace dans une activité signifiante pour elle, cela peut altérer l'estime d'elle-même, la persuasion verbale d'autrui peut aussi impacter l'efficacité personnelle et l'estime de soi (Bandura, 2010). Ce modèle permettra également un entraînement aux habiletés sociales afin d'acquérir des comportements souhaitables socialement. Pour cela, les ergothérapeutes peuvent identifier les antécédents en lien avec l'hyperactivité afin de comprendre comment elle se déclenche, d'en connaître les impacts pour l'individu et pour son environnement et de connaître sa motivation vis-à-vis d'un éventuel changement. Tous ces éléments permettront aux

ergothérapeutes de pouvoir agir sur les éléments indésirables de l'hyperactivité physique de la personne (Manidi, 2005).

III. L'ETUDE

III.1. La méthodologie

III.1.1. L'enquête exploratoire

Suite à mes recherches théoriques, j'ai effectué une enquête exploratoire afin de mettre en évidence un intérêt professionnel et préciser ma question de recherche. La population ciblée correspond au critère d'inclusion d'être professionnel de santé et au critère d'exclusion suivant : être un ancien patient souffrant d'anorexie mentale. Afin d'avoir un état des lieux des pratiques professionnelles effectuées sur le terrain, j'ai souhaité interroger tous les professionnels de santé et pas uniquement les ergothérapeutes. Néanmoins, si la personne est un ergothérapeute cela me permet d'obtenir des réponses plus poussées étant donné les questions sur les modèles conceptuels, les éventuels bilans utilisés et sur la prise en soin ergothérapique. Afin de contacter la population, j'ai mis un questionnaire en ligne sur plusieurs plateformes.

Les résultats de cette enquête (Annexe I) m'ont tout d'abord permis d'identifier si les personnes ayants répondu correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Selon les réponses obtenues, six professionnels sur sept ayant répondu accueillent ou ont accueillis des personnes souffrant d'anorexie mentale et atteintes d'hyperactivité physique dans leur service. La majorité des patients pris en charge sont des femmes âgées de 12 à 30 ans et ces personnes sont suivies en ergothérapie. Plus de la moitié des réponses (quatre réponses sur sept) indiquent que l'hyperactivité physique ne fait pas partie des objectifs ergothérapiques. Or concernant la question « Travaillez-vous l'équilibre occupationnel avec les patients ? » cinq professionnels sur sept ont répondu positivement.

De par ces résultats, je me suis alors questionnée sur la raison de cette incohérence. Mes recherches théoriques m'ont prouvé que l'hyperactivité physique impactait l'équilibre occupationnel de la personne alors que dans les réponses obtenues les ergothérapeutes travaillent l'équilibre occupationnel sans prendre en compte l'hyperactivité physique.

Cette enquête exploratoire m'a alors questionnée sur les moyens que les ergothérapeutes peuvent mettre en place afin de rétablir un équilibre de vie satisfaisant pour les personnes

souffrant d'anorexie mentale avec hyperactivité physique. J'ai alors dirigé mon étude sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes qui prennent en charge l'hyperactivité physique des personnes atteintes d'anorexie mentale.

III.1.2. Le choix de l'outil et de la méthode

Le type de recherche adaptée pour me permettre de répondre à ma question de recherche est une recherche qualitative. Les données récoltées via des entretiens vont me permettre de répondre à la question de recherche suivante : « Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? ». En effet, la méthode scientifique qualitative a pour but de recueillir plusieurs discours de professionnels afin de découvrir comment ils prennent en soin ce type de population avec la problématique de l'hyperactivité physique. Pour répondre à cette question, j'ai choisi de questionner sous forme d'entretiens semi-directifs des ergothérapeutes. Ce type d'entretien va me permettre d'orienter les ergothérapeutes interrogés sur des thématiques précises que j'aurai préalablement définies.

III.1.3. Le choix de la population et sa constitution

Les critères d'inclusion sont que les ergothérapeutes doivent travailler avec des patients souffrant d'anorexie mentale et présentant une hyperactivité physique, ils devront également s'intéresser à l'équilibre de vie de ces derniers. Je recherche les ergothérapeutes ayant une approche comportementale en travaillant sur le comportement de l'hyperactivité physique, dont leur objectif est de réduire ce comportement. Ils devront également travailler en service d'hospitalisation complète.

Les ergothérapeutes travaillant en service d'hospitalisation de jour où travaillant avec des patients en consultations ponctuelles ou en prise en charge ambulatoire répondent aux critères d'exclusion de mon étude.

Afin de me mettre en relation avec des ergothérapeutes spécialisés dans le domaine de la psychiatrie adulte et plus particulièrement dans les troubles des conduites alimentaires je me suis procurée «l'annuaire national des centres de soins des troubles du comportement alimentaire » de 2017. Cet annuaire m'a permis d'obtenir les contacts de différents psychiatres de France pour leur demander les contacts d'ergothérapeutes travaillant dans leur service.

Etant confrontée à un manque de réponse favorable, je me suis inscrite et j'ai mis un message sur le groupe « ergo-psy » qui est un groupe sur internet d'ergothérapeutes travaillant

en psychiatrie. J'ai également demandé de l'aide aux formateurs de l'institut de formation d'ergothérapie de Montpellier ainsi qu'à ma maître de mémoire. Grâce à ces moyens, j'ai pu organiser des entretiens avec trois ergothérapeutes.

L'ergothérapeute A, diplômé depuis 2013, travaille dans un service de psychiatrie adulte au sein d'un CHU qui accueille depuis plus d'un an des personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires plus principalement des personnes atteintes d'anorexie mentale et d'anorexie boulimie. Cela fait 7 ans que cet ergothérapeute travaille au CHU.

L'ergothérapeute B a été diplômée en 2016. Elle travaille à mi-temps en soins de suite et de rééducation spécialisé en nutrition à la Croix Rouge depuis 4 ans et à mi-temps dans une clinique de psychiatrie générale qui accueille également des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

L'ergothérapeute C, diplômée également depuis 2016, travaille dans une clinique psychiatrique où elle rencontre des patients ayant des comorbidités entre des pathologies psychiatriques et des troubles du comportement alimentaire.

III.1.4. Le protocole de l'étude

III.1.4.1. L'élaboration de l'outil d'évaluation

Le développement des éléments théoriques des modèles conceptuels ci-dessus m'a permis de construire des matrices. Ces matrices théoriques (Annexe II) sont constituées de quatre colonnes pour chacun des trois modèles : les critères, les indicateurs, les indices et les questions. Les critères répertorient les principaux éléments qui constituent les modèles conceptuels. La colonne des indicateurs contient la définition des critères cités dans la colonne précédente. La troisième colonne est celle des indices qui sont les éléments spécifiques à renseigner pour l'étude. Ce sont ces indices qui seront inclus dans les questions de l'entretien. La dernière colonne contient les numéros correspondant aux questions de l'entretien qui sont renseignées ci-dessous.

Avant l'entretien avec les ergothérapeutes, je leur ai envoyés préalablement par e-mail une lettre d'information (annexe III) afin d'expliquer l'objectif de mon étude et le déroulement de l'entretien ainsi qu'un formulaire de consentement (annexe IV) à me retourner signé.

Suite à ces formalités j'ai passé trois entretiens téléphoniques. Chaque entretien se déroule de façon identique : je me présente, je décris le déroulement de l'entretien puis je pose

mes questions signalétiques, mes questions en lien avec mon sujet ainsi que mes éventuelles relances énoncées ci-dessous

III.1.4.2. Les questions signalétiques

J'ai rédigé cinq questions d'introduction pour en savoir plus sur les ergothérapeutes interrogés et pour m'assurer qu'ils répondent aux critères d'inclusion. Ces questions sont les suivantes :

- Pouvez -vous me parler de votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale ?
- Votre service accueille-t-il des hospitalisations complètes ?
- Dans votre service y-a-t-il des personnes anorexiques souffrant d'hyperactivité physique ?
- Quelle est la fréquence de la prise en charge ergothérapique ?

III.1.4.3. Les questions de l'entretien

Le cœur de mon entretien se compose de cinq questions issues des matrices théoriques des modèles conceptuels :

Question 1 : Qu'évaluez-vous lors de l'entrée de la personne souffrant d'anorexie mentale dans votre service ?

Cette question va me permettre d'identifier si les ergothérapeutes interrogés prennent en compte les éléments qui définissent une personne selon le modèle de l'occupation humaine (MOH). Ces éléments définissent le profil occupationnel de la personne à savoir ses activités signifiantes et significatives, ses rôles, ses valeurs, ses intérêts et ses expériences. Les éléments des modèles de l'équilibre de vie et du modèle comportemental peuvent également définir la personnalité d'une personne.

Question 2 : Quels sont vos objectifs à court terme avec ces personnes ?

Question de relance possible : Par le biais de quelle(s) activité(s) ?

La question numéro 2 va me renseigner sur le type d'objectifs que les ergothérapeutes mettent en place avec les personnes souffrant d'anorexie mentale. De ce fait, je pourrai savoir si diminuer l'hyperactivité physique fait partie de leurs objectifs. De plus, les objectifs peuvent définir les objectifs thérapeutiques que pose le thérapeute ou les objectifs de vie que la personne

se donne pour réaliser son projet de vie. Plusieurs éléments dans les trois modèles conceptuels choisis peuvent faire référence à cette notion. L'organisation pour répondre à des objectifs de changement, défini dans le modèle de l'équilibre de vie peut faire référence aux objectifs que peut se donner une personne.

Question 3 : Comment faites-vous pour améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte d'hyperactivité physique ?

La troisième question me permettra de savoir quels moyens sont mis en place par l'ergothérapeute pour agir sur l'hyperactivité physique de la personne. Ce symptôme fait référence aux habitudes ancrées dans le quotidien de la personne. Cela relève des habitudes définies dans le modèle de l'occupation humaine, de ses activités. La notion de temps que prend l'activité dans la vie de la personne définie dans le modèle de l'équilibre de vie peut être un élément intéressant à questionner. La fréquence de l'apparition du comportement s'exprime également dans le modèle comportemental. Le fait de parler d'équilibre occupationnel au lieu de l'équilibre de vie, est choisi pour englober la notion de l'habituation définie dans le MOH. De plus, l'équilibre occupationnel est un concept connu de tous les ergothérapeutes contrairement à l'équilibre de vie qui est un modèle récent et qui n'est pas ancré dans toutes les pratiques ergothérapiques.

Question 4 : Comment accompagnez-vous le patient à être dans un processus de changement concernant son hyperactivité physique ?

Question de relance : Comment améliorez-vous l'engagement du patient dans la prise en charge ?

Grâce à cette question, je pourrai me renseigner sur les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour que la personne s'engage dans sa prise en soin en ergothérapie, ainsi que de manière plus générale, pendant son hospitalisation. L'engagement est un indice du modèle de l'occupation humaine et du modèle de l'équilibre de vie. Cette question est également en lien avec le modèle comportemental car la personne doit être engagée pour modifier des comportements habituels. Cet engagement peut se manifester par la motivation de la personne et de la persistance définies par l'apprentissage social de Bandura.

Question 5 : Quels moyens sont mis en place afin de maintenir le changement sur le long terme ?

De par cette question, je demande aux ergothérapeutes interrogés de me renseigner du suivi éventuel des patients après leur hospitalisation et/ou des moyens auxquels ils ont recours

pour maintenir les bienfaits de l'hospitalisation (en particulier sur l'hyperactivité) après le retour à domicile. Le maintien des changements sur le long terme est en lien avec le modèle comportemental qui théorise des méthodes d'apprentissage de nouveaux comportements. L'organisation et les nouvelles habitudes sont aussi des éléments constituants les modèles de l'occupation humain et de l'équilibre de vie liés à cette question.

Question 6 : Avez-vous quelque chose, des remarques à ajouter ?

III.2. L'analyse des résultats

III.2.1. Le traitement des données brutes

A la suite de la passation des entretiens, je les ai retranscrits (annexes V, VI et VII). Dans la figure 1 nous retrouverons une analyse brute des discours des ergothérapeutes interrogés pour chaque question de l'entretien. De par cette analyse, les phrases importantes sont relevées, cela va me permettre d'effectuer une analyse qualitative détaillée dans les parties qui suivent.

Figure 1 : Tableau de l'analyse brute

Question 1 : Qu'évaluez-vous lors de l'entrée de la personne souffrant d'anorexie mentale dans votre service ?	
Ergothérapeute A	« J'utilise un entretien et dans l'entretien on fait un peu le point des habitudes de vie de la personne donc on parle de ses rôles, de ses habitudes de vie […] » ; « […]mettre la personne en confiance […] » ; « […] c'est plus qualitatif et voilà j'essaie de comprendre un petit peu comment la personne occupe ses journées, ce qu'elle fait, ce qu'elle a fait dans le passé, ses centres d'intérêts, ce qu'elle aime faire, on fait un peu le point de tout ça. On parle aussi un petit peu de son environnement enfin de là où elle vit, avec qui elle vit et puis on parle aussi de ses projets, ce qu'elle aimerait faire par la suite. »
Ergothérapeute B	« […] évaluer l'anxiété-trait-état, […] l'insight, […] qualité de vie […] des habiletés conversationnelles […] l'estime de soi […] affirmation de soi […] le caractère obsessionnel au niveau corporel […] » ; « […] je fais un entretien […] » ; « […] évaluer les troubles potentiels en terme temporel. » ; « […] quelle est sa situation, professionnelle ou étudiante enfin en tous cas ce qu'il fait dans la vie et depuis combien de temps il le fait et s'il est en arrêt […] » ; « […] Je pose quelques questions sur l'environnement

	[…] » ; « […] quel est le motif d'hospitalisation ? Pourquoi ils sont là ? Quel est le diagnostic qui a été posé ? Est-ce que c'est bien clair pour eux ? Depuis quand le diagnostic a été posé ? Est ce qu'il y a une origine à ce diagnostic-là ? S'il y a des comorbidités ? Est-ce qu'il y a eu des hospitalisations précédentes pour ce même motif ? » ; « […] je reclarifie ce qu'est l'ergothérapie […] » ; « […] ; quelles sont leurs activités dans la vie au quotidien avant de venir ici, et s'il y a des choses qu'ils aimeraient faire plus tard : reprendre ou découvrir. Je leur demande quel est leur projet de vie […] »
Ergothérapeute C	« […] je fais une anamnèse […] » ; « […] est ce qu'il y a eu d'autres hospitalisations ? Quels sont les raisons de son hospitalisation ? » ; « […] depuis combien de temps la personne est hospitalisée, depuis combien de temps il y a ce trouble, tout dépend de ce que ce trouble est mais voilà, la situation sociale, la situation familiale, amicale, les proches etcétéra, la situation professionnelle aussi, s'il y en a une ou les études […] » ; « […] sur comment ça se passe depuis qu'ils sont arrivés. Comment est-ce qu'ils ressentent l'hospitalisation ? Est-ce que ça va dans le bon sens selon eux ? Est-ce qu'il y a des choses à changer ? Qu'est-ce qu'ils aimeraient faire ? Qu'est-ce qu'ils ont envie de changer ? » ; « […] je leur demande quelles sont leur attentes en fait, par rapport à l'hospitalisation […] »
Question 2 : Quels sont vos objectifs à court terme avec ces personnes ? **Question de relance** : Par le biais de quelle(s) activité(s) **?**	
Ergothérapeute A	« […] on n'écrit pas d'objectif […] » ; « […] l'idée c'est que la personne reprenne goût à faire des choses, se remette en activité, qu'elle reprenne un rythme acceptable […] » ; « […]on discute de l'intérêt de réinvestir une activité qui a du sens pour elle donc je dis que dans l'activité on peut trouver des composantes émotionnelles, se faire plaisir, se confronter à la réalité, accepter la réalité aussi, je parle des objectifs cognitifs parce qu'on a aussi dans l'anorexie un ralentissement parfois dû à la dénutrition […] » ; « […] d'activités individuelles […] » ; « Donc l'objectif social je le travaille moins avec les anorexiques alors qu'il y a quand même du travail à faire […] » ; « […] essaie ensemble de trouver une activité qui pourrait avoir de sens pour elle. » ; « […] des activités artisanales […] » ; « […] relier à son projet

	personnel […] » ; « […] travailler sur son emploi du temps […] » ; « […] pour la ramener un petit peu sur son identité occupationnelle […] »
Ergothérapeute B	« […] pas d'objectif, c'est les patients qui les fixent. » ; « […] le travail autour de l'estime de soi, ça va être de lutter contre la dysmorphophobie et ça va être le lâcher prise. Et dans le lâcher prise on inclut l'hyperactivité, cette notion de contrôle. » ; « […] sur des modèles TCC […] » ; « […] je leur demande de représenter leur journée type avant de rentrer à l'hôpital. » ; « […] leur horloge elle est très visuelle et elle parle beaucoup aux patients c'est là où ils voient s'il y a une déficience ou pas au niveau de leur temps occupationnel et c'est là où les patients mettent en évidence l'hyperactivité. »
Ergothérapeute C	« […] avec les objectifs thérapeutiques qui sont notés et moi je leur demande de choisir 3 ou 4 objectifs qui pour eux, peuvent répondre à ce qu'ils aimeraient faire en fait. Ces objectifs ils sont très larges : il y a, tout ce qu'il va être, apprendre à favoriser le lâcher prise, prendre confiance en soi, prendre du plaisir, travailler la concentration, favoriser l'autonomie […] ; « […] c'est le patient qui les choisit mais je suis quand même là pour orienter un peu le patient en fonction de sa pathologie […] et aussi en fonction de la prescription […] » ; « […] seulement des activités de groupe […] séances de relaxation […] ateliers multi-activités […] groupes de parole à médiation […] » ; « […] passer un moment agréable et que ça se passe bien, qu'ils puissent être autonomes, qu'ils puissent être indépendants et prendre du plaisir, du bien-être pendant l'activité. »
Question 3 : Comment faites-vous pour améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte d'hyperactivité physique ?	
Ergothérapeute A	« […] on a travaillé sur l'équilibre occupationnel à l'aide d'emploi du temps […] » ; « […] il y a hyperactivité mais on peut attaquer le problème, on va dire, frontalement sur les activités sur lesquelles il y a trop de temps à consacrer mais on peut aussi parler d'autres activités qui n'ont pas assez de place […] » ; « […] l'objectif n'était pas tellement de réduire la marche mais c'était d'augmenter les moments de plaisir. » ; « […] très compliqué car il faut que la personne elle veuille s'engager là-dedans. » ; « […] il y a quand même un déni de cette hyperactivité […] » ; « On voulait qualifier chacune

	des tranches horaires ou chacune des activité en termes de « j'ai pris du plaisir », « je me suis senti compétent », « c'est important pour moi », un peu sur un mode questionnaire MOH de Kielhofner. »
Ergothérapeute B	« Donc en fait, ils définissent à l'aide d'un questionnaire des compétences qu'ils peuvent avoir et du coup on va s'appuyer sur leurs compétences pour travailler justement sur les créneaux qu'ils viennent de juger difficiles. » ; « […] comment s'exprime leur hyperactivité […] » ; « […] comment elle se manifeste. » ; « […] elle n'a pas perdue ce sentiment de contrôle, de puissance […] elle l'a juste décalé pour que ce soit moins pathologique ou moins dangereux pour elle. »
Ergothérapeute C	« […] on est plusieurs à intervenir là-dessus, pour tout ce qui est équilibre occupationnel […] » ; « C'est-à-dire qu'on ne peut pas dire à un patient hyperactif de pouvoir prendre du temps pour lui et de se poser sur certaines choses si nous toute la journée on le sollicite […] » ; « Donc on a un outil sur notre logiciel qui est l'agenda tout simplement, et chacun remplit l'agenda du patient et nous ça nous permet d'avoir une vision globale et donc de pouvoir s'adapter par rapport à ça. » ; « Finalement accompagner le patient pour un petit peu, faire en sorte qu'il soit plus apaisé, pour que les choses se passent plus doucement, plus calmement […] » ; « […] je ne vais pas les mettre plusieurs par groupe parce que ça ne va que les motiver entre eux […] » ; « […] je ne vais pas lui donner toute les étapes d'un coup, ou je ne vais plus lui donner tout le matériel d'un coup […] »
Question 4 : Comment accompagnez-vous le patient à être dans un processus de changement concernant son hyperactivité physique ?	
Ergothérapeute A	« […] ou alors revenir à des déterminants de l'occupation…euh de l'identité occupationnelle […] » ; « […] moi j'essaie de les regarder vraiment comme des êtres occupationnels au sens du MOH.» ; « […] on offre une autre façon de les aborder et on est sur leurs activités. » ; « […] une possibilité d'alliance thérapeutique au sens large […] » ; « […] je ne conditionne pas mon accueil à ce qu'il se passe au niveau du poids et je pense que c'est aussi quelque chose de favorisant pour que la personne reste dans le soin […] ; « […]on continue à se projeter sur la suite, on continue à faire des choses qui ont du sens pour la personne malgré la fluctuation du poids […] » ; « […] je pense

	que le fait de revenir sur les déterminants de leur identité occupationnelle et de les remettre sur quelque chose qui a du sens je pense que ça contribue à augmenter l'alliance thérapeutique. » ; « […] se mette d'accord en équipe […] ; « […] voilà donc est ce que la priorité c'est de limiter la marche ou pas parce que pour l'instant c'est un exutoire qu'il faut essayer de maintenir. »
Ergothérapeute B	« […] tout se joue lors de l'entretien avec la relation. Comme ce n'est pas moi qui fixe leur objectif mais c'est le patient qui me les fixe je ne peux qu'espérer leur engagement. C'est aussi un cadre que j'autorise […] » ; « […] climat un peu plus léger pour qu'ils se sentent assez libres de me dire tout ce qu'il veut […] » ; « […] qu'en les responsabilisant dès le départ c'est-à-dire en leur donnant leurs droits et leurs devoirs et en les réincluant, en pensant d'abord à eux et à leurs désirs et puis en travaillant pour ce qu'ils veulent. »
Ergothérapeute C	« […] on est à l'écoute de la personne […] » ; « […] mettre le patient dans une position d'être acteur de ce qu'il va faire, de ce qui va être mis en place. » ; « […] l'engagement déjà il se travaille tout le long. » ; « […] que le terme d'équipe est important […] » ; « […] relation thérapeutique est primordiale […] » ; « […] le patient va transférer des choses sur moi […] »
Question 5 : Quels moyens sont mis en place afin de maintenir le changement sur le long terme ?	
Ergothérapeute A	« […]je les perds de vue après l'hospitalisation. » ; « […] on a mis en place finalement ce suivi des emplois du temps en ambulatoire […] » ; « […] je trouve que les évolutions positives sont plus rares chez les patients anorexiques. » ; « […] manque de flexibilité mentale, très grand rigidité, un perfectionnisme […] » ; « […] des rituels installés […] » ; « […] notre rôle c'est aussi d'essayer d'assouplir […] »
Ergothérapeute B	« […] Donc moi quand je les vois quand on est en phase aiguë de la pathologie […] » ; « […] avant la sortie on recrée des horloges avec le rythme de vie qui peut être envisageable à la sortie donc je leur dis « essayez d'appliquer ça, on verra bien ». » ; « Malheureusement moi je n'arrive pas à voir au domicile comment ça se maintient. »

Ergothérapeute C	« […] c'est vrai que le après il va être plus difficile à suivre par contre ce que nous on fait et notre objectif c'est qu'on ne laisse pas partir les patients qui n'ont pas de rendez-vous psychiatre qui n'ont pas de… qui ont des démarches administratives…encore en cours. » ; « […] s'il y a des choses au niveau logement, revenus, sécurité, voilà toutes ces choses-là qui ne sont pas encore fixes on ne laisse pas sortir la personne […] » ; « […] personnes qui ont des difficultés sociales très importantes et donc en fait voilà, l'aspect social est primordial, que la personne sorte avec un cadre de vie serein ça fait aussi partie des moyens que l'on met en place pour que comme tu disais que ce changement il soit à long terme. » ; « […] certaines activités que je propose aux patients sont des activités qui n'ont pas besoin de prérequis pour ces activités là et aussi c'est des activités qui ne coûtent pas trop chères et qui sont réalisables au domicile. » ; « […] aussi là pour regarder avec eux s'il n'y a pas des associations, leur donner quelques références de matériels pour qu'ils puissent en faire […] » ; « […] d'apprendre les techniques qu'ils puissent réutiliser ensuite […] » ; « […] il y a beaucoup de comorbidités malheureusement dans les patients qu'on voit et c'est ça aussi qui rend la prise en charge difficile. »

Ces résultats bruts seront utiles afin de poursuivre les analyses quantitatives et qualitatives ci-dessous.

III.2.2. L'analyse quantitative

En utilisant le logiciel d'analyse sémantique « Tropes », les éléments les plus cités par les ergothérapeutes sont mis en avant ce qui représente donc ce qui est le plus significatif pour eux.

III.2.2.1. L'analyse de l'entretien n°1

Lors de l'entretien avec le premier ergothérapeute, un style plutôt argumentatif a été identifié, c'est donc un récit qui compare différents éléments et qui critique les arguments amenés. L'ergothérapeute A a cité 31 termes liés à la santé, 35 mots relatifs au temps, 14 termes concernant les sentiments.

Les termes les plus significatifs ressortis lors de l'entretien n°1 correspondent au temps que la personne accorde à son hyperactivité et concernent le ressenti que les personnes atteintes d'anorexie mentale peuvent éprouver durant la réalisation des leurs activités. Le terme de la santé représente le patient, l'équipe soignante et l'alliance thérapeutique.

III.2.2.2. L'analyse de l'entretien n°2

Les mots les plus employés dans ce discours argumentatif par l'ergothérapeute B sont des termes liés à la santé avec 55 mots, 35 mots sont équivalents au temps et 13 mots font référence au sport.

Ce discours fait ressortir de nouveau la notion d'organisation du temps des patients atteints d'anorexie mentale et le sport qui fait référence au symptôme d'hyperactivité physique.

III.2.2.3. L'analyse de l'entretien n°3

Le logiciel Tropes indique dans ce 3ème entretien argumentatif, 94 mots sur le thème de la santé, 20 mots sont en lien avec le temps et 14 mots sont équivalents au mot « gens ».

Ce qui signifie que le temps est encore une notion centrale et significative pour cet ergothérapeute et que la prise en soin est centrée sur la personne qui est actrice de son parcours de santé.

III.2.3. L'analyse qualitative

Je vais ici analyser qualitativement les réponses à chaque question afin d'en retirer le contenu des discours de chaque ergothérapeute afin de les mettre en commun et de les comparer.

III.2.3.1. L'analyse des réponses à la question n°1

La question n°1 qui s'intitule « Qu'évaluez-vous lors de l'entrée de la personne souffrant d'anorexie mentale dans votre service ? » me permet de me renseigner sur les éléments collectés par les ergothérapeutes lors d'une première rencontre avec la personne.

L'ergothérapeute A réalise un entretien oral permettant de renseigner les rôles de la personne, ses habitudes de vie, comment la personne occupe ses journées, ce qu'elle faisait par le passé, ses centres d'intérêts et ses futurs projets. L'ergothérapeute pose également des questions sur les environnements physique et humain de la personne. Pour lui, le but de cet entretien est de mettre la personne en confiance.

L'ergothérapeute B, évalue lors de son entretien les troubles potentiels en termes de repérage temporel. Autrefois elle évaluait l'insight, l'anxiété, la qualité de vie, les habiletés conversationnelles, l'estime de soi, l'affirmation de soi et le caractère obsessionnel au niveau corporel à l'aide de bilans validés. Désormais elle perçoit les symptômes, les difficultés de la personne grâce à l'entretien oral. Lors de ce dernier, elle pose des questions concernant les environnements de la personne et sur son hospitalisation, ce qu'elle a compris de son diagnostic, s'il y a déjà eu une hospitalisation avant avec une prise en charge ergothérapique. Suite à cela, elle explique ce qu'est l'ergothérapie. Pour finir elle questionne la personne sur ses activités de la vie quotidienne avant l'hospitalisation et ses projets de vie après l'hospitalisation.

L'ergothérapeute C fait une anamnèse en demandant depuis combien de temps la personne est hospitalisée, quelles sont les raisons de cette hospitalisation et s'il y en a eu d'autres auparavant. Elle questionne aussi la personne sur sa situation sociale, professionnelle et son environnement humain. L'ergothérapeute souligne l'importance de l'écoute de la personne. Dans la structure où elle travaille, il y a beaucoup de patients avec des comorbidités psychiatriques, elle me confie donc que c'est complexe de mettre en place des bilans d'entrée. En effet, pour cela il faut pouvoir identifier quels troubles sont de l'ordre de la pathologie d'anorexie mentale ou d'une autre pathologie psychiatrique.

III.2.3.2. La synthèse des réponses à la question n°1

Les trois ergothérapeutes interrogés réalisent un entretien oral avec la personne. Il guide leur recueil de données avec des questions concernant les éléments du MOH. En effet, ils questionnent les rôles, les habitudes de vie, les centres d'intérêt, les activités plaisirs de la personne, les activités qui constituent sa journée type mais aussi ses environnements physique et humain. Ses futurs projets, ces activités liés au travail ou à l'éducation (passées et présentes).

Des questions concernant leur vécu actuel en lien avec leur hospitalisation sont également posées à la personne par les ergothérapeutes B et C. Des questions portant sur d'éventuelles hospitalisations antérieures, sur ce que la personne a compris de son diagnostic, ce qu'est l'ergothérapie. Ces deux ergothérapeutes réalisent leur premier entretien avec la personne dans la semaine qui suit son entrée dans le service pour questionner cette dernière sur l'habituation au cadre hospitalier auquel elle est soumise ainsi que sur ces attentes par rapport à l'hospitalisation.

L'objectif de ce premier entretien est le même pour ces trois ergothérapeutes : mettre la personne en confiance afin de construire une relation thérapeutique de qualité.

III.2.3.3. L'analyse des réponses à la question n°2

La question n°2 et la question de relance correspondante sont respectivement « Quels sont vos objectifs à court terme avec ces personnes » et « Par le biais de quelle(s) activité(s) ? ». Les réponses des différents ergothérapeutes m'informent sur les objectifs les plus couramment associés à la problématique de l'anorexie mentale ainsi que les moyens pour atteindre ces objectifs.

L'ergothérapeute A ne formule pas d'objectif explicitement. Il discute avec la personne de l'intérêt de réinvestir des activités signifiantes et ainsi de la notion de plaisir liée à l'activité, de la confrontation à la réalité. Reprendre un rythme acceptable est également un des objectifs de la remise en activité de la personne atteinte d'anorexie mentale avec une hyperactivité physique. Un objectif cognitif peut être un enjeu de la prise en soin si la dénutrition a induit un ralentissement cognitif. Pour ce faire, cet ergothérapeute peut utiliser des activités individuelles artisanales, ou faire des activités qui permettent d'autonomiser la personne directement reliées à son projet de vie personnelle, comme par exemple rédiger un CV, remplir un formulaire administratif pour retrouver du travail…etc. Les activités peuvent avoir le bénéfice de ramener la personne à son identité occupationnelle antérieure à la pathologie ou à l'hospitalisation. Concernant plus particulièrement l'hyperactivité physique, la réalisation d'emploi du temps peut être utilisée.

Concernant l'ergothérapeute B, elle laisse à la personne le libre choix de ses propres objectifs ergothérapiques. Les objectifs les plus souvent cités par les personnes atteintes d'anorexie mentale sont le travail de l'estime de soi, la lutte contre la dysmorphophobie et le lâcher prise. Une des activités qui est basée sur un modèle TCC est utilisée par l'ergothérapeute pour travailler sur la notion de l'hyperactivité physique. Cette activité consiste pour la personne à représenter sa journée type avant l'hospitalisation sur une feuille sous forme d'horloge. Grâce à cette horloge la personne va prendre conscience du déséquilibre occupationnel dans sa journée.

L'ergothérapeute C laisse le choix des objectifs à la personne parmi des objectifs thérapeutiques qu'elle leur propose. Ces objectifs sont larges et sont : favoriser le lâcher prise, prendre confiance en soi, prendre du plaisir, travailler la concentration et favoriser l'autonomie. Les séances d'ergothérapie sont des activités de groupe. Il y est proposé un atelier multi-activités où le patient est orienté vers différentes activités manuelles en lien avec ses objectifs. L'ergothérapeute anime également des séances de relaxation ainsi que des groupes de parole à

médiation. Hormis les objectifs individuels de chacun, l'objectif global des ateliers est que la personne prenne du plaisir dans l'activité et qu'elle puisse être autonome et indépendante.

III.2.3.4. La synthèse des réponses à la question n°2

Les ergothérapeutes B et C laissent le choix des objectifs thérapeutiques, elles ont alors pour rôle d'accompagner et de guider la personne dans son choix pour que les objectifs choisis soient en lien avec la prescription du psychiatre. L'ergothérapeute A travaille individuellement avec les patients et donc ne travaille pas l'objectif social avec les personnes souffrant d'anorexie mentale. Il met l'accent sur le travail en lien avec le projet de vie personnel du patient. L'ergothérapeute B travaille la notion du lâcher prise en faisant ressortir l'hyperactivité physique de la personne via une horloge représentative de sa journée. Tout comme l'ergothérapeute B, l'ergothérapeute A peut demander à la personne de représenter sa journée via un emploi du temps. Quant à l'ergothérapeute C elle mène des ateliers de groupe en adaptant les activités aux objectifs des personnes.

III.2.3.5. L'analyse des réponses à la question n°3

« Comment faites-vous pour améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte d'hyperactivité physique ? » est la question n°3 de l'entretien. Elle me permet d'en apprendre plus sur les moyens mis en place pour travailler l'équilibre occupationnel de la personne souffrant d'anorexie mentale et d'hyperactivité physique.

L'ergothérapeute A travaille sur l'équilibre occupationnel de la personne mais pas forcément sur l'hyperactivité physique. En effet, avec l'outil qui est l'emploi du temps, il préfère se focaliser sur les activités auxquelles la personne consacre peu de temps plutôt que se focaliser sur les activités surinvesties par la personne. L'emploi du temps permet alors à la personne de représenter sa journée type et ainsi, de pouvoir augmenter de plus en plus et objectiver les moments de plaisir au lieu de réduire les moments consacrés à l'hyperactivité physique. Chacune des tranches horaires du planning peut être qualifiées, à la façon du MOH, en termes de plaisir, de sentiment de compétence ou d'importance porté à l'activité par la personne. Cependant, le déni de l'hyperactivité physique est un motif d'échec avec ce type de moyen qui est le planning. En effet, la réussite avec ce type d'outil dépend de l'engagement de la personne.

L'ergothérapeute B utilise l'horloge représentant la journée type de la personne et demande à la personne quels créneaux de sa journée juge-t-elle difficiles à vivre.

L'ergothérapeute fait remplir à la personne un questionnaire basé sur le concept de développement personnel qui va la renseigner sur les ressources, les compétences de la personne qui seront utilisées pour travailler la notion d'hyperactivité physique. Le but est de savoir comment s'exprime, se manifeste l'hyperactivité physique pour pouvoir diminuer peu à peu les temps qui lui sont consacrés dans la journée. Néanmoins, l'ergothérapeute B témoigne l'utilisation de l'hyperactivité physique par la personne pour l'inclure dans une activité non-pathologique. En effet, la personne peut faire du sport, son activité principale de sa journée sans mettre sa santé en danger en adaptant son régime alimentaire à son hobbie. La personne retrouve un équilibre occupationnel en faisant du sport une activité de plaisir sans que sa santé en soit impactée.

L'ergothérapeute C établit une réflexion en équipe sur les temps de soin de la personne. En effet, des temps de repos sont instaurés dans la journée entre les ateliers pour ne pas augmenter l'hyperactivité physique de la personne. Pour se faire, chaque patient de la clinique possède un agenda auquel chaque professionnel a accès. Cette vision globale permet à l'équipe soignante d'être cohérente et d'adapter leur temps d'atelier hebdomadaire avec la personne. Face à une personne qui veut faire plusieurs activités rapidement, l'ergothérapeute C va accompagner la personne et adapter l'atelier en lui donnant que quelques étapes de la réalisation et que le matériel nécessaire pour une seule activité. L'ergothérapeute formera des groupes d'atelier hétérogènes afin de ne pas entraîner l'hyperactivité physique.

III.2.3.6. La synthèse des réponses à la question n°3

Les trois ergothérapeutes utilisent le même outil pour faire retrouver à la personne un équilibre occupationnel. En effet, les ergothérapeutes A et B demandent à la personne leur journée type avant l'hospitalisation et essaie de travailler sur les activités prenant trop ou au contraire, pas assez de place. L'ergothérapeute C se coordonne avec l'équipe soignante afin de ne pas surcharger d'ateliers la journée de la personne.

III.2.3.7. L'analyse des réponses à la question n°4

La question n°4 « Comment accompagnez-vous le patient à être dans un processus de changement concernant son hyperactivité physique ? » et la question de relance « Comment améliorez-vous l'engagement du patient dans la prise en charge ? ». Pour éviter un échec de la prise en soin, il est nécessaire que la personne s'engage dans sa prise en charge en devenant

actrice de celle-ci ; les réponses des ergothérapeutes vont me renseigner sur les méthodes qu'ils mettent en place pour cela ?

L'ergothérapeute A témoigne qu'en ergothérapie, le faire est un moyen pour la personne de se trouver dans le présent ou de préparer l'avenir et de revenir aux déterminants de l'identité occupationnelle. Pour inclure la personne dans sa prise en soin, on a l'opportunité en ergothérapie de les aborder par le biais de leurs activités. Une bonne alliance thérapeutique augmentée par le fait de travailler sur des choses qui ont du sens pour la personne est également très importante pour l'engagement. De plus, l'ergothérapeute ne conditionne pas l'accueil à l'évolution du poids comme peut le faire le médecin par exemple, ce qui permet à la personne de rester dans le soin quoiqu'il advienne de son poids ou de son alimentation. Il rajoute qu'une décision en équipe est également primordiale. Il est effectivement important de savoir ce que les autres intervenants travaillent avec la personne pour ne pas dissiper les bénéfices en voulant supprimer ce comportement d'hyperactivité physique. Tout au long de la prise en soin, des efforts importants sont demandés à la personne par les différents intervenants. Il est alors nécessaire d'offrir à la personne un temps pour qu'elle investisse un autre champ psychique que l'alimentation.

L'ergothérapeute B me rappelle que ce sont les personnes qui choisissent eux-mêmes leurs objectifs. De ce fait, cela augmente la probabilité d'engagement de la personne dans sa prise en soin. De plus, elle met en place un cadre thérapeutique qui autorise et incite la personne à exprimer leurs ressentis pendant tout le long de la prise en soin.

L'ergothérapeute C, met en place des activités qui vont positionner la personne en tant qu'actrice de sa prise en soin. De plus, être à l'écoute de la personne, notamment pendant l'entretien puis tout au long de l'hospitalisation permet d'avoir un engagement plus important. Cette écoute contribuera à l'élaboration d'une bonne relation thérapeutique. L'ergothérapeute ajoute que la cohérence de l'équipe soignante est importante pour aider le patient à faire des liens au sein des différents intervenants de la prise en soin. Pour se faire, les liens doivent exister aussi entre les soignants, donc s'investir dans une équipe interdisciplinaire. Cela inclut d'aller questionner les soignants sur ce qu'ils font et de leur dire ce qui est fait en ergothérapie. L'ergothérapeute C précise qu'il y a des transferts qui s'effectuent par les patients, basés sur des caractéristiques qu'elle ne peut pas maîtriser tel que l'âge de la thérapeute, son sexe, son physique…etc.

III.2.3.8. La synthèse des réponses à la question n°4

Les trois ergothérapeutes soulignent l'importance de la relation thérapeutique. L'ergothérapeute A aborde la personne comme un être occupationnel au sens du MOH et donc cible sa prise en soin sur les activités de la personne. L'ergothérapeute B inclut la personne en lui donnant ses droits et ses devoirs au sein du cadre de son hospitalisation ; et le fait de travailler sur ce qu'elle souhaite vraiment changer favorise un engagement. Concernant l'ergothérapeute C, l'engagement de la personne se travaille au préalable au sein de l'équipe soignante. L'ergothérapeute A souligne également l'importance de l'interprofessionnalité afin que les différents intervenants se complètent dans la prise en soin. L'ergothérapeute B et C se rejoignent en précisant que l'écoute de la personne améliore une relation thérapeutique et ainsi augmente l'engagement de la personne en la plaçant principale actrice de sa prise en soin.

III.2.3.9. L'analyse des réponses à la question n°5

La 5ème et dernière question porte sur un suivi éventuel des personnes après leur hospitalisation pour évaluer le maintien des changements effectués pendant la prise en soin. Elle est rédigée comme ceci : « Quels moyens sont mis en place afin de maintenir le changement sur le long terme ? »

L'ergothérapeute A me confie qu'il n'a plus de contact avec les personnes suivies après l'hospitalisation. Une fois, il a eu l'occasion de continuer une prise en charge en ambulatoire avec une personne et à continuer le suivi avec l'emploi du temps. Il est important de noter que du fait d'une grande rigidité psychique de la personne atteinte d'anorexie mentale, la notion de changement est difficile à ancrer. L'ergothérapeute A essaie de se confronter avec la personne de la contredire sans pour autant rejeter la communication afin de travailler la flexibilité mentale.

L'ergothérapeute B essaie de préparer la sortie en reprenant les horloges représentant leurs rythmes de vie souhaités à leur domicile. Cependant elle n'a pas la possibilité de vérifier le maintien des acquis à domicile.

Pour l'ergothérapeute C, les personnes hospitalisées ne bénéficient pas de suivi suite à l'hospitalisation. Cependant, l'équipe soignante veille à ce que les personnes aient un suivi psychiatrique ou des démarches en cours pour avoir un suivi à l'extérieur de la structure. L'ergothérapeute et l'équipe veillent aux bonnes conditions de vie après l'hospitalisation telles que le logement, les revenus, l'aspect social et la sécurité de la personne. Tant que ces éléments ne sont pas garantis, la sortie de la personne est repoussée. De plus, les activités proposées par

l'ergothérapeute sont peu coûteuses et réalisables au domicile, en effet, l'ergothérapeute apprend aux personnes les techniques utilisées lors des ateliers. L'ergothérapeute peut également renseigner la personne intéressée pour continuer une activité après l'hospitalisation et entreprendre des recherches d'associations ou des matériels pour favoriser la reprise après l'hospitalisation. Cependant, l'ergothérapeute C décrit une prise en soin complexe de par les comorbidités des patients qu'elle prend en charge dans sa clinique.

III.2.3.10. La synthèse des réponse à la question n°5

Aucun ergothérapeute interrogé ne bénéfice d'un système de suivi. Les ergothérapeutes se rejoignent en disant que l'équipe médicale perd le suivi des patients après l'hospitalisation. Ils notent que l'anorexie mentale entraîne une prise en charge complexe et est difficile à guérir sans qu'il n'y ait des rechutes et d'autres hospitalisations à postériori. L'ergothérapeute C veille à ce que la personne ait un cadre de vie serein afin que le changement se maintienne sur le long terme. En effet, les personnes accueillies en hospitalisation ont souvent des difficultés sociales importantes. L'ergothérapeute A, pour faciliter le changement, conseille de travailler sur la flexibilité mentale souvent absente chez la personne souffrant d'anorexie mentale.

IV. LA DISCUSSION

Dans cette dernière partie, le but est de répondre à ma question de recherche. Pour rappel, cette dernière s'intitule : « Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? ». Pour cela, je vais devoir confronter les résultats obtenus dans les analyses précédentes en les confrontant avec les éléments théoriques des modèles conceptuels les données probantes citées en première partie. Ces liens permettront de formuler une réponse à ma question de recherche.

IV.1. La confrontation des résultats avec les modèles conceptuels

Les résultats de mon étude témoignent de la pertinence du choix des modèles, à savoir le modèle de l'occupation humaine, de l'équilibre de vie et comportemental. En effet, les éléments de réponse cités par les ergothérapeutes interrogés font référence aux éléments composants chaque modèle.

IV.1.1. Le modèle de l'occupation humaine

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Kielhofner, est composé de plusieurs éléments : la volition, l'habituation, la capacité de rendement et les dimensions de l'agir et du devenir.

Selon les trois ergothérapeutes, lors de l'entretien oral, ils se renseignent sur les valeurs et les intérêts de la personne en lui demandant les activités qu'elle faisait avant l'hospitalisation et en lui proposant des activités signifiantes pour elle. Les questions sur l'emploi ou les études ainsi que sur l'environnement familier sont posées par tous les ergothérapeutes ce qui correspond à la notion de rôle et les obligations sociales décrits dans le MOH. La personne anorexique est alors prise en soin comme un être occupationnel dans toutes ses dimensions de l'être, de l'agir et du devenir. Cette vision de la personne par l'ergothérapeute permet de la placer en tant qu'actrice de sa prise en soin en augmentant son engagement qui est un des constituants de la participation occupationnelle.

Pour suivre des objectifs thérapeutiques que la personne s'est fixée ou que le thérapeute lui fixe il faut que la personne fasse appel à sa volition. En effet, la motivation à agir est une notion prise en compte dans le modèle de l'occupation humaine. Pendant l'hospitalisation, ses occupations vont se voir modifier et de ce fait, ses comportements automatiques acquis dans un environnement familier seront à adapter à ce nouvel environnement. L'ergothérapeute B et C prennent en compte ce changement de lieu de vie pouvant impacter les routines et donc les comportements de la personne. La capacité de rendement définit si la personne est capable d'atteindre les objectifs fixés. Elle est d'autant plus importante que deux des trois ergothérapeutes interrogés laisse le choix des objectifs thérapeutiques au patient lui-même. La personne doit, pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, être en connaissance de ses moyens, pour cela, elle doit faire appel à ses ressentis face à ses expériences passées. Selon ses ressentis, la personne va être motivée ou non face aux activités. Elle doit aussi prendre cela en compte pour remplir ses devoirs induits par l'hospitalisation. Comme l'explique l'ergothérapeute B, il est important de responsabiliser le patient en incluant des droits et des devoirs, cela permet d'augmenter son engagement. La notion de plaisir fait partie des objectifs les plus courant concernant la personne souffrant d'anorexie mentale avec hyperactivité physique. Si cet objectif est atteint il peut alors modifier son expérience subjective définie dans le MOH comme étant les ressentis de la personne par rapport à l'occupation. Le patient se doit, pour obtenir un équilibre occupationnel satisfaisant, d'organiser sa vie et de respecter des

obligations sociales afin de pouvoir réinvestir ses rôles de manière adaptée dès le retour à domicile.

De plus, le modèle de l'occupation humaine a été cité deux fois dans le discours de l'ergothérapeute A qui a aussi énoncé la notion d'identité occupationnelle pour m'expliquer que dans sa pratique il est important de remémorer à la personne qu'elles étaient ses occupations signifiantes. L'ergothérapeute A précise s'intéresser aux personnes comme des êtres occupationnels ce qui augmente leurs engagements. Lors de l'utilisation de l'outil du planning pour gérer l'hyperactivité physique de la personne, l'ergothérapeute lui demande d'analyser les créneaux horaires en s'inspirant du questionnaire du MOH avec les éléments des ressentis par rapport à chaque activité journalière.

IV.1.2. Le modèle de l'équilibre de vie

Ce modèle est constitué de deux principaux critères qui sont les besoins élémentaires et l'organisation.

Les trois ergothérapeutes sont à l'écoute des projets de vie futurs de la personne. Ils cherchent tous à avoir une idée précise de comment la personne se représente dans son quotidien afin d'établir un plan de soin adapté à ses attentes. L'ergothérapeute C utilise dans sa pratique des activités qui peuvent être retranscrites dans la vie quotidienne et ainsi aider la personne à redessiner son schéma d'activités quotidiennes sur le long terme. La particularité de ce modèle qui est intéressante ici est la satisfaction de la personne dans ses activités et notamment du temps consacré à celles-ci. En effet, les ergothérapeutes A et B demandent aux patients d'objectiver les activités de leur journée sur un support visuel. Cela permet une prise de conscience de la personne qui peut s'avérer difficile, surtout en ce qui concerne les moments pendant lesquels se manifeste son hyperactivité physique. Suite à cette représentation, la personne subit une prise de conscience des créneaux qu'elle juge comme difficile à vivre. C'est la congruence et l'équivalence qui sont évaluées ici. En effet, l'ergothérapeute demande si le temps consacré à chaque activité est satisfaisant pour la personne (congruence) et si elle trouve que ses occupations sont réparties homogènement dans sa journée (équivalence). Selon le Matuska, ces deux paramètres doivent être satisfaits pour atteindre un équilibre de vie convenable aux yeux de la personne. L'ergothérapeute A essaie d'augmenter les temps de plaisir en incluant d'autres activités dans l'emploi du temps ce qui fait diminuer les temps consacrés à l'hyperactivité physique, vécus comme difficiles par la personne. L'utilisation d'emploi du temps est alors pertinente concernant le modèle de l'équilibre de vie qui place le

temps comme un critère déterminant de l'équilibre de vie et de satisfaction de la personne. Cependant l'ergothérapeute B a rencontré des personnes souffrant d'anorexie mentale et d'hyperactivité physique qui, trouvaient leurs moments de sport intense agréables suite à un changement d'habitude de vie, en rendant l'activité sportive plus saine en adoptant un régime alimentaire adéquat. De ce fait, un symptôme pathologique peut devenir une activité de plaisir avec des changements de cadre et d'habitudes de vie.

Se sentir compétent, engagé et mis au défi sont les objectifs que la personne doit ressentir pendant la réalisation des activités selon les ergothérapeutes A et C. Ces critères constituent les besoins élémentaires décrits dans le modèle de l'équilibre de vie par Matuska et Christiansen. Les activités mises en place dans le cadre d'une intervention ergothérapique sont des activités qui se veulent être les plus signifiantes possibles et permettent à la personne de créer du sens.

L'organisation est un concept important du modèle de l'équilibre de vie et de la prise en soin de la personne. En effet, avoir une organisation de son temps et de son énergie, peut permettre à la personne de répondre à des objectifs de changement. De ce fait, la personne peut changer ses comportements qu'elle juge pathologiques tel que l'hyperactivité physique qui est une activité demandant beaucoup de temps et d'énergie en empiétant sur toute autre activité. Ce changement est influencé par les composantes internes de la personne comme sa personnalité, ses valeurs et ses intérêts qui sont pris en compte pendant l'entretien puis tout le long de la prise en charge par l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes B et C se renseignent sur l'équilibre occupationnel de la personne suite au nouveau cadre de vie imposé par l'hospitalisation. En effet la personne doit faire preuve d'adaptation pour se plier aux règles et aux droits de ce nouveau cadre. Le réinvestissement de certaines activités demande de l'organisation.

IV.1.3. Le modèle comportemental

L'hyperactivité physique est le symptôme de l'anorexie mentale auquel s'intéresse mon étude. Ce symptôme se manifeste par un comportement observable de la personne surinvestissant l'activité sportive.

L'ergothérapeute B définit cette hyperactivité comme un moyen de contrôle pour la personne, elle travaille donc le lâcher prise pour effectuer un changement de ce comportement. Cette notion de contrôle, l'ergothérapeute A y fait référence en parlant de rigidité, de manque de flexibilité mentale et de perfectionnisme. Selon lui, il faut essayer d'assouplir cette rigidité

de pensée pour initier un processus de changement de comportement. L'ergothérapeute B renseigne que cette hyperactivité peut se manifester de manière obsessionnelle. Le patient peut en effet, se donner comme objectif journalier de faire un nombre précis de pas ou de rester debout un nombre d'heures défini. Ce caractère obsessionnel est un conditionnement du comportement qui est devenu réflexe, déclenché par un stimulus conditionnel qui peut être un créneau horaire pendant lequel la personne a l'habitude de se consacrer à son hyperactivité physique. Au sein de la structure de l'ergothérapeute A, il y a des « crises autorisées » qui font office de renforcements positifs. En effet, il dit que le but est de limiter les crises, donc de limiter un comportement pathologique. L'équipe soignante autorise toutefois une crise de purge par semaine dans le but de « récompenser » la personne pour ses efforts de diminution de fréquence des crises au cours de la prise en soin. Cette méthode permet d'augmenter les efforts faits par les personnes. Dans cette même structure un modèle comportemental semble être utilisé par le médecin qui établit un contrat avec la patiente en lui retirant des éléments du quotidien si elle ne prend pas du poids. Cette méthode fait référence à la notion de « punition » négative décrite par Skinner qui a pour but de diminuer la fréquence d'apparition du comportement qui est ici, le fait de ne pas manger, de se faire vomir ou de faire du sport afin de ne pas prendre de kilos. Cependant la personne dont me parle l'ergothérapeute A, ne parle pas de contrat mais de chantage. Cette méthode mal vécue par la personne peut alors casser la relation thérapeutique qui est un facteur favorisant de l'engagement. L'ergothérapeute A, en revanche, ne conditionne pas son accueil au poids que prend ou non la personne. D'ailleurs l'ergothérapeute ne parle pas d'alimentation lors de ces ateliers ce qui augmente l'alliance thérapeutique avec les personnes souffrant d'anorexie mentale.

Seul l'ergothérapeute B dit travailler la diminution de l'hyperactivité physique mais pas selon un modèle comportemental. L'ergothérapeute A ne parle pas de changement du comportement en soi mais d'un travail sur l'équilibre occupationnel en augmentant le temps de plaisir pour diminuer automatiquement les temps consacrés à ce comportement pathologique qu'est l'hyperactivité physique. Cette notion de plaisir, souvent définis comme objectif thérapeutiques par les ergothérapeutes peut faire office de renforcement positif ajoutant ce stimulus qui est le sentiment de plaisir sur la personne. Ce renforcement va alors augmenter la probabilité d'apparition des activité de plaisir. De ce fait, le temps consacré à l'hyperactivité physique diminuera. Il n'y a donc aucun des apprentissages décrits par Skinner identifié dans la pratique des trois ergothérapeutes interrogés.

Bandura décrit l'efficacité personnelle comme des éléments inhérents à la personne comme les choix de son environnement et de ses activités, son engagement, l'effort d'atteindre ses objectifs fixés et ses ressentis lors de rencontre de difficultés. La personne admise en hospitalisation complète voit son environnement changer et doit s'adapter à ce changement. C'est une difficulté à surmonter pour atteindre ses objectifs et elle doit persister pour surmonter celle-ci. Aucun des ergothérapeutes n'a fait référence directement aux apprentissages symboliques ou aux processus autorégulateurs décrits par Bandura.

Néanmoins l'ergothérapeute A rappelle que la décision d'un changement de comportement doit se prendre en équipe. En effet, en discutant avec l'équipe il peut y avoir des contre-indications à l'arrêt d'un comportement. C'est le cas d'une personne qui utiliserait son hyperactivité physique comme un exutoire et qui ne pourrait donc pas l'abandonner sans faire un travail au niveau psychologique au préalable.

IV.2. La confrontation des résultats avec les données probantes

Le déséquilibre de vie dont font face les personnes souffrant d'anorexie mentale sont prise en compte dans les recommandations des bonnes pratiques de la HAS (2010). En effet, la Haute Autorité de Santé et les ergothérapeutes interrogés ont noté le désinvestissement des activités de loisirs. La notion de plaisir dans l'activité est en effet, un sentiment qu'il faut redonner à la personne. Pour cela il faut rééquilibrer les occupations en augmentant les activités de loisirs et en diminuant l'investissement dans les activités productives. L'équilibre de vie passe par une réorganisation du temps et de l'énergie consacrés à chaque activité de la vie quotidienne. C'est ce que les ergothérapeutes travaillent via leurs activités et via le travail en collaboration avec l'équipe soignante. Le déséquilibre de vie est également dû à une hyperactivité physique excessive dont souffre 80% des patients atteints d'anorexie mentale (Davis & al, 1998). En effet, cette hyperactivité physique dont souffrent les patients provoque aussi un déséquilibre de vie car ils pratiquent l'activité physique au détriment des autres activités de la vie quotidienne en délaissant leur sphère sociale et leur santé (Veale, 2001 ; Véléa, 2002). Les ergothérapeutes travaillant avec une population souffrant de troubles des conduites alimentaires me confirment que la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale et ayant un symptôme d'hyperactivité physique est très fréquente si ce n'est systématique. Cette hyperactivité physique est indispensable à traiter selon les ergothérapeutes interrogés car elle peut compromettre le traitement concernant la reprise de poids.

C’est pourquoi il est important d’évaluer ce degré de déséquilibre comme le font les ergothérapeutes interrogés via l’entretien oral afin de rétablir un équilibre de vie satisfaisant pour la personne. Les ergothérapeutes sont habilités à travailler sur le réinvestissement des rôles occupationnels par les personnes atteintes d’un handicap (Clark & Nayar, 2012). En effet, le référentiel de compétence d’ergothérapie décrit la capacité à « identifier les activités signifiantes » de la personne. Comme le décrit le site ergopsy qui informe sur la pratique ergothérapique en psychiatrie, les objectifs thérapeutiques sont définis en collaboration avec le patient. L’arrêté du 5 juillet 2010 décrit la compétence ergothérapique de « Formuler des objectifs […] adaptés au projet de vie de la personne […] en collaboration étroite avec la personne ». C’est ce que font, en effet, tous les ergothérapeutes interrogés qui expriment clairement des objectifs thérapeutiques. D’après ergopsy, les objectifs thérapeutiques portent généralement sur la réduction du comportement visible délétère pour la santé, rétablir un fonctionnement intrapsychique, entreprendre une réhabilitation et réinvestir les sentiments de détente et de plaisir dans les activités. Les ergothérapeutes ayant participé à mon étude travaillent en effet sur la notion de plaisir. L’ergothérapeute A cherche à modifier le fonctionnement intrapsychique en essayant d’effacer la rigidité de pensée et les rituels dont font preuve les personnes souffrant d’anorexie mentale. En effet, les rituels et la rigidité ont des conséquences négatives avec isolement social et abandon des activités (HAS, 2010). Les ergothérapeutes A et B mettent en place des activités pour faire prendre conscience de l’hyperactivité physique et ainsi la diminuer. Tous ces objectifs visent la réhabilitation sociale pour faire perdurer les bénéfices de l’hospitalisation à domicile même si c’est une prise en charge complexe. L’ergothérapeute C s’assure du suivi des patients après l’hospitalisation complète afin d’éviter les rechutes.

Différentes méthodes de prise en charge pouvant être utilisées par les ergothérapeutes sont décrites dans la littérature.

Un des premiers traitement de l’anorexie mentale s’appuyait sur le modèle comportemental en mettant en place un système de récompense afin de conditionner la personne à avoir des comportements bénéfiques pour sa santé (Charcot, 1850). Le médecin travaillant avec l’ergothérapeute A met en place une méthode comportementale similaire. L’ergothérapeute, quant à lui, ne conditionne pas ses activités à l’amélioration de l’état de santé de la personne ce qui permet de maintenir une alliance thérapeutique.

L’approche motivationnelle est utilisée par les trois ergothérapeutes tout au long de leur prise en charge. En effet, l’entretien par lequel ils débutent leurs prises en soin leur permet

d'identifier les ressources de la personne tout en étant à l'écoute de son histoire. Cette approche développe la motivation et l'engagement de la personne concernant le changement de comportement, incluant donc l'hyperactivité physique (HAS, 2010). D'après l'ergothérapeute et la HAS, cela augmente l'engagement dans la prise en charge et celui-ci permettra des résultats à plus long terme.

Un changement de comportement passe par une réadaptation psychique qui donnera à la personne souffrant d'anorexie mentale une flexibilité et une souplesse de pensée souvent absente ou insuffisante. C'est ce que visent les thérapies systémiques stratégiques qui, prennent en compte également l'environnement humain de la personne et les difficultés sociales et familiales. Ces méthodes permettent de prendre en soin la personne plus globalement en incluant ses environnements social et familial. Aucun ergothérapeute ne semble intégrer la famille dans leur prise en soin, bien qu'ils questionnent les patients sur leur environnement humain proche.

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être utilisées pour les activités avec les personnes présentant une anorexie mentale. Elles visent à corriger l'hyperactivité physique et les tensions psychiques exprimées au niveau corporelle. Les TCC, utilisées par l'ergothérapeute B ont également pour but de travailler l'estime de soi qui est un des objectifs le plus couramment formulé par les patients dans sa structure. La HAS recommande la collaboration d'intervenants diversifiés. Les ergothérapeutes ont cité à plusieurs niveaux l'importance de l'interprofessionnalité. En effet, pour une prise en charge efficace et pertinente il est indispensable de travailler avec l'ensemble de l'équipe soignante.

L'ergothérapeute B utilise également une approche corporelle lors de son activité relaxation, cela permet en effet de réinvestir le corps pour une personne ayant des troubles de l'image corporelle liées à l'anorexie mentale (HAS, 2010).

De par les comorbidités, les formes chroniques et les complications somatiques, l'anorexie mentale nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle complexe (HAS, 2010). Cette complexité est exprimée par les trois ergothérapeutes interrogés. L'ergothérapeute C a tout particulièrement insisté sur les comorbidités des personnes atteintes d'anorexie mentale qui rendent la prise en charge difficile. En effet, ces comorbidités sont souvent délétères pour la prise en soin, la HAS (2010) recommande de les traiter au plus vite afin de faire avancer les soins et d'améliorer le pronostic.

Nous retrouvons dans la définition de l'hyperactivité physique donnée par Veale (2001) et Véléa (2002) la notion de perte de contrôle qui décrit l'impossibilité de réduire la pratique physique. L'ergothérapeute B définit l'hyperactivité physique comme un moyen de contrôle. Nous avons vu plus tôt que la personne atteinte d'anorexie éliminait toutes activités lui procurant un sentiment de « laisser-aller » (HAS, 2010). C'est pourquoi l'ergothérapeute B mentionne dans les objectifs les plus couramment fixés pour les personnes atteintes d'anorexie mentale et d'hyperactivité physique, la possibilité de lâcher prise pour travailler cette notion de contrôle. Elle va également travailler les effets d'intention décrits comme l'incapacité de tenir une routine prévue concernant la pratique sportive (Veale, 2001 ; Véléa, 2002). L'ergothérapeute B va s'intéresser à la manière dont se manifeste l'hyperactivité, si la personne présente un caractère obsessionnel, comme le fait de compter les pas, elle va essayer de réduire très progressivement le temps consacré à l'hyperactivité physique. L'ergothérapeute B témoigne que certaines personnes souffrant d'anorexie mentale n'arrivent pas à lâcher prise et ne sont pas en capacité de limiter leur hyperactivité physique. Certaines fois, il arrive que ces personnes puissent transposer ce sentiment de contrôle sur des activités plus saines pour sa santé. En effet, les sportifs comme les culturistes ou les marathoniens se doivent de tenir un régime très strict afin de performer dans la pratique sportive. La personne retrouve donc ce sentiment de contrôle de l'hyperactivité physique mais retrouve un régime alimentaire plus sain pour pratiquer son activité sportive. Cependant les sportifs de haut niveau font partie de la population à risque de développer l'anorexie mentale (HAS,2010). Etant donné que l'ergothérapeute n'a pas de moyen de suivi de ces personnes après l'hospitalisation, il est difficile d'évaluer la balance bénéfice/ risque de ce moyen de contourner la pathologie de l'anorexie mentale pour la santé de la personne.

IV.3. <u>Les éléments de réponse</u>

Par conséquent, j'ai recueilli des données permettant d'initier une réponse à ma question de recherche qui est pour rappel : « Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? » Les ergothérapeutes commencent leur prise en soin par un entretien qui visent à recueillir quels sont les environnements, et les occupations signifiantes et significatives de la personne. Ils s'interrogent aussi sur le nouveau cadre de l'hospitalisation auquel est soumis la personne. Par ces questionnements, ils bâtissent une relation thérapeutique soignant/soigné avec la personne basée sur la confiance. Grâce à l'entretien, ils peuvent également évaluer le déséquilibre de vie que la personne subit et les priorités de changement. L'alliance

thérapeutique est indispensable pour que la personne adhère et devienne actrice de sa prise en soin. Pour cela, les ergothérapeutes offrent la responsabilité aux patients de choisir leurs objectifs afin de travailler sur leurs projets de vie tout en veillant à l'adéquation avec la prescription du psychiatre. Ils peuvent ainsi évaluer ce que la personne veut vraiment changer et ce qui l'handicape au quotidien. Les objectifs qui sont régulièrement fixés pour les personnes souffrant d'anorexie mentale avec hyperactivité physique sont : travailler l'estime de soi, lutter contre la dysmorphophobie, travailler le lâcher prise, retrouver la notion de plaisir dans l'activité, reprendre un rythme de vie acceptable, s'autonomiser, retrouver son identité occupationnelle, prendre confiance en soi et travailler la concentration. Si le terme d'hyperactivité physique n'est pas clairement identifié dans les objectifs, il est abordé lors du travail du lâcher prise et dans la réappropriation de la notion de plaisir. De plus, les autres objectifs, une fois atteints, engendreront automatiquement une baisse de l'hyperactivité physique.

Les ergothérapeutes interrogés m'ont pour la plupart décrit des méthodes de prise en charge basées sur l'entretien motivationnel pour initier une volition de changement de la part de la personne elle-même, sur l'approche corporel pour une ergothérapeute et sur les TCC. Les ergothérapeutes interviennent sur l'hyperactivité physique de la personne en adaptant les étapes des activités destinées à plusieurs type de patients (en psychiatrie générale). Pour axer leur pratique sur l'équilibre de vie, ils peuvent également travailler avec l'outil du planning afin de, soit diminuer les activités sportives, soit augmenter les autres activités de la vie quotidienne. Dans les deux cas, ce changement est très progressif et l'objectif final est le même, visant à la diminution ou la suppression de l'hyperactivité physique qui engendrera un rétablissement de l'équilibre de vie. Cependant, les modalités de prise en charge dépendent des priorités de soin comme par exemple traiter les comorbidités, des décisions prises en équipe avec les autres soignants intervenants auprès des personnes. La prise en soin des personnes atteintes d'anorexie mentale avec hyperactivité physique est très complexe et il est indispensable de travailler en interprofessionnalité avec l'équipe soignante et d'avoir une continuité des soins.

Seulement, les suivis des patients suite à des hospitalisations complètes semblent impossibles, donc les soignants n'ont pas de visibilité sur ce qui est maintenu dans le quotidien de la personne. Pour conclure je pourrais dire que l'hyperactivité physique est tellement prenante dans la vie de la personne, que si l'ergothérapeute prend en charge ce symptôme, l'équilibre de vie en sera automatiquement modifié positivement.

IV.4. Les critique et biais de l'étude

Premièrement, la critique que je pourrais émettre est la population concernée par mon enquête exploratoire menée en amont de l'étude. En effet, les critères d'inclusion de cette enquête ne sont pas les mêmes que ceux de mon étude. De ce fait, les résultats ne peuvent être comparés ou mis en commun car les échantillons ne sont pas cohérents entre eux. Cependant lors de l'élaboration de mon enquête exploratoire je n'avais pas d'idée précise sur les critères d'inclusions et d'exclusions de l'échantillon choisis pour les entretiens.

Dans un deuxième temps, grâce à l'étude réalisée, j'ai recueilli différentes méthodes utilisées pour travailler l'équilibre de vie de la personne. Cependant les propos recueillis sont ceux de trois ergothérapeutes. Il est donc impossible de certifier que ces discours sont représentatifs de tous les ergothérapeutes travaillants auprès de la population étudiée. Il serait intéressant par la suite de refaire l'étude avec une méthode quantitative pour avoir une vision de l'approche la plus utilisée dans la pratique professionnelle. Cependant l'orientation de ma question de recherche était propice à une étude qualitative et je trouvais plus pertinent de m'intéresser au discours des personnes interrogées pour avoir une vision des méthodes utilisées dans la pratique.

Pour finir, la dernière question de mon étude qui était « Quels moyens sont mis en place afin de maintenir le changement sur le long terme ? » ne semble pas pertinente. En effet, tous les ergothérapeutes m'ont amené la même réponse qui est qu'ils n'ont pas de moyen de vérifier si les acquis sont maintenus à domicile. Ils travaillent dans le cadre d'une hospitalisation complète et n'ont pas de suivi des patients mis en place. Questionner les ergothérapeutes sur la préparation en amont du retour à domicile aurait été plus pertinente.

IV.5. Les hypothèses de travail ultérieur

Comme énoncé ci-dessus dans la partie consacrée aux critiques de mon étude, une méthodologie quantitative pourrait amener une précision et des statistiques intéressantes. Une telle étude me permettrait d'avoir des précisions sur le nombre d'ergothérapeutes utilisant ces méthodes dans leurs pratiques professionnelles et quelles sont les plus couramment utilisées.

Les discours des trois ergothérapeutes se rejoignent quant au manque de visibilité sur le maintien des bénéfices de l'hospitalisation à domicile. Il serait intéressant de développer une étude parallèle et complémentaire auprès des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale en hospitalisation de jour. En effet, une étude comme celle-ci

permettrait de comparer les objectifs prioritaires des deux échantillons de professionnels afin de constater si l'hyperactivité en fait toujours partie pour les patients ayant déjà bénéficié d'une hospitalisation complète auparavant.

IV.6. Les intérêts personnels et professionnels

Dans un premier temps, cette étude m'a beaucoup apporté d'un point de vue personnel quant à la méthodologie et à la rigueur de recherche que celle-ci exige. Effectivement, au cours de la construction de cette étude, j'ai pu acquérir une meilleure réflexion personnelle et une analyse critique plus professionnelle. Les échanges avec les ergothérapeutes interrogés et mes nombreuses recherches théoriques ont contribué à enrichir mes connaissances sur la problématique de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale et sa prise en soin. La gestion du stress, les résolutions des problèmes liés aux imprévus et les aptitudes concernant la communication pour la passation des entretiens ont développé des compétences personnelles qui me seront utiles en tant que future ergothérapeute.

Cette initiation à la démarche de recherche réalisée permet aux ergothérapeutes et aux autres professionnels d'avoir une visibilité du travail effectué avec les personnes souffrant d'anorexie mentale avec hyperactivité physique. L'ergothérapeute occupe une place importante dans cette prise en soin au sein d'une équipe soignante. Ce premier travail de recherche contribue à rendre visible les bénéfices et les apports multiples qu'offre l'ergothérapie encore trop peu connue du domaine de la santé. Les résultats de cette étude donnent à réfléchir sur la prise en soin de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale afin que celle-ci évolue et se perfectionne grâce à des études scientifiques sur le sujet et à la mise en place d'un suivi rigoureux du parcours de soin de la personne qui en souffre.

CONCLUSION

En raison de l'impact multidimensionnel de la problématique de l'anorexie mentale sur la vie quotidienne, j'ai dirigé mon étude sur la prise en soin ergothérapique de l'équilibre de vie en agissant sur l'hyperactivité physique afin de répondre à la question de recherche suivante : « Comment la prise en soin par l'ergothérapie de l'hyperactivité physique peut favoriser l'équilibre de vie chez la personne souffrant d'anorexie mentale ? ».

En effectuant mes recherches théoriques, je me suis heurtée au manque de documentations concernant la pratique ergothérapique actuelle auprès de la population anorexique mentale. J'ai donc scindé mes recherches en trois thèmes bien précis afin d'en savoir le plus possible sur l'anorexie mentale, sur l'hyperactivité physique et je me suis assurée que l'ergothérapeute pouvait agir auprès de cette population. Après cela, j'ai mené des entretiens semi-directifs après avoir effectué une enquête exploratoire. Les résultats des entretiens démontrent le manque d'intervention ergothérapique à l'extérieur des hospitalisations complètes ce qui ne favorise pas la probabilité du rééquilibre de vie et de son maintien. Les ergothérapeutes se rejoignent sur les objectifs fixés pour les patients anorexiques mentaux avec hyperactivité physique et sur l'importance de l'adhésion à la prise en charge. La nécessité de l'interprofessionnalité est une notion qui est ressortie de mon étude. Cependant, une analyse qualitative, m'a permis d'identifier les divergences concernant les méthodes utilisées afin de prendre en charge l'hyperactivité physique et l'équilibre de vie de la personne. De plus, il serait pertinent de quantifier l'évolution de l'équilibre de vie au début et en fin de prise en soin afin d'en évaluer l'évolution à l'aide de bilan validés. Or ce concept d'équilibre de vie, central en ergothérapie, reste difficile à quantifier car il est constitué de composantes intrapersonnelles. Effectivement, seule la personne peut ressentir une satisfaction ou non d'un équilibre de vie et il peut être difficile à objectiver et à coter. L'ergothérapeute accompagne la personne à trouver son équilibre de vie, la guide et lui donne les moyens de le faire. Le reste dépend de la volition de la personne, de sa capacité de changement et de sa capacité à retranscrire les acquis dans sa vie quotidienne après l'hospitalisation afin de maintenir cet équilibre.

Cette étude ne permet pas d'amener de réponse franche étant donné que l'échantillon reste faible. En effet, ce travail permet de recueillir le discours de trois ergothérapeutes afin qu'ils nous livrent et expliquent leurs pratiques personnelles. Cependant, il n'en reste pas moins intéressant et enrichissant pour l'ergothérapie et le monde de la santé en générale. Les résultats finaux peuvent amener à nous questionner sur l'utilisation de la pratique sportive pour les

anorexiques : est-elle finalement un moyen de sortir de cette alimentation malsaine ? Faut-il à tout prix supprimer ou diminuer l'hyperactivité physique alors que c'est une activité signifiante et parfois un exutoire pour la personne malgré le fait qu'elle soit malsaine pour sa santé ? Autant de questionnements restent en suspens, c'est pourquoi il faut que les recherches concernant ce sujet se poursuivent afin de faciliter cette prise en soin interprofessionnelle qui reste très complexe.

BIBLIOGRAPHIE

Adams, J. (2009). Understanding Exercise Dependence. *J Contemp Psychother*. DOI : 10.1007/s10879-009-9117-5

Adamson, J., Ozenc, C., Baillie, C. & Tchanturia, K. (2019). Self-Esteem Group : Useful Intervention for Inpatients with Anorexia Nervosa ? *Brain Sciences*. DOI : 10.3390/brainsci9010012

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (B.O. 5 juillet 2010).

Bandura, A. (2010). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (2ème éd.). Editions de Boeck.

Braveman, B., Fisher, G., & Suarez-Balcazar, Y. (2010). « Achieving the ordinary things » : a tribute to Gary Kielhofner. *The American Journal of Occupational Therapy*. DOI : 10.5014/ajot.2010.64605

Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris, Doin.

Cannard, C. (2017). *Le développement de l'adolescent : l'adolescent à la recherche de son identité*. Editions De Boeck.

Carlson Jones, D. (2004). Body Image Among Adolescent Girls and Boys : A Longitudinal Study. *Developmental Psychology*. DOI : 10.1037/0012-1649.40.5.823

Charcot, J-M. (1850). *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie* (Tome III). Paris. Lecrosnier et Babé.

Childress A-R., Ehrman R., Rohsenow D-J & coll. (1992). Classically conditioned factors in drug dependence (2ème éd, chapitre 6). Dans : *Substance Abuse. A comprehensive text book*,

sous la direction de Lowinson J-H, Ruiz P., Millman R-B, Langrod J-G. Williams and Wilkins, Baltimore.

Clark, M. & Nayar, S. (2012). Recovery from eating disorders : A role for occupational therapy (Vol 59, n°1). New Zealand. *Journal of Occupational Therapy*.

Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Érès éditions.

Corcos, M. ; Agman, G. ; Bochereau, D. ; Chambry, J. & Jeammet, P. (2002). *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*. Paris, Elsevier Masson.

Crocq, M.-A., Guelfi, J-D. & American Psychiatric Association, APA. (2015). *DSM-5 ® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème éd). Elsevier Masson

Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A-S., Olmsted, M-P. & Woodside, D-B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa : the moderating influence of exercise. *Psychosom Med*. DOI : 10.1097/00006842-199803000-00015

Duverger, P., Malka, J. & Petrovic, B. (2005). L'enfermement chez l'adolescent. *Adolescence*.

Epling, W-F, & Pierce, W. (1988). Activity-based anorexia : à biobehavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198807)7:4<475::AID-EAT2260070405>3.0.CO;2-M

Estes, W-K. (1944). An experimental study of punishment. *Psychological Monographs*. https://doi.org/10.1037/h0093550

Fontaine, O. & Rognant, J. (1986). *Les thérapies comportementales, approche théorique*. Elsevier Masson SAS.

Forsyth, K., Kielhofner, G. (2003). Model of human occupation (Chapitre 4), dans *Human occupation participation in life*, sous la direction de Kramer, P., Hinojosa, J., Royeen, C.. Philadelphia : Lippincott, Williams and Wilkins.

Giordano, S. (2005). Risk and supervised exercise : the example of anorexia to illustrate a new ethical issue in the traditional debates of medical ethics. *J Med Ethics*. DOI : 10.1136/jme.2003.004812

Glasser, W. (1985). *Positive addiction*. Harper Colophon Books.

Gull, W. (1874). Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*. DOI : 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x

Hausenblas, H-A., & Fallon, E-A. (2002). Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. DOI : 10.1002/eat.10071

Huchard, C. (1883). *Traité des névroses*. Paris, Masson.

Jones, D-C., Vigfusdottir, T-H. & Lee, Y. (2004). Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys : An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Adolescent Research*. https://doi.org/10.1177/0743558403258847

Jones, D-C. & Crawford, J-K. (2006). The Peer Appearance Culture During Adolescence : Gender and Body Mass Variations. *Journal of Youth Adolescence*. https://doi.org/10.1007/s10964-005-9006-5

Kazén, M., Baumann, N., Twenhöfel, J-F. & Kuhl, J. (2019). When do anorexic patients perceive their body as too fat ? Aggravating and ameliorating factors. *PLOS ONE*. DOI : 10.1371/journal.pone.0212612

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation : Theory and application* (3e ed.). Baltimore : Lippincott, Williams and Wilkins.

Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy.* (3e ed). Philadelphia : F. A. Davis Company.

Kielhofner G. (2008). *Model of Human Occupation* (4e ed.). Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins.

Lasègue, C. (1970). Analectes, n° 9. *De l'anorexie hystérique et les exhibitionnistes*. Théraplix.

Lichtenstein, M-B., Griffiths, M-D., Hemmingsen, S-D. & Støving, R-K. (2018). Exercise addiction in adolescents and emerging adults – Validation of a youth version of the Exercise Addiction Inventory. *Journal of Behavioral Addictions*. DOI : 10.1556/2006.7.2018.01

Maître, J. & Bell, R-M. (1995). Anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours. Dans : *Archives de sciences sociales des religions*. Puf.

Manidi, M-J. (2005). Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie. Lausanne : EESP.

Matuska, K-M. & Christiansen, C-H. (2008). « A proposed model of lifestyle balance ». *Journal of Occupational Science*. DOI : 10.1080/ 14427591.2008.9686602.

Matuska, K-M (2010). Workaholism, life balance, and well-being : A comparative analysis. *Journal of Occupational Science*. DOI : 10.1080/14427591.2010.9686681

Moscone, A-L., Leconte, P. & Le Scanff, C. (2014). L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Movement & Sport Sciences- Science & Motricité*. DOI :10.1051/sm/2013084.

Müller, A., Loeber, S., Söchtig, J., Te Wildt, B. & De Zwaan, M. (2015). Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among

clients of fitness centers. *Journal of Behavioral Addictions*. DOI : 10.1556/2006.4.2015.044

Paluska, S-A, & Schwenck, T-L. (2000). Physical Activity and mental health : current concepts. *Sport Medicine*. DOI : 10.2165/00007256-200029030-00003

Quiles-Cestari, L-M. & Ribeiro, R-P-P. (2012). The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Rev Lat Am Enfermagem*. DOI : 10.1590/s0104-11692012000200004

Rizk, M., Kern, L., Godart, N. & Melchior, J.-C. (2014). Anorexie mentale, activité physique et nutrition : quelles potentialisations ? (Volume 28, n°4). *Nutrition Clinique et Métabolisme*. DOI : 10.1016/j.nupar.2014.10.008

Rondier, M. (2004). *A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle.* Paris : Éditions De Boeck Université

Rousseau, A., Rusinek, S., Valls, M., & Callahan, S. (2011). Influences socioculturelles médiatiques et insatisfaction corporelle chez les adolescentes françaises (Vol 59, n°3). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. DOI : 10.1016/j.neurenf.2010.07.012

Shroff, H. & al. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *The International journal of eating disorders.* DOI : 10.1002/eat.20247

Skinner, B-F. (1972). *Beyond Freedom and Dignity*. New York. Knopf.

Skinner, B-F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York, The McMillan Compagny.

Skinner, B-F. (1938). *The Behavior of Organisms : an experimental analysis*. New-York, D Appleton & Compagny.

Travaillot, Y. (1998). *Sociologie des pratiques d'entretien du corps : l'évolution de l'attention portée au corps depuis 1960*. Presses universitaires de France.

Veale, D. (2001). Cognitive–behavioural therapy for body dysmorphic disorder (Vol 7, n°2). *Advances in Psychiatric Treatment.* https://doi.org/10.1192/apt.7.2.125

Véléa, D. (2002). L'addiction à l'exercice physique, dans : *Psychotropes*. Editions De Boeck Supérieur.

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

Weinstein, A. & Weinstein, Y. (2014). Exercise addiction- diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Current Pharmaceutical Design.* DOI : 10.2174/13816128113199990614

SITOGRAPHIE

ANFE. (01 février 2019) Définition. Consulté le 05 septembre 2019 sur https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession

Arena, S. (19 septembre 2019). Instagram interdit la pub de produits minceur et codes promo pour protéger les mineurs. Consulté le 02 octobre 2019 sur https://www.huffingtonpost.fr/entry/instagram-interdit-la-pub-de-produits-minceur-et-codes-promo-pour-proteger-les-mineurs_fr_5d834ec4e4b0957256b1b996

HAS. (2010). *Anorexie mentale : Prise en charge*. Consulté le 22 avril 2020 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf

HAS. (2010). *Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge*. Consulté le 03 septembre 2019 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf

HSBC. (2010) *La santé des adolescents à la loupe. Données françaises de l'enquête internationale.* Consulté le 14 septembre 2019 sur www.inpes.sante.fr/70000/dp/12:dp120904

INSERM. (Juin 2014). Anorexie mentale. Consulté le 14 septembre 2019 sur https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale

Launois, M. (2015). Du soin psychique Modèles conceptuels et thérapie en psy Modèles inter-disciplinaires en psy. Consulté le 17 février 2020 sur http://www.ergopsy.com/modeles-inter-disciplinaires-en-psy-a362.html

Manger Bouger. (s. d.). Consulté le 25 avril 2020 sur https://www.mangerbouger.fr/

Ministère des affaires sociales et de la santé & ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. (2017). *Etablissements de santé*. Consulté le 30 août 2019 sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0047.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé (05 mai 2017). Deux textes visant à prévenir les troubles du comportement alimentaire et en particulier l'anorexie, notamment chez les jeunes, sont publiés au journal officiel [communiqué de presse]. Consulté le 30 août 2019 sur https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/deux-textes-visant-a-prevenir-les-troubles-du-comportement-alimentaire-et-en

Moisy, M. (14 novembre 2013). Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risque. Consulté le 10 septembre 2019 sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288286?sommaire=1288298&q=addiction

Objectifs anorexie. (2015). Consulté le 06 septembre 2019 sur http://www.ergopsy.com/objectifs-anorexie-i170.html

Table des matières des annexes

Annexe I: L'enquête exploratoire I

Annexe II : Les matrices théoriques IX

Annexe III : La lettre d'information XIV

Annexe IV : Le formulaire de consentement XVI

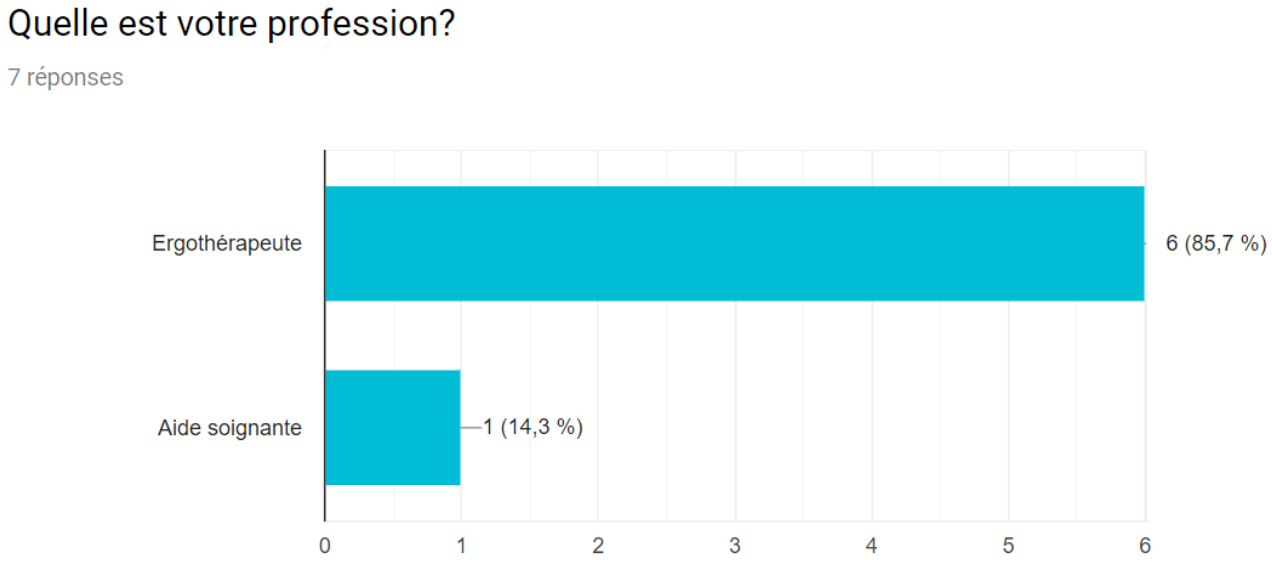
Annexe V: Retranscription entretien n°1 XVII

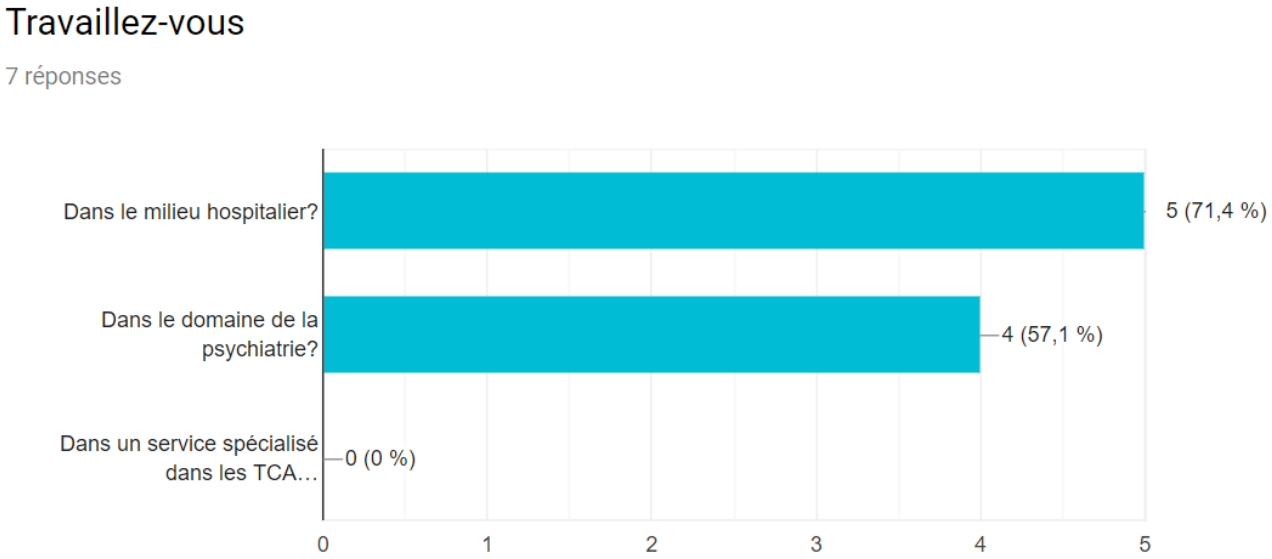
Annexe VI : Retranscription entretien n°2 XX

Annexe VII : Retranscription entretien n°3 XXIII

Annexe I: L'enquête exploratoire

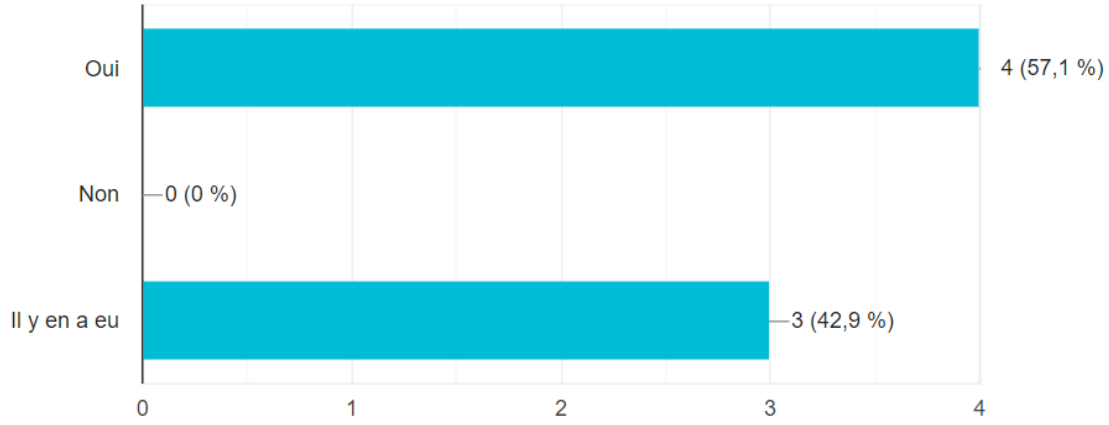
« Le rôle de l'ergothérapeute dans la réduction de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale »





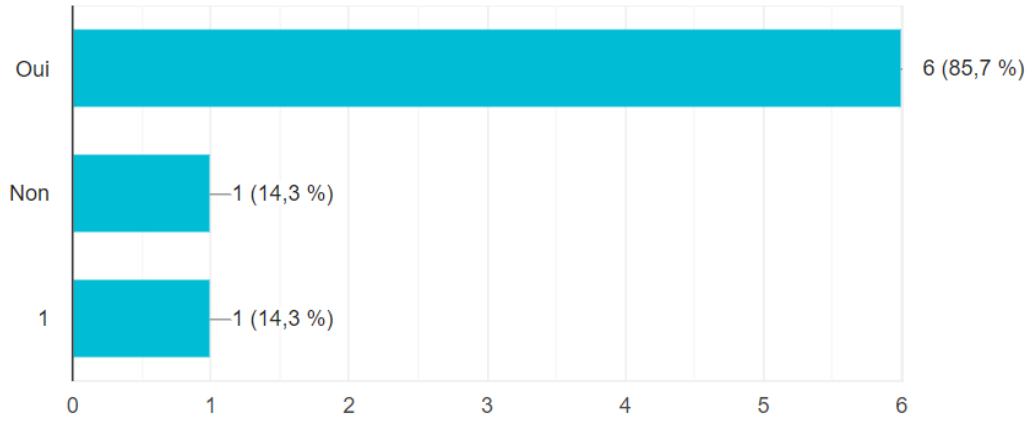
Y-a-t-il des patients atteints d'anorexie mentale de type restrictive dans votre service?

7 réponses



Présentent-ils une hyperactivité physique?

7 réponses



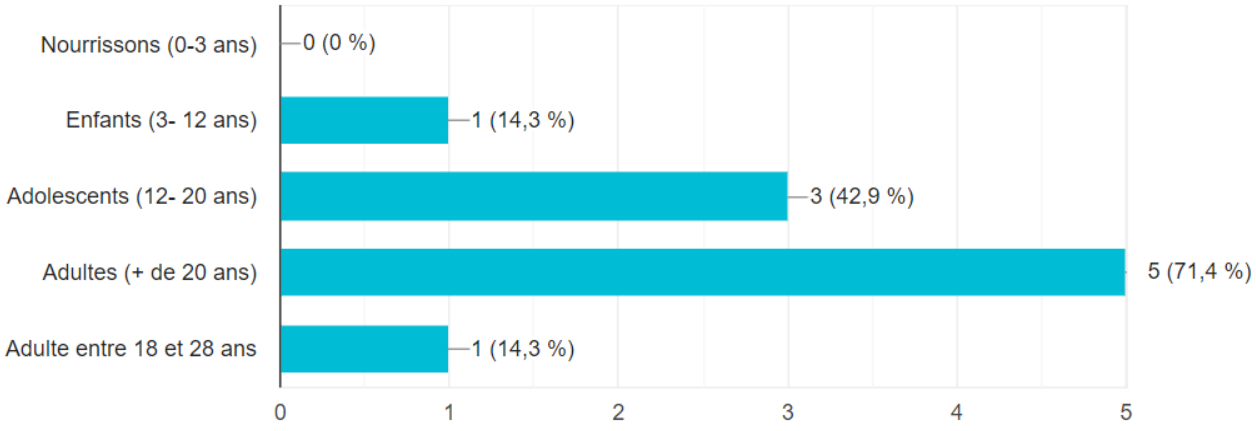
Quel est le ratio homme/femme de ces patients?

7 réponses

5 femmes pour 1 homme
1/5
Que des femmes
Que des femmes ici
95% de femmes
Plus w hommes que de femmes
1/10

Quel est l'âge moyen des patients atteints d'anorexie mentale de votre service?

7 réponses



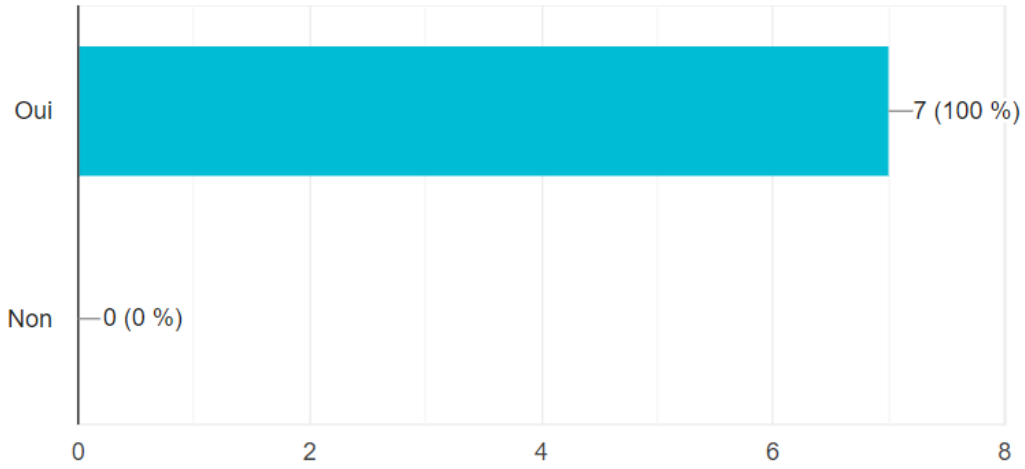
Si ces patients sont suivis en ergothérapie, à quelle fréquence sont ces suivis ?

7 réponses

2 à 3 fois par semaine
hebdomadaire
2-3x/sem
2x /semaines
1 à 3 fois /semaine
Je ne sais pas
Quotidien

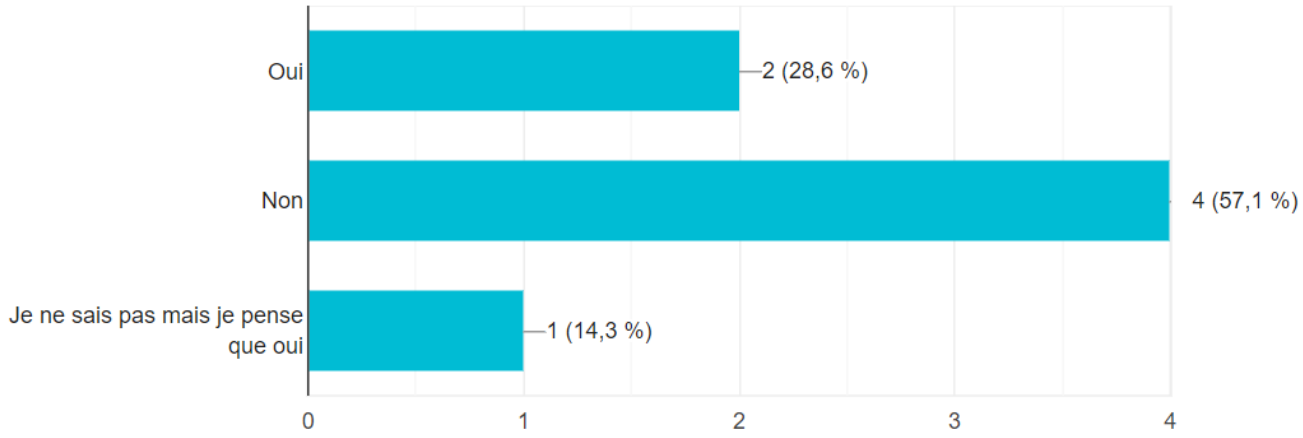
Pensez-vous que l'ergothérapie est bénéfique pour ces patients atteint d'anorexie mentale?

7 réponses



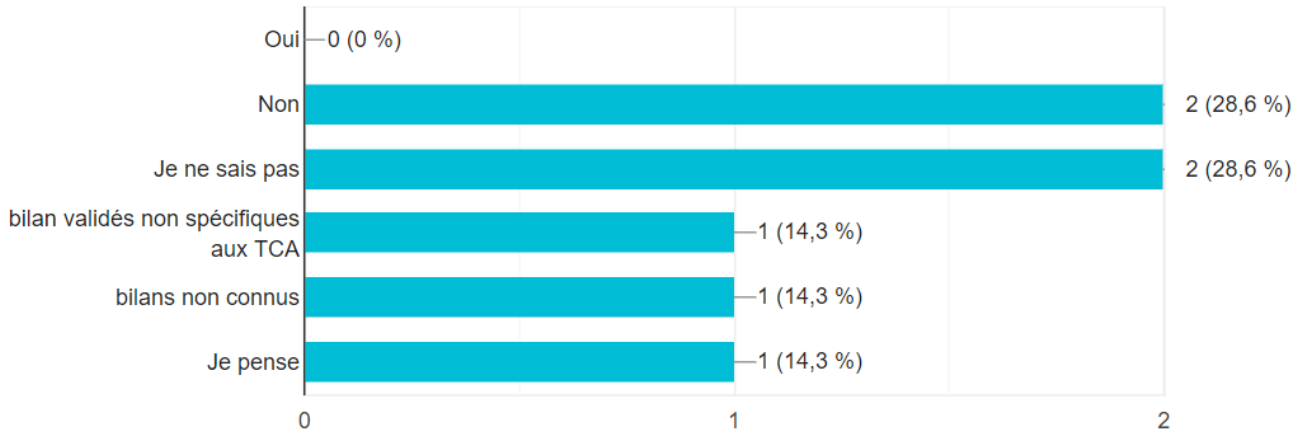
Est ce que diminuer l'hyperactivité physique fait partiede vos objectifs en ergothérapie?

7 réponses



L'efficacité de l'ergothérapie sur ces patients est-elle quantifiable par des bilans validés?

7 réponses



Si oui, quel(s) bilan(s) utilisez-vous?

Une réponse

ELADEB et Bilans MCRO

Quel(s) modèle(s) ergothérapeutique(s) utilisez-vous avec cette population?

7 réponses

Modèle de l'occupation humaine et Modèle canadien du rendement occupationnel
MCRO parfois
Integratif
Modèle psycho dynamique
interactif
Je ne sais pas
Global, humaniste, l'équilibre occupationnel

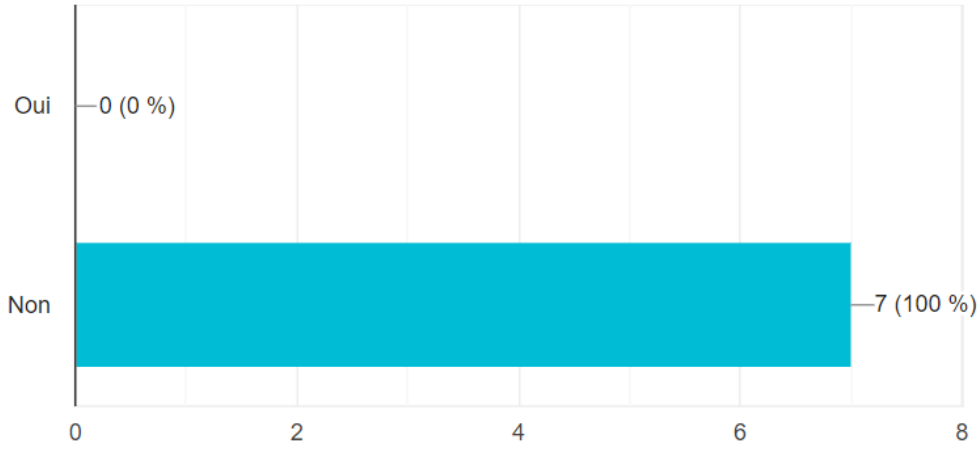
Avez vous rencontré des limites dans votre prise en charge? Si oui, lesquelles?

7 réponses

Non adhésions de certains patients à la prise en charge, les rechutes de patient etc
non
Le manque de motivation
Pas Engagement et motivation
hétérogénéïté des groupes, manque de travail pluridisciplinaire
Je ne sais pas
Rechute, prise en charge longue

Menez-vous un programme d'éducation thérapeutique (ETP) avec ces patients?

7 réponses



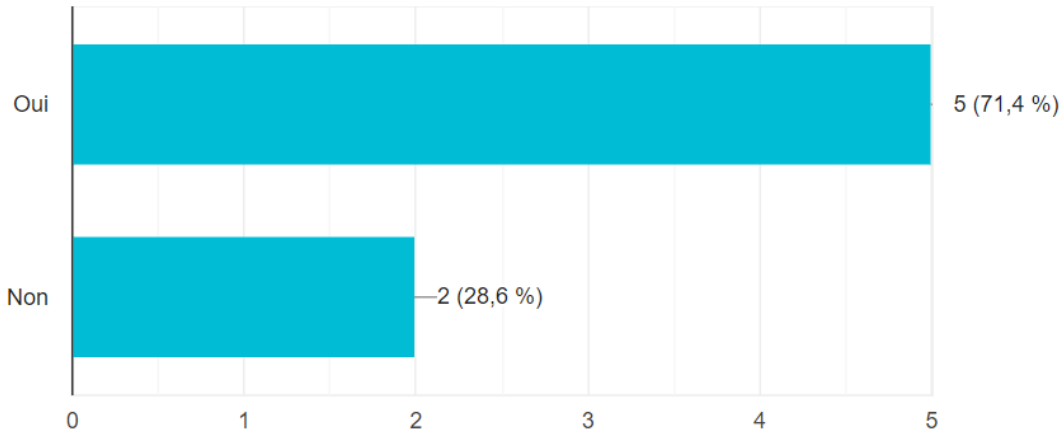
Si vous menez un programme d'ETP avec vos patients, quelle thématique abordez-vous?

Une réponse

Gestion de la fatigue, de l'effort dans la réalisation des habitudes de vie. Conseils d'aménagement du domicile et propositions d'aide technique. Lien avec sport-santé et conseils pour reprise de loisir etc

Travaillez-vous l'équilibre occupationnel avec les patients?

7 réponses



Si oui, par quelle(s) méthode(s) travaillez-vous l'équilibre occupationnel?

5 réponses

Utilisation de la life balance inventory pour mesurer l'equilibre de vie et etre force de proposition pour construire un entretien occupationnel
pas de méthodes validées, juste un plan de soin en ergothérapie individualisé, cadré, bienveillant
Je m'appuie de la MCRO
théorie du flow, dynamique de groupe, travail sur l'environnement, Mohost
Organisation et gestion des occupations et des non occupations

Annexe II : Les matrices théoriques

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1980)	La volition (La dimension de l'être)	Les valeurs	Les occupations significatives et importantes	1,3
		Les intérêts	Les occupations agréables et satisfaisantes à réaliser	1,3
	L'habituation (La dimension de l'être)	Les habitudes	Les comportements répétitifs, les réponses automatiques dans un environnement familier	1,3,5
		Les rôles	Plusieurs habitudes, acquisition d'un statut social dans une communauté	1,3
	La capacité de rendement (La dimension de l'être)	L'expérience subjective	Le ressenti par rapport à l'occupation	1,2,3
	La dimension de l'agir	La participation occupationnelle	L'engagement	4
			Les activités significatives	1,3
			Les activités signifiantes	1,3
	La dimension du devenir	L'identité occupationnelle	La vision de sa propre volition, ses	1,2,3

			habitudes et de son expérience vécue	
		La compétence occupationnelle	L’organisation de sa vie	2,3
			Le respect des obligations sociales	1,3

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le modèle de l'équilibre de vie (Matuska & Christiansen, 2008)	Les besoins élémentaires	Le défi, l'engagement	Se sentir engagé, mis au défi	2,4
		Avoir une identité personnelle, donner un sens à sa vie	Créer du sens et développer une identité personnelle positive	2,3
		Organiser son temps et son énergie	L'organisation adéquate afin de répondre à des objectifs personnels importants et de changement	2,3,5
	L'organisation	La personne	La personnalité	1
			Les valeurs	1
			Les intérêts	2,4
		Les situations	La satisfaction à réaliser une activité	1,3
		Le temps souhaité et le temps réel	La congruence et l'équivalence	2,3

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le modèle comportemental	Le conditionnement classique (Pavlov, 1889)	La réponse conditionnel	Réponse de manière réflexe, ne nécessitant pas d'apprentissage	4,5
	Le conditionnement répondant (Skinner, 1953)	L'échappement	Augmenter comportement pour élimination d'un événement aversif	4,5
		L'évitement	Le comportement fait différer l'apparition du stimulus aversif	2,4,5
		L'extinction	Entraîne une diminution de la fréquence d'émission d'un comportement suite à la suppression de l'agent renforçateur	3,4,5
		Le renforcement	Positif	4,5
			Négatif	4,5
		La punition	Positive	2,4,5
			Négative	4,5

		Le sentiment d'efficacité personnelle	Le choix des activités	2,3,5
			Le choix des environnements	2,3,5
			L'investissement de la personne dans la poursuite de ses objectifs	1,2,4
			La persistance de son effort	1,2,4,5
	L'apprentissage Social (Bandura, 1961-1963)		Les réactions émotionnelles lors de la rencontre d'obstacles	1,4,5
		Le processus symbolique	Analyser ses expériences	1,4,5
			Anticiper ses actions	4,5
			Evaluer ses propres actions	4,5
		Le processus autorégulateur	Le sentiment d'efficacité personnelle	1,4
			La motivation	1,2,4,5
			La régulation des actions	2,3,4,5

Annexe III : La lettre d'information

Lettre d'information

Emilie MONTEL,

Étudiante de troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier

Tél :

E-mail :

Objet : Lettre d'information destinée à l'ergothérapeute interrogé

Thème : Anorexie mentale

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche à laquelle je vous propose de participer.

Cette lettre d'information a pour but de vous expliquer en quoi consiste cette étude. Je vous invite à prendre le temps de la lire pour comprendre en quoi votre intervention me serait d'une grande utilité. Vous pourrez ensuite réfléchir à votre désir de participer à cette étude.

Si jamais il y a certains points que vous ne comprenez pas, ou que vous souhaiteriez avoir de plus amples informations sur cette étude, n'hésitez pas à me contacter.

BUT DE L'ETUDE :

Recueillir des éléments concernant votre pratique professionnelle. À l'aide de 5 questions ouvertes, je pourrai récolter de nombreuses données subjectives. Il me faudra ensuite les analyser pour obtenir des données classifiées et exploitables dans le cadre de mon travail. Le but de l'étude et mon travail de recherche plus globalement, sera de développer et

d’approfondir les connaissances en ergothérapie dans le champ de l’anorexie mentale, dans le but d’améliorer les prises en charge futures.

DEROULEMENT DE L’ETUDE :

La durée de notre échange vous demandera environ 45 minutes de votre temps. Cet entretien sera enregistré.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE :

Toute information vous concernant recueillie pendant cet entretien sera traitée de façon confidentielle. À l’exception de l’étudiant qui traitera les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé.

TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données enregistrées à l’occasion de cette initiation à la recherche feront l’objet d’un traitement informatisé. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Conformément à l’article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l’étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

PARTICIPATION VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d’y participer. Vous pouvez également interrompre votre participation à n’importe quel moment, sans avoir à donner de raisons.

Je vous remercie d’avoir pris le temps de lire cette lettre d’information. Si vous êtes d’accord pour participer à cette recherche, je vous invite à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe IV : Le formulaire de consentement

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE
DANS LE CADRE D'UN MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE
– IFE MONTPELLIER –

Thème : Anorexie mentale

Je soussigné(e)……,
accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Melle MONTEL Emilie, élève de troisième année de l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Mme LE CROM Christelle, 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 Montpellier,
Le

Signature de l'étudiant *Signature du maître de mémoire* *Signature de la personne*

Annexe V: Retranscription entretien n°1

Etudiante : **Qu'est-ce que vous évaluez lors de l'entrée de la personne qui souffre d'anorexie mentale dans votre service ?**
Ergothérapeute A : Alors moi je reçois les personnes en fait j'ai un entretien initial, finalement je n'ai pas vraiment d'outil systématique par rapport, enfin une évaluation standardisée d'entrée de jeu on va dire mais voilà j'utilise un entretien et dans l'entretien on fait un peu le point des habitudes de vie de la personne donc on parle de ses rôles, de ses habitudes de vie, ouais on essaie un peu de chiffrer, enfin pas vraiment de chiffrer il faut que je sois honnête avec vous enfin ce n'est pas… L'idée aussi de cet entretien c'est de mettre la personne en confiance donc c'est n'est pas très quantifié au départ c'est plus qualitatif et voilà j'essaie de comprendre un petit peu comment la personne occupe ses journées, ce qu'elle fait, ce qu'elle a fait dans le passé, ses centres d'intérêts, ce qu'elle aime faire, on fait un peu le point de tout ça. On parle aussi un petit peu de son environnement enfin de là où elle vit, avec qui elle vit et puis on parle aussi de ses projets, ce qu'elle aimerait faire par la suite.
Etudiante : D'accord. Et **suite à cet entretien est ce que vous posez des objectifs, par la suite pour la prise en charge ?**
Ergothérapeute A : Pas clairement, on n'écrit pas d'objectif, c'est un truc un peu…comment dire, pas implicite ça c'est pas terrible mais …je veux dire je verbalise des objectifs peut être en terme de…Comment…parce qu'il y a quand même parfois aussi de la dépression qui est associée à l'anorexie donc l'idée c'est que la personne reprenne goût à faire des choses, se remette en activité, qu'elle prenne un rythme acceptable finalement mais par contre je n'écris pas des objectifs spécifiquement que je montre à la patiente ou au patient mais on discute de l'intérêt de réinvestir une activité qui a du sens pour elle donc je dis que dans l'activité on peut trouver des composantes émotionnelles, se faire plaisir, se confronter à la réalité, accepter la réalité aussi, je parle des objectifs cognitifs parce qu'on a aussi dans l'anorexie un ralentissement parfois dû à la dénutrition puis j'essaie souvent quand même pas mal d'activités individuelles avec les personnes anorexiques je me rends compte. Donc l'objectif social je le travaille moins avec les anorexiques alors qu'il y a quand même du travail à faire vu que c'est des personnes qui ont du mal à accepter d'être en groupe. Donc voilà je n'énonce pas clairement les objectifs de la pris en charge, je parle des objectifs en gros du travail en ergo et on essaie ensemble de trouver une activité qui pourrait avoir de sens pour elle.
Etudiante : D'accord**. Et c'est quoi le type d'activité enfin des exemples d'activités que vous avez déjà fait avec ces personnes ?**
Ergothérapeute A : Il peut y avoir pas mal de chose, enfin…pas mal, je veux dire moi j'ai un atelier en fait où je peux utiliser des activités artisanales, donc avec certaines personnes, enfin, je pense au monsieur anorexique, c'est un monsieur qui a un fils avec qui il voudrait démarrer, enfin jouer aux échecs avec lui donc il est en train de construire un jeu d'échec. J'ai une patiente qui boit du thé, qui fait des achats compulsifs de thé, on est parti pour faire un meuble en carton pour son thé, pour qu'elle range son thé. Maintenant avec le même monsieur en fait quand on a fait le point de ses activités significatives ce monsieur il est en souhait de reconversion professionnelle parce qu'il a un cadre professionnel qui est plutôt un facteur entretenant de la maladie donc il veut sortir de ça. Et donc il essaie une validation des acquis d'expériences, donc ensemble, en individuel on travaille sur cette validation des acquis d'expériences : sur la compréhension du livret, sur la formulation de ses expériences en réponses aux questions du livret …donc là on est sur quelque chose de plus…on va dire, relier à son projet personnel. Avec une autre patiente anorexique on avait aussi travaillé sur la rédaction de son CV parce qu'elle avait, de par sa maladie en fait elle n'arrivait pas à trouver du travail, avec une grosse dépendance financière de ses parents avec laquelle elle entretenait une relation très conflictuelle. Et du coup l'idée c'est de l'aider à s'autonomiser au travers la recherche d'emploi et donc on avait travaillé sur la rédaction de son CV. Après je pensais à Alexandra, qu'est-ce qu'on faisait avec Alexandra ? On essayait de travailler sur son emploi du temps à Alexandra. C'était très très très très dur. Après j'ai une autre personne avec qui je fais une activité artisanale aussi qui est hospitalisée actuellement des fils et clous et c'est une personne avec qui on fait de l'anglais aussi parce que c'est une personne qui a voyagé beaucoup, effectivement quand elle réalise son activité… ou une fois on s'est mis à l'ordinateur aussi, on s'est baladé pour voir les pays qu'elle a traversé on a fait une séance en anglais pour la ramener un petit peu sur son identité occupationnelle de voyageuse et une pratique, une compétence qui est l'anglais. Ouais donc c'est surtout des séances individuelles finalement avec…on est ciblé soit sur des objectifs… enfin on y reviendra peut-être après. Voilà je réponds à votre question, c'est des activités que je peux faire par exemple.
Etudiante : D'accord, ok. Et du coup **comment vous faites pour améliorer l'équilibre occupationnelle de la personne ? Est-ce que vous cherchez à diminuer l'hyperactivité physique ?** Enfin est ce que ça fait partie de vos objectifs entre guillemets parce que vous me dites que vous ne les formulez pas explicitement mais…
Ergothérapeute A : Ouais. Alors non mais vous avez raison. Après ça dépend des personnes donc après moi je ne sais pas combien de personnes anorexiques j'ai vues dans le service parce qu'on a commencé on va dire en

janvier 2019, on a un recul d'à peu près un an et 2/3 mois c'était peut-être fin 2018 qu'on a commencé. Ouais 1 an et demi max. Donc je n'ai pas reçu vous voyez 50 personnes quoi, mais avec certaines personnes on a travaillé sur l'équilibre occupationnel à l'aide d'emploi du temps en fait. Et donc ça je l'ai fait avec la personne dont je vous parlais avec qui on a travaillé sur le CV, je l'ai fait aussi avec le monsieur qui est hospitalisé actuellement. Donc on a travaillé sur ce versant typique d'équilibre occupationnel mais pas forcément de l'hyperactivité mais plus d'équilibre occupationnel voilà. Parce que finalement il y a hyperactivité mais on peut attaquer le problème, on va dire, frontalement sur les activités sur lesquelles il y a trop de temps à consacrer mais on peut aussi parler d'autres activités qui n'ont pas assez de place… moi avec le monsieur-là, donc je lui ai proposé de travailler avec des emplois du temps hebdomadaire où en fait il note ce qu'il fait enfin à peu près on va dire sur des tranches horaires, ce qu'il fait comme activité. Donc lui c'est un monsieur qui a une très grande capacité d'introspection enfin qui est, qui est vraiment cortiqué et, je veux dire qui réfléchit très bien sur sa situation et donc il est vraiment rentré dans ce jeu. Donc il met ses activités, et on s'est mis d'accord sur des codes couleurs et en fait l'objectif n'était pas tellement de réduire la marche mais c'était d'augmenter les moments de plaisir. Et lui il dit, il travaille avec le psychologue enfin qui est dans le service, enfin que je connais, et donc on en discute. Et en fait les temps de plaisir sont très compliqués pour lui à accepter parce que, enfin, mis à part l'anorexie il a eu des traumatismes, d'énormes traumatismes dans l'enfance et dans l'adolescence et c'est un monsieur qui ne s'accorde pas le droit au plaisir. Donc on va juste essayer de travailler sur des moments de plaisirs dans son planning et d'avoir de plus en plus de vert, c'était la couleur qu'on s'était mis, qu'il aille voir des amis, qu'il passe prendre le café, qu'il aille au musée avec sa compagne donc augmentation des temps de plaisir et objectivation de ces temps-là sur un planning. Et la personne qui était hospitalisée avec qui j'ai fait des recherches sur son CV, là ça avait été très compliqué car il faut que la personne elle veuille s'engager là-dedans. Hein, il y a quand même un déni de cette hyperactivité et du coup on avait essayé de mettre en place un suivi en utilisant… c'était un tableau Excel, pour mesurer… voilà je patauge un peu là-dedans, enfin, je commence à travailler là-dessus donc je cherche un peu le format le plus adéquat. C'est une personne plutôt jeune et je pensais que le fichier Excel aurait permis de suivre précisément… parce qu'on avait voulu, il y avait une stagiaire qui était avec moi à cette époque. On voulait qualifier chacune des tranches horaires ou chacune des activité en termes de « j'ai pris du plaisir », « je me suis senti compétent », « c'est important pour moi », un peu sur un mode questionnaire MOH de Kielhofner. Je pense que c'était trop compliqué et ça n'a pas fonctionné donc on a un peu laissé tomber. Donc oui j'ai essayé d'utiliser l'emploi du temps, une fois ça a bien marché, enfin ça marche bien avec ce monsieur, ça marche bien à l'extérieur parce qu'il est revenu entre 2 hospit'. Il venait toutes les semaines en ergo donc on faisait ça les semaines où il était chez lui. Ça a bien marché et lui était vraiment, il mettait de la valeur. La première personne ça a été très compliqué, un peu du déni de la suractivité, hyperactivité et puis pas très motivée pour le faire.

Etudiante : D'accord. Bah justement c'est ma prochaine question en fait **c'est comment vous accompagnez les patients à être dans un processus de changement ? Enfin on va dire comment vous améliorez leur engagement dans la prise en charge ?**

Ergothérapeute A : Donc globalement pas forcément en termes de gestion de l'hyperactivité ?

Etudiante : Oui globalement et puis bah si jamais c'est en lien …

Ergothérapeute A : Ok. Globalement moi je pense qu'on a un angle d'attaque qui est spécifique en ergo parce qu'on parle d'activité. Donc moi les patients que je vois ils sont suivis par le médecin, donc le médecin interne, ils sont suivis par l'équipe infirmière, ils sont suivis par le psychologue enfin ou la psychologue et ils sont suivis par la diététicienne donc en fait il y a beaucoup de temps passé autour des troubles alimentaires finalement et on les questionne sur… car ce sont des anorexiques boulimiques qui se purgent aussi donc est ce qu'il y a eu des temps de purges ? On met en place des crises autorisées. Le principe c'est de limiter les crises mais au moins dans la semaine on autorise une crise avec des vomissements mais qui est ciblée, autorisée. Donc on parle pas mal d'alimentation quoi, finalement en ergo on a la chance de pouvoir parler un peu d'autre chose. Moi j'ai une patiente hier encore qui est anorexique qui était, bon il y a des hauts et des bas dans la prise en charge, hier elle était vraiment…comment…triste et elle s'installait un peu dans une lutte avec le médecin parce qu'elle ne prend pas de poids et le médecin retire un petit peu, enfin, ça peut, enfin un contrat ou en tout cas elle, elle parle de chantage. Enfin on lui retire des éléments de son quotidien pour la contraindre à se mettre dans cette dynamique, à aller chercher des kilos quoi. Et elle m'a dit encore hier je ne suis qu'un poids c'était ses mots quoi, je suis…et donc voilà…enfin je pense que… Alors je caricature peut-être un petit peu, parce que je pense que ma collègue psychologue elle aborde beaucoup beaucoup de chose aussi sur l'histoire de vie de la personne, sur les déterminants, ou comment gérer des situations familiales ou des choses voilà sur l'histoire de la personne. Nous on est finalement sur un truc un peu différent, on est dans le faire et on est dans soit dans quelque chose qui se passe maintenant soit préparer l'avenir comme je le faisais avec la personne dont je vous parle ; ou alors revenir à des déterminants de l'occupation…euh de l'identité occupationnelle pour les voyages par exemple pour l'autre personne. Donc on est sur un positionnement un peu plus différent et moi j'essaie de les regarder vraiment comme des êtres occupationnels au sens du MOH. Donc je pense que pour les inclure dans la prise en charge, pour vous répondre, je pense que déjà on offre une autre façon de les aborder et on est sur leurs activités. Donc là ça peut peut-être ouvrir aussi…Comment… une possibilité d'alliance thérapeutique au sens large parce que c'est dans le

soin, quelque chose d'un peu différent qui est permis. Je pense que ça peut renforcer l'alliance thérapeutique parce que je pense que s'il y a une sorte de permanence de l'accueil, c'est-à-dire que moi quel que soit on va dire l'évolution du poids et c'est quelque chose d'un peu compliqué hein, quelquefois ça progresse et quelquefois ça régresse, quelque part moi j'ai une permanence de l'accueil moi, je ne conditionne pas mon accueil à ce qu'il se passe au niveau du poids et je pense que c'est aussi quelque chose de favorisant pour que la personne reste dans le soin quand il y a … Enfin la psychologue c'est pareil, ce n'est pas spécifique à l'ergo ça. Mais en tous cas on continue à se projeter sur la suite, on continue à faire des choses qui ont du sens pour la personne malgré la fluctuation du poids et les possibles conflits qu'il peut y avoir avec l'équipe soignante. Donc ouais voilà je pense que le fait de revenir sur les déterminants de leur identité occupationnelle et de les remettre sur quelque chose qui a du sens je pense que ça contribue à augmenter l'alliance thérapeutique. Et je pense qu'il ne faut pas non plus minorer… parce que je vous ai parlé de ce que je fais en ergo… mais il faut quand même qu'on se mette d'accord en équipe quoi et ça c'est l'intérêt de travailler en hospit. Moi je communique quand même avec ma collègue psychologue qui est spécialisé sur les TCA, on échange, on parle de ce que je peux faire en ergo, quel sens ça peut prendre dans la prise en charge globale. Oui pour le monsieur avec les activités de plaisir, ça fait échos aussi à ce que la psychologue m'évoque en me disant que parce que c'est un monsieur avec des traumatismes d'ordre sexuel par le passé, l'accès au plaisir est compliqué, voilà donc est ce que la priorité c'est de limiter la marche ou pas parce que pour l'instant c'est un exutoire qu'il faut essayer de maintenir. Il faut qu'on se coordonne aussi et ça c'est l'intérêt de l'hospitalisation quoi.
Etudiante : C'est une décision à prendre en équipe…
Ergothérapeute A : Voilà, quand on dit hyperactivité, je veux dire qu'il y a parfois des efforts qui sont demandés de façon très importante au niveau de la nutrition, si la diététicienne et le médecin mettent l'accent sur la sonde ou les compléments alimentaires on sait que c'est un effort important demandé à la personne peut être qu'on ne va pas trop l'embêter sur son hyperactivité tout de suite quoi, ou sur son emploi du temps tout de suite. Donc il faut discuter avec l'équipe soignante aussi, parfois l'objectif c'est de décaler... parce qu'on sait que dans l'anorexie la préoccupation principale c'est l'alimentation tout tourne autour de ça… des fois l'objectif c'est juste de décaler la personne, lui donner un temps de respiration pour faire autre chose, qu'elle investisse un autre champs psychique que l'alimentation. Donc c'est en discutant en équipe qu'on se dit pour l'instant on fait plus ça et on verra après pour quelque chose de plus peut être quantifié sur un emploi du temps.
Etudiante : D'accord. **Et est-ce que vous mettez en place des moyens pour maintenir ce changement sur le long terme ?** Enfin je ne sais pas par exemple est ce que vous leur dites de continuer leurs emplois du temps ? Enfin comment ça se passe après l'hospitalisation ?
Ergothérapeute A : Ouais alors c'est un peu compliqué parce que c'est vrai qu'après moi je les perds de vue après l'hospitalisation. J'étais resté un peu en lien avec la personne avec qui on avait fait le CV mais vite fait enfin on ne peut pas dire que c'était un suivi hein. Le monsieur dont je vous parle il avait fait une hospit je l'ai revu après en ambulatoire on va dire donc là j'ai fait un suivi et on a mis en place finalement ce suivi des emplois du temps en ambulatoire plus. Donc on a démarré ce suivi des emplois du temps en ambulatoire et on l'a maintenu car je le voyais toutes les semaines. Après pour les autres, une fois sorti… Alexandra je ne l'ai pas revue, Claire je ne l'ai pas revue non plus… non après je pense que… globalement je pense que l'équipe médicale, enfin l'équipe au sens large perd de vue les patients et il y a un suivi parfois par d'autres équipes. Il faut dire aussi enfin je pense que c'est des pathologies qui sont très compliquées aussi, je ne suis pas sûr qu'on soit très…enfin on a des patients qu'on a réussi à améliorer mais pour l'instant c'est… enfin moi je me heurte par rapport aux patients dépressifs ou bipolaires qu'on peut avoir dans l'équipe je trouve que les évolutions positives sont plus rares chez les patients anorexiques. Donc quand vous dites maintenir les acquis je trouve que ça ne bouge pas forcément vraiment non plus, c'est compliqué, l'anorexie… je pense qu'on a essayé des choses... je vous dis ça parce que parfois il y a des patients qui étaient chez nous qui vont vers d'autres soins après, qui vont dans d'autres cliniques, qui continuent les soins finalement et on peut pas dire qu'elles sortent de chez nous pour reprendre leur rythme de vie antérieur. Lucie celle avec qui on a travaillé sur le CV oui elle est retournée chez elle mais je l'ai perdue de vue, Claire suite d'hospitalisation, Alexandra échec d'hospitalisation avec retour chez une amie mais potentiellement une hospitalisation par la suite ailleurs, le monsieur est revenu après… Enfin je trouve…on fait ce qu'on peut mais on ne les sort pas vraiment de leur maladie les personnes qu'on a accueillies c'est un peu triste comme constat.
Etudiante : Il y a souvent des rechutes on va dire ?
Ergothérapeute A : Ouais et puis je pense que c'est une pathologie qui prend beaucoup de temps à… enfin je pense à une autre patiente qui elle est sortie de l'anorexie qui est maintenant suivi pour troubles bipolaires qui m'a dit qu'elle a mis des années à… enfin comment… à prendre étape par étape des petites choses mais qu'il n'y a pas eu une hospit qui l'a sortie de son trouble et il y a eu un suivi assez important pour elle en hôpital de jour pendant plusieurs années… enfin voilà. Pour vous répondre je ne fais pas vraiment de suivis post-hospit. Je n'ai pas bien le temps. Dans l'anorexie aussi on se heurte à un manque de flexibilité mentale, une très grande rigidité, un perfectionnisme souvent, mais perfectionnisme moi je dirais que ce n'est pas toujours le cas mais je pense qu'il y a une rigidité énorme et des rituels qui sont installés, des rituels de purge, des rituels autour de l'alimentation, de préparation : faire chauffer, couper et petits bouts etcétéra. Donc nous notre rôle aussi c'est d'essayer d'assouplir

en fait je pense ça en travaillant ce modèle comportemental on va aussi essayer de travailler aussi sur…dans tout ce qu'on fait dans les alternatives, envisager les choses un petit peu différemment, demander à la personne de faire un effort pour accepter de se concentrer sur le CV avec la personne là Lucie, on a quand même pas mal discuté sur la forme, on s'est un petit peu opposé sur des choses parce que l'idée c'était de conflictualiser sur autre chose que la nourriture et d'essayer d'assouplir finalement, de mettre un petit peu de flexe dans un mode de pensée extrêmement rigide. Ce que je veux dire c'est que l'emploi du temps est un suivi on va dire assez rigoureux pour faire changer les choses sur les rythmes de vie ça demande que la personne soit relativement souple pour adhérer à une dynamique de changement. Et ça je pense que ce n'est pas abordable d'emblée parce que des fois il y a trop de rigidité et il y a un refus de rentrer dans cette approche, on va dire quantifier des horaires d'activités, pour aller vers le changement. Moi j'ai encore dit à une patiente il y a pas longtemps un emploi du temps ça permet de mesurer les choses et nous après on peut se donner des objectifs pour réduire, comme j'ai fait avec le monsieur dont je vous parlais avec les couleurs vertes pour le plaisir, là le monsieur est relativement flexible dans sa tête mais il y a beaucoup d'anorexiques qui ont une telle rigidité que c'est inenvisageable donc il faut aussi travailler sur cette flexibilité peut être un petit peu de façon détournée en feintant sur autres choses : des fils des clous, sur le CV, sur … Conflictualiser un petit peu, pas être d'accord et finalement sans que la personne s'en aperçoive, l'assouplir un petit peu… sans que je la rejette, j'accepte son positionnement mais que petit à petit on fasse passer des messages voir s'il y a pas des choses sur lesquels elle peut…Comment dire… transiger pour être prête à faire un peu différemment et qu'elle s'inscrive peut être sur des expériences positives où elle a transigé et que ça s'est pas trop mal passé. C'est une corde raide voilà. Il faut maintenir l'alliance thérapeutique et on ne peut pas aller trop loin en forçant les gens parce qu'on les perd. J'avais une étudiante québécoise qui était là une fois, ça se passait bien avec… elle s'appelait Clémentine la personne anorexique dont je vous parle qui est hospitalisée, ça se passait bien avec Clémentine mais en une séance elle l'a perdue quoi… elle l'a perdue et je l'ai pas revue pendant le reste du stage de ma stagiaire et après j'y suis retourné et on a un peu renoué les contacts parce qu'elle avait été trop franche dans ses demandes de changement. Donc je pense que c'est une corde raide, vraiment et il faut faire changer les choses mais il y a de tels rituels, de telles rigidités de pensées que ça c'est un objectif primordial de travailler sur cette flexibilité mentale et là le modèle comportemental ça rentre pas mal là-dedans je pense.

Annexe VI : Retranscription entretien n°2

Etudiante : **Qu'est-ce que vous évaluez lors de l'entrée de la personne souffrant d'anorexie mentale ?**
Ergothérapeute B : Alors on a dire, j'évaluais. Parce qu'au début quand je commençais à travailler en tant qu'ergo, j'ai appliqué tout ce qu'on m'avait appris, à faire l'entretien, à faire le bilan, le diagnostic ergo et la prise en charge après. Mais concrètement quand j'ai vu le temps de passation que ça me demandait, le temps de rédaction que cela me demandait et les professionnels qui me prescrivaient les patients faisaient avec le bilan… bah en fait ils ne faisaient rien avec donc je me suis dit que j'allais arrêter de perdre du temps et du coup le bilan maintenant …j'ai fait du bilan pendant 1 an, maintenant en fait, je perçois les symptômes ou du moins la difficulté donc j'ai arrêté de faire des bilans. En tous cas sur ce que je faisais j'utilisais l'inventaire de Spielberg pour évaluer l'anxiété-trait état, j'utilisais l'insight, alors je sais que ça a été validé pour les personnes schizophrènes mais en tous cas pour certains patients il y a un potentiel déni dans la pathologie donc ça me permettait de voir…enfin j'évaluais du coup l'importance du déni et de la conscience de leur patho. J'utilisais une échelle de la qualité de vie. J'utilisais l'échelle des habilités conversationnelles, j'utilisais aussi l'échelle de Rosenberg pour l'estime de soi, j'utilisais l'échelle d'affirmation de soi et le BDD+YBOCS qui permettait en fait d'évaluer le caractère obsessionnel au niveau corporel pour les patients TCA.
Etudiante : D'accord et maintenant… ça c'est les bilans que vous utilisiez avant et maintenant c'est juste un entretien avec les personnes ? Un entretien oral ?
Ergothérapeute B : Ouais, je fais un entretien avec les patients et quand les patients par exemple témoignent d'un déficit sur l'un des domaines que j'évalue au préalable, si je vois que je ne suis pas hyper sûre si oui ou non ils ont ce symptôme-là, à ce moment-là j'évalue. Par exemple quand un patient me dit « je suis dysmorphophobique » … pfff… ouais je me dis ouais c'est encore un terme qu'on leur a donné mais concrètement je ne suis pas sûre qui savent vraiment ce que c'est. Du coup j'utilise l'outil d'évaluation pour vérifier le critère obsessionnel ou pas.
Etudiante : D'accord. Et suite à cet entretien **est- ce que vous mettez des objectifs et si oui quels sont les objectifs prioritaires à court terme avec ces personnes anorexiques ?**
Ergothérapeute B : Alors moi, pas d'objectif, c'est les patients qui les fixent. En gros, pour t'expliquer un peu mon entretien, quand il y a un patient qui rentre en hospitalisation souvent, même s'il est prescrit, je lui laisse la semaine complète de son arrivée en hospitalisation pour qu'il puisse se faire au nouveau cadre, en tout cas qui lui est proposé, de se faire aux conditions de l'hospitalisation, qu'il y ait l'évaluation psychiatrique par le médecin psychiatre et après je fais mon entretien avec le patient, je lui laisse une semaine de répit. Donc j'attends la prescription du médecin qu'elle soit orale ou écrite, mais écrite c'est assez rare, c'est plutôt prescription orale. Et dans ces cas-là l'entretien, je lui demande la date d'aujourd'hui, sans regarder… aucun moyen… téléphone, agenda, ou quoique ce soit ; pour voir comment lui s'oriente un peu au niveau spatio-temporel parce que quand ils

arrivent en hospitalisation, enfin en tous cas dans mon service, souvent, ils ont été en réa avant du coup ils ont été pas mal de temps hospitalisés avant de venir chez nous donc ça me permet d'évaluer les troubles potentiels en terme temporel. Ensuite il confirme son identité : nom, prénom. Je lui demande son âge, je lui demande quelle est sa situation, professionnelle ou étudiante enfin en tous cas ce qu'il fait dans la vie et depuis combien de temps il le fait et s'il est en arrêt ou pas enfin en rupture ou pas, parce qu'il y en a pas mal qui sont dans des ruptures, des déscolarisations, des licenciements, ce genre de chose. Ensuite je leur demande où est-ce qu'ils vivent, avec qui, comment ça se passe. Je pose quelques questions sur l'environnement, voir par exemple… par exemple un patient qui me dit qu'il est anorexique mental, qu'il ne vit pas au 4ème étage d'un immeuble sans ascenseur et qu'il a un chien quoi *rires*. En fait voilà je vérifie un peu le côté environnemental. Ensuite je leur demande pour eux, quel est le motif d'hospitalisation ? Pourquoi ils sont là ? Quel est le diagnostic qui a été posé ? Est-ce que c'est bien clair pour eux ? Depuis quand le diagnostic a été posé ? Est ce qu'il y a une origine à ce diagnostic-là ? S'il y a des comorbidités ? Est-ce qu'il y a eu des hospitalisations précédentes pour ce même motif ? Histoire de voir un peu le parcours qu'il a pu avoir. Je leur demande si au cours de leur hospitalisation il y a eu une prise en charge ergo, à mon plus grand regret, ceux qui ont déjà une prise en charge en ergo ils m'ont dit « bah j'ai fait de la couture et de la poterie et puis c'était cool » et du coup quand tu leur demandes ce qu'ils ont compris ils font « bah ça m'occupait » … ouais ouais…Bon du coup là je reclarifie ce qu'est l'ergothérapie d'un point de vue des sciences de l'occupation. Je reclarifie avec eux et du coup je leur dis « en ce sens-là c'est quoi vos attentes envers moi ? ». Donc là, en fait, je leur laisse eux-mêmes me donner leurs objectifs. La plupart du temps, en tous cas ce qui va revenir très régulièrement, c'est le travail autour de l'estime de soi, ça va être de lutter contre la dysmorphophobie et ça va être le lâcher prise. Et dans le lâcher prise on inclut l'hyperactivité, cette notion de contrôle. En fait pour moi l'hyperactivité agit comme un moyen de contrôle et du coup c'est là-dessus qu'on va l'englober. Un fois qu'ils m'ont listé tous leurs objectifs je leur demande est ce qu'il n'y a pas des difficultés qui ne nous permettraient pas d'atteindre ces objectifs ? Et c'est là où le patient va verbaliser ou pas son hyperactivité, et, parfois ça tourne autour des 12 heure par jour hein l'hyperactivité. Ou le contrôle se lie aussi à un caractère obsessionnel : il faut faire un certains nombres de pas, il faut brûler tant de calories enfin voilà. L'hyperactivité elle peut être aussi mentale et liée à un sentiment de perfection où on a des patients qui ont eu 21/20 au bac. Et puis même pendant le cadre de l'hospitalisation ne décrochaient pas sur leurs études, il fallait tout le temps qu'ils soient en apprentissage. Après je leur demande quelles sont leurs activités dans la vie au quotidien avant de venir ici, et s'il y a des choses qu'ils aimeraient faire plus tard : reprendre ou découvrir. Je leur demande quel est leur projet de vie puis moi en attendant en fait j'ai créé plus d'une cinquantaine d'ateliers et du coup pendant qu'ils me parlent je vois les ateliers sur lesquels je pourrais les orienter du coup je leur propose à la fin les ateliers et le patient valide ou pas et après on peut débuter la semaine suivante.

Etudiante : **Vous pouvez me donner des exemples des ateliers dont vous me parlez ?**

Ergothérapeute B : Tu veux savoir sur quelle thématique ? Sur quel symptôme ? L'hyperactivité ?

Etudiante : Oui oui.

Ergothérapeute B : Ok. Parce que vu qu'il y en a plus de 50 autant te dire que quelques-uns à part te faire un catalogue Ikéa je ne vois pas très bien.

Etudiante : Oui sur l'hyperactivité, ça sera plus centré sur mon sujet.

Ergothérapeute B : Alors sur l'hyperactivité, on va travailler autour de la notion du lâcher prise. C'est-à-dire pourquoi l'hyperactivité elle est présente ? Donc on va travailler autour du caractère obsessionnel parfois qui peut en découler ou en fait de ce qu'eux placent comme un moyen en tous cas de liaison. C'est un truc que j'aime bien faire avec les patients, c'est sur des modèles TCC, donc les thérapies cognitivo-comportementales. En gros je leur donne des horloges sans aiguille en format papier enfin crayon-papier, donc une horloge sans aiguille et je leur demande de représenter leur journée type avant de rentrer à l'hôpital. Genre, 2 semaines avant de rentrer à l'hôpital. Donc ils font leur horloge, leur journée type sur 24 heures et je leur demande à la suite de ça, « qu'est ce qui est pour eux gênant ? » et en fait souvent leur horloge elle est très visuelle et elle parle beaucoup aux patients c'est là où ils voient s'il y a une déficience ou pas au niveau de leur temps occupationnel et c'est là où les patients mettent en évidence l'hyperactivité. Notamment les temps où « Ha bah non en fait je n'allais pas manger avec ma collègue mais j'allais courir pendant le temps du midi » ou « Ha bah comme j'ai tout le temps de mon repas je vais aller marcher machin » ou alors bah avant de partir je me levais je faisais du sport après je prenais ma douche je refaisais une petite séance de yoga et après machin » puis voilà en fait si on faisait le calcul ça prenait 12 heures dans une journée. C'est énorme. Ou alors pour les patients qui vivent à domicile qui ne travaillent pas, je leur demande « Bah là toutes les activités que vous me listez, vous les faites comment ? » Bah ils les font toute la journée debout. Je les accompagne pour qu'ils explorent ce caractère hyperactif qui peuvent présenter en leurs disant « est ce que vous pensez que c'est normal ou pas ? » et on y travaille. Là par exemple, c'est aussi des repas thérapeutiques… ça me fait rebond mais…depuis 4 ans en fait je ne voyais qu'une hyperactivité physique enfin tu vois, l'idée de faire du sport avant le repas ou après. Il y a même des patients qui mettaient leur réveil la nuit pour faire du sport et qui se levaient le matin « Ha bah je me sens fatigué » « Bah tu m'étonne tu mets ton réveil à 4 heures du mat pour faire 1000 pas ! ». Dans leur chambre alors t'imagines quand même que ça durait longtemps. Donc là la patiente elle est encore en hospit là, et elle présente une hyperactivité sur le plateau repas… genre je n'avais jamais

vu ça encore… en gros elle commence à manger son entrée puis elle va ouvrir son pot de yaourt puis après elle va commencer un peu à manger le plat puis après elle va retoucher un peu à l'entrée puis là elle va commencer à éplucher ses clémentines puis elle va continuer à manger son repas et elle va mettre son poivre dans son yaourt puis elle finit son entrée puis elle commence à manger sa clémentine puis elle recommence à manger son plat puis après elle va tremper sa clémentine dans son yaourt mélangé avec le poivre puis elle va le manger, puis elle remange son plat c'est vraiment.. Enfin déjà la patiente est hyperactive d'un point de vue physique mais alors là elle est aussi hyperactive même sur le temps du repas, c'est incroyable à voir. Enfin d'un point de vue social ce n'est pas hyper adapté mais en tout cas voilà c'est un cadre hyperactif qui est vraiment impressionnant.
Etudiante : Et quand vous demandez de faire leur journée type sur l'horloge ça permet peut-être aussi aux patients qui étaient dans le déni de se rendre compte de leur hyperactivité ?
Ergothérapeute B : Complétement, il y a une prise de conscience qui est immédiate. Parce qu'en plus je leur demande d'identifier les créneaux horaires qu'ils jugent pathologiques ou difficiles à vivre et souvent l'hyperactivité elle est jugée comme difficile à vivre et en fait dès qu'ils voient le cadre venir d'une autre couleur en fait, souvent ils utilisent le crayon rouge mais quand ils voient ce rouge apparaître et qui prend beaucoup de place il y a une prise de conscience qui se fait.
Etudiante : Vous m'avez un peu répondu mais la prochaine question c'était **comment faites-vous pour améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte d'hyperactivité physique ?**
Ergothérapeute B : Bah du coup je propose cette horloge là et après je leur fais répondre à un questionnaire qui permet d'identifier leurs compétences. Alors ça tient du développement personnel, c'est une culture populaire mais qui se développe beaucoup actuellement les patients en sont très friands donc du coup je surfe un peu sur cette vague du développement personnel pour qu'ils s'approprient plus rapidement. Donc en fait ils définissent à l'aide d'un questionnaire des compétences qu'ils peuvent avoir et du coup on va s'appuyer sur leurs compétences pour travailler justement sur les créneaux qu'ils viennent de juger difficiles. Donc par exemple une patiente hyperactive je vais lui dire « Bon du jour au lendemain concrètement on ne va pas pouvoir arrêter l'hyperactivité sinon le caractère obsessionnel va prendre le dessus et les angoisses vont venir se majorer donc ce n'est pas la peine. ». Donc je le leur demande comment s'exprime leur hyperactivité : est-ce que c'est un nombre d'heures, est ce que c'est un nombre de pas, est-ce que c'est un nombre de calories brûlées… enfin comment elle se manifeste. Et par exemple si un patient me dit « Je dois faire 5000 pas. » ok pas de soucis, est-ce que par exemple pour demain on peut essayer 4999 pas ? c'est un petit pas en moins mais en soit c'est un grand pas contre la maladie. Ou si par exemple c'est un nombre d'heure je peux demander « est-ce que par exemple demain on peut imaginer de tenir une minute assise, en dehors des temps où vous le faites déjà donc par exemple un temps qu'on s'autorise à rester assise ? », et puis on augmentait le temps progressivement chaque jour. Il y a des patients qui utilisent leur hyperactivité dans des activités. En fait ils ne sont pas capables de limiter l'hyperactivité parce qu'elle est très prégnante et du coup qu'ils vont utiliser comme un moyen moins pathologique. Par exemple on a une patiente qui était hyperactive et elle est devenue culturiste. Donc elle n'a pas arrêté la pratique sportive mais par contre comme pour devenir culturiste il y a un régime alimentaire bien précis à tenir, elle a un corps hyper musclé mais elle ne se met plus en danger au niveau alimentaire. Donc au final elle n'a pas perdu ce sentiment de contrôle, de puissance qu'il peut y avoir chez les patients TCA mais elle l'a juste décalé pour que ce soit moins pathologique ou moins dangereux pour elle. Ça on en a beaucoup par exemple. On a des patients qui deviennent marathoniens. En fait, comme ils veulent continuer à faire du sport, cette pratique et qu'il y a besoin de l'alimentation pour maintenir l'activité qu'ils aiment bah du coup c'est moins dangereux.
Etudiante : D'accord. Et est-ce que les patients ils sont généralement engagés dans la prise en charge tout de suite ? **Comment vous les accompagnez à être dans un processus de changement ?**
Ergothérapeute B : Alors ça je pense que tout se joue lors de l'entretien avec la relation. Comme ce n'est pas moi qui fixe leur objectif mais c'est le patient qui me les fixe je ne peux qu'espérer leur engagement. C'est aussi un cadre que j'autorise je leur dis « écouter moi dans ma manière d'être déjà je suis quelqu'un de… d'assez bourrue comme on pourrait dire et je vais dire tout ce que je pense » et déjà je les invite à faire exactement la même chose, un patient à le droit de me dire « merde » si je le fais chier. Mais du coup c'est déjà un cadre qui est plutôt léger et après je leur dis « je ne suis pas là pour vous juger, je ne suis là pour vous critiquer, je suis là pour vous accompagner. » Et là déjà j'essaie de créer un climat un peu plus léger pour qu'ils se sentent assez libres de me dire tout ce qu'il veut en fait et après à la fin de leur entretien je leur dis « si jamais vous n'aimez pas ma gueule, si jamais vous sentez que la prise en charge elle ne vous plait pas, vous avez le droit de vouloir l'arrêter mais par contre je veux que vous veniez me le dire. Plutôt que si jamais vous ne m'aimez pas et que vous venez, bah concrètement vous allez venir en traînant des pieds, vous n'allez pas vous investir vous allez me faire perdre mon temps et vous allez perdre le vôtre donc autant qu'on soit honnête et qu'on parte sur de bonnes bases. Parce que si vous ne voulez pas moi ça ne me dérange pas en fait mais au moins qu'on comprenne pourquoi, parce qu'on peut comprendre comment la maladie elle joue avec vous. Parce que c'est quand même une sacrée garce et du coup c'est comment on peut vous accompagner là-dedans quoi. » Et puis je n'ai jamais eu aucun patient qui a demandé à arrêter, bien au contraire.
Etudiante : D'accord, oui vu que c'est eux qui fixent leurs objectifs ça aide pour l'engagement à la prise en charge.

Ergothérapeute B : C'est ça et je pense qu'en les responsabilisant dès le départ c'est-à-dire en leur donnant leurs droits et leurs devoirs et en les réincluant, en pensant d'abord à eux et à leurs désirs et puis en travaillant pour ce qu'ils veulent. Parce que c'est bien beau de leur demander mais faut aussi leur proposer les activités qui vont avec. Du coup je pense que c'est là où on voit la différence.
Etudiante : D'accord, **quels sont les moyens après qui sont mis en place afin de maintenir le changement sur le long terme, je ne sais pas si vous avez un suivi après leur hospitalisation ?**
Ergothérapeute B : Malheureusement non. Je les vois dans le cadre d'une hospitalisation complète donc souvent on est sur des critères d'urgences, c'est-à-dire qu'ils sortent de réa ils sont à peu près à 11 d'IMC quand ils arrivent chez nous. En fait comme on pourra dire on les « démaigrit », on va les remplumer un peu et après ils sortent. Donc moi quand je les vois quand on est en phase aiguë de la pathologie donc au domicile… Du coup les horloges une première fois ils vont me les avoir définies et à la fin de l'hospit, avant la sortie on recrée des horloges avec le rythme de vie qui peut être envisageable à la sortie donc je leur dis « essayez d'appliquer ça, on verra bien ». Et en gros s'ils reviennent on voit ce qui a capoté ou pas. Malheureusement moi je n'arrive pas à voir au domicile comment ça se maintient. Il y en a qu'on ne revoit pas donc je me dis que c'est que ça va. *Rires*.

Annexe VII : Retranscription entretien n°3

Etudiante : **Qu'est-ce que vous évaluez lors de l'entrée de la personne souffrant d'anorexie mentale dans votre service ?**
Ergothérapeute C : Alors, donc moi je vais surtout parler de ce que je fais moi, après ce que font les autres collègues, on est quand même en lien mais je ne vais pas m'avancer sur ce que font les autres exactement. Moi en fait quand je vois le patient à l'entrée déjà j'ai une prescription du psychiatre qui est détaillée ou pas, dès fois on le sait ce n'est pas détaillé du tout mais bon, certaine fois oui, et en fait moi déjà je vois le patient d'abord en évaluation et en fait moi je fais une évaluation qui n'est pas… je n'ai pas de bilan à ce jour mais je fais une évaluation du coup… je fais une anamnèse de la personne. Typiquement je vais poser la question : est ce qu'il y a eu d'autres hospitalisations ? Quels sont les raisons de son hospitalisation ? Et en fait, ces informations je les ai déjà parce que j'ai déjà regardé les dossiers, mais moi ce qui m'intéresse c'est surtout ce que la personne apporte parce que dès fois on peut se retrouver avec un dossier qui va faire une présentation d'un patient et puis quand le patient est en face de vous il va vous faire une autre présentation totalement différente de la situation, donc c'est bien aussi d'avoir ce que le patient apporte. Et aussi ça permet de rentrer doucement dans le sujet quoi, parce que si direct de front j'aborde les sujets plus difficiles… c'est mieux quand c'est le patient qui les amène… voilà ! Donc je fais l'anamnèse pour savoir depuis combien de temps la personne est hospitalisée, depuis combien de temps il y a ce trouble, tout dépend de ce que ce trouble est mais voilà, la situation sociale, la situation familiale, amicale, les proches etcétéra, la situation professionnelle aussi, s'il y en a une ou les études et comme j'ai tendance à voir les patients pas à leur entrée directement dans la clinique mais quelques jours plus tard, souvent c'est entre 7 à 10 jours, voilà encore une fois je suis seule donc je peux pas voir les gens aussi rapidement que ce que je voudrais, on fait un point aussi sur comment ça se passe depuis qu'ils sont arrivés. Comment est-ce qu'ils ressentent l'hospitalisation ? Est-ce que ça va dans le bon sens selon eux ? Est-ce qu'il y a des choses à changer ? Qu'est-ce qu'ils aimeraient faire ? Qu'est-ce qu'ils ont envie de changer ? Voilà on fait un point sur tout ça. Et ensuite moi je leur demande quelles sont leur attentes en fait, par rapport à l'hospitalisation, parce que, encore une fois, c'est important de savoir ce que le patient attend, quelles sont ses attentes à lui. Parce que le patient qui arrive avec un tableau clinique de TCA bah on se dit il faut qu'il reprenne du poids, il faut qu'il arrive à avoir tel ou tel objectif etcétéra. Mais ça c'est nous, c'est notre projection de ce que la personne devra être entre guillemets mais c'est important que la personne elle puisse dire bah « moi je ce que je veux c'est ça ». Et ensuite ça permet d'avoir un engagement qui est plus important parce que bah déjà on est à l'écoute de la personne et aussi parce que bah on va vers les objectifs qui sont plus adaptés à ces personnes-là. Pour les objectifs, ensuite moi je vais leur expliquer ce qu'est l'ergothérapie, parce que pour la plupart ils ne connaissent pas, donc je leur explique assez rapidement mais l'idée c'est qu'il y ait une notion globale de ce qu'est l'ergothérapie et ensuite je leur présente ce que je fais moi à la clinique pour qu'encore une fois, ils est notion de ce que je fais et que c'est pas que de l'occupationnel c'est pas que faire des paniers et voilà. Donc je développe un petit peu ça et ensuite avec le patient, moi j'ai une feuille que j'ai créée et qui explique l'ergothérapie, que je leur donne et sur cette feuille il y a une partie avec les objectifs thérapeutiques qui sont notés et moi je leur demande de choisir 3 ou 4 objectifs qui pour eux, peuvent répondre à ce qu'ils aimeraient faire en fait. Ces objectifs ils sont très larges : il y a, tout ce qu'il va être, apprendre à favoriser le lâcher prise, prendre confiance en soi, prendre du plaisir, travailler la concentration, favoriser l'autonomie enfin voilà, des choses vraiment des objectifs que nous on fixe comme ergothérapeute et moi je leur demande de fixer leurs objectifs, ce qui permet, encore un fois, de mettre le patient dans une position d'être acteur de ce qu'il va faire de ce qui va être mis en place. Alors moi ces objectifs bien sûr c'est le patient qui les choisit mais je suis quand même là pour orienter un peu le patient en fonction de sa pathologie, en fonction de ce qu'il m'a dit au préalable, et aussi en fonction de la prescription, parce que la prescription elle est toujours là et si le psychiatre me dit qu'il faut travailler le fait de travailler sur soi et que la patiente me dit il faut absolument que je

fasse des choses pour les autres, bon… on va essayer d'orienter vers quelque chose qui corresponde un peu plus. Mais le but ce n'est pas non plus d'imposer les objectifs à quelqu'un mais c'est de… soit qu'il le fasse par eux même soit de l'initier à quelque chose, de lui expliquer tout ça. Et une fois que tout ça est fait on met en place différentes activités voilà. Comme je disais au début moi je n'ai pas de bilan à ce jour, je n'ai pas de bilan pour plusieurs raisons déjà c'est que c'est des bilans qui sont faits par le psychiatre donc c'est vrai que ça serait un peu redondant de refaire les même types de bilans en fait, et sachant que moi j'ai accès aux résultats de ces bilans-là donc ce n'est pas nécessaire pour moi de refaire les bilans. Et aussi comme je disais encore une fois, c'est qu'il y a tellement de comorbidités que certaines fois c'est difficile de mettre en place un bilan très spécifique sur quelque chose qui est encore assez floue.

Etudiante : oui, d'accord. **Suite aux objectifs qui sont posés en collaboration du coup avec le patient, quelles activités vous leur proposez ?**

Ergothérapeute C : Alors, ce que je fais actuellement et moi ce que j'aimerais faire par la suite donc ça c'est en train d'évoluer, encore une fois je suis seule il y a 60 patients et je suis à temps plein donc je ne peux pas voir tous les patients. Et en fait, j'essaie de faire des activités qui soient à la fois pertinentes pour les patients bien sûr par rapport à leurs objectifs et aussi qui soient… qui me permettent de voir un maximum de patients tout en ayant la limite de pas trop de patients parce que sinon je me perds et ça devient occupationnel mais quand même avec pas mal de patients pour que je puisse en voir suffisamment et que ce n'est pas une petite partie entre guillemets qui peut participer aux ateliers. Du coup moi ce que je fais c'est seulement des activités de groupe, donc comme je disais moi j'ai fait une initiation à la sophrologie donc je fais des séances de relaxation qui sont une fois par semaine, ça à terme ça va être 2 fois par semaine voilà c'est quelque chose qui va évoluer. Je ne suis pas sophrologue donc je ne fais pas du tout de la sophrologie mais c'est des initiations à plein de choses qui me permettent de mettre en place des activités de ce type-là. Ensuite, j'ai des ateliers ce que j'appelle des ateliers multi-activités c'est en fait un atelier qui a lieu 3 fois par semaine avec différents groupes où les patients sont maximum 10 et en fait il y a différents groupes et dans cet atelier il y a différentes activités manuelles et les patients, en fonction de leurs objectifs, donc thérapeutiques qu'on a fixés, moi je les oriente vers différentes activités, encore une fois, en lien avec leurs objectifs. L'idée est que, pendant ces groupes là ils puissent donc, encore une fois, réaliser leurs objectifs, de passer un moment agréable et que ça se passe bien, qu'ils puissent être autonomes, qu'ils puissent être indépendants et prendre du plaisir, du bien-être pendant l'activité. Et enfin, j'ai des groupes de parole à médiation, donc je fais un atelier qui est un peu semblable au photolangage. Et je fais aussi un atelier modelage qui pareil un groupe de parole avec la médiation terre. Donc voilà ça c'est que je fais aujourd'hui, enfin ce que je fais maintenant dans un aspect confinement, en ce moment c'est un peu compliqué. Mais ce que j'aimerais mettre en place à la fin du confinement quand les choses deviendront un peu plus normales, des ateliers d'organisation et de réhabilitation sociale qui vont être mis en place avec l'assistante sociale de la clinique pour justement pour pouvoir travailler sur un aspect plus pratique plus dans les activités de la vie quotidienne en fait. Donc ce sont des projets qui vont être mis en place un fois que les choses seront un peu plus calmes.

Etudiante : D'accord, et **comment faîtes-vous pour améliorer l'équilibre occupationnel de la personne atteinte d'hyperactivité physique ?**

Ergothérapeute C : Alors, déjà je ne vais pas le faire toute seule. C'est-à-dire qu'à la clinique on a la chance d'être pas mal sur les intervenants au niveau des différentes activités. Il y a à la fois des aides-soignants, des infirmiers, des enseignants APA et des psychologues. Et en fait, on est plusieurs à intervenir là-dessus, pour tout ce qui est équilibre occupationnel c'est vrai que déjà dans un premier temps, on va faire en sorte dans les activités que l'on propose aux patients d'avoir une certaine cohérence. C'est-à-dire qu'on ne peut pas dire à un patient hyperactif de pouvoir prendre du temps pour lui et de se poser sur certaines choses si nous toute la journée on le sollicite à des moments… si de 9h à 18h il est sollicité toute la journée par différents ateliers, il faut être cohérents, c'est-à-dire que ça sera à nous aussi, dans le planning qu'on propose au patient, d'avoir une certaine cohérence, d'organiser nos activités pour qu'il y ait des temps de repos, des temps d'activité mais aussi des temps de repos. Donc on a un outil sur notre logiciel qui est l'agenda tout simplement, et chacun remplit l'agenda du patient et nous ça nous permet d'avoir une vision globale et donc de pouvoir s'adapter par rapport à ça. Tout ce qui est physique c'est quelque chose que moi je ne travaille pas directement, en fait, dans le sens où je te disais il y a un professeur APA, il y a aussi des personnes, des aides-soignants qui s'occupent de tout ce qui est bien-être, cohérence cardiaque tout ça, donc directement je n'y interviens pas vraiment sur l'activité physique première. Par contre, ce sont des choses qu'on aborde assez régulièrement en groupe de parole et qu'on peut aussi aborder dans l'atelier multi activités dont je te parlais où là on va avoir finalement les patients qui vont avoir tendance à vouloir faire beaucoup de choses et d'être vraiment dans l'idée de faire très rapide, très vite pour être fait et là, on va travailler aussi sur ça. Finalement accompagner le patient pour un petit peu, faire en sorte qu'il soit plus apaisé, pour que les choses se passent plus doucement, plus calmement et ça a tendance à bien se passer quand justement on est tous dans une certaine cohérence avec les collègues en fait. Alors en pratique par exemple en atelier, c'est vrai que le fait d'être à plusieurs, comme je te disais c'est des groupes de maximum 10, en fait moi ce que j'essaye de faire c'est que quand je sais qu'il y a des personnes assez hyperactives, qui sont très dispersées dans l'action comme ça tout simplement je ne vais pas les mettre plusieurs par groupe parce que ça ne va que les motiver entre

eux, ça va être un peu le challenge de qui va faire le plus de choses. Donc j'essaie de composer des groupes qui sont assez calmes où effectivement s'il y a une personne de ce type-là elle sera seule ou ils seront 2 et du coup je pourrai être plus attentive à eux pour pouvoir les entourer si je puis dire. Voilà ça va vraiment être dans le relationnel que ça va plus se jouer, dans l'organisation. Voilà imaginons qu'ils veulent faire une activité mais qu'ils veulent aussi en faire 5 autres, ça va être aussi à moi de leur dire, vous en choisissez une, et faire en sorte que ce soit le patient qui choisisse du coup il y a une peu plus d'implication. Par exemple un patient qui va faire une activité je ne vais pas lui donner toutes les étapes d'un coup, ou je ne vais plus lui donner tout le matériel d'un coup, je vais lui donner quelques petites étapes et du coup il va être obliger de respecter ces étapes là et de revenir me solliciter… enfin je ne sais pas si c'est clair ou pas mais, ne pas laisser le patient trop seul finalement face à son activité mais essayer de l'accompagner étapes par étapes pour que justement il y ait un respect de ces étapes là et que justement ça fonctionne en fait voilà.

Etudiante : D'accord. Vous m'avez déjà un peu répondu mais **comment vous accompagnez le patient à être dans un processus de changement, à être dans l'engagement ?** Donc vous m'avez déjà dit que c'est lui qui choisissait ses objectifs et ses activités mais est-ce que vous pensez à autre chose qui peut aider ?

Ergothérapeute C : Ça je pense que c'est pour tous les patients, mais je pense que l'engagement déjà il se travaille tout le long. Je pense que ça se travaille dans une idée où il y a une équipe qui travaille avec le patient et je pense que le terme d'équipe est important parce que je pense que si chaque intervenant travaille de son côté ça va être difficile d'avoir des liens et que le patient fasse aussi des liens. C'est-à-dire que moi en tant qu'ergothérapeute ce que je fais c'est d'expliquer aux nouveaux soignants etcétéra ce qu'est l'ergothérapie, ce qu'était le métier, parce que bah encore une fois, c'est trop peu connu et c'est important d'expliquer aux équipes ce qu'on fait, de participer aussi aux ateliers pour voir, mais c'est aussi certaines fois d'aller aux autres ateliers ce que c'est en pratique et de questionner des fois, bah là j'ai pas compris ce que tu fais dans tel domaine et c'est aussi en tant qu'employé dans la clinique de s'investir soi-même et de se tenir au courant de ce qu'il se passe. Parce qu'on ne peut pas demander aux patients d'être au courant de tout même si nous même on n'est pas au courant. Donc déjà sur ça et les temps d'échange je pense entre professionnels sont hyper importants entre nous, donc encore une fois, ne pas hésiter à aller voir les autres pour demander et être humble sur ce qu'on sait et sur ce qu'on ne sait pas. Et là tu vois je te parle même pas du patient parce que tout ça ça se travaille en amont et après avec le patient effectivement, faire en sorte que le patient soit dans une démarche de… alors en fait plein de choses lui sont imposées dans l'hospitalisation : le fait d'être ici, il y a des consignes et un cadre qui peut être difficile à gérer donc permettre au patient d'être acteur et de choisir autant que possible je pense que c'est important dans le choix de ses objectifs, le choix des activités aussi, encore une fois ça dépend des objectifs. Et en fait moi je leur dis souvent aux patients : dites-moi si ça ne vous convient pas ; dites-moi si vous voulez changer, dites-moi… voilà en fait se rendre disponible, accessible, ça je pense que c'est le plus important. Parce que je pense qu'effectivement la relation thérapeutique est primordiale et c'est important de se rendre compte de ce qu'on apporte, d'être au courant des choses, de pouvoir aussi dire que l'on ne sait pas. C'est super important, des fois, certains patients ont tendance à un peu voir le soignant comme celui qui sait tout, et dire que l'on ne sait pas, ça permet aussi de nous humaniser un petit peu et d'avoir une relation qui est plus authentique. Donc l'engagement il se travaille au préalable en tant qu'équipe et une fois qu'il a été travaillé en tant qu'équipe et en tant que soi-même ergothérapeute, il est quand même plus facile à gérer avec les patients. Après forcément il y a des choses qui rentrent en jeu mais qu'on ne peut pas maîtriser. Par exemple moi je suis une ergothérapeute j'ai 25 ans et je suis une femme, forcément le patient va transférer des choses sur moi que je ne peux pas maîtriser voilà, pour certains je vais ressembler à leur sœur, pour certains je vais ressembler à leur fille, pour certain je ressemble à leur femme donc voilà ça je ne peux pas le maîtriser, je ne peux pas gérer. Si je ressemble à leur sœur qu'elle déteste bah c'est comme ça, je ne peux rien n'y faire. Par contre ce qui est important c'est de s'en rendre compte et de questionner la chose. Parce que ça je ne pourrai pas le changer, même si on est là pour être le plus neutre possible il y a des choses que je ne peux pas gérer. Donc voilà, le savoir, et pouvoir finalement se questionner sur ça et ne pas dire qu'on est neutre parce qu'en fait on n'est pas neutre. Donc ça ça rentre aussi dans l'engagement en fait. Encore une fois, si je ressemble à sa sœur qu'il déteste, il ne va pas avoir envie de me voir mais ça se questionne avec ce patient et ça se questionne en équipe.

Etudiante : D'accord, ok. Et ma dernière question c'est **quels moyens vous mettez en place afin de maintenir le changement sur le long terme ?** Je ne sais pas est qu'il y a un suivi qui est mis en place après l'hospitalisation ? Je sais que c'est compliqué mais est-ce qu'il y a un suivi après ou pas du tout ?

Ergothérapeute C : En fait effectivement c'est compliqué, parce que dans l'établissement où je suis on fait de l'hospitalisation complète et on n'a pas de service d'hospitalisation de jour. Donc je sais que dans d'autres établissements c'est le cas ils ont des hospitalisations de jour et des hospitalisations complètes donc il y a des liens qui peuvent se faire à ce moment-là. Des fois c'est les mêmes intervenants qui interviennent sur les 2 structures donc ça peut être pertinent. Ici, où je travaille il n'y en a pas donc c'est vrai que le après il va être plus difficile à suivre par contre ce que nous on fait et notre objectif c'est qu'on ne laisse pas partir les patients qui n'ont pas de rendez-vous psychiatre qui n'ont pas de… qui ont des démarches administratives…encore en cours. Après « en cours » bien sûr on les laisse partir car il y a des choses qui prennent beaucoup de temps mais ce que je veux dire

c'est que s'il y a des choses au niveau logement, revenus, sécurité, voilà toutes ces choses-là qui ne sont pas encore fixées on ne laisse pas sortir la personne … enfin on ne la laisse pas, bien sûr qu'elle peut sortir, elle est en hospitalisation libre. Mais ce que je veux dire c'est que notre objectif de la prise en charge, ça fait aussi partie de la prise en charge et on se rend compte qu'en pratique il y a beaucoup de personnes qui ont des difficultés sociales très importantes et donc en fait voilà, l'aspect social est primordial, que la personne sorte avec un cadre de vie serein ça fait aussi partie des moyens que l'on met en place pour que comme tu disais que ce changement il soit à long terme. Après ça ne fait pas tout. Et certains des psychiatres qui sont dans la clinique ont aussi des cabinets à l'extérieur donc ça permet, pour certains patients, qui sont suivis par notre psychiatre, ça peut être bien et pas bien, positif ou négatif mais ça permet d'avoir un suivi. Et comme je disais moi, à ce jour je n'ai pas encore mis en place d'activités en lien avec la réhabilitation mais comme je te disais c'est quelque chose que je vais mettre en place avec l'assistante sociale donc voilà à la fin du confinement où justement on va travailler sur quelque chose de plus concret à domicile ; quelque chose de plus concret aussi dans les démarches administratives etcétéra ce qui va permettre d'avoir des moyens plus adaptés à leurs situations. Aujourd'hui on en parle de façon individuelle mais de pouvoir faire ça en groupe ça pourra être intéressant. Moi ce que je fais aussi par rapport à l'ergothérapie, donc comme je te disais je fais certains groupes d'activités manuelles et certaines activités que je propose aux patients sont des activités qui n'ont pas besoin de prérequis pour ces activités là et aussi c'est des activités qui ne coûtent pas trop chères et qui sont réalisables au domicile. Alors le but ce n'est pas qu'ils se mettent tous au dessin ce n'est pas du tout mon objectif, mais si certains ça leur plait je vais être aussi là pour regarder avec eux s'il n'y a pas des associations, leur donner quelques références de matériels pour qu'ils puissent en faire Etcétéra. Finalement, essayer de faire des choses comme ça de ce style-là, aussi la relaxation. Le but de la relaxation est que pendant la séance d'avoir un bien-être et d'apprendre les techniques qu'ils puissent réutiliser ensuite, voir avec eux c'est quoi ces techniques-là, comment on les applique, quand est-ce qu'on peut les appliquer … pour que justement ces changements … ; qu'ils puissent avoir des clefs et qu'ils puissent avoir l'expérience. Donc c'est vraiment au fur et à mesure et ça se fait en fonction aussi de ce que le patient est capable de recevoir. Voilà chacun va prendre ce qui est important pour lui, certain vont adorer faire du sport et ça va plus être le professeur APA qui va jouer un jeu là-dedans, certains vont adorer les activités manuelles ça va être quelque chose qu'on va essayer de mettre en place à domicile, ça dépend vraiment du patient et voilà. La chose sur laquelle j'aimerais insister c'est l'importance de la relation thérapeutique avec le patient ce n'est pas simple mais c'est primordial et vraiment cette idée qu'il y a beaucoup de comorbidités malheureusement dans les patients qu'on voit et c'est ça aussi qui rend la prise en charge difficile. Ce sont des prises en charge qui ne sont jamais simples qui sont très complexes parce qu'en principe les patients qu'on voit en clinique s'ils avaient un profil simple ils ne seraient pas en clinique ils seraient en consultation externes, c'est ça qui est riche mais aussi c'est lourd de travail.

Résumé

L'hyperactivité physique est un symptôme qui concerne 80% des personnes atteintes d'anorexie mentale. Les activités de la vie quotidienne sont impactées par le surinvestissement physique qui entraîne une répercussion négative sur l'équilibre de vie.

Ce mémoire a pour but de présenter une étude réalisée afin de connaître le processus d'intervention mis en place par l'ergothérapeute ayant pour objectif de travailler sur l'équilibre de vie de la personne souffrant d'anorexie mentale et d'hyperactivité physique.

L'étude présentée a été menée auprès d'ergothérapeutes qualifiés par le biais de trois entretiens semi-directifs afin de former un recueil de données qualitatif. Les résultats ont démontré qu'en ciblant la prise en soin sur le projet de vie de la personne et sur son engagement via l'alliance thérapeutique, une diminution de l'hyperactivité physique peut contribuer à un meilleur équilibre de vie.

L'organisation du temps d'activité pendant l'hospitalisation complète aide la personne à retrouver un équilibre de vie satisfaisant. Cependant, le suivi des personnes souffrant d'anorexie mentale avec hyperactivité physique par ces ergothérapeutes ne peut pas être assuré.

Mots clefs : anorexie mentale, hyperactivité physique, ergothérapie, équilibre de vie, processus d'intervention

Abstract

Compulsive exercise is a symptom that affects 80% of people suffering from anorexia nervosa. Daily living activities are impacted by physical overinvestment which has a negative incidence on life balance.

This dissertation aims to present a study realized in order to understand the intervention process set up by the occupational therapist in order to work on life balance of the person suffering from anorexia nervosa and compulsive exercise.

This study was performed with qualified occupational therapists through three semi-directive interviews in order to build a qualitative data collection. The results showed that by focusing care on the person's life project and his/her involvement via the therapeutic alliance, a reduction of compulsive exercise contributes to a better life balance.

The activity time organization during full hospitalization helps the person regain a satisfactory life balance. However, the follow-up of people suffering from anorexia nervosa with compulsive exercise by these occupational therapists cannot be guaranteed.

Key words: anorexia nervosa, compulsive exercise, occupational therapy, life balance, intervention process