



Institut de Formation

En

Ergothérapie



- TOULOUSE -



L'accompagnement en ergothérapie de patients souffrant d'anorexie mentale

*L'impact de l'utilisation de la MCRO
sur l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soins.*

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute

Référente méthodologie : Hélène AUDOIRE

Juliette OROSCO
Promotion 2017-2020

Engagement et autorisation

Je soussignée Juliette OROSCO, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche professionnelle et du respect de droit d'auteur, ainsi que celles relatives au plagiat.

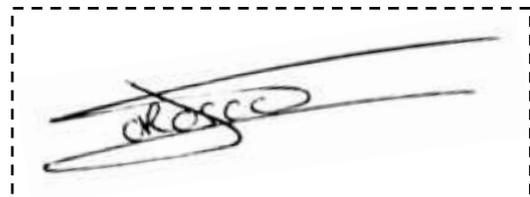
L'autrice de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'autrice à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. La reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à **Toulouse**,

Le **lundi 11 mai 2020**,

Signature du candidat : Juliette OROSCO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'OROSCO', is enclosed within a dashed rectangular box. The signature is written in a cursive style with a horizontal line above and below the name.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire écrit d'initiation à la recherche, suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherche, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier ma référente en méthodologie, Mme Hélène AUDOIRE pour son aide et ses conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

Je remercie également chacun des professionnels ayant accepté de prendre part à ma recherche, pour leurs réponses et leur engagement tout au long de l'étude.

Merci infiniment à tous les membres de l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse, pour leur soutien en cette année riche en rebondissements, leur inventivité tout au long de notre formation et la richesse de leurs enseignements.

Merci à mes camarades et amies de l'école pour ces trois années passées ensemble, pour leurs conseils et leur joie de vivre.

Merci à mes proches, famille et amis, de m'avoir toujours soutenue dans mes choix et d'avoir su être présents durant cette année qui clôt ma vie d'étudiante.

Plus spécifiquement, merci à ma tante Agnès et à ma cousine Camille pour leurs relectures attentives et leurs conseils éclairés.

Merci enfin à Nathan d'être à mes côtés au quotidien, de m'encourager et m'aider quand les choses semblent m'échapper ainsi que de me soutenir et me féliciter lorsque je parviens à franchir les étapes.

Table des matières

Introduction	1
1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature	3
1.1. L'anorexie mentale	3
1.1.1. Définition.....	3
1.1.2. Contexte épidémiologique	3
1.1.3. Critères de diagnostic.....	4
1.1.4. Description et étapes de la maladie	5
1.1.5. Impact sur l'équilibre occupationnel	8
1.1.6. Le refus de soins	9
1.2. Activités et engagement occupationnel	11
1.2.1. Activités signifiantes et significatives	11
1.2.2. La notion d'engagement occupationnel	12
1.2.3. L'engagement dans le soin	13
1.3. MCREO et MCRO	14
1.3.1. Modèle conceptuel en ergothérapie : le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO).....	14
1.3.2. Définition et utilisation de la MCRO.....	16
1.3.3. MCRO, un outil favorisant l'engagement de la personne ?	19
1.4. Objectif de recherche : questionnements et problématique.....	20
2. Méthode de recherche :	22
2.1. Élaboration de la démarche de recherche	22
2.2. Technique Delphi	23
2.2.1. Choix et présentation de la technique	23
2.2.2. Contexte de l'étude et recrutement des participants	24
2.2.3. Collecte des données et déroulement pratique de la consultation	24
2.2.4. Tri et méthodes d'analyse des données	26
2.3. Résultats	26
2.3.1. Caractéristiques des experts.....	26
2.3.2. Première consultation	27
2.3.3. Deuxième consultation	28
2.3.4. Troisième consultation	29
2.4. Analyse et Discussion	31
2.4.1. Mise en lien avec la MCRO.....	31
2.4.2. Limites	33
Conclusion	36
Bibliographie	38
Annexes	44

Introduction

Cette maladie, qui a été très médiatisée, donne au grand public le sentiment qu'il la connaît, et suggère l'image d'une jeune fille décharnée dotée d'une volonté de fer, cherchant à tout prix à perdre le poids qu'elle n'a pas. Mais il s'agit en réalité d'une maladie extrêmement complexe et multiforme, dont les répercussions touchent toutes les sphères de la vie des personnes qui en sont atteintes, et de leurs proches.

Mes questionnements autour de l'anorexie mentale ont débuté avec la découverte d'œuvres cinématographiques qui tentent de mettre en scène les personnalités complexes d'anorexiques. *Je vais bien ne t'en fais pas* (Philippe Lioret, 2006) met en scène Mélanie Laurent dans le rôle de Lili, jeune fille qui, à la suite de la disparition de son frère jumeau dans un contexte de secret familial, est en proie à une profonde dépression et refuse de s'alimenter. Ce qui m'avait interpellée à l'époque, c'était que la prise en charge thérapeutique de Lili semblait tourner exclusivement autour de la reprise de poids. D'autres films sont ensuite venus compléter ma réflexion tels que les documentaires *Thin* (Lauren Greenfield, 2006) et *La Peau et les os* (Johanne Prigent, 1988), qui ont approfondi mes connaissances sur cette maladie. Autre fiction, contemporaine de mon entrée à l'IFE, *To The Bone* (Marti Noxon, 2017) dans lequel Ellen atteinte d'anorexie depuis de longues années est envoyée dans un centre spécialisé offrant une approche innovante de la prise en charge.

Lors de mon arrivée en 2017 dans le monde de l'ergothérapie, l'acquisition de nouvelles connaissances m'a ouvert des perspectives concernant l'anorexie. En effet, l'ergothérapie fonde sa pratique sur l'activité humaine et propose une nouvelle forme d'accompagnement qui cherche à se détacher d'une vision centrée sur la pathologie pour s'orienter vers une approche centrée sur la personne, ses occupations, son environnement, et sur la manière dont les interactions entre ces trois composantes peuvent favoriser ou non sa santé et son bien-être. L'ergothérapeute cherche à promouvoir la santé et la qualité de vie de la personne par le biais de sa participation et de son engagement dans des activités qui sont importantes pour elle, qui donnent un sens à sa vie.

En ergothérapie, un des modèles spécifiques qui aborde ces interactions entre la personne, son environnement et ses occupations est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce modèle, inscrit dans une approche centrée sur

le client, propose au thérapeute un outil qui lui permet de déterminer avec le patient des objectifs spécifiques fondés sur les activités qui lui importent : il s'agit de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

Ainsi, certaines particularités de l'anorexie mentale - comme le désinvestissement d'activités au profit du surinvestissement d'autres - créent un déséquilibre. Le MCREO, qui cible justement engagement et équilibre occupationnel, peut apporter des éléments de réponse à cette problématique. Quel peut être l'impact de ce trouble du comportement alimentaire sur la vie des personnes anorexiques et sur leur engagement occupationnel ? En France, quelle est la place de l'ergothérapeute auprès d'elles ? Comment les accompagner vers une forme de rétablissement ? Voici quelques questions qui m'ont conduite à choisir d'approfondir ce sujet durant une année.

Afin de déterminer quel peut être l'impact de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) sur l'engagement des personnes atteintes d'anorexie mentale dans leur projet de soins, nous consacrerons notre première partie à une recension des écrits sur le sujet. Cette première partie visera d'une part à définir l'anorexie mentale et ses répercussions sur l'équilibre occupationnel des personnes qui en souffrent, d'autre part les notions d'activités et d'engagement occupationnel, pour aboutir au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et à l'influence de la MCRO sur l'engagement. Afin de poursuivre notre réflexion, nous réaliserons une étude questionnant des experts travaillant auprès de personnes atteintes d'anorexie pour dégager les principaux facteurs qui favorisent l'engagement de ces dernières dans leur projet de soins. Enfin, nous discuterons de ces résultats à la lumière des éléments bibliographiques étudiés.

1. État des lieux, cadre théorique et revue de littérature

1.1. L'anorexie mentale

1.1.1. Définition

Le terme « anorexie » est emprunté au latin médiéval « anorexia » qui signifie « défaut d'appétit », lui-même issu du grec ancien « ἀνορεξία », de ἀν- privatif, et ὄρεξις « désir de nourriture ». L'anorexie est donc littéralement l'« absence de désir de nourriture ». (« ANOREXIE » TLFi, s. d.)

L'anorexie mentale (AM) est une maladie mentale, qui fait partie de la famille des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). Elle se caractérise par une restriction des apports alimentaires qui conduisent à une perte importante de poids, associée à une peur intense d'en prendre. La personne souffrant d'anorexie mentale a le sentiment d'être toujours en surpoids et cherche à maigrir par tous les moyens. Cela passe notamment par le contrôle des calories de tous les aliments consommés et une pratique excessive d'exercices physiques. La personne a une perception perturbée de l'image de son corps et ne reconnaît pas la gravité de sa maigreur. (« Anorexie mentale » ameli.fr, s. d.)

Il est bien souvent difficile de déterminer quelles sont les causes qui amènent une personne à souffrir d'anorexie mentale. En effet, les facteurs à l'origine de ce trouble sont multiples et diffèrent selon les individus. Parmi eux, l'on retrouve des facteurs psychosociaux, à différents niveaux (familial, amical ou sociétal), des facteurs culturels, environnementaux, mais aussi biologiques, héréditaires ou encore psychologiques ou comportementaux (Simon, 2007).

1.1.2. Contexte épidémiologique

Sa prévalence en population générale occidentale est plutôt faible : de 0,9% à 1,5% chez la femme et de 0,2% à 0,3% chez l'homme, selon les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 (Haute Autorité de Santé, 2010). Cependant il est intéressant de mettre en perspective les critères utilisés, puisque l'utilisation des nouveaux critères du DSM-V fait

varier significativement ces chiffres (Blanchet-Collet et al., 2016). En effet « la forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10 et DSM-IV-TR), est plus fréquente » (Haute Autorité de Santé, 2010).

L'anorexie mentale débute dans 84-87% des cas entre 15 et 25 ans. Grâce à une prise en charge à l'adolescence, 50% des patients évoluent vers une rémission complète, 30 % vers la rémission partielle et entre 20 et 30 % vers une forme chronique. (Batail et al., 2016)

Cette pathologie se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic (Haute Autorité de Santé, 2010) :

- Risque de décès (suicide, complications somatiques) : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans ;
- Risque de complications somatiques et psychiques nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc. ;
- Risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale.

Longtemps considérée comme une pathologie de jeunes femmes occidentales issues de classes favorisées, l'anorexie mentale gagne désormais des pays en développement d'Asie et d'Afrique du Nord (Galmiche et al., 2019). Ce trouble affecte en outre aujourd'hui toutes les catégories sociales (Godart, 2014) et il existe une légère augmentation de sa prévalence chez les hommes (Galmiche et al., 2019).

1.1.3. Critères de diagnostic

Le DSM-V (*Annexe 2*) ou Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, compatible avec la CIM-10 (classification internationale des maladies), est un outil élaboré par des experts internationaux, visant à décrire les troubles mentaux. L'anorexie mentale y figure dans la catégorie des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). Trois critères principaux y sont détaillés (Association et al., 2016).

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de

la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur effective.

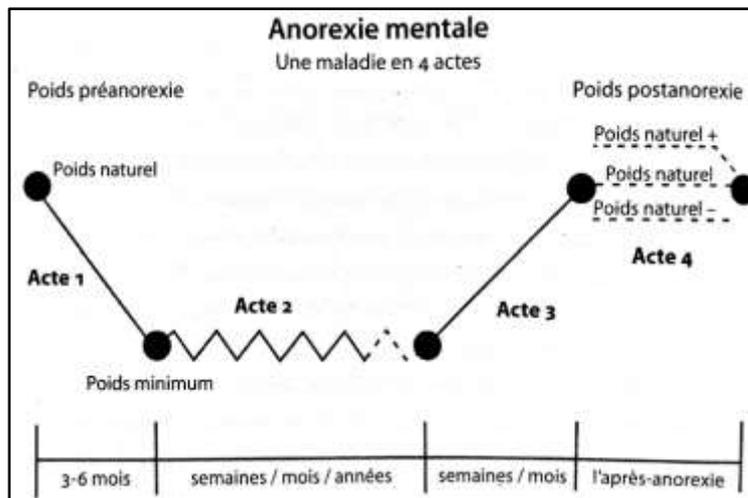
Il est à noter que dans le DSM-IV (*Annexe 1*), l'aménorrhée était inscrite comme étant l'un des critères permettant le diagnostic. Cependant, l'augmentation des troubles alimentaires chez les hommes, ainsi que la difficulté à appliquer et valider ce critère pour les jeunes filles prépubères, a poussé la communauté scientifique à l'éliminer dans le DSM-V (Galmiche et al., 2019).

L'anorexie mentale se définit ensuite en deux sous-types : type restrictif, dans lequel la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif ; et type purgatif ou avec accès hyperphagique. Dans ce cas, la personne a des accès récurrents de glotonnerie et/ou recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (Association et al., 2016).

1.1.4. Description et étapes de la maladie

Jean Wilkins, pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, décrit quatre phases dans l'anorexie mentale chez les adolescentes (*Figure 1*) : « Chacun de ses actes présente ses particularités, et le soignant doit en tenir compte dans l'élaboration des plans de soin. » (Wilkins, 2012)

Figure 1. Schéma extrait du livre *Adolescentes anorexiques. Plaidoyer pour une approche clinique humaine*, du Dr Jean Wilkins, 2012



La première phase correspond à une perte de poids rapide et significative : les personnes perdent entre 20 et 30% de leur poids initial, et parfois jusqu'à 50 voire 60%. Au début de cette phase, la perte de poids procure une grande satisfaction à la personne, d'autant plus qu'elle peut être accompagnée des compliments de l'entourage. L'anorexique se sent alors confortée dans la décision prise. Après quoi l'entourage – bien souvent les parents – s'inquiète de voir le poids continuer de chuter, mais la discussion avec la personne anorexique autour de ce sujet est compliquée et souvent conflictuelle, la personne souffrant d'anorexie ne se rendant pas compte de ses problèmes.

La deuxième phase débute lorsque la personne a atteint son poids minimum. À ce stade-là de la maladie, elle est extrêmement affaiblie et sa vie sociale est quasi inexistante. Elle déclare ne pas avoir besoin, ni envie, d'être aidée par qui que ce soit. Néanmoins, l'urgence vitale conduit dans la plupart des cas à une, voire plusieurs, hospitalisations. Il est très difficile de lui faire accepter l'hospitalisation, mais il est important de la lui expliquer et de lui laisser le temps d'en comprendre la nécessité afin qu'elle en prenne elle-même la décision. Cette phase est longue et complexe, il est important de comprendre que, quoique les attentes des soignants soient à l'opposé de celles de la personne, ils doivent ajuster leurs exigences, malgré les signes cliniques alarmants, et préférer l'accompagnement à l'affrontement afin de favoriser un climat de confiance. Cette phase peut être décourageante pour tous les acteurs, soignants, mais aussi soignés. En effet, la personne oscille entre gain et perte de poids, mais il faut savoir percevoir les moindres signes d'amélioration, même s'ils sont effacés par la suite par une apparente

régression, chaque pas en avant effectué par la personne ayant un effet sur la suite de son parcours de soin.

Peu à peu, la personne perd le contrôle de son corps et de sa maladie et reprend progressivement du poids, annonçant l'arrivée de la troisième phase de la maladie. Cette reprise pondérale bouleverse la personne et « l'identité anorexique » qu'elle s'était bâtie s'effondre, ce qui peut susciter un sentiment de gêne, parfois de honte. Selon Wilkins, trois comportements peuvent alors être observés chez la personne anorexique. Le premier se manifeste avec l'acceptation de la reprise pondérale liée à une sorte de lassitude de la maladie et un certain plaisir à se reconnecter avec le monde qui l'entoure. Le second comportement est une résistance aux changements, accompagnée d'une lutte intense, mais vaine, contre la reprise de poids, entraînant ainsi une grande souffrance psychologique liée à sa propre dépréciation, avec des idées morbides. Le troisième comportement s'exprime par le contrôle de la prise de poids par la prise de laxatifs ou par le recours aux vomissements qui alternent généralement avec des crises aiguës de boulimie (Wilkins, 2012). « À cette période-là en particulier où la personne est en proie à un grand désarroi voire à des idées suicidaires, le suivi purement médical doit aussi laisser la place à un suivi psychologique, dans le but de soutenir la personne en souffrance, l'intervenant a pour rôle d'accueillir la jeune patiente dans sa détresse psychologique — détresse que l'entourage, souvent trop heureux de voir enfin la jeune reprendre du poids, est difficilement capable de percevoir. » (Tremblay, 2013)

La quatrième phase de l'anorexie indique généralement la fin de la maladie et son arrivée coïncide souvent avec le début de l'âge adulte (Wilkins, 2012). Il est cependant difficile de définir avec précision la fin de la maladie, car selon les études, le pronostic de rétablissement est peu concluant. En effet, 30% à 50% des patients rechuteraient dans la première année suivant leur hospitalisation et nombre d'entre eux conserveraient des comportements alimentaires perturbés (Léonard et al., 2005). « Ce stade développemental sera marqué, d'une part, par la prise de décisions vocationnelles qui s'avèrent difficiles pour les anorexiques. En effet, leur faible connaissance de soi et leur identité diffuse ne les disposent pas à faire des choix en fonction de leurs forces, de leurs faiblesses, de leurs qualités et de leurs habiletés. Devant ce vide identitaire, les anorexiques ont tendance à faire des choix de carrière qui, au final, sont basés sur ce qu'elles perçoivent comme étant valorisé par leur entourage et où la rigueur et la nécessité de performer seront mises de l'avant. D'autre part, à l'âge de 18 ans, le transfert de la jeune fille vers des ressources médicales adultes peut susciter de l'anxiété et être vécu comme un deuil. » (Tremblay, 2013)

Au travers de ces différentes étapes de la maladie, nous pouvons aisément imaginer que le quotidien de la personne atteinte d'anorexie mentale puisse être complètement bousculé, ses activités changées, ainsi que ses préoccupations, pour ne tourner plus qu'autour de cette quête de perte de poids, impactant ainsi tous les aspects de sa vie.

1.1.5. Impact sur l'équilibre occupationnel

Selon l'association canadienne des ergothérapeutes, « les occupations sont des groupes d'activités et de tâches de la vie quotidienne, nommés, organisés et auxquels les individus et une culture donnent une valeur et un sens ; tout ce que les personnes font pour s'occuper, y compris prendre soin d'elles-mêmes (autosoins), profiter de la vie (loisirs) et contribuer au tissu social et économique de leur communauté (productivité) » (traduction libre (Canadian Association of Occupational Therapists, 2008)). La santé d'un individu repose entre autres sur le besoin d'exercer, de manière équilibrée, les activités qui lui importent. Un accident, un traumatisme, une maladie, sont autant de causes pouvant provoquer un déséquilibre par la perte d'une ou plusieurs de ces activités (Godlove Mozley M.Sc(Econ), 2001). Ainsi les troubles des conduites alimentaires ont des impacts majeurs sur l'équilibre occupationnel des personnes qui en sont atteintes (Singlehurst et al., 2007).

Une étude menée au Royaume-Uni en 2013 par Nicky Godfrey, ergothérapeute, avait pour objectif d'étudier comment la personne anorexique percevait l'impact de sa maladie sur son engagement occupationnel. À l'issue de son étude, l'autrice explique que l'anorexie mentale affecte le sens des occupations, modifiant ainsi la motivation et l'engagement occupationnel des personnes dans leurs activités. En effet, elle distingue deux catégories d'occupations chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, d'une part les activités facilitées par l'anorexie mentale, et d'autre part les activités inhibées par la maladie, car allant à l'encontre des « croyances » des anorexiques. Dans cette étude, il ressort que les activités surinvesties par les personnes anorexiques sont les suivantes :

- Les activités de productivité physique et intellectuelle comme le travail, les études réalisées de manière obsessionnelle avec un extrême perfectionnisme.
- L'exercice excessif de l'activité physique et sportive, d'ailleurs considéré comme un symptôme de l'anorexie mentale. Cette activité lorsqu'elle est pratiquée de manière

saine et raisonnée peut être considérée comme un loisir, mais dans ce cas de pratique excessive et chronophage, l'activité a pour unique but d'éliminer le maximum de calories.

Ces pratiques solitaires et obsessionnelles prennent une part importante dans l'emploi du temps de la personne anorexique, ne lui permettant pas ou lui évitant d'investir d'autres occupations potentiellement anxiogènes, telles que :

- L'auto-alimentation et les activités liées à la nourriture, ce qui a pour effet de réduire le temps consacré aux soins personnels et au loisir, comme celui consacré aux relations personnelles, sociales, et culturelles, mettant ainsi en danger la personne sur le plan physique, affectif ou cognitif. De plus, ces activités sont considérées par la personne anorexique comme risquant de contrarier son objectif de perdre du poids et sont des sources de stress important.
- Les activités de loisir autrefois appréciées par la personne sont grandement limitées par la maladie, notamment lorsqu'elles mettent en jeu des relations sociales. Quant aux activités créatives, par excès de perfectionnisme, la personne anorexique en réduit la pratique, toujours insatisfaite des résultats obtenus.

Pour le domaine des soins personnels liés à la toilette ou les soins apportés à l'apparence, il existe plusieurs cas de figure : les personnes peuvent soit avoir un rapport obsessionnel et méticuleux à l'hygiène corporelle, soit au contraire se négliger et délaissé les soins à donner à leur apparence physique et à leur corps.

Cette ambivalence et cette altération de l'engagement, jusqu'au déséquilibre, vont conférer comme rôle à l'équipe de soins, et notamment à l'ergothérapeute (Gardiner & Brown, 2010), d'accompagner la personne pour identifier ses problématiques occupationnelles et les occupations importantes et structurantes qui lui permettront de retrouver un équilibre (Godfrey, 2013).

1.1.6. Le refus de soins

Une des difficultés majeures éprouvées par les équipes de soins lors de l'accompagnement de personnes atteintes d'anorexie mentale est le refus de soins (Goldner et al., 1997).

Ce refus peut être l'une des conséquences de la pathologie elle-même. Victime d'une modification, d'une distorsion dans la perception de son image corporelle, la personne anorexique est souvent dans le déni de sa pathologie au point de se considérer comme en bonne santé (Violettes et al., 2006). Pourquoi accepter de se faire soigner si l'on ne se considère pas comme malade ? Et ce, d'autant moins que la décision de soins vient le plus souvent d'une tierce personne. Enfin, accepter le soin signifie pour l'anorexique d'accepter de réduire son exercice physique, de s'alimenter régulièrement et en quantité suffisante, et donc une inexorable reprise de poids (Goldner et al., 1997), objet précisément de son combat obsessionnel (Wilkins, 2012).

En cas de refus de soins obstiné et persistant, il est extrêmement complexe d'établir des relations de confiance entre la personne anorexique et l'équipe de soin. La personne peut alors avoir des comportements de méfiance, de dissimulation et de manipulation afin d'éviter à tout prix une reprise de poids. Cette situation peut être extrêmement difficile à vivre pour les soignants (Goldner et al., 1997). Or il est extrêmement important de considérer également ce refus comme une façon pour la personne de s'affirmer à soi et aux autres, si bien que l'équipe doit savoir rester soudée pour maintenir le cadre sans faille ni crispation, et faire face d'un même front solidaire aux sentiments de frustration, de colère, de lassitude, de désarroi suscités chez chacun par le refus de soins du patient (Ditzhuyzen, 2013).

Ainsi des ergothérapeutes ont notamment évoqué leurs difficultés à faire participer des personnes anorexiques aux ateliers ergothérapeutiques pour diverses raisons, parmi lesquelles la difficulté à se mêler à un groupe, des difficultés cognitives et un affaiblissement physique général provoqués par la sous-nutrition, enfin l'absence d'intérêt ou de motivation pour les activités proposées (Godfrey, 2013).

Il peut arriver en outre qu'une équipe soignante perçue comme excessivement prescriptrice et autoritaire suscite chez la personne anorexique une violente réaction de refus (Goldner et al., 1997) - même si une injonction de soins doit être considérée comme nécessaire en cas de risque vital important (Goldner, 1989).

Proposer de travailler autour d'activités significatives et signifiantes pour la personne pourrait être un levier pour son engagement dans son projet de soins.

1.2. Activités et engagement occupationnel

1.2.1. *Activités signifiantes et significatives*

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, « l'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. ».

Nous avons vu précédemment ce qu'était « l'occupation ». Il s'agit d'un terme issu de la langue anglaise, couramment utilisé par les ergothérapeutes anglophones, mais aussi francophones du Québec. En France le terme « occupation » n'ayant pas la même signification et afin de retranscrire au mieux le sens qu'il véhicule, il a été remplacé par les mots « activités signifiantes et significatives » (Morel-Bracq, 2009).

L'activité humaine est composée des tâches et des activités qui rythment le quotidien des individus, aux yeux desquels elles ont une valeur personnelle et culturelle (A. E. Townsend & Polatajko, 2013). Ces activités ont en outre un sens différent et variable selon les individus et les situations : « La même occupation peut avoir une myriade de significations différentes selon le but de l'individu, son contexte environnemental ou son humeur. » (traduit de (Yerxa, 1990) cité dans (A. E. Townsend & Polatajko, 2013)).

Les activités signifiantes sont des activités ayant un sens psychoaffectif spécifique, singulier pour chacun. Ces activités sont de l'ordre de l'intime dans le sens où elles sont réalisées avec un certain degré de motivation dans le but de répondre à divers besoins ou désirs propres à la personne. Néanmoins, comme certaines de ces activités sont réalisées au sein de la société dans laquelle la personne évolue avec ses codes et sa culture, elle doit s'adapter et faire face à des obstacles intrapsychiques d'une part (interdits, anxiété, culpabilité...) et sociaux d'autre part (bienséance, pression sociale ...). Nous arrivons ainsi aux activités significatives qui sont d'ordre public et porteuses de sens pour l'environnement social. Elles répondent à des attentes, des exigences issues de la vie sociale et sont exécutées en vue de l'action collective. Il existe enfin un entrelacement évident des deux domaines, une action ayant un but collectif pouvant répondre à des besoins et désirs personnels et inversement (Djaoui, 2015). Une activité peut alors être à la fois signifiante et significative ou bien l'une ou l'autre en fonction de la situation dans laquelle elle est effectuée.

Notre pratique est donc centrée sur ces activités qui composent l'activité humaine dans toutes ses dimensions. L'ergothérapeute utilise l'activité à la fois comme un moyen thérapeutique, mais aussi comme un objectif centré sur la personne et sa singularité (Morel-Bracq, 2009). L'accompagnement de personnes atteintes d'anorexie mentale pose un problème spécifique de perception de ces activités : en effet, en dehors des activités inhérentes à leur pathologie (exercice excessif de l'activité physique, productivité obsessionnelle ...), certaines d'entre elles ne savent pas distinguer les activités signifiantes et les activités significatives. Le rôle du thérapeute est alors d'aider la personne à identifier et retrouver ces activités, puis, à partir de là, d'orienter la thérapie de façon à permettre à la personne de s'engager dans son projet de soins, jusqu'à un meilleur équilibre occupationnel (Godfrey, 2013).

1.2.2. La notion d'engagement occupationnel

L'engagement peut être défini comme l'action de participer à une occupation de façon active aussi bien psychologiquement que physiquement (Caire & Rouault, 2017). Il s'agit d'un concept essentiel de l'ergothérapie, qui émerge et se clarifie peu à peu dans le courant des années 90, avec le développement des sciences de l'occupation. En France, malgré sa diffusion progressive dans les écrits, il est difficile pour les professionnels de se mettre d'accord sur sa définition et ses composantes. En 2018, Bertrand et son équipe ont réalisé une étude de la littérature afin d'éclairer ce concept et d'en dégager les principales composantes. Il en ressort que l'engagement occupationnel n'est pas uniquement le fait de participer à une occupation, mais que l'on pourrait parler de « niveau d'engagement occupationnel » évoluant au cours du temps au gré des facteurs externes, tels que le contexte socio-environnemental dans lequel a lieu l'occupation, et de facteurs internes, tels que le sens que prend l'occupation pour cette personne. Ce niveau d'occupation peut ainsi fluctuer entre le désengagement et l'engagement occupationnel, et peut varier d'une occupation à l'autre. Enfin, il semblerait qu'il existe une relation entre l'engagement et la santé : « plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus la personne a une perception favorable de sa santé et de son bien-être » (Bertrand et al., 2018).

La mission de l'ergothérapeute est de ce fait d'accompagner l'individu à s'engager dans ses activités afin de maintenir ou de retrouver un équilibre occupationnel qui favorise sa santé et son bien-être.

1.2.3. L'engagement dans le soin

L'engagement de la personne dans son projet de soins implique donc qu'elle y associe un sens personnel, de la même façon qu'elle accorde un sens aux activités qu'elle réalise. Son engagement dans cette occupation complexe met en jeu plusieurs paramètres.

C'est pourquoi les activités que lui propose l'ergothérapeute doivent être pertinentes et avoir pour elle un sens propre. Il importe d'une part que l'activité proposée suscite chez la personne, dès sa réalisation immédiate, intérêt et motivation. Ainsi, lors d'une séance d'ergothérapie proposant des supports artistiques, elle doit pouvoir choisir son médium, à charge ensuite pour l'ergothérapeute d'ajuster l'exercice en fonction de l'effet souhaité (valorisation de soi, confrontation avec la matière, expérimentation de la frustration et gestion de l'émotion) (Pibarot, 2016). D'autre part, si la pratique d'activités signifiantes et/ou significatives permet à la personne de se projeter dans sa thérapie et de définir des objectifs à atteindre, le rôle du thérapeute sera de l'accompagner dans ses activités et de l'aider à gérer et à nommer les émotions qui en découlent, mais aussi d'ajuster avec la personne le niveau d'exigence de l'objectif souhaité (Godfrey, 2013). L'activité est ainsi à la fois le moyen thérapeutique et l'objectif (Morel-Bracq, 2009).

L'environnement du patient joue lui aussi un rôle primordial : il doit lui être adapté au mieux pour ne pas entraver, et au contraire favoriser son engagement dans la thérapie. L'environnement est multidimensionnel : il peut être social, physique, institutionnel, culturel. L'environnement social concerne différents acteurs comme les différents membres de l'équipe de soin, la famille, les proches, mais aussi les autres patients (Law et al., 1996). Les relations qui se jouent dans le cadre de l'accompagnement de la personne anorexique sont complexes. Il est important d'établir des relations de confiance entre la personne et les soignants afin qu'elle ne se sente pas jugée ou en danger, et qu'elle puisse peu à peu réinvestir la relation à l'autre. Un accompagnement en groupe avec d'autres patients permet aussi de faire intervenir une tierce personne dans le couple soignant-soigné et peut permettre à la personne de s'ouvrir à elle-même au travers des autres (Ditzhuyzen, 2013).

Quant à l'environnement physique, il consiste en des lieux divers : le centre de soins (en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour) et ses différents lieux comme les salles d'accueil (le bureau du psychiatre, du psychologue, l'atelier d'ergothérapie, la salle de relaxation/sophrologie ...), mais aussi les chambres, le réfectoire, les salles communes, les

extérieurs. A quoi s'ajoute l'environnement écologique, comme le domicile, le quartier, la ville ou le village. Chaque lieu représente des éléments symboliques particuliers pour la personne. La littérature démontre l'importance de l'environnement et son influence sur le comportement de la personne et l'utilisation de l'environnement comme modalité de traitement en ergothérapie. De plus, lorsque les défis présentés par une activité exercée dans un environnement sont en harmonie avec les compétences d'une personne, sa satisfaction dans la réalisation de cette activité est plus grande. (Law et al., 1996).

Le thérapeute choisit alors de mettre en place des activités spécifiques, en choisissant l'environnement physique et socioculturel le plus adapté possible à la personne en fonction des objectifs qu'il s'est fixé afin de favoriser son engagement.

1.3. MCREO et MCRO

1.3.1. Modèle conceptuel en ergothérapie : le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Modèle général élaboré par des ergothérapeutes canadiens, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) s'inscrit dans une approche mettant la personne au centre de son projet de soins. Ce modèle s'appuie sur des hypothèses fondamentales, telles qu'un besoin d'occupation pour que l'être humain se sente vivant, ainsi que le rôle majeur de ces occupations sur la santé, le bien-être, l'équilibre physique et psychologique des individus. Le MCREO met en évidence les liens étroits qui existent entre la Personne, son Environnement et ses Occupations. Il s'agit d'un modèle ouvert qui peut s'utiliser avec tout type de personne ou groupe de personne, ayant tout type de difficultés occupationnelles.

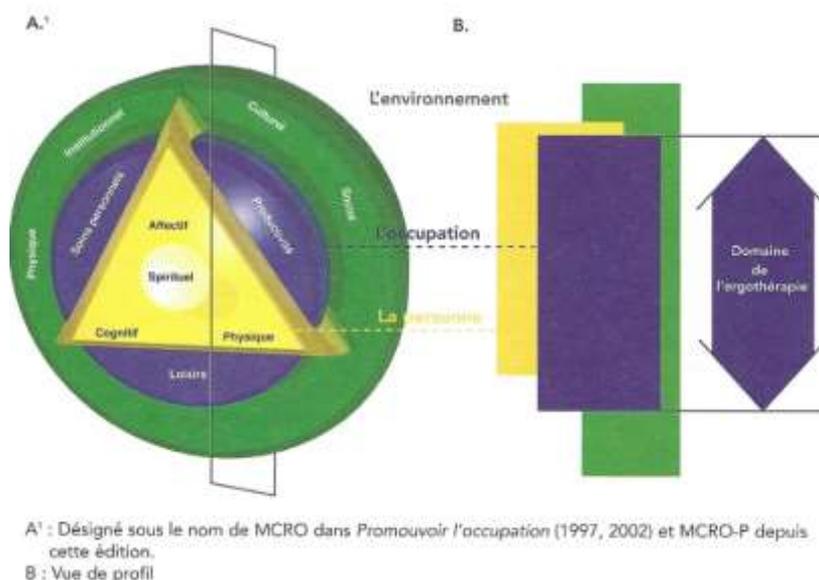
Le MCREO s'inscrit dans une approche dite « client-centrée ». Le patient est appelé client afin de rééquilibrer la relation qui cesse d'être verticale - le soignant source de savoir s'imposant à un patient à qui l'on prodigue des soins - pour devenir horizontale, client et soignant devenant collaborateurs et partenaires. Ainsi la personne devient partie prenante de chacune des décisions concernant sa santé, elle oriente la thérapie afin de répondre aux problématiques occupationnelles qui lui sont propres (Caire & Rouault, 2017).

Carl Roger propose l'hypothèse suivante : chacun possède en soi les ressources suffisantes pour se comprendre soi-même, modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire (Rogers, 1982). Cette approche présente plusieurs aspects :

- « Le thérapeute doit avoir confiance en la tendance actualisante (*élan et capacité innés des êtres humains à grandir, à se développer et à mûrir*)¹ du client, quel que soit ce que cela représente.
- Le thérapeute incarne les conditions nodales : congruence (*ou authenticité du thérapeute*), la considération positive inconditionnelle (*acceptation totale et inconditionnelle du client*) et la compréhension empathique (*préoccupation du thérapeute pour le monde perceptif et subjectif du client*).
- Le thérapeute est non-directif en ce qui concerne la vie du client hors thérapie.
- Le thérapeute est la plupart du temps non-directif en ce qui concerne le processus de la thérapie, mais dans le cours de celle-ci il aide le client à se centrer sur son *experiencing* interne, à en faire davantage l'expérience, à l'accepter et à lui faire confiance. » (Kirschenbaum & Ducroux-Biass, 2013)

Le MCREO place donc la personne au centre, comme en témoigne le schéma du modèle (Figure 2).

Figure 2. Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, issue de (A. E. Townsend & Polatajko, 2013)



¹ Les éléments entre parenthèses et en italiques constituent notre propre explication des notions évoquées.

La personne au centre, représentée par un triangle jaune, est composée de trois éléments, sa dimension *affective*, sa dimension *physique* et sa dimension *cognitive*, à quoi s'ajoute un quatrième élément central qu'est la *spiritualité* (*dans le sens de valeurs, de croyances et de représentations*). Chacune des branches du triangle s'étend jusqu'à interagir avec l'environnement (cercle vert) dans lequel la personne évolue. L'environnement est propre à la personne tant sur le plan *physique, institutionnel, culturel* que *social*. Enfin, l'occupation (représentée en bleu) constitue une interface entre la personne et son environnement. Une interface non pas rigide, mais mouvante selon l'individu, lui permettant d'être au monde, acteur dans son environnement. L'occupation est composée de trois grands domaines d'activités, les *soins personnels*, la *productivité* et les *loisirs*, auxquels vient s'ajouter à partir de 2013 une quatrième catégorie, le *repos*, qui faisait jusque-là partie des soins personnels (Caire & Rouault, 2017).

Le rendement et l'engagement sont deux concepts centraux de ce modèle. Comme nous l'avons vu précédemment, l'engagement fait référence à la participation et à l'investissement tant physique que psychologique et cognitif de la personne dans une activité signifiante et/ou significative. Dans ce modèle, le rendement est un terme issu de la culture anglo-saxonne, qui peut nous paraître un peu étrange dans un contexte de soins. Il s'agit en réalité de la capacité d'un individu à choisir, organiser et réaliser des activités signifiantes et/ou significatives qui lui apportent de la satisfaction. Il résulte donc de l'interaction entre les trois domaines du modèle. Tout changement dans l'interaction entre la personne, l'engagement et l'occupation peut avoir des répercussions sur le rendement et l'engagement occupationnel (Caire & Rouault, 2017; A. E. Townsend & Polatajko, 2013).

L'ergothérapeute et la personne œuvrent ensemble pour permettre à cette dernière, en s'appuyant sur ses ressources personnelles et environnementales, de surmonter ses difficultés occupationnelles et parvenir à retrouver un équilibre conduisant à la santé et au bien-être.

1.3.2. Définition et utilisation de la MCRO

Afin de promouvoir l'engagement de la personne dans les différents domaines de l'occupation, les ergothérapeutes canadiens ont conçu, avec leur modèle, un outil leur permettant d'évaluer la perception qu'ont leurs clients de leur rendement occupationnel ainsi que la satisfaction qu'ils en retirent, il s'agit de la Mesure Canadienne du Rendement

Occupationnel : la MCRO (Dutil, 1994). C'est un outil qui évalue la personne dans sa globalité en prenant en compte les différents domaines du MCREO et leurs interactions avec l'occupation du client.

La MCRO a pour objectif d'identifier les problématiques occupationnelles de la personne dans la vie quotidienne selon les trois grandes catégories d'activité : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Cette évaluation permettra ensuite d'établir des objectifs précis, répondant le mieux possible aux difficultés de la personne afin d'établir un plan de traitement visant à améliorer le rendement et la satisfaction de la personne dans ses activités significatives et/ou significatives. Il n'y a pas de limite d'âge ou de diagnostic pour l'utilisation de la MCRO.

La MCRO est un entretien semi-dirigé qui se déroule en cinq étapes qui sont : l'identification des problèmes, leur pondération, la cotation, la réévaluation et le suivi (Law et al., 1990).

Lors de la première étape, l'ergothérapeute propose au client de décrire ses activités du quotidien afin de déterminer s'il a des problèmes de rendement occupationnel. Pour ce faire, le professionnel indique pour chaque domaine d'occupation (soins personnels, loisirs, productivité) quelques exemples d'activités et demande au client s'il doit, veut ou est censé effectuer ces activités. Si le client répond "oui" à l'une de ces trois questions, il lui est demandé s'il peut effectuer ces activités, s'il les effectue et s'il est satisfait de leur réalisation. Lorsque le client identifie un besoin ainsi qu'une incapacité à effectuer une activité de manière satisfaisante, cette activité est alors identifiée comme un problème. Cette démarche est réalisée pour toutes les activités de la personne (Law et al., 1990).

Dans un second temps, une fois les problèmes occupationnels identifiés, il est demandé au client d'attribuer une note allant de 1 à 10 en fonction de l'importance de l'activité dans sa vie. La note 1 équivaut à « pas important du tout » et le 10 à « extrêmement important ». Il est important de préciser à la personne qu'il s'agit de son jugement et qu'il n'y a pas de mauvais choix concernant l'importance de l'activité. (Law et al., 1990)

Pour la troisième étape, le client va devoir choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les notes attribuées à l'étape précédente. Elles sont ensuite hiérarchisées et pour chacune d'entre elles le client va devoir déterminer son rendement et sa satisfaction (Law et al., 1990). Le rendement peut être expliqué à la personne en posant la question suivante « comment coteriez-vous la façon dont vous

accomplissez cette activité ? » en utilisant une échelle allant de 1 « incapacité à réaliser cette activité » à 10 « parfaitement en capacité de réaliser cette activité ». Pour la satisfaction, le thérapeute demande au client dans quelle mesure il est satisfait de la façon dont il exécute cette activité à ce moment précis, il doit à nouveau coter de 1 à 10, depuis 1 « pas du tout satisfait de son exécution » jusqu'à 10 « extrêmement satisfait de son exécution ». Il est ensuite possible d'obtenir une note totale et une note moyenne pour le Rendement (R1) et pour la Satisfaction (S1).

La quatrième étape est la réévaluation, qui suit le processus d'intervention. À un moment opportun au cours du plan de traitement, à distance de l'évaluation initiale, le thérapeute propose au client de réévaluer le rendement et la satisfaction pour chacune des cinq activités identifiées comme posant le plus de problèmes à la personne, la cotation reprenant le schéma de l'étape trois. Il est important de ne pas rappeler au client les cotations précédemment adoptées afin de ne pas biaiser les nouvelles. Une deuxième note totale et une deuxième note moyenne sont calculées pour le Rendement (R2) et pour la Satisfaction (S2). Afin d'évaluer les changements perçus par le client quant à son rendement et sa satisfaction suite au processus d'intervention, les notes de l'évaluation initiale sont soustraites aux notes de la réévaluation ($R2 - R1 =$ évolution du Rendement total suite au processus d'intervention et $S2 - S1 =$ évolution de la Satisfaction totale suite au processus d'intervention).

L'objectif de la cinquième étape est de planifier la poursuite, le suivi ou la sortie de la thérapie. Avec un nouveau formulaire MCRO, le thérapeute pose au client les questions utilisées à l'étape 1 pour décider s'il reste des problèmes de rendement occupationnel ou si de nouvelles difficultés sont apparues au fil du temps. Le client et le thérapeute décident alors de la ligne de conduite à adopter, de la même manière que lors de la première utilisation de la mesure (Law et al., 1990).

Cet outil étant issu d'un modèle client-centré, pour chacune des étapes, le thérapeute doit s'assurer que chacun des éléments inscrits sur le livret doit correspondre parfaitement à ce que le client a voulu exprimer, en veillant à confirmer s'il a été bien compris.

Grâce à cet outil, les ergothérapeutes sont en mesure de fournir un traitement adapté, centré sur les besoins individuels du client, lui permettant également de s'engager dans la planification de son traitement et d'en favoriser la motivation et l'observance (E. A. Townsend & Polatajko, 2013).

1.3.3. MCRO, un outil favorisant l'engagement de la personne ?

Nous l'avons vu précédemment, la MCRO est une mesure qui concerne les activités et les occupations dans lesquelles les personnes doivent ou veulent s'engager, afin de remplir leurs rôles et de trouver un sens et un but à leur vie. Cet entretien semi-structuré permet au thérapeute et surtout au client de déterminer ses problèmes occupationnels, qui peuvent être par la suite transformés en objectif afin que la personne se sente au centre de son projet de soins et s'y implique davantage.

L'approche client-centrée et les différents facteurs de la MCRO semblent faire d'elle un outil pertinent en santé mentale, notamment dans le cadre de la Réhabilitation Psycho-Sociale tout en favorisant l'engagement de la personne (Kirsh & Cockburn, 2009).

Un des éléments importants relevé par des thérapeutes et des patients dans le cadre d'une réhabilitation psychosociale est le désir des personnes « de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et de contribution, même dans les limites causées par la maladie » (Anthony, 2000). Or les éléments qui constituent ces choix de vie sont très individualisés et variables selon les personnes, les cultures et les populations, ce qui les rend d'autant plus difficiles à définir et mesurer. La MCRO offre une solution à ce problème, car elle exige des clients qu'ils identifient, classent par ordre de priorité et évaluent eux-mêmes les occupations souhaitées et leur importance.

Cet entretien semi-directif permet l'ouverture d'une discussion autour des activités de la vie quotidienne du patient. La démarche de mettre à l'écrit puis de coter les éléments problématiques peut favoriser la prise de conscience de la personne concernant ses difficultés.

Selon une étude rétrospective des effets la MCRO, les clients qui ont donné la priorité aux domaines de performance dans lesquels ils s'estimaient le plus en difficulté ont acquis un sentiment d'autonomisation dans les progrès qu'ils ont réalisés, en même temps qu'ils amélioraient leur estime de soi (Kirsh & Cockburn, 2009). Signes manifestes de l'importance de cette démarche dans le processus du rétablissement (Anthony, 2000).

En outre, la MCRO permet donc aux clients et aux thérapeutes de travailler en partenariat et de diriger la thérapie selon des objectifs personnalisés fondés sur les activités qui constituent l'identité des personnes, ce qui augmente les possibilités de réalisation de soi.

Enfin, cet outil basé sur une approche centrée sur le client permet une relation dans laquelle le thérapeute donne sa confiance au patient pour lui permettre à son tour de faire davantage confiance, créant une relation thérapeutique stable et de qualité. (Kirsh & Cockburn, 2009)

1.4. Objectif de recherche : questionnements et problématique

L'utilisation de la méthode PICO nous a permis de formuler la question de recherche de cette partie théorique et ainsi délimiter les bornes de nos recherches bibliographiques. L'acronyme PICO signifie : Population (*quelle population est étudiée et quelles sont ses caractéristiques...*), Intervention (*quelle action thérapeutique, traitement, diagnostic...*), Comparaison (*intervention témoin, déjà existante et étudiée...*) ; et enfin Outcome (*l'évènement mesuré, les résultats, les critères de jugement...*).

Dans notre recherche, les éléments correspondants sont les suivants :

- Population : Personnes souffrant d'anorexie mentale
- Intervention : Utilisation de la MCRO
- Comparateur : *Dans cette recherche, les comparateurs n'ont pas été étudiés.*
- Outcome : Impact de la MCRO sur l'engagement des personnes dans leur projet de soins.

Ainsi, nous avons pu définir la question de recherche suivante :

Quel est l'impact de l'utilisation de la MCRO sur l'engagement de la personne atteinte d'anorexie mentale dans son projet de soins ?

Cette revue de littérature permet de faire le point sur les différents éléments qui composent notre problématique. Dans la première partie, nous avons pris le temps de décrire l'anorexie mentale et ses répercussions sur l'équilibre occupationnel de la personne, recherche menée à travers des mots-clés tels que « Troubles des Conduites Alimentaires », « Anorexie mentale », « Anorexia Nervosa », « Anorexie mentale Diagnostic », « DSM-IV », « DSM-V », « Refus de Soins », « Treatment of Anorexia Nervosa », « équilibre occupationnel », « Occupational Impact of Anorexia ». La deuxième partie consistait à détailler les notions

d'engagement occupationnel et d'activités signifiantes et significatives en utilisant les mots clés « Engagement occupationnel », « Activités signifiantes et ergothérapie », « Profil occupationnel anorexie mentale ». La troisième partie traite du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, les mots clés ont donc été : « Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel », « Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel », « Canadian Occupational Performance Measure », « Occupational Science ». Les bases de données et moteurs de recherches suivants ont été utilisés : Cairn, APA PsycNet, EM consulte, INSERM, ScienceDirect, NECTAR, Sage journals, le site de l'ANFE, RFRE, ResearchGate, ainsi que Google Scholar et PubMed.

Ces recherches nous ont permis d'approfondir le sujet traité et de développer notre questionnaire sur l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale en ergothérapie, notamment à travers une approche client-centrée et l'utilisation de la MCRO comme outil favorisant l'engagement des personnes dans leur projet de soins.

2. Méthode de recherche :

2.1. Élaboration de la démarche de recherche

Nous avons pu constater, au travers de cette revue de littérature, les différents éléments mis en jeu autour du refus de soins des personnes atteintes d'anorexie, ainsi que l'utilisation de la MCRO pour favoriser l'engagement des individus, quel que soit leur âge, leur sexe, leur culture ou leur pathologie. Nous ne sommes pas parvenue à trouver dans la littérature des références à l'utilisation de la MCRO en France auprès de cette population. Nous en venons donc à nous questionner autour des facteurs pouvant favoriser l'engagement des personnes anorexiques dans leur projet de soins, afin de mettre en perspective ces facteurs et les éléments en faveur de l'utilisation de la MCRO.

Afin d'approfondir cette problématique et d'y apporter des éléments de réponse, une méthode de recherche a été mise en œuvre auprès de professionnels travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale. L'objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs favorisant l'engagement des personnes atteintes d'anorexie mentale dans leur projet de soins, grâce à l'expérience professionnelle des experts questionnés.

Dans le cadre de cette étude, il était important pour nous de respecter un certain nombre de critères et de nous adapter à différentes contraintes, lesquels ont orienté notre choix concernant l'outil de recherche utilisé. En effet, nous souhaitions réaliser une recherche qualitative concernant les facteurs favorisant l'engagement des personnes atteintes d'anorexie mentale dans leur projet de soins, en questionnant le plus d'experts possible, issus de diverses professions et répartis sur le territoire français. Il fallait pour cela pouvoir les interroger à distance en utilisant les outils informatiques. Cette distance entre les participants nous permet aussi d'obtenir un maximum de réponses authentiques relatives à leur connaissance propre du sujet, sans qu'ils risquent de subir l'influence des autres participants. Enfin, il était nécessaire d'opter pour une technique permettant d'obtenir des données dans un temps court, afin de respecter le cadre de ce mémoire.

2.2. Technique Delphi

2.2.1. *Choix et présentation de la technique*

Notre choix pour le recueil de données auprès des professionnels travaillant des personnes anorexiques s'est donc porté sur la technique Delphi, qui permet de répondre aux critères énoncés précédemment (Caire, 2016).

Cette technique est un outil de recherche permettant, grâce à des consultations individuelles anonymes, d'obtenir des avis sur un sujet donné. Son objectif est de faire ressortir un avis le plus consensuel possible, à partir de la consultation d'experts via l'utilisation de questionnaires successifs (Caire et al., 2015). Le consensus est atteint si le pourcentage d'accord entre les participants est compris entre 70 et 90%. La technique Delphi permet d'obtenir des données pertinentes, en raison du statut des experts, qui certifie la validité, le bien-fondé des réponses. Elle s'appuie sur des caractéristiques essentielles : l'anonymat de la réponse, l'itération avec rétroaction contrôlée, et la synthèse statistique des opinions des membres du groupe permettant le suivi de l'évolution vers le consensus à travers des indicateurs chiffrés (Bourrée et al., 2008).

La technique Delphi se déroule en quatre grandes étapes (Bourrée et al., 2008) :

- La formulation du problème
- Le choix des experts
- L'élaboration du questionnaire
- L'administration du questionnaire et l'analyse des résultats.

L'administration des questionnaires se fait en trois rondes de consultation minimum, comprenant l'envoi du questionnaire, un temps de réponse et une analyse des résultats intermédiaires. Le premier questionnaire est constitué d'une question ouverte de départ posée aux experts. Le deuxième présente des énoncés issus de la synthèse des réponses de la première ronde, chaque énoncé étant accompagné d'une échelle de Likert afin d'évaluer l'adhésion ou non des experts aux propositions. Le troisième questionnaire reprend uniquement les énoncés ayant obtenu un maximum de pourcentage de consensus déterminé au préalable. Si le consensus est atteint à l'issue de ce troisième questionnaire, il reste à analyser le contenu des réponses pour formuler des recommandations. Si le consensus n'est pas atteint, les questionnaires sont à nouveau envoyés aux experts, qui réévaluent leurs réponses.

2.2.2. Contexte de l'étude et recrutement des participants

Le questionnement de cette recherche s'articule autour de la notion de l'engagement de la personne anorexique dans son projet de soins. Il a donc été décidé d'interroger des représentants de plusieurs professions travaillant auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale. Ainsi, il suffisait d'être un professionnel travaillant ou ayant travaillé avec des personnes souffrant d'anorexie mentale pour être inclus dans la recherche.

Pour réaliser ce recrutement, de nombreux établissements de soins psychiatriques (cliniques privées, centres hospitaliers) ainsi que des professionnels libéraux et des associations, ont été contactés, par mail lorsque ceux-ci étaient disponibles, ou par téléphone afin d'établir un premier contact.

À la suite de cette première phase, trente professionnels ont été sélectionnés. Parmi eux des ergothérapeutes, des psychiatres, des psychologues, des psychomotriciens, des infirmiers, des diététiciens, des musicothérapeutes, des art-thérapeutes, des hypnothérapeutes. En outre, il a été possible de faire appel aux professionnels travaillant dans la structure de l'un des participants en utilisant leur réseau de messagerie interne.

Au total douze professionnels ont participé à cette étude, et quatre professions ont été représentées avec quatre infirmiers, trois psychiatres, deux psychomotriciens et trois ergothérapeutes dont l'une est aussi hypnothérapeute.

2.2.3. Collecte des données et déroulement pratique de la consultation

Dans un premier temps, trente experts à qui il avait été proposé de participer à la recherche avaient été contactés par mail. Le courriel visait à présenter de manière claire l'objectif de la sollicitation, le sujet abordé, d'expliquer le plus précisément possible la technique Delphi ainsi que les critères d'inclusion, de même que les contraintes temporelles, grâce à un rétroplanning reprenant les étapes et les temps de réponse. Huit professionnels ont répondu favorablement à notre requête, quatre ont répondu négativement et dix-huit n'ont pas répondu (taux de réponse de 40%). Afin d'augmenter le nombre de participants, nous avons réalisé une demande de participation auprès de tous les professionnels de la structure de l'un des participants, via la messagerie interne. À cette sollicitation, quatre personnes ont répondu

favorablement, auxquelles nous avons choisi de faire confiance, sans contrôle ultérieur, s'ils considéreraient répondre précisément aux critères d'inclusion. Tous les questionnaires utilisés lors des différentes rondes de consultation se présentaient sous la forme d'un Google Forms, envoyés à chaque participant par mail.

La première ronde de consultation a débuté le lundi 2 mars 2020 avec l'envoi du premier questionnaire (*Annexe 3*), pour lequel une réponse était attendue avant le jeudi 12 mars. Ce premier questionnaire, point de départ de la technique Delphi, était constitué d'une brève présentation du projet de recherche, de quelques questions concernant les données sociodémographiques des participants puis d'une unique question ouverte : « Quels sont, selon vous, les facteurs qui favorisent l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soins ? ». Le format des réponses, de type « réponse longue », devait permettre aux experts de développer leurs propos, s'ils le souhaitaient.

L'analyse des réponses du premier questionnaire, une fois synthétisée, a permis la formulation de vingt-deux affirmations, composant le deuxième questionnaire (*Annexe 4*). Chaque item était composé d'un énoncé associé à une échelle de Likert à 4 niveaux, afin d'évaluer l'accord des participants : 0 pour « pas du tout d'accord » et 3 pour « tout à fait d'accord ». Nous avons décidé de choisir une échelle allant de 0 à 3 afin de permettre une conversion en pourcentage où une note de 0/3 correspond à 0% de consensus. Ce second questionnaire a été envoyé le lundi 23 mars 2020 aux douze experts ayant répondu au premier, les réponses étant demandées dans les deux semaines. Au vu du peu de réponses récoltées au cours de ces deux semaines, nous avons pris la décision d'allonger d'une semaine supplémentaire le temps dédié aux réponses. À l'issue de cette deuxième ronde de consultation, huit experts nous ont fait parvenir leurs réponses. L'analyse a été réalisée dans le courant du mois d'avril 2020.

La dernière ronde de consultation a débuté le lundi 20 avril 2020 avec l'envoi du troisième questionnaire (*Annexe 5*). Ce dernier reprenait uniquement les énoncés ayant obtenu au moins deux tiers d'avis positif, soit 66,67% d'approbation par les experts. Cette fois-ci les énoncés étaient accompagnés d'une échelle binaire : « je valide » ou « je ne valide pas » cet énoncé. Il était ainsi demandé aux experts de se positionner définitivement sur les affirmations sélectionnées, sept participants nous ont retourné leurs réponses.

2.2.4. *Tri et méthodes d'analyse des données*

L'analyse des réponses au premier questionnaire a été réalisée dans un premier temps à l'aide du logiciel d'analyse textuelle Tropez afin de faire émerger des différentes réponses des grandes thématiques, mais les différences de lexique utilisé par les professionnels n'ont pas permis d'en extraire des résultats suffisamment pertinents. Ainsi l'analyse a été poursuivie par la méthode de la lecture flottante selon Laurence Bardin (Bardin, 2013). Cette technique a permis d'identifier des redondances dans les réponses ce qui a permis la création d'énoncés répondant à la première question soumise. Ces vingt-deux énoncés ont ensuite été associés à notre échelle de Likert, permettant ainsi la création du second questionnaire. Les réponses des professionnels à ce deuxième questionnaire ont été transposées dans un tableur Excel afin de calculer le résultat moyen par énoncés ainsi que le pourcentage d'adhésion obtenu. Pour la troisième et dernière ronde de consultation, les dix-sept énoncés ayant obtenu un score moyen de 2 sur 3 (soit un accord à 66,67%) ont été soumis aux experts, qui ont dû alors les valider ou non. A la suite de cette dernière consultation, les énoncés qui avaient fait l'unanimité à 80% et plus ont été retenus comme étant des facteurs majeurs permettant l'engagement de la personne atteinte d'anorexie mentale dans son projet de soins.

2.3. Résultats

Les résultats issus de la technique Delphi, présentés de manière chronologique dans cette partie, sont précédés d'une présentation des différentes caractéristiques du pool d'experts.

2.3.1. *Caractéristiques des experts*

Après la phase de recrutement, douze experts ont souhaité participer à notre étude et ont répondu à notre questionnaire, nous permettant ainsi d'identifier leurs caractéristiques. Tous travaillent en France métropolitaine, certains dans divers centres hospitaliers ($n = 7$) et d'autres dans la même clinique psychiatrique privée ($n = 5$). En moyenne, les experts travaillent avec des personnes atteintes d'anorexie mentale depuis 11,66 ans (avec des valeurs allant de 3 ans à 30 ans). La répartition était de sept femmes (58,3%) et cinq hommes (41,7%) avec une moyenne

d'âge de 41,6 ans. Les experts se répartissent en quatre professions : quatre infirmiers (33,3%), trois psychiatres (25%), deux psychomotriciens (16,67%) et trois ergothérapeutes (25%) dont l'une est aussi hypnothérapeute.

2.3.2. Première consultation

Pour la première consultation, chacun des douze experts a rédigé une réponse, plus ou moins détaillée, à la question concernant les facteurs favorisant l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soins. De l'analyse de ces réponses ressortent vingt-deux énoncés. Les différents facteurs favorisant l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soins ont été regroupés en grandes thématiques dans le *tableau 1*.

Tableau 1. Énoncés retenus à l'issue de la première consultation des experts (n = 12)

Thématiques	Énoncés
La conscience de sa pathologie et ses conséquences	<ul style="list-style-type: none"> - La sortie du déni de la pathologie - La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie - La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne.
Le cadre thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours - L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient. - La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré. - Limitation de l'accès à l'activité sportive.
La relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants. - Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance.
La communication	<ul style="list-style-type: none"> - Une bonne communication avec transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille.
L'entourage familial et social	<ul style="list-style-type: none"> - Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel. - La mise à distance de son environnement habituel de vie et des relations affectives problématiques. - Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif. - Le désir de faire plaisir, à sa famille, ses amis, des soignants.
L'accompagnement en soin	<ul style="list-style-type: none"> - La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés. - Une prise en charge précoce. - Un travail de prise de conscience psychocorporelle. - Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique.
Le ou les projets de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Le désir de retrouver des activités qui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...). - Un projet de vie important.
Autre	<ul style="list-style-type: none"> - L'atteinte de résultats concrets qui objectivent l'évolution positive de l'état de santé. - La peur de mourir suite à un épisode grave en lien avec la maladie.

2.3.3. Deuxième consultation

Huit experts ont répondu (n = 8) lors de la deuxième ronde de consultation. Les experts ont établi, à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 3, leur degré d'adhésion aux énoncés proposés. Ces derniers ont ensuite été classés par ordre d'importance selon les scores moyens obtenus dans le *tableau 2*. Parmi ces facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soins, seuls ceux ayant obtenu deux tiers d'avis positif soit une adhésion à 66,67% et plus ont été conservés.

Tableau 2. Résultats du deuxième tour de consultation (n = 8) – score moyen sur 3 et pourcentage d'accord.

Énoncés	Score moyen	%
1. La sortie du déni de la pathologie.	2,75	91,67
2. Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants.	2,75	91,67
3. Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance.	2,75	91,67
4. Un travail de prise de conscience psychocorporelle.	2,75	91,67
5. La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie.	2,625	87,5
6. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours.	2,625	87,5
7. Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique.	2,625	87,5
8. La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré.	2,5	83,33
9. Une bonne communication avec transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille.	2,25	75
10. La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés.	2,25	75
11. La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne.	2,125	70,83
12. Le désir de retrouver des activités qui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...).	2,125	70,83
13. Une prise en charge précoce.	2,125	70,83
14. L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient.	2	66,67
15. Un projet de vie important.	2	66,67
16. Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel.	2	66,67
17. Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif.	2	66,67
18. La mise à distance de son environnement habituel de vie et des relations affectives problématiques.	1,875	62,5
19. L'atteinte de résultats concrets qui objectivent l'évolution positive de l'état de santé.	1,625	54,17
20. La peur de mourir suite à un épisode grave en lien avec la maladie.	1,375	45,83
21. Limitation de l'accès à l'activité sportive.	1,375	45,83
22. Le désir de faire plaisir, à la famille, aux amis, à des soignants.	1,125	37,5

Une première analyse de ces énoncés par thématiques permet d'établir l'importance de la prise de conscience de la pathologie et de ses conséquences sur la vie de la personne souffrant d'anorexie mentale. En effet, les énoncés tels que *1. La sortie du déni de la pathologie*, *5. La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie* et *11. La prise de conscience des*

répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne, obtiennent un pourcentage de consensus moyen de 83,33%. La portée de la relation dans l'accompagnement de ces personnes est également mise en valeur, avec des pourcentages de 91,67% pour les énoncés 2. *Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants* et 3. *Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance*. En ce qui concerne le cadre thérapeutique, les résultats sont plutôt dispersés. En effet, si les énoncés 6. *L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours*, 8. *La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré* ou encore 14. *L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient*, se situent entre les 66,67% et 87,5% de consensus, l'énoncé 21. *Limitation de l'accès à l'activité sportive* ne fait quant à lui pas l'unanimité chez les experts avec seulement 45,83%. Pour l'accompagnement en soins de la personne atteinte d'anorexie mentale, les énoncés se situent autour d'une moyenne de 81,25% avec une importance majeure accordée à l'accompagnement des personnes vers une *prise de conscience psychocorporelle* (énoncé 4) et 7. *Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique*. Un autre élément majeur, participant à l'engagement de la personne anorexique est 9. *Une bonne communication avec une transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille* par l'équipe soignante, dans la mesure où elle favorise la création d'une confiance thérapeutique. Ensuite, des éléments importants pour la personne tels que des activités signifiantes et significatives (énoncé 12), un projet de vie (énoncé 15), le désir de retrouver un équilibre social et relationnel (énoncé 16), et le soutien des proches (énoncé 17) sont autant d'éléments favorisant son engagement dans le soin selon en moyenne 67,7% des experts.

2.3.4. *Troisième consultation*

Pour cette troisième et dernière ronde de consultation, sept experts ont répondu (n = 7). Chaque expert s'est positionné en indiquant s'il validait ou non chacun des dix-sept énoncés sélectionnés lors de la deuxième ronde de consultation. Les énoncés ont ensuite été classés en fonction du plus haut pourcentage de validation. Pour constituer la liste définitive, seuls les énoncés ayant obtenu un accord de 80% et plus seront abordés dans la partie discussion.

Tableau 3. Résultats du troisième tour de consultation (n = 7)

Énoncés	N	%
1. La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré.	7	100
2. Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance.	7	100
3. Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif.	7	100
4. Une bonne communication avec une transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille.	7	100
5. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours.	7	100
6. Une prise de conscience psychocorporelle.	7	100
7. Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants.	7	100
8. La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne.	6	85,70
9. Le désir de retrouver des activités qui lui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...).	6	85,70
10. Un projet de vie important.	6	85,70
11. La sortie du déni de la pathologie.	6	85,70
12. Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel.	6	85,70
13. Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique.	6	85,70
14. La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés.	6	85,70
15. L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient.	5	71,40
16. La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie.	5	71,40
17. Une prise en charge précoce.	4	57,10

Sept énoncés ont fait l'unanimité (n =7 ; 100%) chez les experts, il s'agit :

- Des deux énoncés en lien avec la relation thérapeutique (*énoncés 2 et 7*).
- De celui concernant la communication et la transmission d'informations au patient et sa famille (*énoncé 4*).
- De deux des trois énoncés en lien avec le cadre thérapeutique, avec *1. La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré* et *5. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours*, sans nécessairement aller jusqu'à l'établissement d'un contrat de soins (*énoncé 15* n'ayant obtenu que 71,4% de consensus).
- De l'énoncé *3. Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif*.
- De l'énoncé *6. Une prise de conscience psychocorporelle*.

Les énoncés ayant obtenu 85,7% de consensus entre les experts sont répartis en quatre thématiques : la conscience de la pathologie et ses conséquences avec les énoncés *8. La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne* et *11. La sortie du déni de la pathologie* ; le projet de vie est aussi une thématique importante avec

les énoncés 9. *Le désir de retrouver des activités qui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...)* et 10. *un projet de vie important* ; l'entourage familial et social avec 12. *Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel* ; et enfin le type d'accompagnement avec 13. *Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique* et 14. *La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés*.

Enfin, il est important de noter que la prise en charge précoce (*énoncé 17*) n'a obtenu que 57,10% des consensus de la part des experts (n=4). Nous devons préciser cependant que si les énoncés situés en dessous du seuil de 80% n'ont pas été conservés pour la discussion, cela ne signifie pas forcément qu'il ne s'agisse pas de facteurs importants à considérer dans l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale.

2.4. Analyse et Discussion

2.4.1. Mise en lien avec la MCRO

L'objectif de cette étude était de faire apparaître, au travers de la consultation d'experts, les différents facteurs qui favorisent l'engagement de la personne atteinte d'anorexie dans son projet de soins. Nous allons à présent mettre en lien les facteurs obtenus - dont le pourcentage de consensus des experts est indiqué entre parenthèses - avec les éléments essentiels de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel permettant l'engagement du patient dans le soin.

Ainsi nous avons pu constater lors de notre revue de littérature que la MCRO peut favoriser la prise de conscience par la personne de ses difficultés. Or la *prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne* (85.7%) et une *prise de conscience psycho-corporelle* (100%) aboutissant à *une sortie du déni de la pathologie* (85.7%) sont autant de facteurs importants qui aident la personne atteinte d'anorexie à s'engager dans son projet de soins.

De plus, la MCRO permet de définir et de mesurer les choix de vie et activités signifiantes et significatives de la personne par elle-même, permettant la mise en place d'objectifs personnalisés fondés sur les activités qui constituent son identité, ce qui augmente ses possibilités de réalisation de soi. Ces éléments favorisent et soutiennent le désir de la

personne de *retrouver des activités qui lui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...)* (85,7%), ainsi que de *sortir d'un isolement social et relationnel* (85,7%), ou encore de travailler autour de la poursuite d'un *projet de vie qui tient à cœur à la personne* (85,7%). Le fait de travailler sur des objectifs spécifiques et concrets permet à la personne de *développer un espace psychique personnel* (85,7%) et de mettre du sens derrière la prise en soins afin de s'y investir davantage.

En outre, cet outil favorise le choix et la responsabilisation du client dans son parcours de soins en donnant la priorité aux domaines de performance dans lesquels il estime avoir le plus de difficultés, lui offrant la *possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés* (85,7%).

Enfin, pour favoriser l'engagement de la personne anorexique, il est important qu'elle soit accompagnée par des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance (100%) afin d'élaborer une alliance thérapeutique de qualité (100%). De fait, la MCRO encourage une relation dans laquelle le thérapeute donne sa confiance, permettant au patient d'accorder sa confiance en retour, et créant ainsi une relation thérapeutique stable et de qualité au sein de laquelle thérapeute et patient travaillent en partenariat.

Quoique certains des facteurs identifiés par les experts ne soient pas directement liés à la MCRO, ils peuvent entrer dans le concept général de l'approche client-centrée - dans laquelle les thérapeutes sont authentiques, acceptent le client de manière positive et inconditionnelle, et font preuve d'une compréhension empathique concernant le monde perceptif et subjectif du client (Rogers, 1982). Ainsi les facteurs suivants : *une bonne communication avec transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille* (100%), *la mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré* (100%) avec *l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours* (100%) peuvent être intégrés dans le protocole mis en place afin de favoriser l'engagement de la personne atteinte d'anorexie mentale dans son projet de soins.

Notre profession prend ses racines dans l'activité humaine et tient compte de la diversité infinie d'individus agissant selon des valeurs et des motivations qui leur sont propres, en évoluant dans des environnements complexes et variés. Dès lors que survient un déséquilibre dans la vie d'un individu, du fait d'un accident, d'une maladie, ou d'un quelconque évènement bouleversant, il est de notre ressort d'accompagner ces personnes en soutenant et favorisant

leurs décisions concernant leurs choix de santé. Le Modèle Canadien de Rendement et de l'Engagement Occupationnel met en avant les liens étroits entre la personne, ses occupations et son environnement ainsi que l'importance d'un équilibre qui lui convienne afin de préserver sa santé et son bien-être. Dans le cadre de l'accompagnement de personnes atteintes d'anorexie mentale, nous avons pu suggérer, grâce à notre revue de littérature et une enquête de consensus auprès d'experts, que l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel pouvait permettre un meilleur engagement de la personne dans son projet de soins.

2.4.2. *Limites*

Dans cette dernière partie, nous allons aborder les différentes limites auxquelles nous avons été confrontées tout au long de notre travail de recherche. Dans un premier temps nous vous présenterons les limites liées à l'utilisation de la technique Delphi, puis nous parlerons des limites liées à l'utilisation de la MCRO auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale.

En ce qui concerne notre méthode de recherche, nous avons pris la décision d'utiliser la technique Delphi afin d'obtenir un consensus d'experts autour de la question de l'engagement des personnes anorexiques dans leur projet de soins. Notre choix a été motivé par les raisons détaillées dans notre partie 2.2.1. *Choix et présentation de la technique*, mais nous avons été confrontée à certaines limites liées à l'utilisation de cette méthode dans les conditions où a été réalisé de notre mémoire.

L'une des difficultés de la technique a été de constituer l'échantillon d'experts à interroger. Il n'a pas toujours été facile d'entrer en contact avec les professionnels souhaités. En effet, si certains d'entre eux, issus de notre entourage direct, ont répondu favorablement, d'autres, contactés par mail ou par téléphone par l'intermédiaire de collègues, n'ont pas forcément perçu l'intérêt ou la nature exacte de notre projet de recherche auquel ils n'ont pas répondu. En fin de compte, douze experts répartis en quatre professions ont accepté de répondre au projet. Nous aurions souhaité pouvoir proposer cette étude à un pool de participants plus conséquent en diversifiant encore les professions afin d'obtenir des résultats les plus représentatifs et les plus affinés possible.

La seconde difficulté à laquelle nous avons été confrontée était celle d'obtenir l'engagement constant des experts tout au long de l'enquête. En effet, Celle-ci s'étant déroulée de la mi-février à la mi-avril, il a été difficile à certains des professionnels consultés de rester engagés jusqu'à la fin du processus. Du premier au deuxième tour, nous sommes passée de douze à huit experts participants, soit une perte de 33,3 %, puis de huit à sept entre le deuxième et le troisième tour, soit la défection de cinq participants, représentant 41,7% de perte par rapport au premier tour. C'est sans doute ce qui peut expliquer quelques incohérences dans les pourcentages d'adhésion à certains énoncés, comme « La sortie du déni de la pathologie » : 91,67% d'adhésion au second tour contre 85,7% au troisième tour, ou encore « Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique » passant de 87,5% à 85,7%. Si l'on peut imaginer à la défection de ces experts participants des raisons personnelles propres à chacun d'eux, nous pouvons cependant considérer que la situation de crise sanitaire, liée au COVID-19, que traverse le pays depuis le milieu du mois de mars, a pu y jouer un certain rôle.

Confrontée à la participation d'un nombre et d'une variété d'experts moindre que celle que nous aurions souhaitée, nous nous sommes déterminée à réaliser des choix quant à l'application de notre méthode de recherche. C'est ainsi que, à l'issue du deuxième tour de consultation, nous avons fait le choix de conserver les énoncés ayant obtenu deux tiers des accords, soit 66,67%, de la part des experts (n = 8). Nous souhaitions rester suffisamment ouverte pour offrir aux participants la possibilité de se positionner de manière plus tranchée lors du dernier tour de consultation, sans risquer de mettre de côté des affirmations qui auraient pu être pertinentes. Choix qui a semblé judicieux puisque nous avons pu constater que certains énoncés, ayant obtenu un score plutôt bas à l'issue du deuxième tour, avaient finalement obtenu 100% du consensus à la fin du troisième, tel l'énoncé suivant : « *Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif* », qui est passé de 66.67% à 100% d'adhésion. Il importe donc de considérer ces pourcentages avec un regard critique.

Concernant les limites de l'utilisation de la MCRO avec les personnes atteintes d'anorexie mentale, nos lectures nous ont amenée à relever les problèmes suivants :

- Pertinence culturelle : il peut arriver que le contexte culturel dont est issu le client conduise à imposer une ou des personnes associées au processus de décision du traitement, par exemple un mari ou un parent. D'autres thérapeutes signalent aussi

l'incompréhension ou le rejet par certains clients du langage et de la classification de la MCRO (Kirsh & Cockburn, 2009).

- Difficultés de certaines personnes à identifier leurs activités signifiantes et significatives, en dehors de celle induites par la maladie. Le soignant se trouve alors dans la situation délicate de devoir à la fois guider et orienter la personne afin qu'elle puisse identifier ses propres activités, sans pour autant influencer ses choix afin de respecter l'approche client-centrée (Godfrey, 2013).

Ces éléments ne remettent pas nécessairement en cause l'utilisation de la MCRO dans les cas de figure concernés, mais signalent la nécessité pour le thérapeute de rester vigilant dans sa pratique, en sachant guider la personne ou adapter l'outil afin de lui ménager le meilleur engagement possible en vue de l'amélioration de son état et de son autonomisation.

Conclusion

Comme nous l'avons vu lors de notre revue de littérature, l'anorexie mentale est une maladie extrêmement invalidante, ayant des répercussions majeures sur de nombreux domaines occupationnels de la personne qui en est atteinte. Multifactorielle, elle rend difficile d'en appréhender tous les aspects et il arrive bien souvent que les équipes soignantes qui accompagnent les personnes anorexiques soient confrontées à leur refus de soins. Nous nous sommes penchée sur la définition des activités signifiantes et significatives et sur la façon dont un accompagnement fondé sur ces activités pouvait grandement favoriser l'engagement des personnes dans leur soin. C'est ce qui nous a conduit à envisager comme pertinent dans le traitement de cette pathologie le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, dont l'approche client-centrée, spécifique en ergothérapie, place la personne souffrante au cœur du projet de soins, et en fait l'actrice principale. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est l'outil qui découle de ce modèle et qui permet, par la réalisation d'un entretien entre patient et thérapeute, d'identifier les activités signifiantes et significatives qui posent problème à la personne. C'est par le biais de cette thérapie personnalisée que le traitement est mis en place d'un commun accord dans une démarche signifiante.

L'objectif de notre recherche a alors été d'identifier auprès d'experts travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes anorexiques quels pouvaient être les principaux facteurs susceptibles de favoriser leur engagement dans leur projet de soins. Après quoi, nous avons confronté nos résultats aux éléments de la MCRO en faveur de l'engagement des personnes dans le soin. Les principaux résultats ont pu montrer qu'un certain nombre de facteurs favorisant l'engagement, mis en lumière par notre étude, coïncidaient avec les préconisations de la MCRO, comme notamment le fait de favoriser chez le client la prise de conscience de ses difficultés afin de sortir du déni de la pathologie, le fait de définir et prioriser les activités signifiantes et significatives sur lesquelles pourrait se construire la thérapie, ou encore celui de favoriser le choix et la responsabilisation du client dans son parcours de soins. Cet outil et cette approche client-centrée permettent de créer un contexte thérapeutique bienveillant et des relations de soins basées sur la confiance mutuelle, conditions indispensables pour l'engagement de la personne anorexique dans son projet de soins. À quelques restrictions près, la MCRO nous paraît être un outil pertinent dans l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant d'anorexie mentale, en ce qu'il favorise leur engagement dans leurs soins.

En mars 2002, la loi dite « Kouchner » signe la reconnaissance officielle des droits des patients, lesquels tendent alors à devenir les acteurs à part entière - considérés et respectés quels que soient leurs origines, leurs croyances ou leur mode de vie - de leur prise en charge thérapeutique (Mougeot et al., 2018). En outre, l'un des enjeux majeurs du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 est de prévenir les ruptures dans les parcours de vie des personnes concernées, avec pour objectif de leur permettre de mieux vivre avec des troubles psychiques, troubles dont l'impact et la prévalence sont souvent sous-estimés. Ce plan aborde « la promotion de la santé mentale [qui] consiste notamment à développer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et à permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé » et considère les soins comme « un ensemble d'actions s'inscrivant dans le projet de vie de la personne, ajusté régulièrement aux besoins et aux capacités de celle-ci » qui « ne peut s'inscrire dans la vie de la personne que s'il y a une recherche permanente d'une alliance thérapeutique, à travers une relation de confiance indispensable à l'observance du traitement et plus globalement au projet thérapeutique. » (Ministère des solidarités et de la santé & Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012).

Dans une telle perspective, les approches et outils occupationnels centrés sur la personne et ses besoins apparaissent comme pertinents, ainsi qu'en témoignent Elizabeth A. Townsend et Helene Polatajko dans leur livre *Habilité à l'occupation*, dans lequel elles exposent les fondements de notre profession : les humains ont besoin d'occupations, lesquelles sont idiosyncrasiques. Elles influencent leur santé et leur bien-être, leur permettent de gérer le temps et de structurer la vie, à laquelle elles donnent un sens. Aussi l'occupation a-t-elle un potentiel thérapeutique (A. E. Townsend & Polatajko, 2013).

Il semblerait qu'en France aucune étude n'ait été réalisée autour de l'utilisation de la MCRO auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale. Il nous paraîtrait intéressant d'approfondir dans notre pays l'utilisation de ces approches occupationnelles auprès de population souffrant d'anorexie mentale par des études à plus grande échelle.

Bibliographie

- ANOREXIE - TLFi*. (s. d.). [Dictionnaire]. Le Trésor de la Langue Française informatisé.
Consulté 15 octobre 2019, à l'adresse
<http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=2924574090>;
- Anorexie mentale : Définition et causes*. (s. d.). ameli.fr. Consulté 2 octobre 2019, à l'adresse
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
<https://doi.org/10.1037/h0095104>
- Association, A. P. (2004). *DSM-4-TR*. Elsevier Masson.
- Association, A. P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2016).
Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Elsevier Masson.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Batail, J.-M., Benzerouk, F., Brunault, P., Carton, L., Eyzop, E., Dereux, A., Icick, R.,
Lapervote, V., Rolland, B., & Yroni, A. (2016). *Item 69—Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte*. Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie. <http://www.cunea.fr/>
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétréault, S. (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In *Engagement, occupation et santé* (Vol. 1-1, p. 47-57).
- Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., Fetissoff, S., Godart, N., Melchior, J.-C., Ramoz, N., Rovere-Jovene, C., Tolle, V., Viltart, O., Epelbaum,

- J., & Gorwood, P. (2016). EPIDEMIOLOGIE, DIAGNOSTICS, NOUVELLES DEFINITIONS. *Frontiers in Neuroscience, 10*.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
- Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Méthodes de consensus : Revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique.
[/data/revues/03987620/00560006/08008468/](https://www.em-consulte.com/en/article/196116). <https://www.em-consulte.com/en/article/196116>
- Caire, J.-M. (2016). Les différentes possibilités de la technique Delphi. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, 2*(1), 45-51. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n1.55>
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 85-97).
- Caire, J.-M., Tétrault, S., & Sarrazy, B. (2015). Conditions propices au maintien à domicile de la personne ayant la maladie d'Alzheimer ou apparentée : Une étude de consensus grâce à la technique Delphi. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 13*(3), 343-355. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0557>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2008). CAOT Position Statement : Occupations and health. *Occupational Therapy Now, 11*(1), 24-26.
- Ditzhuyzen, K. C. V. (2013). Quel groupe pour les personnes souffrant d'anorexie ? *Cahiers de Gestalt-therapie, Numéro spécial*(2), 185-198.
- Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité—Eclairage psychosociologique de la notion d'activité dans ses liens avec le rôle social. In *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ? Actualités en ergothérapie* (Solal éd., p. 207-217). De Boeck Supérieur.
- Dutil, E. (1994). REVUES DES LIVRES : La mesure canadienne du rendement occupationnel. *The Canadian Journal of Occupational Therapy, 61*(2), 117-118.
<https://doi.org/10.1177/000841749406100209>

- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tivolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period : A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gardiner, C., & Brown, N. (2010). Is There a Role for Occupational Therapy within a Specialist Child and Adolescent Mental Health Eating Disorder Service? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 38-43.
<https://doi.org/10.4276/030802210X12629548272745>
- Godart, N. (2014, juin 13). *Anorexie mentale*. Inserm - La science pour la santé.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- Godfrey, N. (2013). *Occupational impact of anorexia nervosa : Occupational meaning, motivation and engagement*. 76, 42-42.
- Godlove Mozley M.Sc(Econ), C. (2001). Exploring Connections Between Occupation and Mental Health in Care Homes for Older People. *Journal of Occupational Science*, 8(3), 14-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2001.10597270>
- Goldner, E. (1989). Treatment refusal in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 297-306. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<297::AID-EAT2260080305>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<297::AID-EAT2260080305>3.0.CO;2-H)
- Goldner, E., Birmingham, C. L., & Smye, V. (1997). Addressing Treatment Refusal in Anorexia Nervosa : Clinical, Ethical, and Legal Considerations. In *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (Guilford Press, p. 450-461). Guilford Press.
- Greenfield, L. (2006, novembre 14). *Thin* [Documentaire].
- Haute Autorité de Santé (Éd.). (2010). *Anorexie mentale : Prise en charge*. Haute Autorité de Santé.

- Kirschenbaum, H., & Ducroux-Biass, F. (2013). L'Approche centrée sur la personne : Que signifie être « centré sur la personne » ? *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 18(2), 5-29.
- Kirsh, B., & Cockburn, L. (2009). The Canadian Occupational Performance Measure : A tool for recovery-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 171-176.
<https://doi.org/10.2975/32.3.2009.171.176>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure : An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.
<https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
<https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Léonard, T., Foulon, C., & Guelfi, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2(2), 96-127.
<https://doi.org/10.1016/j.emcps.2005.03.002>
- Lioret, P. (2006, septembre 6). *Je vais bien, ne t'en fais pas* [Drame].
- Ministère des solidarités et de la santé, & Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2012). *Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011—2015*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Ocelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : Une

- revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique, Vol. 30(1)*, 73-81.
- Noxon, M. (2017, juillet 14). *To the Bone* [Drame].
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. In *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation. 2è edition* (p. 27-36). De Boeck Supérieur.
- Prégent, J. (1988). *La peau et les os* [Docufiction].
- Rogers, J. C. (1982). The Spirit of Independence : The Evolution of a Philosophy. *American Journal of Occupational Therapy, 36(11)*, 709-715.
<https://doi.org/10.5014/ajot.36.11.709>
- Simon, Y. (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme, 21(4)*, 137-142.
<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2008.03.006>
- Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., & Beaulieu, K. (2007). The impact of binge eating disorder on occupation : A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy, 70(11)*, 493-501.
- Townsend, A. E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (CAOT Publications ACE).
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Tremblay, M.-E. (2013). *L'ANOREXIE : Les différents stades d'évolution de la maladie et le rôle des conseillers d'orientation - Deuxième partie - Psycho-Experts : Psychologie, orthophonie et orientation*. http://www.psycho-experts.com/sujets-actualite/anorexie/anorexie_partie2

- Vialettes, B., Samuelian-Massat, C., Valéro, R., & Béliard, S. (2006). The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters : “The girl, the family and the medical profession”.: Discussion in a French legislative context. *Diabetes & Metabolism*, 32(4), 306-311. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70284-7](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70284-7)
- Wilkins, D. J. (2012). *Adolescentes anorexiques : Plaidoyer pour une approche clinique humaine*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Yerxa, E. J. (1990). An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *Occupational Therapy In Health Care*, 6(4), 1-17. https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04

Annexes

Tables des Annexes

Annexe 1. Critères du DSM-IV-TR.....	I
Annexe 2. Critères du DSM-V	II
Annexe 3. Questionnaires Delphi – 1 ^{er} tour de consultation	III
Annexe 4. Questionnaires Delphi – 2 ^{ème} tour de consultation.....	V
Annexe 5. Questionnaires Delphi – 3 ^{ème} tour de consultation.....	XII

Annexe 1. Critères du DSM-IV-TR

4 critères	
A	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (i.e., perte de poids conduisant au maintien du poids à au moins 85% du poids attendu).
B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, alors que le poids est inférieur à la normale.
C	Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
D	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

2 sous-types	
Type restrictif	Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.
Type accès hyperphagiques/purgatif	Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

(Association, 2004)

Annexe 2. Critères du DSM-V

3 critères	
A	Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme <i>significativement bas</i> un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
C	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

2 sous-types	
Type restrictif	Pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs. Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
Type accès hyperphagiques/purgatif	Pendant les trois derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

Spécifier si	
En rémission partielle	Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée, mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.
En rémission complète	Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle	
Léger	IMC \geq 17 kg/m ²
Moyen	IMC 16 - 16,99 kg/m ²
Grave	IMC 15 – 15,99 kg/m ²
Extrême	IMC < 15 kg/m ²

(Association et al., 2016)

Annexe 3. Questionnaires Delphi – 1^{er} tour de consultation

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie I

Première ronde de consultation.

Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Mercredi 10 Mars 2020.

Bonjour,

Je suis Juliette Orosco, étudiante en 3^{ème} année d'Ergothérapie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'interroge sur l'engagement des jeunes adultes anorexiques dans leur processus de soins.

Pour répondre à ce questionnement, et grâce à votre participation, je cherche à obtenir un consensus d'experts, via la méthode DELPHI, autour de cette notion d'engagement.

Ce questionnaire est en deux parties :

- Les données socio-démographiques vous concernant
- La question pour laquelle je vous sollicite

Le temps de réponse est d'environ 15 minutes.

Merci pour le temps que vous accordez à ce questionnaire.

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie I

***Obligatoire**

Données socio-démographiques

Première ronde de consultation.

Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Mercredi 10 Mars 2020.

Cette rubrique va me permettre d'identifier le profil de chacun des experts.

Il respecte bien entendu l'anonymat de chacun des participants. Il ne fera l'objet d'aucun jugement de valeur.

Âge *

Votre réponse _____

Sexe *

Féminin

Masculin

Autre : _____

Profession *

Votre réponse _____

Lieu d'exercice *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes atteintes d'anorexie mentale ? *

Votre réponse _____

[Retour](#) [Suivant](#)

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 1

*Obligatoire

La question

Première ronde de consultation.
Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Mercredi 10 Mars 2020.

Quels sont selon-vous, les facteurs qui favorisent l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soins ? *

Votre réponse _____

[Retour](#) [Suivant](#)

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 1

Merci pour votre participation !

Je reviendrai vers vous dans la deuxième moitié du mois de mars pour vous soumettre la deuxième ronde de consultation.

[Retour](#) [Envoyer](#)

Annexe 4. Questionnaires Delphi – 2^{ème} tour de consultation

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 2

Deuxième ronde de consultation.
Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 6 avril 2020.

Bonjour,
Je suis Juliette Orosco, étudiante en 3^{ème} année d'Ergothérapie.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'interroge sur l'engagement des jeunes adultes anorexiques dans leur processus de soins.

Merci infiniment d'avoir participé à la première partie de mon étude.
Voici donc le deuxième questionnaire qui comporte 22 affirmations issues de vos réponses au premier questionnaire.
Pour y répondre, vous devrez indiquer votre accord ou non, grâce à une échelle de Likert.

Ce questionnaire est en deux parties :
- Les données socio-démographiques vous concernant
- Les affirmations et pour chacune l'échelle de Likert

Le temps de réponse à ce questionnaire est compris entre 5 et 10 minutes.

Merci pour le temps que vous accordez à ce questionnaire.

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

[Suivant](#)  Page 1 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 2

*Obligatoire

Données socio-démographiques

Deuxième ronde de consultation.

Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 6 avril 2020.

Cette rubrique va me permettre d'identifier le profil de chacun des experts.

Il respecte bien entendu l'anonymat de chacun des participants. Il ne fera l'objet d'aucun jugement de valeur.

Âge *

- De 20 ans à 29 ans
- De 30 ans à 39 ans
- De 40 ans à 49 ans
- De 50 ans à 59 ans
- 60 ans et plus

Sexe *

- Féminin
- Masculin
- Autre : _____

Profession *

Votre réponse

Lieu d'exercice *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes atteintes d'anorexie mentale ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 2 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 2

*Obligatoire

Les affirmations

Deuxième ronde de consultation.

Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 6 avril 2020.

Merci de lire attentivement chacune des affirmations suivantes et d'indiquer si vous n'êtes pas du tout d'accord, pas d'accord, plutôt d'accord ou tout à fait d'accord.

1. La sortie du déni de la pathologie est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

2. La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

3. La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

4. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

5. L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

6. La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

7. Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

8. Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

9. Une bonne communication avec une transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

10. La peur de mourir suite à un épisode grave en lien avec la maladie est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

11. La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

12. Un projet de vie important est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

13. Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

14. Le désir de retrouver des activités qui lui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs ...) est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

15. Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

16. Le désir de faire plaisir, à sa famille, ses amis, des soignants est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

17. L'atteinte de résultats concrets qui objectivent l'évolution positive de l'état de santé est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

18. Leur limiter l'accès à l'activité sportive est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

19. La mise à distance de son environnement habituel de vie et des relations affectives problématiques est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

20. Une prise en charge précoce est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

21. Une prise de conscience psycho-corporelle est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

22. Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 2

Merci pour votre participation !

Je reviendrai vers vous dans la deuxième moitié du mois d'avril pour vous soumettre la dernière ronde de consultation.

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 4 sur 4

Annexe 5. Questionnaires Delphi – 3^{ème} tour de consultation

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 3

Troisième ronde de consultation.
Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 27 avril 2020.

Bonjour,
Je suis Juliette Orosco, étudiante en 3^{ème} année d'Ergothérapie.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'interroge sur l'engagement des jeunes adultes anorexiques dans leur processus de soins.

Merci infiniment d'avoir participé aux deux premières parties de mon étude.
Voici donc le troisième et dernier questionnaire qui comporte 17 affirmations issues de vos réponses au deuxième questionnaire.
Les affirmations ayant obtenu un score moyen de 2 sur 3 (soit un accord à 66,67%) ont été conservées.

Pour y répondre, vous devrez indiquer si vous validez ou non chacune de ses affirmations.

Ce questionnaire est en deux parties :

- Les données socio-démographiques vous concernant.
- Les affirmations et pour chacune une validation ou invalidation.

Le temps de réponse à ce questionnaire est compris entre 5 et 10 minutes.

Merci pour le temps que vous accordez à ce questionnaire.

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

[Suivant](#)  Page 1 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 3

*Obligatoire

Données socio-démographiques

Troisième ronde de consultation.
Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 27 avril 2020.

Cette rubrique va me permettre d'identifier le profil de chacun des experts.
Il respecte bien entendu l'anonymat de chacun des participants. Il ne fera l'objet d'aucun jugement de valeur.

Âge *

- De 20 ans à 29 ans
- De 30 ans à 39 ans
- De 40 ans à 49 ans
- De 50 ans à 59 ans
- 60 ans et plus

Sexe *

- Féminin
- Masculin
- Autre : _____

Profession *

Votre réponse

Lieu d'exercice *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes atteintes d'anorexie mentale ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 2 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 3

*Obligatoire

Les affirmations

Troisième ronde de consultation.
Je vous remercie de me renvoyer le questionnaire rempli avant le Lundi 27 avril 2020.

Merci de lire attentivement chacune des affirmations suivantes et d'indiquer si vous validez ou non ces affirmations.

1. La mise en place d'un cadre thérapeutique précis et structuré est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

2. Des soignants à l'écoute et faisant preuve de compréhension et de bienveillance est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

3. La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les domaines de la vie quotidienne est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

4. Un entourage familial soutenant, aidant et compréhensif est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

5. L'établissement d'un contrat d'hospitalisation avec le patient est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

6. La perception des troubles et leur mise en lien avec la pathologie est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

7. Une bonne communication avec une transparence dans les informations transmises au patient et à sa famille est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

8. Le désir de retrouver des activités qui lui tiennent à cœur (dans le domaine des études, du travail, des loisirs...) est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

9. Un projet de vie important est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

10. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire soudée cohérente, tenant un même discours est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

11. La sortie du déni de la pathologie est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

12. Une prise de conscience psycho-corporelle est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

13. Une alliance thérapeutique de qualité avec un ou des soignants est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

14. Une prise en charge précoce est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

15. Le désir de sortir d'un isolement social et relationnel est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

16. Le développement d'un espace psychique personnel via un travail psychodynamique est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

17. La possibilité de faire des choix dans un panel d'outils thérapeutiques adaptés est un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans son projet de soin. *

- Je valide
- Je ne valide pas

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 3 sur 4

Mémoire en Ergothérapie - Méthode DELPHI - Partie 3

*Obligatoire

Merci pour votre participation !

Merci infiniment pour votre participation et votre investissement tout au long de cette étude.

Si vous le souhaitez, je peux vous faire parvenir mon mémoire après son évaluation par le jury. *

- Oui je souhaite recevoir votre mémoire
- Non je ne souhaite pas recevoir votre mémoire

Si vous souhaitez me laisser un commentaire, une remarque, un avis ... (facultatif)

Votre réponse

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 4 sur 4

L'accompagnement en ergothérapie de patients souffrant d'anorexie mentale

L'impact de l'utilisation de la MCRO sur l'engagement des patients anorexiques dans leur projet de soin.

Résumé

Introduction : Bien que médiatisée, l'anorexie mentale est une pathologie énigmatique qui continue à susciter de multiples interrogations. Face au refus de soins qui leur est fréquemment opposé, les soignants s'interrogent sur les façons de faire renouer les personnes anorexiques avec leur projet de soins. **Objectif :** Le but de cette étude est de déterminer quel peut être l'impact de l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, et comment cet outil d'évaluation pourrait permettre de favoriser leur engagement dans leur projet de soin. **Méthode :** Une méthode de recherche utilisant la technique Delphi a été réalisée auprès de divers professionnels intervenant auprès de cette population, afin d'identifier les facteurs permettant à la personne anorexique de s'engager dans le soin. **Résultats :** Les experts ont alors pu mettre en lumière certains facteurs indispensables à l'engagement de la personne dans son projet de soin. Nous pouvons notamment relever l'importance de la relation et du cadre thérapeutique, la communication transparente des soignants ou un entourage social aidant. De plus, une volonté idiosyncrasique de la personne concernant son désir de sortir d'un isolement social et de retrouver des activités significatives est nécessaire. **Conclusion :** Une comparaison entre les résultats obtenus et les éléments de la MCRO favorisant l'engagement montre que cet outil centré sur la personne et ses besoins semble adapté pour permettre à cette dernière un meilleur engagement dans son projet de soins.

Mots clés : Anorexie mentale – MCRO – Engagement – Projet de soins.

Occupational therapy support for patients suffering from anorexia nervosa

The impact of the use of COPM on the commitment of anorexic patients in their care project.

Abstract

Introduction: Although much publicized in the media, anorexia is an enigmatic pathology that continues to raise numerous questions. Faced with a frequent refusal of treatment on the part of patients, experts are investigating ways of helping them become more involved in their own care. **Goal:** The purpose of this study is to identify what impact the use of the Canadian Occupational Performance Measure can have on people with anorexia nervosa in the context of a program of occupational therapy, and how this assessment could help promote greater involvement in their own treatment. **Method:** A research method using the Delphi technique was carried out with various professionals working with this community in order to identify the factors that enable the anorexic person to engage in treatment. **Results:** Experts were able to highlight some factors that are essential to the person's commitment to the treatment. In particular, we note the importance of the relationship and the therapeutic framework, transparent communication by carers or a supportive social environment, in addition to an idiosyncratic determination on the part of the person to come out of social isolation and return to meaningful activities. **Conclusion:** A comparison between these results and the COPM's elements that promote commitment, showed that this tool, which is centred on the individual and his needs, seems well-suited to enable people to become more involved in their own treatment.

Key words: Anorexia Nervosa - COPM - Commitment - Treatment.