

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE  
LORRAINE  
CHAMPAGNE-ARDENNE



**Les bienfaits des techniques sensorielles et corporelles sur la conscience et  
l'estime de soi dans l'anorexie mentale**

*Mémoire d'initiation à la recherche*

Laurie HAFER

Juin 2019



## Remerciements :

Sous la direction de Muriel Launois, ergothérapeute au centre psychothérapique de Nancy et maître de mémoire.

Je tiens à remercier :

- Ma maître de mémoire, Muriel Launois, pour m'avoir conseillé et soutenu au cours de l'élaboration de ce mémoire et également pour avoir conforté mon intérêt pour la psychiatrie.
- Les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lorraine Champagne-Ardenne pour leur disponibilité, leur écoute et leur soutien.
- Ma formatrice référente, Madame Vanel pour avoir toujours été à l'écoute, m'avoir conseillé et orienté dans mon travail de recherche et tout au long de mes trois années d'étude.
- Les professionnels de santé ayant accepté de répondre à mes questions et de m'aider dans la résolution de ma problématique.
- Les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire ayant participé à l'élaboration de ce mémoire.
- Mes parents, pour leur soutien depuis toujours et pour m'avoir permis de m'épanouir et de trouver ma voie.
- Ma meilleure amie et colocataire, Mélissa, ainsi que Pauline et Madeline pour avoir toujours été là pour moi et m'avoir épaulé depuis le lycée.

# Table des matières

Introduction .....	1
I - Partie théorique .....	3
A. L'anorexie mentale .....	3
1. Définition et éléments contextuels .....	3
2. Facteurs étiologiques .....	4
3. Pathologie féminine .....	6
4. Caractéristiques .....	6
5. Conséquences physiques et psychiques .....	8
B. Le corps .....	9
1. Distinction entre schéma corporel et image du corps .....	10
2. Estime de soi et insatisfaction corporelle .....	11
3. Particularité dans l'anorexie mentale .....	13
C. Prise en charge de l'anorexie mentale .....	14
1. Thérapies médicamenteuses .....	15
2. Thérapies non médicamenteuses .....	16
II – Elaboration de la problématique .....	23
III – Partie exploratoire .....	24
A. Méthodologie et outil de recherche .....	24
1. Entretiens semi-directifs .....	24
2. Questionnaire .....	24
B. Analyses longitudinales .....	25
1. Entretien n°1 .....	25
2. Entretien n°2 .....	27
3. Entretien n°3 .....	29
4. Entretien n°4 .....	31
5. Questionnaire auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale .....	33
C. Analyse transversale .....	37
D. Discussion .....	43
IV – Conclusion .....	49
V – Bibliographie .....	51
VI – Annexes .....	53

## Introduction

Le sujet de mon mémoire repose sur l'anorexie mentale et les notions d'estime de soi et d'image corporelle. Ce choix fait suite à un important questionnement sur cette pathologie. Etant très intriguée et fascinée par le monde de la psychiatrie, j'ai, depuis le début de mes études d'ergothérapie, été davantage sensible aux prises en charge que l'on pouvait effectuer dans ce domaine. Ce sont des pathologies mentales complexes, parfois incohérentes et très difficile à comprendre. Les personnes en souffrant sont souvent difficiles à cerner et un léger changement dans l'environnement peut avoir un impact conséquent sur leurs troubles.

Le choix des troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement l'anorexie mentale s'est fait sur une période de ma vie, une période de mal-être corporel où le fait de contrôler mon poids, ma nourriture et mon activité physique commençait à devenir obsessionnelle. Les réseaux sociaux montrant la femme idéale, mince et svelte ainsi que des remarques de mon entourage en sont certainement la cause et m'ont permis de me rendre compte de la rapidité à laquelle il est possible d'entrer dans un engrenage tel que celui-là.

L'anorexie mentale est un trouble au paroxysme du paradoxe. Il ne faut pas la réduire au simple fait de ne pas s'alimenter correctement et suffisamment, de nombreux autres aspects sont à prendre en compte et c'est cela qui rend cette pathologie très complexe. L'alimentation joue certes une part importante dans le déclenchement de cette maladie mais de nombreux mécanismes se mettent également en place au niveau du comportement social, de l'investissement scolaire, de tout ce qui amène à la sexualité...

Grâce à la progression de la médecine, les thérapies médicamenteuses se sont développées et sont considérées comme nécessaires à la guérison de la plupart des pathologies. Ce sont les premiers outils qui vont être prescrits par la majorité des professionnels de santé. La progression de la médecine et de la recherche a amené également au fur et à mesure des années, à contrôler les substances dans les médicaments et les potentielles conséquences sur l'organisme. Aujourd'hui, les médicaments restent toujours primordiaux dans la prise en charge de tout individu mais d'autres thérapies complémentaires prennent de plus en plus leur place dans le parcours du soin des patients. Par thérapies

complémentaires, on peut retrouver tout ce qui est en rapport au bien-être et à la nature. Des moyens moins chimiques et agressifs par rapport aux substances présentes dans les médicaments. C'est pourquoi des prises en charge en naturopathie, homéopathie, musicothérapie, art-thérapie ainsi que des séances de techniques psychocorporelles peuvent être envisagées afin de se substituer aux thérapies médicamenteuses. Pratiquant moi-même de la méditation et du yoga régulièrement, ces pratiques naturelles centrées sur le bien-être de la personne attirent mon attention et me font me questionner sur leurs bénéfices pour une population souffrant de troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement pour la pathologie de l'anorexie mentale.

Au sein de notre société, que ce soit au niveau familial, scolaire ou professionnel en général, les personnes s'axent souvent davantage sur ce qui ne va pas plutôt que l'inverse. Lors de nos études d'ergothérapie, nous apprenons à contrecarrer cette tendance à prêter davantage attention au négatif plutôt qu'au positif et cela engendre donc une valorisation de la personne prise en charge et permet de construire une relation thérapeutique solide et adaptée. Le fait de revaloriser le patient semble évident au vue du monde actuel dans lequel nous vivons. Avec toutes les normes imposées par la société, la recrudescence des réseaux sociaux qui nous montrent des parcours de vie idéalistes, des corps parfaits, des personnes ayant une hygiène de vie irréprochable, tout prête à se comparer sans cesse à ce qu'on peut voir sur internet ou même encore dans les magazines. C'est pour cela qu'un sentiment d'insatisfaction corporelle peut très facilement s'installer. D'autant plus que la période de l'adolescence nécessite une importante adaptation de la part des jeunes. En effet, la puberté leur amène des changements au niveau corporel mais également au niveau psychique. C'est une période de vulnérabilité extrême où le moindre changement dans l'environnement familial, social ou au niveau matériel peut avoir des conséquences importantes pour le passage à l'âge adulte. Les jeunes sont de nos jours, de plus en plus tôt amenés à naviguer sur les réseaux sociaux et sur internet. Cela leur donne souvent des objectifs idéalistes à atteindre et c'est à ce moment-là, que combinés avec d'autres facteurs... des troubles peuvent apparaître.

Après ces nombreux questionnements sur la pathologie de l'anorexie mentale et mon intérêt pour ce qui est des techniques non médicamenteuses, une question se pose alors :

Les thérapies non médicamenteuses ont-elles un rôle à jouer dans la pathologie de l'anorexie mentale ?
--

# I - Partie théorique

## A. L'anorexie mentale

### 1. Définition et éléments contextuels

Les troubles du comportement alimentaire sont des pathologies complexes comprenant la boulimie, l'anorexie mentale, l'hyperphagie, l'orthorexie... et sont pris en charge dans des hôpitaux psychiatriques, en structures spécialisées ou en ambulatoire.

Philippe Jeammet<sup>1</sup> décrit l'anorexie mentale comme une peur intense de prendre du poids. Les principales caractéristiques sont la restriction alimentaire et le refus de l'acceptation de son corps.

C. Ostiguy, D. Meilleur, D. Taddeo et J-Y. Frappier<sup>2</sup> distinguent dans leur article deux types d'anorexie mentale :

- L'anorexie mentale restrictive : le refus de s'alimenter ou en très petite quantité et avec des aliments très peu caloriques. Les personnes atteintes d'anorexie mentale utilisent l'hyperactivité physique comme moyen afin de contrôler la perte de calories et donc leurs poids. Cette forme d'anorexie n'implique pas de vomissements de la part des personnes en souffrant. C'est la forme d'anorexie mentale la plus courante selon le site de la Haute Autorité de Santé.
- L'anorexie mentale purgative : elle se caractérise par des crises de boulimie compensées par des comportements de purges avec des vomissements ou ingestion de laxatifs et/ou diurétiques.

Des éléments contextuels sont définis par la Haute Autorité de Santé et par l'Inserm. En effet, concernant la moyenne d'âge d'apparition de l'anorexie mentale : elle se situe à l'adolescence entre 14 et 17 ans avec un pic de prévalence à 16 ans. Cette période peut s'expliquer avec la puberté où de nombreux changements corporels s'installent.

---

<sup>1</sup> JEAMMET Philippe, « *Anorexie et boulimie, les paradoxes de l'adolescence* », 2013, 242 pages.

<sup>2</sup> OSTIGUY, C., D. MEILLEUR, D. TADDEO, et FRAPPIER J-Y, 2017. « Intensité Du Trouble Alimentaire et Motivation Au Changement Chez Des Adolescentes Atteintes d'anorexie Mentale ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 65, n° 3 (consulté le 27 janvier 2019).

Le diagnostic de l'anorexie mentale est posé selon les critères du DSM IV TR qui est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux datant de 2005. Concernant la prévalence de cette pathologie : elle est de 0,9% à 1,5% chez les femmes et de 0,2% à 0,3% chez les hommes selon la Haute Autorité de Santé.

La « triade des 3A » est un élément caractéristique permettant le diagnostic de l'anorexie mentale. Elle est décrite par la Haute Autorité de Santé et également dans de nombreux ouvrages comme celui de Philippe Jeammet<sup>3</sup> cité précédemment.

La « triade des 3A » correspond donc à :

- L'anorexie : restriction sévère de l'alimentation
- L'aménorrhée : absence de menstruation depuis au moins trois mois
- L'amaigrissement : perte de poids supérieur à 15% du poids du corps avec un IMC inférieur à 18,5.

## 2. Facteurs étiologiques

Philippe Jeammet<sup>4</sup> met l'accent sur l'origine plurifactorielle des troubles alimentaires. En effet, l'anorexie mentale pourrait se déclencher suite à des facteurs de vulnérabilité intrinsèques, des facteurs génétiques, socio-culturels, environnementaux, familiaux...

L'Inserm témoigne d'une part assez importante concernant le facteur génétique dans le développement de l'anorexie mentale. Suite à des études de cohorte faites sur plusieurs personnes, il est prouvé qu'aucun gène n'est prédisposant au déclenchement de l'anorexie mentale mais ces études « [...] ont permis d'identifier des gènes associés à des comportements ou des troubles psychiatriques souvent associés au déclenchement de l'anorexie mentale (compulsion, dépression) ». D'autres études témoignent du risque plus élevé de déclencher un trouble du comportement alimentaire lorsque des parents du premier degré en ont déjà vécu un.

Les facteurs socio-culturels prennent une part de plus en plus importante à jouer dans le déclenchement de troubles du comportement alimentaire. Anne-Laure Moscone<sup>5</sup> en

---

<sup>3</sup> JEAMMET Philippe, op cit p.3.

<sup>4</sup> Ibid.

témoigne dans son écrit. En effet, avec l'ampleur actuelle des réseaux sociaux, les magazines, la mode et la plupart des publicités, l'image sociétal de la femme y est décrite comme svelte, mince et élancée, avec peu de formes au niveau des seins, hanches et cuisses. Cela est donc un facteur influençant les jeunes femmes à se sous-alimenter afin d'atteindre le corps de la femme idéale.

Concernant les facteurs familiaux, de nombreux articles comme celui de Albinhac, Jean et Bouvard<sup>6</sup> mettent l'accent sur l'influence de la famille dans le déclenchement de troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. Ces troubles sont souvent en lien avec la dimension relationnelle au sein de cette dernière et plus particulièrement avec les parents. Les troubles du comportement alimentaire seraient le plus souvent déclenchés dans un contexte de relation extrême c'est-à-dire soit trop fusionnel soit trop froide. Une étude a été effectuée dans l'article cité précédemment et nous montre que lorsqu'un des parents est soit trop protecteur soit trop ignorant envers son enfant, le risque de développer un trouble du comportement alimentaire et plus particulièrement une anorexie mentale est plus important. Selon ce même article, 60% des personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire présenteraient des problèmes familiaux d'ordre psychologique.

Selon Maurice Corcos<sup>7</sup>, l'environnement familial a un impact important sur le déclenchement des troubles du comportement alimentaire mais l'environnement matériel ou social ne sont pas à négliger. En effet, comme les personnes atteintes d'anorexie mentale sont dans le contrôle, elles sont souvent perfectionnistes. Se rajoute à cela la pression de l'entourage pour la réussite scolaire, la pression des professeurs et la peur du regard des autres et les moyens disponibles ou non à l'adolescente vulnérable peuvent faire partie du déclenchement d'un trouble du comportement alimentaire.

---

<sup>5</sup>MOSCONE, Anne-Laure, 2013. « *Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées* ». Thèse de doctorat, « Sciences du sport, de la Motricité et du Mouvement Humain », Université Paris-Sud, 194 pages.

<sup>6</sup>ALBINHAC, A.M.H., F.A.M. Jean, et M.P. BOUVARD, 2018. « Étude du lien parental dans l'enfance chez les enfants et adolescents avec anorexie mentale ». *L'Encéphale* (consulté le 28 janvier 2019)

<sup>7</sup> CORCOS Maurice, « *Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires* », 2<sup>ème</sup> édition, 2000, 329 pages.

### 3. Pathologie féminine

Selon l'Inserm, l'anorexie mentale est une pathologie touchant exclusivement le sexe féminin. En effet, une des causes du déclenchement de cette pathologie est la non acceptation du changement du corps au moment de la puberté. L'apparition de formes au niveau des hanches, des cuisses, de la poitrine et du ventre sont signe d'évolution au statut de femme et de possibilité de procréation. Françoise Dolto<sup>8</sup> décrit l'importance de la puberté pour les jeunes filles. C'est une période de changement sur le plan physique évidemment mais également psychique. Le corps de la jeune fille se transforme en corps de femme. Ce dernier obtient donc une certaine identité sexuelle. Cela perturbe le narcissisme de l'adolescente qui se retrouve face à un corps qui ne lui ressemble plus.

L'anorexie mentale est donc un trouble du comportement alimentaire exclusivement féminin. Cependant, des comportements alimentaires restrictifs peuvent être observés dans la population masculine, le plus souvent chez les sportifs. En effet, la pression des compétitions et des proches, un régime strict, des objectifs de performance ainsi que le regard des autres sont des facteurs pouvant influencer cette restriction alimentaire. Les hommes peuvent donc en ce sens, être anorexiques. En dehors de ce contexte sportif, l'anorexie chez les hommes correspondrait davantage à une forme de psychose, un trouble de la réalité associée à une dissociation du corps plutôt qu'à une anorexie mentale.

C'est un sujet faisant polémique parmi les auteurs. En effet, nombreux sont ceux qui considèrent cette pathologie comme mixte. Cependant le taux de prévalence décrit par la Haute Autorité de Santé, ainsi que les caractéristiques majeures sous-tendant au diagnostic de l'anorexie mentale justifie l'exclusivité féminine de cette pathologie.

### 4. Caractéristiques

L'ouvrage de Philippe Jeammet<sup>9</sup> ainsi que celui de Maurice Corcos<sup>10</sup> nous permettent d'identifier les caractéristiques typiques d'une personne souffrant d'anorexie mentale.

---

<sup>8</sup> DOLTO Françoise, « *La libido féminine* », 1987

<sup>9</sup> JEAMMET Philippe, op. cit. p.3.

<sup>10</sup> CORCOS Maurice, op. cit. p.5

Les comportements stéréotypiques caractérisant les personnes souffrant d'anorexie mentale sont le refus de l'alimentation avec paradoxalement une obsession de la nourriture, la peur de grossir et le repli social.

L'anorexie mentale est une pathologie paradoxale à tous les niveaux. Le refus de se nourrir avec obsession de cette dernière est le premier paradoxe. L'anorexique recherche un sentiment de contrôle en refusant de s'alimenter mais porte une certaine **fascination envers l'objet** qu'elle rejette et dont elle en connaît pertinemment le besoin pour survivre. Les jeunes filles anorexiques sont dans la majorité des cas des personnes très intelligentes faisant preuve d'un hyper-investissement au niveau scolaire. Cela reflète le sentiment de contrôle qu'elles veulent acquérir sur beaucoup d'aspects de leurs vies. L'hyperactivité physique est également un comportement typique d'une personne atteinte d'anorexie mentale. En effet, l'activité physique est un moyen de contrôler son poids, et donc d'atteindre son corps idéal. L'association de la restriction alimentaire avec l'hyperactivité physique rend la perte de poids plus efficace et beaucoup plus rapide et est donc souvent utilisée par les jeunes filles. Connaissant les moindres calories présentes dans les aliments et également les calories dépensées lors d'exercices particuliers et selon les durées des exercices, elles maintiennent au maximum le contrôle sur leurs totaux caloriques de la journée. Elles peuvent être autour de 300-500 calories par jour et avoir des journées complètes de jeûne. Sur certains sites internet, des programmes définis au préalable sont disponibles selon l'objectif de perte de poids des jeunes filles.

Le second paradoxe de cette pathologie concerne tout ce qui est en lien avec les interactions sociales. En apparence, une jeune fille anorexique va se cacher dans des vêtements amples et sombres. Elle va plutôt être réservée et renfermée sur elle-même que ce soit au sein de sa famille ou avec ses amis. Elle souhaite d'un côté être transparente et se faire oublier de son entourage et d'un autre côté se sentir protégée et soutenue par ses proches. On peut penser que leurs comportements ont pour but d'attirer l'attention même si elles prétendent selon leurs actes vouloir être seules et sans attaches. Elles ont souvent un profond besoin de soutien enfouie en dessous de leurs vêtements amples et de leurs silhouettes squelettiques.

**L'origine multifactorielle** de l'anorexie mentale complique la notion de priorité de prise en charge. Les conflits familiaux sont très majoritaires dans les cas d'anorexie mentale, plus particulièrement le relationnel avec la mère de famille. Une relation fusionnelle ayant changé au moment de la puberté, une pression constante de perfection tout au long de l'enfance de la jeune fille ou encore une mère autoritaire et absente... Plusieurs possibilités se présentent. Le relationnel avec le père y est aussi important, qu'il soit absent ou justement trop proche, cela peut modifier la perception de l'homme par la jeune fille.

Dans certains cas, comme décrit par Albinhac, Jean et Bouvard<sup>11</sup>, avec l'évolution physique de la jeune fille, la relation père-fille change, devient plus distante avec une sorte de gêne concernant tout ce qui peut être interprété comme incestueux. Il se peut également que la jeune fille ressente une différence entre la relation que ses parents entretiennent avec ses frères et sœurs et la sienne. Un sentiment d'inégalité se fait alors sentir ce qui la met davantage en repli socialement.

Cette pathologie correspond à un réel engrenage pour les personnes qui en souffrent. D'autant plus que la plupart du temps, leur entourage ne se rend pas vraiment compte de la gravité des troubles jusqu'à un certain stade, parfois extrême.

## 5. Conséquences physiques et psychiques

Le mémoire intitulé « L'impact du fonctionnement familial sur le traitement d'adolescentes présentant une anorexie mentale » de François Olivier-Millette Gauthier<sup>12</sup> expose les différentes conséquences sur le plan psychologique provoquées par l'anorexie mentale.

D'un point de vue psychologique, les jeunes filles anorexiques souffrent d'un profond mal-être et ont une perception tellement négative d'elles-mêmes qu'elles s'en retrouvent déprimées et épuisées. En effet, le sentiment d'infériorité est omniprésent dans cette pathologie. La dévalorisation est constante et va de pair avec leur insatisfaction corporelle.

---

<sup>11</sup> ALBINHAC, A.M.H., F.A.M. Jean, et M.P. BOUVARD, op. cit p.5

<sup>12</sup> GAUTHIER François Olivier-Millette, 2017. « *L'impact du fonctionnement familial sur le traitement d'adolescentes présentant une anorexie mentale* ». Mémoire, maîtrise en service social, Québec, Canada, p.11.

L'estime qu'elles ont d'elles-mêmes est très basse et est la conséquence d'une défaillance narcissique importante.

Jean-Louis Nandrino<sup>13</sup> énonce dans son livre les conséquences sur le plan physique des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale. Elles correspondent à une silhouette squelettique, une maigreur extrême et une volonté de la part des jeunes femmes de se cacher sous des vêtements amples et sombres. Nous avons vu dans le paragraphe précédent la difficulté qu'ont ces jeunes femmes à faire face au regard des autres. La réaction première à ces confrontations de l'environnement est la fuite et donc un repli social important. Plus les couches de vêtements sont nombreuses, plus elles auront l'impression d'être transparentes et plus elles se sentiront en sécurité. Les autres conséquences physiques associés à la pathologie de l'anorexie mentale sont des ongles cassants, une chute de cheveux et également des dents, ainsi qu'une fragilité des os qui peut engendrer des fractures très facilement. Le risque vital est également important dans cette pathologie.

## B. Le corps

Dans cette partie, nous allons aborder la thématique du corps dans ses différents aspects. C'est un sujet qui est primordial à développer au sein de ce mémoire d'initiation à la recherche. En effet, comme l'explique Maurice Corcos<sup>14</sup>, dans la pathologie de l'anorexie mentale le corps est meurtri, souvent profondément désinvesti. Les personnes le rejettent afin de ne plus ressentir aucune sensation de ce dernier car il y a comme un dégoût et un refus de s'accepter tel que l'on est.

Par le corps, on entend bien évidemment le corps fait de chair, corps physique avec ses formes et ses mouvements... mais il y a également l'image que l'on se fait de celui-ci. L'image consciente du corps serait en lien avec le sens de la vision, se regarder dans son miroir et reconnaître son reflet via certaines caractéristiques. Il faut par contre également prêter attention à l'image inconsciente du corps, celle qui s'élabore dans notre psychisme et qui nous caractérise par la suite dans notre manière d'être aux autres. C'est cette dernière qui va poser le plus de problème pendant la prise en soin de patientes atteintes d'anorexie mentale.

---

<sup>13</sup> NANDRINO Jean-Louis, « *L'anorexie mentale, des théories aux prises en charge* », Dunod, 2015, 336 pages.

<sup>14</sup> CORCOS Maurice, op. cit. p.5.

## 1. Distinction entre schéma corporel et image du corps

L'image du corps est une notion qui peut souvent être confondue avec celle de schéma corporel. Il me semble donc important de préciser leurs significations et surtout la différence entre ces deux termes.

Bernard Meurin<sup>15</sup> énonce la particularité de ces termes dans un de ses articles. Il décrit le **schéma corporel** comme quelque chose de totalement physiologique, sous-jacents à la prise de conscience de notre posture et de nos différents mouvements. Le schéma corporel nous permet donc de situer notre corps dans l'espace et de savoir, d'un point de vue physiologique où se situent nos différentes parties du corps et de reconnaître les mouvements qu'elles peuvent effectuer.

Le schéma corporel serait perçu grâce aux sensations : il en existe de deux types selon Bullinger<sup>16</sup> :

- sensation à composante irritative, ou encore ce qui relève de la sensation thermoalgique : par exemple la chaleur ressentie sur le corps, le son, les lumières...
- la localisation de la sensation par rapport à notre corps

Le schéma corporel n'est pas seulement lié au corps anatomique : il serait également en lien avec l'environnement. C'est la condition juste entre le rapport de l'individu et de l'environnement de ce dernier.

**L'image du corps**, quant à elle, est davantage reliée au domaine de la psychologie et de la psychanalyse contrairement au schéma corporel qui fait plutôt partie du champ de la neurologie. Principalement décrite par Paul Schilder : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes... »<sup>17</sup>. Paul Schilder y intègre des idées de la

---

<sup>15</sup> MEURIN Bernard, 2018. « *De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger* », p.3 (consulté le 10 mars 2019)

<sup>16</sup> Ibid, p.6.

<sup>17</sup> DE LUCA, M., LOUËT E., et ANDRE J., 2019. « Signe du miroir et adolescence : entre normal et pathologique ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 67, n° 2, p.3 (consulté le 12 avril 2019).

psychanalyse freudienne afin de décrire la notion d'image du corps. En effet, il intègre ce que Freud appelle « les structures libidinales du corps ». Ces structures se développent tout au long du développement, de la période où nous ne sommes que des bébés jusqu'à l'âge adulte. Elles correspondent à un investissement progressif des différentes zones corporelles en lien avec la libido (zones orales, anales, urétrales, génitales...). L'investissement de ses zones permettrait de développer, selon Freud et Silder, une image du corps inconsciente positive et permettrait donc l'épanouissement de la personne via son narcissisme assumé.

Françoise Dolto différencie le terme de schéma corporel avec celui d'image du corps en caractérisant le premier comme réalité de fait : le corps et vivre charnel au milieu de son environnement et le second comme influencé par toutes nos expériences émotionnelles, sensorielles et comme réel support du narcissisme<sup>18</sup>.

Un individu sain, sans pathologie psychiatrique diagnostiquée ou troubles d'ordre psychologique, a donc, au fur et à mesure de son développement une image du corps inconsciente positive et possède un narcissisme qui lui permet de reconnaître et d'assumer les différentes parties et fonctions de son corps.

## 2. Estime de soi et insatisfaction corporelle

D.Rochaix, S.Gaetan et A.Bonnet<sup>19</sup> précisent dans leurs articles la spécificité de chaque notion.

**L'estime de soi** correspond à un indicateur témoignant de la santé mentale de tout individu<sup>20</sup>. C'est un processus psychologique qui peut être variable selon différents facteurs. Selon Coopersmith, « l'estime de soi se définit comme une attitude d'approbation ou de désapprobation qu'un individu a de lui-même et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important et méritant »<sup>21</sup>. Cette variable peut être influencée par différents types de facteurs qu'ils soient propres à nous-mêmes ou venant de l'environnement matériel

---

<sup>18</sup> MEURIN Bernard, op cit, p.13

<sup>19</sup> ROCHAIX, Delphine, GAETAN Sophie, et BONNET Agnès, 2017. « Troubles alimentaires, désirabilité sociale, insatisfaction corporelle et estime de soi physique chez des étudiantes de première année ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175, n° 4, p.3

<sup>20</sup> KARCHER, Brigitte, et CHERIKH Faredj, 2015. « Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173, n° 8, p.2.

<sup>21</sup> MEURIN Bernard, op. cit, p.10

et humain. L'estime de soi peut être modulée de façon positive ou négative. Par exemple, une mauvaise humeur, un échec scolaire ou sportif, un sentiment d'infériorité intellectuel ou physique peut amener à se sentir dévalorisé, cela aura donc un impact négatif sur l'estime de soi. Au contraire, une réussite, le soutien de l'entourage ou une satisfaction personnelle va influencer l'estime de soi de manière positive.

**L'insatisfaction corporelle** correspond, quant à elle, à une inadéquation entre son corps réel et son corps idéal. Chaque individu possède en représentation un idéal corporel, un but à atteindre, qui peut englober le poids, la silhouette, la densité musculaire et bien d'autres paramètres qui font l'entité d'un corps. Selon le même article, l'insatisfaction corporelle ne serait pas influencée par les médias ou les réseaux sociaux directement. Mais plutôt à la suite de processus internes effectués par la personne elle-même : des auto-jugements négatifs, une exigence abondante envers soi-même et les potentielles remarques de l'entourage. Les médias et réseaux sociaux joueraient un rôle secondaire dans le déclenchement d'une insatisfaction corporelle.

Pour ces jeunes filles toutefois, la difficulté quant à l'acceptation de leurs corps semble aller au-delà d'une simple mauvaise estime d'elles-mêmes. Elles souffrent en effet, le plus souvent de **dysmorphophobie**. La dysmorphophobie est décrite, dans le DSM 5, comme un trouble psychique caractérisé par une préoccupation excessive, pouvant aller jusqu'à l'obsession, autour d'un défaut concernant l'apparence. Dans certains cas, ce trouble peut s'inscrire dans une pathologie psychiatrique délirante, ce qui n'est pas le cas des jeunes filles anorexiques, même si parfois leur obsession reste incompréhensible aux autres personnes tant elles sont insensibles à l'épreuve de la réalité. Ainsi, par exemple, lorsqu'elles regardent dans un miroir, elles se voient quand même grosses. Nous avons eu, en cours, l'exemple d'une jeune fille si maigre qu'elle flottait dans son bain et malgré cela, elle se trouvait toujours trop grosse...C'est donc la dimension de la dysmorphophobie qui serait pertinente de prendre en compte dans un premier temps, pour permettre ensuite une meilleure satisfaction corporelle et estime de soi.

### 3. Particularité dans l'anorexie mentale

L'anorexie mentale, est, rappelons-le, un trouble du comportement alimentaire ayant de lourdes conséquences sur l'image du corps de la personne qui en souffre. Maurice Corcos<sup>22</sup>, psychiatre et professeur de psychiatrie juvéno-infantile à l'université Paris-Descartes a scrupuleusement exploré le concept d'image du corps chez des personnes atteintes de troubles psychiatriques et également de troubles du comportement alimentaire.

L'anorexie mentale est selon lui, caractérisée par une forte restriction de nourriture et une dysmorphophobie conséquente et amène les jeunes femmes atteintes de cette pathologie à se désinvestir totalement de leurs corps et à ne plus en ressentir les principales sensations comme la faim, la soif, la satiété ou encore la douleur. En effet, le désinvestissement du corps fait suite au refus du corps de femme, au refus des formes et de l'identité sexuelle féminine.

Selon Anne-Laure Moscone<sup>23</sup>, l'image du corps aurait une composante perceptuelle et attitudinale. La composante perceptuelle correspond simplement à la manière dont nous percevons notre corps, de manière physique. La composante attitudinale, quant à elle, concerne les ressentis et les sentiments que nous éprouvons par rapport à ce même corps.

L'image du corps, comme décrit précédemment, est la perception que l'on se fait de ce dernier. Cette perception met en jeu les processus psychiques et le narcissisme de la personne. Dans l'anorexie mentale plus spécifiquement, l'image du corps est altérée. Associée à une faible estime de soi, une insatisfaction corporelle importante, une dysmorphophobie, cela témoigne de la santé mentale de la personne. Cela va engendrer des troubles psychologiques comme la dépression, les crises d'angoisse, un stress abondant et des potentielles crises de boulimie.

---

<sup>22</sup> CORCOS Maurice, op. cit. p.5.

<sup>23</sup> MOSCONE Anne-Laure op. cit, p.p.28.

### C. Prise en charge de l'anorexie mentale

Sur le plan organisationnel de la prise en charge de l'anorexie mentale, Philippe Jeammet<sup>24</sup> énonce que ce sont souvent les parents qui sont les premières personnes à se rendre compte de la dégradation de l'état de santé de leur enfant. C'est donc principalement eux qui décident d'emmener leurs enfants chez un médecin, un psychologue ou un psychiatre afin d'obtenir des réponses concernant le potentiel diagnostic de troubles du comportement alimentaire.

Si le diagnostic d'anorexie mentale est posé, plusieurs options de prise en charge sont possibles : tout d'abord une prise en charge en ambulatoire et multidisciplinaire. Selon Isabelle Thibault, Robert Pauzé<sup>25</sup> etc... cela s'avèrerait être la solution la plus efficace pour prendre en charge l'anorexie mentale. Voyons d'abord les autres moyens mis à disposition pour la prise en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale et ensuite nous expliciterons en quoi ces auteurs soutiennent l'idée que la prise en charge en ambulatoire serait la plus efficace.

L'hospitalisation de jour ainsi que l'hospitalisation à temps plein sont également envisageables pour la prise en charge de l'anorexie mentale. Comme le décrit Philippe Jeammet, ces types d'hospitalisations sont encadrés par un médecin psychiatre. Il est le coordinateur du parcours de soin du patient et va évaluer la nécessité de prises en charge plus spécifiques. L'hospitalisation à temps plein se fait généralement sous la contrainte d'un contrat de poids pour le patient. Les contrats de poids sont des règlements supprimant des restrictions, comme par exemple le droit de téléphoner, de voir des proches ou de sortir temporairement, au fur et à mesure selon la prise de poids.

Le choix de la prise en charge est décidé sur des critères médicaux, psychiatriques et environnementaux et repose sur des caractéristiques somatiques, environnementales et psychiatriques.

---

<sup>24</sup> JEAMMET Philippe, op. cit, p.5.

<sup>25</sup> THIBAUT, Isabelle, PAUZE Robert, LAVOIE Éric, MERCIER Marie, PESANT Caroline, MONTHUY-BLANC Johana, et GAGNON-GIROUARD Marie-Pierre, 2017. « Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale ». *Santé mentale au Québec* 42, n° 1, 379 pages.

Selon la Haute Autorité de Santé, le pronostic de ce trouble du comportement alimentaire est le décès dans 10% des cas. Des risques de complications au niveau somatique et psychique sont importants. En effet, cette pathologie peut provoquer des troubles cardiaques, des troubles osseux avec risque d'ostéoporose, une infertilité et des troubles psychiques comme la dépression ou encore des envies suicidaires. La jeune femme atteinte d'anorexie mentale peut rechuter et donc devenir anorexique chronique, le risque de décès est obligatoirement plus important dans ce cas.

Le plan National Santé 2018-2022 s'axe sur différentes pathologies. Une partie cible les troubles du comportement alimentaire et a pour principaux enjeux de permettre un dépistage plus précoce ainsi que des centres plus adaptés et des professionnels davantage formés aux spécificités de ces pathologies. Une sensibilisation au niveau de l'éducation se trouve être dans les préconisations afin d'en parler dès le début de l'adolescence.

### 1. Thérapies médicamenteuses

Selon Isabelle Thibault, Robert Pauzé<sup>26</sup>, la médication potentiellement proposée aux jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale n'aurait pas d'effet sur le trouble du comportement alimentaire en lui-même mais plutôt sur les comorbidités psychiatriques associées. En effet, les jeunes femmes atteintes de cette pathologie ont, comme énoncé précédemment, des troubles d'ordre psychologiques. La dépression ou les troubles obsessionnels compulsifs peuvent être des conséquences à la pathologie de l'anorexie mentale. C'est en cela qu'une prescription d'anti-dépresseurs ou d'anxiolytiques peut s'avérer utile pour le bien-être mental de la personne. Il est cependant important d'observer si ces troubles psychologiques sont secondaires ou non aux comportements alimentaires déviants.

Selon M.Rousselet, B.Rocher<sup>27</sup>..., l'utilisation de médicaments antipsychotiques pourrait avoir un effet positif dans l'anorexie mentale. En effet, il est prouvé selon plusieurs études que les antipsychotiques seraient en mesure de réduire les pensées obsédantes typiques d'une

---

<sup>26</sup> Ibid, p.7.

<sup>27</sup> ROUSSELET, M., ROCHER B., LAMBERT S., CHAILLOUS L., VENISSE J.-L., 2012. « La prise en charge des troubles du comportement alimentaire ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 6, n° 2, 137-42.

personne atteinte d'anorexie mentale c'est-à-dire les pensées sur la nourriture, le corps et le contrôle du poids.

## 2. Thérapies non médicamenteuses

Les thérapies médicamenteuses ont surtout, dans la particularité de l'anorexie mentale, un effet sur les caractéristiques secondaires de cette dernière. De façon complémentaire, des thérapies non médicamenteuses se sont avérées utiles dans cette pathologie. Nous allons les décrire en énonçant d'abord la thérapie la plus utilisée dans la pathologie de l'anorexie mentale qui correspond à la psychothérapie. Ensuite nous détaillerons plusieurs pratiques de techniques corporelles et sensorielles pour permettre une prise en soin adaptée aux besoins de ces jeunes femmes.

### *2.1 Thérapie reine : la psychothérapie*

La psychothérapie est considérée comme primordiale à la prise en charge de patientes atteintes d'anorexie mentale. Il est important de distinguer les différentes formes de psychothérapies existantes : la psychothérapie individuelle, familiale et groupale.

Selon M.Rousselet, B.Rocher<sup>28</sup>, la psychothérapie fait partie des thérapies narratives. En effet, les séances de psychothérapie sont des moments où l'expression verbale des difficultés et des ressentis est possible. Dans le cas de l'anorexie mentale, la patiente sera en mesure de se confier sur ses habitudes alimentaires et les symptômes sous-tendant à sa pathologie. La psychothérapie permettrait à la patiente d'accepter son histoire de vie et ses événements parfois traumatiques ainsi que de comprendre ses émotions. La mise en place d'une relation thérapeutique de confiance entre patiente et thérapeute est primordiale au sein de cette thérapie. Cette dernière doit se sentir écoutée sans être jugée et en sécurité pour se confier et être actrice de sa prise en soin.

Selon P.Antoine<sup>29</sup>, la psychothérapie individuelle peut être proposée sur une approche cognitivo-comportementale. Le fonctionnement du corps, ainsi que les symptômes de la

---

<sup>28</sup> Ibid, p.5.

<sup>29</sup> NANDRINO Jean-Louis, chapitre 7, op.cit, p.9

maladie sont abordés dans les séances et le thérapeute a un rôle d'apprentissage auprès de la patiente. Concernant l'anorexie mentale, l'apprentissage d'une alimentation intuitive et la gestion des crises d'angoisse, de la dépression... par certaines techniques correspondent aux objectifs. L'approche cognitivo-comportementale possède tout de même des inconvénients pour la prise en charge de cette pathologie. Les thérapies cognitivo-comportementales consistent en un apprentissage et un conditionnement dans le but d'acquérir un comportement adapté. Cette approche de conditionnement serait utile à court terme pour l'anorexie mentale. Mais selon certaines études, les comportements alimentaires atypiques referaient surface lorsque le thérapeute ne prend pas en compte les processus internes et psychiques de la patiente.

Les psychothérapies familiales, selon M.Rousselet, B.Rocher<sup>30</sup>... sont les plus utilisées dans le cas de l'anorexie mentale. Ce type de psychothérapie reprend les éléments d'une psychothérapie individuelle donc s'intéresse aux symptômes et au comportement alimentaire de la patiente mais également au système familial et relationnel. Comme énoncé précédemment dans la partie sur l'anorexie mentale, les facteurs familiaux sont très importants dans l'étiologie de la plupart des troubles du comportement alimentaire. La psychothérapie familiale englobe donc les interactions sociales au sein de la famille, les représentations de chacun sur la maladie de la patiente et permet de mettre à plat les difficultés et parfois même la déstructuration du fonctionnement familial.

Les psychothérapies de groupe consistent principalement à permettre l'expression des symptômes et répercussions sur la vie quotidienne de ces derniers. Les séances de groupe de paroles peuvent être efficaces dans le cas de l'anorexie mentale lorsque les patientes sont disposées à avoir des interactions sociales et à pouvoir s'exprimer avec d'autres personnes que leurs thérapeutes. Les groupes de paroles sont souvent secondaires aux psychothérapies individuelles ou familiales et témoignent du début de la réhabilitation sociale.

---

<sup>30</sup> ROUSSELET, M., ROCHER B., LAMBERT S., CHAILLOUS L., VENISSE J.-L. Op cit.

## 2.2 Thérapies corporelles

Les thérapies psychocorporelles peuvent être proposées par différents professionnels de santé comme des psychomotriciens, hypnothérapeutes ou ergothérapeutes. Il est cependant nécessaire que ces derniers soient formés à ces thérapies complémentaires.

### 2.2.1 Le yoga

Le yoga fait partie des techniques psychocorporelles pouvant être utilisé dans certaines prises en charge selon les patients. Selon Robin Boudette<sup>31</sup>, le yoga est une pratique permettant de faire le lien entre le corps et l'esprit. Cela apporte donc un sentiment de bien-être et permet à toutes personnes pratiquant le yoga de se relâcher et de se relaxer. L'auteur, étant spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, a fait l'expérience de pratiquer le yoga avec des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire afin d'en connaître les bénéfices. Les personnes qui souffrent d'anorexie mentale sont constamment dans le contrôle de leurs poids et cela se traduit par une restriction alimentaire mais aussi souvent par une hyperactivité physique importante. Le yoga peut être non bénéfique dans ces cas-là, elles vont avoir le contrôle sur les postures et vouloir effectuer une performance physique parfaite. L'aspect relaxant du yoga ne sera donc pas assuré pour ce type de personnes. Cependant, il est possible de programmer la séance en deux parties : une partie de mouvements avec des postures et une partie plus statique centrée sur la relaxation et la respiration. La seconde partie semble être la plus intéressante pour permettre d'éprouver le relâchement.

La pratique du yoga, utilisée à bon escient afin de se rendre compte des sensations intérieures plutôt que de la performance permet un relâchement, une acceptation de soi et une reconnexion avec le corps.

---

<sup>31</sup> BOUDETTE, Robin, 2006. « Question & Answer: Yoga in the Treatment of Disordered Eating and Body Image Disturbance: How Can the Practice of Yoga Be Helpful in Recovery from an Eating Disorder? » *Eating Disorders* 14, n° 2 (consulté le 10 janvier 2019).

### 2.2.2 La sophrologie/ relaxation

Les pratiques telles que la relaxation ou la sophrologie permettent, selon S.Kabir, Y.Haramaki<sup>32</sup>... d'atteindre un état de relâchement du corps et de bien-être mental. Elles seraient en mesure de réduire les humeurs négatives, promouvoir la santé mentale et permettre une meilleure gestion du stress. En effet, ce sont des pratiques orientées sur le corps utilisant le plus souvent en premier lieu une phase de mouvement suivie d'une phase de visualisation de quelque chose de positif et d'agréable. Ce genre de techniques permet donc d'accéder aux sensations et ressentis corporels et permet également d'établir une introspection de soi. L'utilité de ces techniques dans les pathologies de l'anorexie mentale est évidemment justifiée par le fait que ces patientes ont une dysmorphophobie importante et un rejet de toutes sensations corporelles.

### 2.2.3 La méditation pleine conscience

La méditation pleine conscience est une pratique innovante et en plein essor qui reprend les principes de la méditation bouddhiste en retirant le côté spirituel pour l'adapter au monde occidental d'aujourd'hui. Selon Y.Lienard<sup>33</sup>, la méditation pleine conscience est une pratique qui consiste à s'observer soi-même et l'environnement qui nous entoure. Elle consiste à prêter attention au moment présent et aux ressentis corporels et sensoriels de notre corps par rapport à notre environnement matériel et humain. Cette pratique peut être effectuée lors d'actes de la vie quotidienne très simple : par exemple manger en pleine conscience, se brosser les dents en pleine conscience... Cela consiste à ne plus agir de manière automatique mais à réellement observer, de façon délibérée, nos moindres faits et gestes, la manière dont nous les faisons et les ressentis que ceux-ci nous procurent.

La méditation pleine conscience a sa place dans la prise en soin de personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie mentale. En effet, l'introspection

---

<sup>32</sup> KABIR, Russell S., HARAMAKI Yutaka, KI Hyeyoung, et OHNO Hiroyuki, 2018. « Self-Active Relaxation Therapy (SART) and Self-Regulation: A Comprehensive Review and Comparison of the Japanese Body Movement Approach ». *Frontiers in Human Neuroscience* 12 (consulté le 20 octobre 2018).

<sup>33</sup> LIENARD, Yasmine, 2018. « Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : mise au point ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 53, n° 4 (consulté le 12 avril 2019).

mise en place grâce à cette pratique permettrait aux jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale d'améliorer leurs impulsivités alimentaires lors de leurs crises boulimiques et également de mieux gérer leurs émotions ce qui réduirait indirectement leurs stress et leurs crises d'angoisse.

#### 2.2.4 L'hypnose

Après avoir assisté à une conférence présentée par Michael Parmentier (praticien en hypnose classique, en hypnose Ericksonienne et spécialiste dans le traitement des addictions) traitant de la gestion des émotions et des angoisses par l'hypnose thérapeutique, nous pouvons énoncer l'efficacité de l'hypnose dans la plupart des troubles du comportement alimentaire. Selon ce dernier, l'hypnose est une technique permettant d'entrer dans un état modifié de conscience, ce que l'on peut également appeler un état de transe hypnotique. L'hypnose se situe entre les phases d'éveil et de sommeil et permet un recentrage sur soi, une reconnexion avec notre « vrai soi ». Elle nous permet d'accepter le passé et de comprendre ses impacts sur le présent.

Selon Isabelle Prévost-Stimec et Marie-Anne Jolly<sup>34</sup>, l'hypnose serait un moyen d'accéder à nos perceptions sensorielles et de se réassocier à notre corps. Un état de transe hypnotique est atteignable à l'aide de mouvements et est considéré plus efficace lorsque le canal sensoriel favori de la personne est sollicité. Chaque personne possède un canal sensoriel plus sensible par rapport aux autres. Cela peut être l'audition, l'olfaction, le visuel, le tactile ou encore la kinesthésie. Utiliser le canal préférentiel de la personne facilite la mise en place de l'état de transe hypnotique et permet de donner à la personne davantage de sens à cette thérapie.

Il est important de différencier l'hypnose thérapeutique de l'hypnose que l'on peut apercevoir dans les émissions télévisées d'aujourd'hui : il ne s'agit pas de manipulation de l'esprit afin d'atteindre un objectif mais plutôt d'une introspection profonde pour permettre une découverte du lien entre le corps et l'esprit. L'état de transe hypnotique permet d'obtenir un relâchement musculaire et un ralentissement du système respiratoire et du rythme cardiaque qui sont également les signes d'une détente corporelle et psychique.

---

<sup>34</sup> PREVOST-STIMEC Isabelle, JOLLY Marie-Anne, « *Hypnose et thérapies brèves* », p.98.

## 2.3 Thérapies sensorielles

### 2.3.1 Musicothérapie

La musicothérapie réceptive est une pratique non médicamenteuse caractérisée par une écoute musicale et un instant d'expression verbale ou non verbale pendant ou après l'écoute musicale. La période d'expression consiste à donner son ressenti par rapport à l'écoute musicale. Il peut être présenté verbalement ou de manière non verbale à l'aide de dessin ou collage. C'est une thérapie qui a beaucoup servi au domaine de la psychanalyse. En effet, selon V. Verdenal<sup>35</sup>, la musicothérapie est efficace pour tout patient présentant des symptômes psychosomatiques tels que la dépression, l'anxiété, l'angoisse ou encore un stress abondant. Cette technique est souvent utilisée dans les maisons de retraite pour distraire et engager une remémoration des souvenirs chez les personnes âgées, mais est également utilisée pour des patients polyhandicapés et avec troubles psychiatriques. Les bénéfices de la musicothérapie sont dans un premier temps le relâchement qui permettra ensuite et de manière durable une capacité à gérer le stress et les émotions.

### 2.3.2 Art-thérapie

L'art-thérapie fait partie des pratiques complémentaires basées sur la sensorialité. En effet, selon Ch. Leila Al-Husseini<sup>36</sup> l'art-thérapie est une pratique permettant une stimulation sensorielle complète. Par stimulation sensorielle complète, l'auteur entend stimulation maximale de la plupart de nos sens : l'odorat, la vue et principalement le tactile... La peinture, le collage et l'argile sont des activités rendant possible l'accès au sens du toucher, de la proprioception et de la kinesthésie. L'art-thérapie est un moyen d'extérioriser ses ressentis et ses émotions et de les rendre visibles via les créations produites. C'est une pratique amenant à une dynamique créatrice et au sentiment d'existence de l'individu.

---

<sup>35</sup> VERDENAL Virginie, 2002. « *La musique au secours de la thérapeutique* » Thèse, Université Henri-Poincaré, Nancy.

<sup>36</sup> AL-HUSSEINI, Ch. Leila, 2017. « Anorexie et art-thérapie relationnelle ». *Psychosomatique relationnelle* 7, n° 1, 170.

L'art-thérapie est une pratique se rapprochant de l'ergothérapie en santé mentale du fait des médiations similaires et des objectifs thérapeutiques.

### 2.3.3 Ergothérapie

Selon le référentiel de compétences de la Haute Autorité de Santé, le rôle d'un ergothérapeute est d'améliorer ou de restaurer l'autonomie et la qualité de vie pour une personne étant en situation de handicap. Le moyen utilisé par l'ergothérapeute afin d'accomplir son rôle est l'activité. Il va donc utiliser des actes de la vie quotidienne ou des activités de loisirs afin de rendre qualité de vie et autonomie à toute personne.

Dans le domaine de l'ergothérapie, l'activité est le médiateur de la rééducation et de la réhabilitation. Les situations de handicap sont très variées et peuvent concerner le domaine moteur et physique, psychique et mental de la personne ou les deux.

Concernant les troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement l'anorexie mentale : la prise en charge ergothérapique sera différente. En effet, comparé aux rôles de l'ergothérapeute dans les centres de rééducation par exemple, où les objectifs principaux sont l'autonomie du patient, dans la pathologie de l'anorexie mentale, l'ergothérapeute aura davantage un rôle d'accompagnement dans le domaine du **soin psychique** en favorisant l'expression, et un rôle dans le domaine des **soins personnels**, pour favoriser le fait de prendre soin de soi.

La particularité de cette pathologie est qu'il est important de ne pas seulement prendre en compte l'aspect nutrition et prise de poids dans la prise en charge. Il est vrai que la prise de poids est essentielle à une meilleure santé du patient mais des mécanismes psychiques en profondeur sont indispensables à repérer pour permettre une prise en soin efficace.

Selon l'ouvrage de Jérôme Boutinaud, Philippe Chabert et Eurgen Le Bras<sup>37</sup>, nous pouvons détailler les spécificités de la prise en charge ergothérapique pour les personnes souffrant d'anorexie mentale. D'après Winnicott et ses théories sur l'objet transitionnel, où la réalité objective et le subjectivement perçu s'associent dans le même espace psychique, la

---

<sup>37</sup> BOUTINAUD, Jérôme, et CHABERT Philippe, 2013. « *Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel* ». *Adolescence* T.31 1, n° 1 (consulté le 5 mars 2019).

prise en charge devrait solliciter la créativité du patient. Cela permettrait de mettre en place les processus de symbolisation et d'offrir un espace d'expression.

Le rôle de l'ergothérapeute est donc de permettre l'élaboration psychique et le processus de symbolisation via des activités invitant la rêverie et la créativité du patient. Anne Brun<sup>38</sup> a instauré le terme de médiations thérapeutiques pour définir les activités à visée de symbolisation et de projection à l'aide d'une stimulation sensorielle importante. Ces médiations mettent donc en jeu le psychisme du patient et l'invitent à se reconnecter avec son corps. C'est essentiel au sein de la prise en charge de l'anorexie mentale. En effet, comme décrit dans la partie des caractéristiques et conséquences de cette pathologie, la dévalorisation et la faible estime de soi ainsi que des troubles de l'image du corps sont prépondérants. Ce sont les médiations thérapeutiques projectives qui vont permettre de remédier à cela et en second plan aura lieu une prise de poids.

L'ergothérapeute, comme tout professionnel de santé, doit pouvoir créer une relation thérapeutique avec ses patients. La particularité de l'anorexie mentale du point de vue relationnel rend la mise en place d'une confiance entre patient et thérapeute compliquée à acquérir et encore plus à maintenir au fur et à mesure des prises en charge. Ecoute active, absence de jugement et conseils sont les caractéristiques d'une relation de soin adaptée et bénéfique.

## II – Elaboration de la problématique

Après avoir explicité et détaillé les principaux concepts et contextes de ce mémoire d'initiation à la recherche dans la partie théorique, nous pouvons à présent élaborer la problématique suivante : **Quelles techniques non médicamenteuses l'ergothérapeute peut-il utiliser afin d'améliorer la perception du corps et de l'image du corps dans la pathologie de l'anorexie mentale ?**

---

<sup>38</sup> Ibid.

Afin de répondre à cette problématique, nous avançons ces hypothèses :

L'acceptation du corps et la dimension féminine dans l'anorexie mentale peuvent être optimisées grâce à des pratiques non médicamenteuses.

Les techniques sensorielles et corporelles permettent aux personnes souffrant d'anorexie mentale de retrouver une meilleure estime de soi pour prendre soin de soi au quotidien.

### III – Partie exploratoire

#### A. Méthodologie et outil de recherche

##### 1. Entretiens semi-directifs

Afin d'évaluer mes deux hypothèses précédemment décrites, nous avons utilisé deux différents types de méthodes auprès de populations distinctes.

Premièrement, des entretiens semi-directifs auprès de deux ergothérapeutes et de deux psychomotriciens ont été effectués. La trame concernant la passation des entretiens semi-directifs s'axe sur la connaissance de l'interrogé en premier lieu, puis des objectifs spécifiques à chaque profession dans la pathologie de l'anorexie mentale. Les différentes médiations thérapeutiques ainsi que leurs bénéfices à court, moyen et long terme y sont également énoncés. Concernant le contexte de cette méthodologie, le choix de ne pas interroger exclusivement des ergothérapeutes a été fait afin de pouvoir justifier l'importance de la pluridisciplinarité dans la prise en charge de patientes souffrant d'anorexie mentale et aussi pour appuyer le fait que des techniques psychocorporelles ou médiations thérapeutiques peuvent être utilisées par plusieurs intervenants sans pour autant avoir les mêmes observations et objectifs de soin.

##### 2. Questionnaire

En plus des entretiens semi-directifs effectués auprès de professionnels de santé, le point de vue des personnes souffrant d'anorexie mentale concernant leur estime d'elles-mêmes et leur image corporelle semblait important à rechercher. Cela ajoute de l'importance au fait que

toute thérapie doit être centrée sur le patient et que chaque prise en charge se fait au cas par cas en fonction des personnes, des ressentis et des motivations...

De nombreux forums ou sites traitant de l'anorexie mentale existent sur les réseaux sociaux les plus connus. Après en avoir intégré un, le partage du questionnaire a été possible. Ce questionnaire que vous pouvez retrouver en annexe se base sur les notions d'estime de soi et d'image corporelle selon l'avis direct des personnes souffrant d'anorexie mentale. Certaines questions se posent également sur les conséquences de leurs maladies et sur leurs ressentis concernant les aides ou les différentes prises en charge qu'elles ont pu ou non avoir. Cette démarche a été très bien accueillie par cette population et douze réponses ont pu être recensées.

## B. Analyses longitudinales

### 1. Entretien n°1

Le premier entretien a été effectué auprès d'un ergothérapeute, Mr G exerçant à Montpellier.

Concernant son parcours professionnel, Mr G est ergothérapeute diplômé d'Etat depuis 1998. Il a ensuite développé ses compétences professionnelles et possède un master 1 en sciences de l'éducation, un diplôme de cadre de santé et a effectué une formation de psychanalyse.

Au niveau du dispositif institutionnel, Mr G travaille en clinique psychiatrique et en libéral. Il est donc très régulièrement amené à travailler avec des patientes souffrant d'anorexie mentale. Par rapport à leurs arrivées en hospitalisation, il s'agit d'une hospitalisation libre donc les patients n'arrivent pas sous contrainte. Cependant, c'est souvent sous la demande de parents inquiets que les patientes arrivent à l'hôpital. La demande peut aussi émaner de leur médecin généraliste ou d'un psychiatre si ces personnes ont déjà un suivi à l'extérieur.

L'accueil en ergothérapie se fait par un premier entretien individuel. Sont présents seulement le patient et l'ergothérapeute. Durant ce premier entretien d'environ trente à quarante-cinq minutes, la patiente va pouvoir s'exprimer sur ses difficultés au quotidien, les

répercussions qu'ont sa maladie sur ses activités de tous les jours et son environnement social et familial. Il va également pouvoir parler de son histoire personnelle, de ses antécédents. C'est un temps d'expression propre à la patiente où l'ergothérapeute n'émet aucun jugement et effectue une écoute active de son discours. Ce premier entretien permet de créer des bases solides dans la relation thérapeutique entre la patiente et son thérapeute. Le sentiment de se sentir écouté sans aucun jugement et de façon bienveillante permet à la patiente de se sentir en confiance. Plus elle se sentira en sécurité auprès de son thérapeute plus la prise en charge sera spontanée et efficace.

Après ce premier échange qui constitue une évaluation globale de la personne, les objectifs thérapeutiques peuvent être définis. Ces objectifs ainsi que les dispositifs et moyens utilisés seront expliqués au patient.

Concernant le rapport à leurs maladies et à leurs corps, les patientes prennent conscience de leurs états de santé au fur et à mesure de leur prise en charge généralement. La pluridisciplinarité de la prise en soin est primordiale pour la prise de conscience et l'amélioration de l'état de santé et de l'état psychique des patients. Elles sont suivies par un psychiatre, un diététicien, un psychologue, un ergothérapeute, un psychomotricien...

Les objectifs thérapeutiques de Mr G avec cette population de patientes est d'offrir un espace d'expression, d'élaboration psychique pour permettre l'expression des émotions et des ressentis. Leur apprendre à ne plus être dans le contrôle de tout, du poids, du corps, de la pensée, de l'environnement et de celui des autres. Un autre objectif sera de travailler sur l'image du corps, les relations interpersonnelles...

Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs médiations peuvent être utilisées et le choix revient aux patientes. Que ce soit du dessin, du collage, de la peinture, de la sculpture, du modelage, du bricolage, de l'écriture, de la photographie, de la musicothérapie... toutes ces activités permettent aux patientes de se concentrer et de se laisser aller sur une tâche. Cela va indirectement leur apporter une détente et un état de relaxation. Rien que le fait de rester assise, plus ou moins immobile pour effectuer une activité leur demande un grand effort et leur apporte déjà une sensation de détente. Toutes ces activités vont permettre de développer l'élaboration psychique, le processus de symbolisation, l'association des idées. L'enjeu, après l'activité est de les faire parler de leurs créations.

Grâce à l'activité, les patientes vont pouvoir retrouver un apaisement corporel et psychique. L'état de relaxation est donc secondaire à la médiation, il n'est pas recherché en premier lieu. Le principal but est de donner un espace d'expression aux patientes.

## 2. Entretien n°2

Mme B exerce actuellement en tant qu'ergothérapeute en Bretagne. Diplômée depuis 1986, son parcours professionnel est dense et varié. Ses activités et lieux de travail ont été divers. En effet, après avoir travaillé cinq ans en hôpital de jour psychiatrique pour adolescents et adultes, en institut médico-éducatif, en soins de suite et de réadaptation, elle travaille à présent en service MCO (médecine chirurgie obstétrique). Il s'agit d'un service hospitalier de court séjour où elle prend en charge des patients avant leur orientation en centre de rééducation.

Possédant un diplôme en sophrologie depuis novembre 2018, elle travaille désormais à mi-temps à son propre compte en tant que sophrologue. Au sein du service MCO où elle exerce en tant qu'ergothérapeute, elle est amenée à travailler en diabétologie et en endocrinologie. Ces services possèdent deux chambres sécurisées pour accueillir des patientes anorexiques. Ces patientes y sont hospitalisées avant d'être transférées dans un service de psychiatrie. Elles viennent souvent suite à des malaises dues à leurs carences trop importantes et leurs indices de masse corporelle trop faibles (en général inférieur à 12).

Durant leurs hospitalisations, un suivi pluridisciplinaire leur est apporté. Elles ont également un contrat de poids qui est en quelque sorte une trame à suivre pour pouvoir guérir et accéder à certains privilèges au cours de leurs hospitalisations. Les patientes n'ont droit normalement à aucun contact ou coup de téléphone avec leur famille ou leurs amis. Cependant, si elles prennent du poids, selon différents stades détaillés dans leur contrat, certaines de ses restrictions peuvent être enlevées. Cela peut influencer leurs motivations à s'en sortir mais aussi à prendre conscience des restrictions qu'elles s'infligeaient à elles-mêmes.

Dans ce service, le suivi pluridisciplinaire est coordonné par le médecin psychiatre. Une prise en charge est prescrite d'une heure par semaine pour chaque professionnel de santé, à savoir avec un psychologue, un ergothérapeute et un psychomotricien.

Lors des séances d'ergothérapie, Mme B propose comme médiation thérapeutique le dessin. Créer un dessin sur le thème du schéma corporel et du corps humain est utile pour avoir un aperçu de leurs troubles du schéma corporel, de l'image du corps et pour avoir une certaine notion de gravité de leur dysmorphophobie. Les premières séances sont difficiles pour les patientes. En effet, au début de leurs hospitalisations, elles sont très fatiguées et déprimées et n'ont aucune confiance en elles donc elles peuvent se sentir en situation d'échec par rapport à l'activité. Il est donc primordial que le thérapeute prenne un rôle de guide afin de les soutenir.

Les objectifs avec ces patientes sont une revalorisation de soi, une meilleure gestion des émotions et donc des angoisses, améliorer leur estime d'elles-mêmes et apprendre à lâcher prise afin de ne plus être constamment dans le contrôle. Ces objectifs ci-dessus sont plus en lien avec la pratique de la sophrologie. La sophrologie est une technique psychocorporelle qui va, grâce à des exercices de motricité, de contraction/décontraction de certains groupes musculaires, d'exercices respiratoires, de relaxation et ensuite de visualisation de quelque chose d'agréable et de positif permettre aux patientes d'entrer dans un état de bien-être et de reconstruire au fur et à mesure une image inconsciente du corps positive. Cela va donc indirectement améliorer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. Cette médiation est plus compliquée à retranscrire dans la vie quotidienne c'est pourquoi le dessin est la médiation première proposée aux patientes. Nombreuses sont celles qui veulent continuer le dessin après les prises en charge. La sophrologie peut être utilisée à bon escient pour des patientes ayant au préalable des affinités avec ce genre de pratique ou pour des patientes réhospitalisées afin de ne pas reprendre la même médiation pour ne pas revivre la même hospitalisation.

Les objectifs plus ciblés d'un point de vue ergothérapique sont le fait de prendre soin de soi au quotidien par rapport à la toilette, l'habillage... d'être un peu plus coquette également car souvent lorsque les patientes arrivent elles se négligent en apparence. Le rôle de l'ergothérapeute dans la réhabilitation psycho-sociale de ces patientes est également très important. Leur apprendre à ne plus contrôler leur environnement et celui des autres, à ne pas se sentir persécutée et jugée par l'entourage...

L'ergothérapeute, via des médiations projectives telles que le dessin peut permettre aux patientes de se revaloriser et d'améliorer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. Ces activités vont obligatoirement amener à un apaisement corporel et psychique.

### 3. Entretien n°3

Mme T psychomotricienne depuis 2015, diplômée de la faculté de Bordeaux a poursuivi son parcours professionnel en effectuant deux diplômes universitaires : un traitant de l'addictologie et l'autre des thérapies cognitivo-comportementales.

Mme T travaille dans différentes structures notamment en libéral dans un centre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire à Paris. Elle exerce également en hôpital psychiatrique pour adulte, en centre médico-psychologique à mi-temps, dans un centre spécialisé pour les personnes ayant fait un burn-out et quatre heures par semaine en crèche.

L'arrivée des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire dans ce centre ne se fait pas sous contrainte. Ce sont les personnes qui choisissent de franchir le pas du soin en général. Il est très rare que l'entrée au centre se fasse sous contrainte parentale. Si effectivement c'est le cas, cela témoigne du déni de la maladie et de la méconnaissance de la gravité de cette dernière pour la personne concernée.

Mme T rencontre donc beaucoup de personnes souffrant d'anorexie mentale au centre spécialisé et en rencontre également, mais plus rarement, au sein du centre médico-psychologique dans lequel elle travaille. Il est important, afin de permettre une prise en charge optimale et adaptée à chaque patient, d'avoir des structures spécialisées dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Il ne s'agit pas de troubles psychiatriques « classiques » comme la schizophrénie, la bipolarité... et cela demande donc une approche thérapeutique différente. En effet, dès l'arrivée des patientes souffrant d'anorexie mentale, on peut noter un important désinvestissement du corps, un rejet de ce dernier avec souvent une perte de notion de faim, de soif, de satiété et parfois même de douleur. Elles sont, pour la plupart, renfermées socialement avec une difficulté à parler à leur entourage de leurs problèmes ou ressentis et ont une certaine honte d'elles-mêmes. De grandes difficultés

relatives aux émotions sont également visibles dès leurs arrivées ; souvent elles n'arrivent pas à identifier les différentes émotions et ne parviennent donc pas à ajuster leurs comportements, à s'adapter en fonction de ces dernières.

Selon Mme T, les comportements issus des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire se rapprochent des conduites addictologiques dans le sens où, dans l'addictologie, les personnes veulent soit avoir constamment plus de sensation de plaisir via le circuit de récompense dopaminergique, soit anesthésier et éviter des ressentis ou situations douloureuses, pénibles dans leurs vies quotidiennes. C'est ce deuxième aspect de l'addictologie qui serait en lien avec les conduites de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Les premières séances avec une personne souffrant d'anorexie mentale vont permettre à la psychomotricienne d'évaluer la personne dans sa globalité. Un bilan va être fait pour évaluer son rapport au temps, sa conscience du temps présent, sa concentration et sa mémoire. Un autre aspect sera évalué lors de ce bilan et concerne plus particulièrement le corps, la connaissance de ce dernier, le schéma corporel via les notions de satiété, de faim et de soif et sur l'image du corps en prenant en compte l'intensité de leur dysmorphophobie et également sur les émotions et leurs manières de les exprimer au sein de leur environnement. Ensuite seront mises en place les objectifs thérapeutiques en accord avec la patiente et selon son degré d'importance.

Les objectifs de prise en soin seront principalement axés sur l'image du corps, sur le fait de se reconnecter avec son propre corps, de réinvestir les parties compliquées du corps dans l'ensemble du schéma corporel, de reconnaître et d'identifier les émotions, de permettre le lâcher prise et de pouvoir engager une écoute de soi et de son corps au quotidien. Ces objectifs peuvent effrayer les patientes car ils sont tous en lien avec le corps, quelque chose qu'elles rejettent depuis un moment. Ces séances vont leur faire prendre conscience de l'importance d'y faire face pour pouvoir avancer.

Les séances de psychomotricité, d'une durée d'une heure toutes les deux semaines environ, sont des séances individuelles où la patiente va pouvoir choisir sa médiation. De nombreuses techniques psychocorporelles sont proposées dans ce centre comme des exercices de respiration, de la méditation pleine conscience, des étirements musculaires, des exercices

miroir, de la danse libre avec ou sans musique ou encore des enchaînements de mouvements pour optimiser la proprioception et le ressenti du corps (par exemple simplement marcher en sentant les points d'appui du corps sur le sol). Certains mouvements vont s'inspirer de la pratique du yoga, pour permettre un enchaînement complet avec des postures précises.

Les bénéfices de ces prises en charge en psychomotricité sont à court terme de reprendre contact avec son corps, de pouvoir profiter du moment présent en se reconnectant avec l'entourage social et familial. Par la suite, les bénéfices s'étendront au domaine des émotions, de la capacité à les comprendre et donc de trouver les moyens pour s'y adapter. Les bénéfices à long terme seront la flexibilité face aux événements de la vie et des émotions qui peuvent en découler, à une adaptabilité sociale et une affirmation de soi.

Ces bénéfices sont fastidieux à obtenir et font suite à une prise en charge pluridisciplinaire grâce à la collaboration de différents professionnels de santé tels que psychiatre, psychologue, ergothérapeute, diététicien et psychomotricien.

#### 4. Entretien n°4

Mon quatrième entretien a été effectué avec Mme L, psychomotricienne au sein d'un centre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. Mme L travaille également en libéral, elle fait des prises en charge dans son cabinet mais aussi à domicile auprès d'adultes et de personnes âgées. Formée en réflexologie plantaire, elle utilise cette pratique pour ses prises en charge ainsi que d'autres que nous détaillerons plus tard.

L'arrivée en hospitalisation au sein de ce centre spécialisé est libre. Les personnes peuvent trouver toutes les informations nécessaires sur le site internet et ont parfois entendu parler de la structure grâce aux bouches à oreille et à certaines associations pour les troubles du comportement alimentaire.

Une prise en charge pluridisciplinaire est essentielle afin de permettre un accompagnement adapté aux personnes atteintes d'anorexie mentale. Le psychiatre est le coordinateur du parcours de soin de chaque patient. Selon ses bilans et évaluations, il va prescrire les prises en charge nécessaires pour chaque patient. L'équipe pluridisciplinaire pour

une patiente souffrant d'anorexie mentale sera souvent composée donc d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien.

D'autres symptômes de l'anorexie mentale peuvent être observables comme par exemple le stress, les crises d'angoisse, les troubles du sommeil et des difficultés dans la gestion des émotions.

Les objectifs principaux en séance de psychomotricité seront mis en place en fonction des besoins et difficultés de la patiente et s'axeront donc principalement sur le corps. Ils permettront de se reconnecter et de se réconcilier avec son corps, de s'adapter aux sensations que nos émotions procurent à notre corps, d'être davantage dans le lâcher prise au quotidien et de restaurer une perception du corps correcte et adaptée.

Les moyens mis en place afin d'atteindre ses objectifs sont nombreux. En effet, Mme L utilise beaucoup de médiations thérapeutiques différentes afin d'atteindre ces objectifs. Elle utilise au départ, afin de travailler la dysmorphophobie de manière indirecte, le dessin. Un dessin de certaines parties du corps sans contour et en mettant en jeu des formes et des volumes. Elle trouve pertinent de montrer des photos du passé et du présent. Il est important de travailler le rapport au temps car il provoque souvent un déclic, une réelle prise de conscience chez certaines personnes. Elles prennent le temps de se comparer à comment elles étaient avant.

Nourrir la perception du corps est primordiale pour la restaurer. Les activités mises en place pour atteindre ce but seront de la relaxation dynamique, des ateliers de toucher thérapeutique, du yoga, du qi gong, des exercices de sophrologie, de respiration abdominale et de la réflexologie plantaire. Cela combinera donc différents types de stimulations sensorielles, que ce soit au niveau auditif, tactile, proprioceptif... et permettra donc un relâchement du tonus musculaire pour amener à une sensation de détente. Mme L fait en sorte que les activités proposées soient évidemment en lien avec les objectifs et les appétences de chaque patiente et leur donne les outils pour pouvoir transférer ses activités dans leur vie quotidienne hors des prises en charge.

Les bénéfices que l'on peut obtenir avec ce type de prise en charge ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire des personnes souffrant d'anorexie mentale est une détente du corps. Avec

des moyens faciles à appliquer dans la vie tous les jours, avec une meilleure gestion des émotions et des situations difficiles que nous pouvons rencontrer, il sera possible de prévenir les crises d'anxiété et crises de boulimie.

## 5. Questionnaire auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale

Afin de recenser des informations concernant la pathologie de l'anorexie mentale en elle-même ainsi que sur les différentes prises en charge et modalités de ces dernières, un questionnaire à visée exclusive des personnes atteintes de cette pathologie a été établi. Le questionnaire a été bien accueilli par les personnes présentes sur le forum d'anorexie et douze personnes y ont répondu.

Les premières questions sont des questions globales sur la personne. Commençons par l'âge et le sexe : quatre personnes sur douze ont au-dessus de 35 ans et les douze personnes ayant répondu à ce questionnaire sont toutes des femmes. Ces résultats sont en lien avec la partie théorique qui démontre que la pathologie de l'anorexie mentale touche préférentiellement les jeunes femmes.

L'âge de début des troubles de la conduite alimentaire se situe entre 14 et 18 ans pour sept personnes sur douze. La période de l'adolescence, avec la puberté et le développement des formes, est donc une période critique à l'installation de comportements malsains sur le plan alimentaire.

Concernant le type d'anorexie mentale, six personnes sur douze ont une anorexie mentale de type restrictive c'est-à-dire restriction stricte de nourriture. Les six autres femmes souffrent d'anorexie purgative donc avec vomissements et souvent prise de laxatifs et de diurétiques.

Venons à présent sur le point de vue de ces personnes concernant l'origine de leurs troubles. Ci-dessous le graphique récapitulatif des différentes réponses recensées :

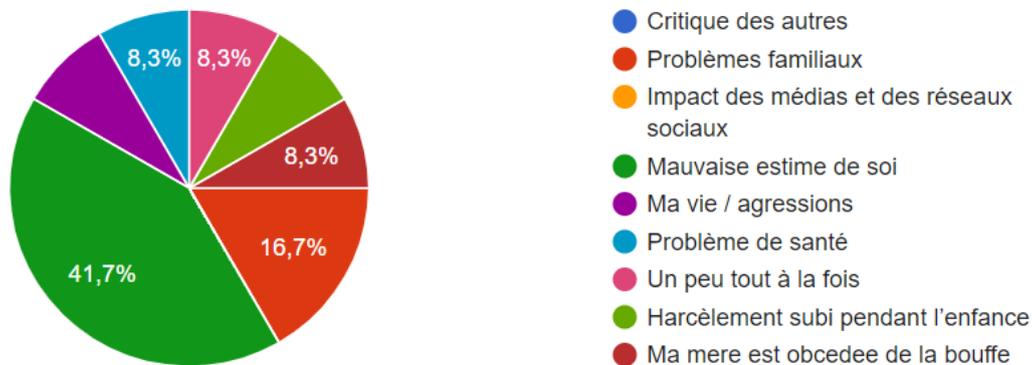


Figure 1 : résultat concernant les causes du trouble alimentaire.

La mauvaise estime de soi représente 41,7 % donc cinq personnes sur douze considèrent que le manque d'estime d'elles-mêmes seraient la cause principale de leurs troubles du comportement alimentaire. Les problèmes familiaux seraient la deuxième cause. Les résultats obtenus prouvent qu'il est nécessaire d'analyser la personne dans sa globalité d'un point de vue psychique, psychologique tout en se référant à son environnement humain et matériel.

Les deux questions suivantes sont basées sur les ressentis des personnes par rapport à leur corps. La distinction entre ce qu'elles ressentent de positif et de négatif par rapport à ce dernier a été effectuée. Concernant l'aspect positif de leurs corps on retrouve des réponses similaires pour les douze personnes : elles ne ressentent rien de positif. Les seules satisfactions qu'elles peuvent avoir au niveau de leurs corps sont celles qu'elles ressentent lorsqu'elles perdent du poids et qu'elles sont maigres. Les réponses sont similaires pour les douze personnes quant au ressenti négatif de leurs corps, elles se trouvent trop grosses. Elles parlent de leurs cuisses, de leurs hanches et de leurs ventres qu'elles perçoivent comme difformes et énormes. Ses formes correspondent à celles que les jeunes filles acquièrent au moment de la puberté, l'élargissement des hanches, des cuisses, l'apparition de la poitrine... Cela fait écho avec la partie théorique concernant le rejet des formes féminines et le souhait de vouloir continuer de ressembler à un corps d'enfant, corps non sexualisé et filiforme.

Les trois quarts de ces jeunes femmes se rendent compte que leur estime d'elles-mêmes n'est pas suffisante.

Pour la question suivante où des propositions afin d'aimer leurs corps et de s'aimer mentalement ont été cités, on aperçoit une réelle différence dans les réponses entre les jeunes femmes qui ont pris conscience de la gravité de leurs états de santé et celles qui ne s'en rendent pas encore compte. Les femmes ayant pris conscience de leurs pathologies amènent les notions de naturopathie et de massage dans leurs réponses afin de pouvoir apprécier leurs corps. Pour s'aimer mentalement, elles énoncent le fait de cesser de vouloir tout contrôler, de ne plus être angoissées et déprimées et d'avoir des professionnels de santé compétents pour les soutenir. On ressent qu'elles sont disposées à entamer une prise en charge et reconnaissent le besoin d'une aide extérieure pour sortir de cette situation.

Quant aux femmes qui n'ont pas pris conscience de la gravité de leur état de santé, elles répondent qu'elles pourraient aimer leurs corps uniquement en maigrissant davantage. Elles souhaiteraient devenir transparentes au regard des autres pour éviter leurs jugements. Et afin de s'aimer mentalement, elles considèrent que la seule solution possible serait d'être parfaite et de réussir dans leurs projets. Elles restent encore dans le contrôle de chaque aspect de leurs vies et de leurs environnements.

Sept personnes sur douze ont déjà été hospitalisées pour leurs troubles du comportement alimentaire. Sur ces sept personnes, toutes ont été en hospitalisation complète.

Concernant les prises en charge en ergothérapie, dix jeunes femmes sur douze témoignent avoir participé à des séances d'ergothérapie où elles effectuaient plus précisément des activités manuelles et de réflexion. C'est un pourcentage assez élevé et témoigne de l'importance de la prise en charge ergothérapique pour cette pathologie.

Six personnes sur douze ont effectué des séances de thérapies non médicamenteuses avec différents professionnels de santé : psychiatre, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute et infirmier. Une prise en charge pluridisciplinaire est essentielle pour la plupart des pathologies. En effet, chaque professionnel de santé a des objectifs spécifiques selon ses compétences et selon le patient. Une collaboration entre professionnels permet une réelle prise en charge holistique du patient.

Les thérapies non médicamenteuses sont nombreuses et variées. C'est pourquoi, une de nos recherches consiste à s'informer sur les prises en charge plus spécifiques que ces jeunes femmes ont pu avoir. Voici le diagramme des résultats :

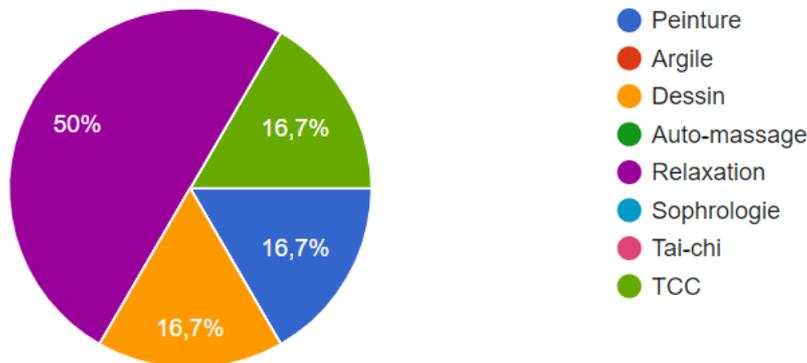


Figure 2 : résultat du questionnaire sur les techniques utilisées lors des prises en charge.

La relaxation représente 50% des thérapies complémentaires, trois personnes sur six ont eu des séances de relaxation. Les trois autres ont suivi des séances ciblées sur des activités manuelles comme le dessin ou la peinture.

Leurs avis sur ce genre de thérapies non médicamenteuses ont été positifs pour quatre personnes sur sept. En effet, elles disent avoir découvert des qualités créatives et senti un sentiment de bien-être global et de fierté. Les trois autres jeunes femmes ont témoigné de leurs difficultés à effectuer l'activité. Elles considèrent que ce genre de pratiques n'apporte rien à la problématique de l'anorexie mentale.

Une des questions cible la différence entre le début de ces séances et la fin. Un sentiment d'angoisse et d'appréhension est répertorié pour quatre personnes sur six. Les deux autres disent y être allées sans grand intérêt. Concernant la fin des séances, trois personnes sur six ressortent en étant fières d'elles-mêmes et reconnaissent que cela leur a fait du bien.

Cinq personnes sur huit trouvent que les thérapies non médicamenteuses peuvent être utiles à la guérison de l'anorexie mentale.

Plusieurs réponses ont été données sur les techniques de soins qui pourraient fonctionner, selon elles : sur onze personnes, trois d'entre-elles amènent la notion d'hypnose thérapeutique. Cinq admettent l'utilité des thérapies non médicamenteuses et d'une pluridisciplinarité au sein d'une équipe spécialisée dans les troubles du comportement

alimentaire. Trois d'entre elles ne savent pas et considèrent qu'il faut avoir soi-même le déclic afin de pouvoir réellement se soigner.

Ce questionnaire permet donc de rendre compte du point de vue des personnes souffrant d'anorexie mentale des prises en charge et des différentes séances qu'elles ont pu effectuer.

### C. Analyse transversale

A la suite des analyses détaillées de chaque entretien effectué et des résultats de mon questionnaire, il est pertinent, pour permettre la construction de la discussion, de confronter les idées de chaque partie afin d'en faire une analyse globale.

#### **Présentation générale et parcours professionnel :**

Un des premiers thèmes à aborder pour cette analyse concerne le parcours professionnel des personnes interrogées. Sur les quatre personnes, nous avons deux ergothérapeutes et deux psychomotriciennes. Chacune a continué son parcours de formation en se spécialisant dans divers domaines. Nous pouvons observer que chacun de ses professionnels a effectué une ou plusieurs formations dans le domaine du bien-être et de la compréhension des pathologies psychiatriques : formation de sophrologie, de réflexologie plantaire, de psychanalyse... D'autres ont effectué des formations plus centrées sur certaines pathologies ou certains modèles de prise en charge comme l'addictologie ou les thérapies cognitivo-comportementales.

Continuer à se former au cours de sa carrière professionnelle ne fait qu'accroître nos propres compétences et permet de nous épanouir et de pouvoir améliorer notre façon de travailler. D'autant plus que dans la pathologie de l'anorexie mentale, se former à des techniques corporelles et sensorielles semble nécessaire compte tenu de la particularité des symptômes.

### **Dispositif institutionnel :**

Les lieux où peuvent être prises en charge des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire se trouvent, en majeure partie, être des cliniques psychiatriques ou des structures spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire. En effet, les hôpitaux ou cliniques accueillant tout types de pathologies ne sont souvent pas aménagés à l'accueil de personnes avec des troubles psychiatriques conséquents. Au sein des structures accueillant des personnes avec troubles du comportement alimentaire, une équipe pluridisciplinaire et ayant été formée aux particularités de ces prises en charge est essentielle. En effet, c'est ce qui ressort de toutes les analyses d'entretien et également du questionnaire à l'intention des personnes souffrant d'anorexie mentale. Le travail d'équipe avec la spécificité de chaque profession amène la patiente à se sentir entourée et en confiance lors de son parcours de soin et cela favorise donc obligatoirement sa guérison.

L'arrivée des personnes souffrant d'anorexie mentale au sein des structures aptes à les prendre en charge se fait de manière libre. En effet, pour les quatre lieux où les professionnels interrogés exercent, c'est le patient qui décide de venir. La prise en charge débute principalement suite à une volonté parentale, cela peut également être prescrit par un médecin ou un psychiatre.

Selon le lieu de prise en charge, un contrat de poids sera soumis aux patientes. Cela est la plupart du temps mis en place dans les structures hospitalières et consiste à guider la patiente dans sa prise en charge. Le principe est que plus le poids augmente sur la balance, plus la personne aura de droits et de libertés, comme par exemple appeler ses proches, sortir dehors... Le contrat de poids constitue un guide à suivre pour la patiente. Ce dernier n'est souvent pas établi lorsqu'il s'agit de centre spécialisé ou de prise en charge en ambulatoire. En effet, comme le témoignent les deux psychomotriciennes, aucun contrat de poids n'est établi dans le centre dans lequel elles travaillent. C'est le psychiatre, coordonnant les prises en charge, qui va prescrire une intervention de la part de professionnels de santé spécifiques car tout ne s'axe pas seulement sur la prise de poids. C'est l'effet pervers du contrat de poids. La patiente peut reprendre du poids « facilement » afin de pouvoir enlever des restrictions à son hospitalisation mais cela ne signifie pas que tous les processus psychologiques et psychiques sont réglés, souvent bien au contraire.

## **Caractéristiques des personnes souffrant d'anorexie mentale et principaux symptômes :**

Du point de vue des professionnels de santé, les personnes souffrant d'anorexie mentale arrivent en hospitalisation ou en centre spécialisé très déprimées et fatiguées. Certaines ne se rendent pas encore compte de la gravité de leurs états mais une prise de conscience se fera au fur et à mesure de leurs parcours de soin.

En faisant le lien entre les analyses de chaque entretien et les réponses au questionnaire, les caractéristiques que l'on retrouve sont une dévalorisation majeure d'elles-mêmes, une estime de soi faible et une insatisfaction corporelle élevée. Les résultats du questionnaire nous permettent également d'observer qu'elles ne ressentent rien de positif par rapport à leurs corps si ce n'est le fait de maigrir davantage. Quant aux points négatifs de ce dernier, elles se trouvent évidemment trop grosses, avec un surplus de graisse au niveau des cuisses, des hanches, de la poitrine, du ventre et des fessiers en général. Ces formes représentent les formes féminines typiques se développant au moment de la puberté et caractérisent l'identité sexuelle d'une femme.

Du point de vue des professionnels, les symptômes sous-tendant à l'anorexie mentale sont un désinvestissement corporel plus ou moins important suivant la gravité de la pathologie, un rapport au temps et une gestion des émotions altérée. Le regard des autres, le fait de se sentir constamment jugé par l'entourage leur donne seulement envie d'être transparente aux yeux des autres. Cela participe à leur repli social conséquent.

D'autres symptômes sont mis en exergue par les professionnels et s'axent sur les sensations corporelles. Du fait de leur désinvestissement corporel, le schéma corporel ainsi que l'image inconsciente du corps sont perturbés. Cela se traduit au niveau symptomatique par la perte des sensations de satiété, de faim, de soif et par une dysmorphophobie plus ou moins grave.

## **Objectifs thérapeutiques :**

Lors des premières entrevues entre professionnel et patient, le thérapeute va effectuer une évaluation globale de la patiente pour avoir un aperçu de ses capacités et aussi de ses difficultés dans le quotidien. Chaque professionnel de santé établira, en accord avec les besoins et l'avis de la patiente, ses objectifs thérapeutiques. Psychomotricien et ergothérapeute sont des professions complémentaires et ont donc des objectifs qui peuvent se rejoindre avec tout de même chacun leurs particularités.

Les objectifs thérapeutiques en psychomotricité seront principalement basés sur le corps. Le schéma corporel et l'image du corps étant altérés dans la pathologie de l'anorexie mentale, un des objectifs sera donc de se reconnecter avec ce dernier et de prendre conscience des sensations positives ou négatives qu'il peut nous apporter. Cela passe donc par le réinvestissement des parties compliquées qui correspondent souvent aux hanches, aux cuisses et au ventre. Le rapport aux émotions est également un objectif important dans la prise en charge en psychomotricité. Les émotions sont naturelles et sont le fruit de notre adaptation à l'environnement extérieur, il est donc important d'être capable de les identifier et de comprendre leurs mécanismes et retentissements sur le corps ou le comportement.

En ergothérapie, les objectifs thérapeutiques sont aussi en lien avec le corps. En effet, l'image du corps sera travaillée à l'aide de différentes médiations afin de revaloriser la patiente et de lui redonner confiance en elle. Un des objectifs sera également de lui apprendre le lâcher prise, ne plus être constamment dans le contrôle de son poids, de son corps, de son environnement et de celui des autres. L'ergothérapeute lui donnera, via ses séances, un espace d'expression et d'élaboration psychique pour lui permettre d'exprimer ses émotions et ses ressentis et donc ce qui a pour objectif de la reconnecter avec ses propres sensations corporelles. Les objectifs secondaires à ceux ciblés sur le corps sont une capacité à pouvoir prendre soin de soi au quotidien et une réhabilitation psycho-sociale. En effet, les patientes paraissent parfois négligées au début des prises en charge. Cela se modifiera indirectement au fur et à mesure du travail corporel effectué en séance.

Les objectifs des ergothérapeutes et des psychomotriciens se rapprochent dans le sens où lors de ces deux prises en charge, un travail sur le corps est nécessaire. Ils divergent dans

le moyen de procéder. L'ergothérapie va plutôt utiliser des médiations projectives pour permettre à la patiente de s'exprimer. Le travail des psychomotriciens s'effectuera notamment sur le ressenti du corps en intégrant des techniques de mouvement...

### **Moyens utilisés :**

Suite aux échanges avec les professionnels, les modalités des séances sont plus ou moins similaires. La majorité des prises en charge se fait de manière individuelle et avec la présence d'un seul thérapeute. Seul un ergothérapeute effectue quelques séances en groupe hétérogène avec des patients souffrant d'autres pathologies que l'anorexie mentale mais cela ne se fait pas au début des prises en charge.

Les deux psychomotriciennes sont d'accord sur le fait que travailler l'entité du corps en individuel est déjà compliqué et que cela ne ferait que s'accroître si les séances étaient groupales. Un des ergothérapeutes y voit cependant de l'intérêt, d'autant plus avec une population hétérogène, pour avoir une certaine dynamique de groupe et un échange d'expérience et de ressenti des patients. Cela peut également être un bon moyen pour l'ergothérapeute de travailler sur le domaine de la réhabilitation psycho-sociale via des médiations projectives et l'expression du ressenti positif ou négatif qu'elles apportent.

Concernant les médiations proposées, elles sont différentes selon les professionnels. Les ergothérapeutes interrogés vont plutôt proposer des activités manuelles comme le dessin, le collage, la sculpture, la peinture, le bricolage, l'écriture... Ils vont vouloir, à l'aide de la création, donner un espace d'expression à la personne. Un ergothérapeute effectue également des séances qui se rapprochent de la musicothérapie, pour exprimer les ressentis que provoquent une musique... Et l'autre ergothérapeute, possédant une formation de sophrologie, organise parfois des séances de sophrologie avec ses patientes.

Les psychomotriciens, quant à eux, vont davantage proposer des médiations axées sur le corps. Par exemple des exercices de motricité, des exercices de respiration, de la relaxation dynamique, du yoga, du qi gong, du toucher thérapeutique, également du dessin... Les deux psychomotriciennes interrogées, dont l'une est formée à la réflexologie plantaire et l'autre à la sophrologie vont également proposer ces médiations à leurs patientes.

Par rapport au questionnaire destiné aux personnes souffrant d'anorexie mentale, il en ressort que les médiations proposées pour celles étant déjà suivies sont le plus souvent de la relaxation, du dessin et de la peinture.

### **Bénéfices apportés :**

Les bénéfices obtenus au cours de ses prises en charge sont similaires aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens. Ils consistent en une reprise de contact avec son corps, un apaisement corporel et psychique, une meilleure gestion des émotions, une affirmation de soi et donc une revalorisation de soi.

Un des bénéfices non négligeable est que ces séances leur ont permis de découvrir des moyens afin de prévenir leurs crises d'angoisse ou leurs crises de boulimie. Elles arrivent à identifier et à comprendre les émotions et, via les médiations proposées, ont des techniques pour éviter de retourner dans cet engrenage.

La réhabilitation sociale est un bénéfice conséquent aux prises en charge. Cela va se faire grâce à la revalorisation de soi. Le fait d'avoir établi une relation thérapeutique de confiance avec leur thérapeute et d'avoir effectué des séances où le ressenti est abordé, va leur permettre de s'ouvrir davantage aux autres.

Concernant les résultats apportés par le questionnaire, le point de vue des personnes souffrant d'anorexie mentale et ayant été prises en charge est différent. Certaines constatent les effets positifs des séances et témoignent d'une affirmation de soi, d'un meilleur ressenti corporel et de la sensation de bien-être et du sentiment de fierté que ces dernières leur apportent. D'autres, en revanche, considèrent cela comme inefficace dans la prise en charge de l'anorexie mentale et confient leurs difficultés à effectuer les activités.

Les points de vue peuvent diverger quant aux bénéfices attendus par le thérapeute et les bénéfices ressentis par les patientes. C'est pourquoi il est primordial de cocréer les objectifs avec la patiente afin de la rendre actrice de sa prise en soin.

## D. Discussion

### **Validation des hypothèses :**

Les recherches théoriques ainsi que l'analyse transversale permettent la validation des deux hypothèses.

**La première hypothèse** qui consistait à énoncer l'intérêt des pratiques non médicamenteuses pour améliorer l'acceptation du corps et la dimension féminine de ce dernier est justifiée. En effet, les pratiques non médicamenteuses qui regroupent donc, les psychothérapies, les thérapies corporelles et sensorielles ont un rôle à jouer dans l'intégration d'une image consciente et inconsciente du corps et dans l'acceptation des formes féminines acquises au moment de la puberté.

**La deuxième hypothèse** se trouve également justifiée. Une amélioration de l'estime de soi est effectivement constatée grâce à des techniques corporelles et sensorielles. Ces techniques permettent aussi à ces jeunes filles de pouvoir prendre soin d'elles à long terme, lorsqu'elles ont pu prendre conscience de la gravité de leur état.

Ces deux hypothèses sont en fait intimement liées et nous allons tenter de mettre en lien les différentes notions de dysmorphophobie, d'acceptation de son corps et de sa dimension féminine, d'estime de soi et de capacité à prendre soin de soi.

### **Retour sur les résultats des analyses et préconisations :**

La première hypothèse consistait donc à énoncer l'intérêt des pratiques non médicamenteuses pour améliorer l'acceptation du corps et de la dimension féminine.

L'acceptation de son propre corps passe en priorité, par une image du corps consciente et inconsciente perçue, reconnue, intégrée et ressentie comme valable. Nous avons constaté dans nos entretiens, que cette dimension de l'image du corps était fortement perturbée chez les jeunes filles anorexiques qui souffrent de **dysmorphophobie**. Nous constatons qu'en ce qui concerne l'acceptation du corps, les réponses des douze jeunes filles interviewées sont

unanimes : elles se trouvent trop grosses. A ce stade de la pathologie, l'acceptation du corps n'est donc absolument pas envisageable pour ces patientes. Ce déni de leurs corps et de la gravité de leur état peut conduire certaines jeunes filles jusqu'à la mort et c'est donc un travail prioritaire à engager dans une thérapie.

Mme L, psychomotricienne souligne bien que lors des premières séances, les principaux troubles que l'on perçoit sont des troubles de l'image du corps, une distorsion de perception de ce dernier et une dysmorphophobie plus ou moins importante. Mme T l'autre psychomotricienne, prend également en compte cet aspect de la dysmorphophobie dans ses bilans. Mme B, ergothérapeute et sophrologue, propose à ces patientes de réaliser un dessin sur le thème du schéma corporel et du corps humain. Elle considère, en effet que cette médiation est très utile pour avoir un aperçu de leurs troubles du schéma corporel, de l'image du corps et pour avoir une certaine notion de gravité de leur dysmorphophobie.

C'est principalement la dysmorphophobie qui semble conduire les thérapeutes à utiliser, en priorité des techniques psychocorporelles ou des dessins projectifs du corps propre. Nous constatons, dans les résultats des questionnaires, que la relaxation a été proposée aux jeunes filles anorexiques, pour 50 % de leur prise en charge. Cela nous indique que les techniques corporelles sont fortement utilisées.

En effet, les techniques corporelles pouvant regrouper la relaxation, la sophrologie, le yoga ou encore la méditation pleine conscience permettent une reconnexion au corps et à ses sensations. Ces méthodes peuvent donc avoir un impact positif quant à **l'intégration de l'image consciente et inconsciente du corps**. L'intégration d'une image, plus cohérente et sans déni de la réalité de la maigreur semble donc être la première étape d'une acceptation de son propre corps.

Selon les lieux de pratique et les particularités de chaque institution, des psychomotriciens peuvent être en charge de cet aspect du trouble psychique, mais des ergothérapeutes peuvent aussi être amenés à se former de façon complémentaire pour pouvoir travailler dans ce domaine si d'autres praticiens ne proposent pas ces médiations (sophrologie, techniques projectives). Pour les ergothérapeutes n'ayant pas de formation en techniques psychocorporelles, l'utilisation des médiations sensorielles et projectives peuvent aussi contribuer à améliorer l'intégration d'une image corporelle plus consciente et la (re)découverte de leur sens.

**Les techniques sensorielles** (musicothérapie, art-thérapie...) apportent une stimulation importante des sens et permettent également une reconnexion au corps par l'intermédiaire des canaux sensoriels principaux. Chaque personne possède un canal sensoriel préférentiel. Certaines seront davantage sensibles sur le plan auditif, tactile ou visuelle et les médiations proposées pourront être plus ou moins signifiantes pour la personne en fonction de son canal préférentiel.

**Les techniques projectives**, telles que la peinture, le dessin libre ou encore l'argile avec sa dimension de densité et de volume, peuvent aussi contribuer à permettre à ces jeunes filles d'entrer en dialogue créatif avec les notions de volume, de densité, de poids et de solidité. L'ergothérapeute Mr G évoque très bien la nécessité de proposer un espace d'expression à ces jeunes filles.

La première hypothèse est donc vérifiée dans sa première partie, celle de l'acceptation du corps. Nous allons nous pencher à présent sur la dimension de l'acceptation de la féminité, intimement liée à la seconde hypothèse autour de l'estime de soi.

La dysmorphophobie peut conduire ces jeunes filles à **une mauvaise estime de soi**. Dans les questionnaires, cet item de mauvaise estime de soi représente 41,7 % donc cinq personnes sur douze considèrent que le manque d'estime d'elles-mêmes serait la cause principale de leurs troubles du comportement alimentaire. Les problèmes familiaux seraient la deuxième cause. Les résultats obtenus prouvent qu'il est nécessaire d'analyser la personne dans sa globalité d'un point de vue psychique, psychologique tout en se référant à son environnement humain et matériel. La mauvaise estime de soi, liée à leur importante insatisfaction corporelle vont apporter des comorbidités tels que la dépression, l'anxiété, le stress et l'angoisse. Selon les thérapeutes, les patientes arrivent en effet souvent très déprimées et épuisées. L'impact psychologique de cette maladie est donc important et fait partie des objectifs de la prise en charge pluridisciplinaire.

Le jugement négatif qu'elles portent sur elles-mêmes, ainsi que la non-acceptation de leurs corps sont étroitement liés à une insatisfaction corporelle importante. Cette **insatisfaction corporelle** est confirmée par l'analyse du questionnaire : les jeunes femmes ne ressentent rien de positif par rapport à leurs corps si ce n'est le fait de perdre encore plus de poids. Concernant les points négatifs, plus facilement énonçables pour elles, le fait de se

trouver trop grosse et d'avoir des formes féminines en excès en sont les principales. Le fossé entre corps idéal et corps réel est donc immense.

Les formes féminines en question concernent les cuisses, les hanches et le ventre. Selon les thérapeutes interrogés ainsi que les jeunes femmes en personne, elles leur paraissent difformes, énormes. Cela témoigne l'importance de leur dysmorphophobie mais surtout du **refus de la féminité**. Ce refus fait écho avec la partie théorique. En effet, ce sont justement ces zones qui s'acquièrent au moment de la puberté et qui vont permettre la construction de l'identité sexuelle féminine de la jeune fille. Cependant, le souhait prépondérant dans l'anorexie mentale est de continuer de ressembler à un corps d'enfant, corps non sexualisé et filiforme.

**L'intégration de la dimension féminine** sur laquelle nous souhaitons travailler en priorité, s'est révélée trop difficile à intégrer dans un questionnaire, sans rencontrer ni connaître ces jeunes filles. Des questions trop directes dans ce domaine auraient pu en effet être intrusives. Mme B, ergothérapeute/sophrologue, constate que ces jeunes filles deviennent plus coquettes en fin de séjour. Même si cette dimension de coquetterie peut sembler une intégration de féminité un peu superficielle et uniquement dans l'apparence physique, cet élément peut indiquer qu'il y a un réinvestissement de soi.

Il serait possible peut-être, de proposer en seconde intention, un travail autour de l'esthétique (visage, maquillage, choix de vêtements). Ce travail ne pourrait se faire qu'une fois la réintégration d'un sentiment positif concernant leurs corps. Un travail autour **des soins d'hygiène** pourrait alors être proposé, rejoignant là des objectifs de réhabilitation personnelle, au sens des activités plus « classiques » en ergothérapie, celles des soins personnels.

La dimension de l'intégration possible de la féminité, énoncée à la fin de la première hypothèse, est donc confirmée. Elle est intriquée à la seconde hypothèse qui mettait l'accent sur le fait que les techniques sensorielles et corporelles pourraient permettre aux personnes souffrant d'anorexie mentale de retrouver une meilleure estime de soi.

Mais qu'en est-il de la dernière partie de la seconde hypothèse concernant le fait de prendre soin de soi pour ces jeunes filles ? Cette partie est fortement liée à l'estime de soi et à la conscience de la gravité de leur état.

Dans le questionnaire, au sujet des items autour du fait d'aimer leurs corps et de s'aimer mentalement, il y a une réelle différence dans les réponses entre les jeunes femmes qui ont pris conscience de la gravité de leurs états de santé et celles qui ne s'en rendent pas encore compte. Les femmes ayant pris conscience de leurs pathologies amènent les notions de naturopathie et de massage dans leurs réponses afin de pouvoir prendre soin de leurs corps. Pour s'aimer mentalement, elles énoncent le fait de cesser de vouloir tout contrôler, de ne plus être angoissées et déprimées et d'avoir des professionnels de santé compétents pour les soutenir.

Pour ces personnes proposer en second lieu un travail sur l'hygiène et l'esthétique fait partie de la notion de prendre soin de soi au quotidien. Un réinvestissement de soi en tant que femme, par le biais du maquillage ou de vêtements féminins, apporte une satisfaction et permet, en apparence, de veiller sur soi. Ce type de travail pourrait alors participer à ce réinvestissement de soi.

Le problème des jeunes femmes qui n'ont pas pris conscience de la gravité de leur état de santé reste différent. Dans le questionnaire, elles répondent qu'elles pourraient aimer leurs corps uniquement en maigrissant davantage. Elles souhaiteraient devenir transparentes au regard des autres pour éviter leurs jugements. Et afin de s'aimer mentalement, elles considèrent que la seule solution possible serait d'être parfaite et de réussir dans leurs projets. Elles restent encore dans le contrôle de chaque aspect de leurs vies et de leurs environnements. Du fait de l'importance du déni, ces jeunes femmes ne ressentent souvent, dans un premier temps, pas de bénéfices à ces pratiques corporelles et ne perçoivent donc pas l'intérêt de les poursuivre. La culpabilité de ce sentiment d'inefficacité ne doit pas atteindre le thérapeute. En effet, ce n'est pas le choix de la bonne activité le plus important. Mais plutôt le fait de créer une alliance thérapeutique solide, une cocréation des objectifs et une prise de conscience de l'intérêt des médiations thérapeutiques.

Nous pouvons donc constater que le fait de prendre soin de soi est dépendant de la conscience d'elles-mêmes et de l'amour qu'elles se portent.

Nous pouvons donc dire que la pathologie de l'anorexie demande une prise en charge spécifique. Le travail du corps est primordial et prioritaire à toutes autres thérapies.

Ces pratiques de thérapies non médicamenteuses permettent un travail corporel en profondeur, pour diminuer la dysmorphophobie et améliorer l'image inconsciente du corps et intégrer la notion de féminité. Ces techniques associées à des techniques projectives vont également permettre à la patiente d'avoir accès au processus de symbolisation et à une élaboration psychique autour du vécu corporel. Les objectifs thérapeutiques en lien avec l'image du corps et l'estime de soi seront donc atteignables. Le bénéfice général obtenu à l'aide de ces pratiques est une réelle conscience de soi. Les psychothérapies ont un rôle essentiel qui donnent la possibilité de régler les problèmes sur le fonctionnement familial ou sur le domaine social plus généralement.

Au fur et à mesure des séances, les patientes seront effectivement en capacité de transmettre les moyens appris lors de ces séances afin de gérer leur stress, leur émotion et leur angoisse au quotidien. Les autres bénéfices secondaires à ces pratiques seront le fait de pouvoir prendre soin de soi dans la vie quotidienne, sur le côté esthétique et sur la volonté nouvelle de vouloir être vu en tant que femme.

### **Limites de la recherche et axes d'amélioration :**

Une première limite concerne le peu d'ergothérapeutes travaillant avec ce type de population et, de plus, pratiquant des techniques psychocorporelles. En effet, les difficultés étaient moindres afin de trouver des psychomotriciens effectuant ce type de prise en charge. Les ergothérapeutes, dans le milieu de la santé mentale, sont déjà moins nombreux que ceux dans le milieu de la rééducation et les notions d'anorexie mentale et de thérapies non médicamenteuses ont encore davantage restreint le nombre d'ergothérapeute pouvant répondre à mon enquête. Nous avons pu, grâce aux entretiens avec des psychomotriciens, constater les différences et les similitudes des objectifs de ces deux catégories de thérapeutes. Il est possible de dire que si ces deux catégories de thérapeutes complémentaires sont présentes dans la prise en charge, celle-ci en sera grandement améliorée.

Les limites de cette exploration ont été, dans un second temps, le nombre restreint de réponses de la part des patientes atteintes d'anorexie mentale. Le partage du questionnaire à l'intention de ces patientes aurait pu être transmis à d'autres forums ou sites traitant de l'anorexie mentale pour permettre un nombre plus important de réponses à exploiter. Les

caractéristiques comportementales des personnes souffrant d'anorexie mentale rendent la mise en confiance et la capacité à se confier via un questionnaire tel que celui-ci compliqué.

De plus, il n'a pas été possible, avec ce type de questionnaire, de connaître plus en profondeur l'histoire des personnes ainsi que le stade et les caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale. Le fait d'être actuellement en thérapie ou non, et si oui, à quel niveau elle se trouvait n'a également pas pu être abordé dans ce questionnaire. Ce biais est inhérent au fait qu'il s'agit d'un questionnaire proposé en ligne. L'avantage de cette méthode a été de recueillir des témoignages centrés sur les ressentis de ces jeunes femmes. L'amélioration possible de l'utilisation d'un questionnaire, serait de cibler plus spécifiquement les liens entre dysmorphophobie et estime de soi, deux notions qui se sont révélées fortement liées.

## IV – Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche aura permis de justifier l'intérêt de techniques corporelles et sensorielles dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Après avoir détaillé les concepts du corps, de l'image inconsciente du corps dans une approche psycho-dynamique, une meilleure compréhension de la pathologie de l'anorexie mentale mais également des troubles du comportement alimentaire est possible. Ces pathologies d'ordre psychiatrique ont un rapport tout particulier au corps qu'il est nécessaire de comprendre et d'intégrer dans le parcours de soin. Les pratiques corporelles et sensorielles ont donc une place importante pour **la reconnexion des personnes à leurs corps** et à leurs sensations. La priorité dans la prise en charge de l'anorexie mentale repose sur le travail en profondeur de l'image consciente et inconsciente du corps. La dysmorphophobie ainsi que l'acceptation du corps via des médiations projectives ou des techniques psychocorporelles représentent l'étape numéro un de leurs prises en charge.

Dans un second temps, des pratiques sensorielles et corporelles permettront **une amélioration globale de la qualité de vie**. En effet, un sentiment de détente et de bien-être peut être obtenu ainsi qu'une meilleure gestion des émotions, du stress et des angoisses à plus long terme. L'amélioration de la qualité de vie se fera également sur le domaine des soins personnels. Ce travail plus centré sur les soins personnels sera complémentaire si d'autres

thérapeutes travaillent en amont sur la profondeur liée aux troubles de l'image du corps. L'intégration du corps amènera secondairement à une amélioration de l'hygiène et du versant esthétique. L'intérêt éprouvé pour certaines pratiques psychocorporelles pourra peut-être même être transféré dans la vie quotidienne et devenir par la suite des activités de loisirs avec l'intention de prendre soin de soi.

## V – Bibliographie

### 1. Ouvrages et articles :

JEAMMET Philippe, « *Anorexie et boulimie, les paradoxes de l'adolescence* », 2013, 242 pages.

CORCOS Maurice, « *Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires* », 2<sup>ème</sup> édition, 2000, 329 pages.

NANDRINO Jean-Louis, « *L'anorexie mentale, des théories aux prises en charge* », Dunod, 2015, 336 pages.

DOLTO Françoise, « *La libido féminine* », 1987, 358 pages.

THIBAUT, Isabelle, PAUZE Robert, LAVOIE Éric, MERCIER Marie, PESANT Caroline, MONTHUY-BLANC Johana, et GAGNON-GIROUARD Marie-Pierre, 2017. « Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale ». *Santé mentale au Québec* 42, n° 1, 379 pages.

SULIMOVIC, L., P. VOTADORO, NICOLAS I., et CORCOS M., 2018. « Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : de l'importance d'allier nos disciplines pour passer au-delà des clivages parentaux et médicaux ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 31, n° 4, 196-211.

ROUSSELET, M., ROCHER B., LAMBERT S., CHAILLOUS L., VENISSE J.-L., 2012. « La prise en charge des troubles du comportement alimentaire ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 6, n° 2, 137-42.

ROCHAIX, Delphine, GAETAN Sophie, et BONNET Agnès, 2017. « Troubles alimentaires, désirabilité sociale, insatisfaction corporelle et estime de soi physique chez des étudiantes de première année ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175, n° 4, 363-369.

GAUTHIER François Olivier-Millette, 2017. « *L'impact du fonctionnement familial sur le traitement d'adolescentes présentant une anorexie mentale* ». Mémoire, maîtrise en service social, Québec, Canada.

OSTIGUUY, C., MEILLEUR D., TADDEO D., et FRAPPIER J.-Y., 2017. « Intensité Du Trouble Alimentaire et Motivation Au Changement Chez Des Adolescentes Atteintes d'anorexie Mentale ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 65, n° 3, 137-45.

MOSCONE, Anne-Laure, 2013. « *Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées* ». Thèse de doctorat, « Sciences du sport, de la Motricité et du Mouvement Humain », Université Paris-Sud, 194 pages.

LIENARD, Yasmine, 2018. « Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : mise au point ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 53, n° 4, 198-208.

LEGRAND, Dorothée, 2016. « De la psychanalyse entre. À propos de... « Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. Neurologie et psychanalyse » de Catherine Morin ». *L'Évolution Psychiatrique* 81, n° 4, 933-41.

KARCHER, Brigitte, et CHERIKH Faredj, 2015. « Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173, n° 8, 675-80.

KABIR, Russell S., HARAMAKI Yutaka, KI Hyeyoung, et OHNO Hiroyuki, 2018. « Self-Active Relaxation Therapy (SART) and Self-Regulation: A Comprehensive Review and Comparison of the Japanese Body Movement Approach ». *Frontiers in Human Neuroscience* 12.

DE LUCA, M., LOUËT E., et ANDRE J., 2019. « Signe du miroir et adolescence : entre normal et pathologique ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 67, n° 2, 99-105.

BOUTINAUD, Jérôme, et CHABERT Philippe, 2013. « Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel ». *Adolescence* T.31 1, n° 1, 65.

BOUDETTE, Robin, 2006. « Question & Answer: Yoga in the Treatment of Disordered Eating and Body Image Disturbance: How Can the Practice of Yoga Be Helpful in Recovery from an Eating Disorder? » *Eating Disorders* 14, n° 2, 167-70.

ALBINHAC, A.M.H., F.A.M. Jean, et BOUVARD M.P., 2018. « Étude du lien parental dans l'enfance chez les enfants et adolescents avec anorexie mentale ». *L'Encéphale*.

AL-HUSSEINI, Ch. Leila, 2017. « Anorexie et art-thérapie relationnelle ». *Psychosomatique relationnelle* 7, n° 1, 170.

CORCOS, Maurice, et DUPONT Marie-Estelle, 2007. « Approche psychanalytique de l'anorexie mentale ». *Nutrition Clinique et Métabolisme* 21, n° 4, 190-200.

PREVOST-STIMEC Isabelle, JOLLY Marie-Anne, « *Hypnose et thérapies brèves* », p.98.

VERDENAL Virginie, 2002. « *La musique au secours de la thérapeutique* » Thèse, Université Henri-Poincaré, Nancy.

## 2. Sitographie :

Haute Autorité de Santé, juin 2010. Anorexie mentale : prise en charge. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf) (consulté en décembre 2018)

Inserm, juin 2014. Anorexie mentale, un trouble essentiellement féminin, parfois mortel. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale> (consulté en décembre 2018).

## VI – Annexes

1. Trame de questions pour les entretiens
2. Retranscription de l'entretien n°2
3. Questionnaire à l'intention des personnes atteintes d'anorexie mentale
4. Résultats détaillés du questionnaire

## 1. Trame de questions pour les entretiens :

### **Trame de questions pour les entretiens :**

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Avez-vous fait des formations en plus ?
- Avez-vous une approche conceptuelle plutôt centrée sur les TCC ou l'approche psycho-dynamique ?
- Autre ?

#### Dispositif institutionnel

- Dans quels types de structures travaillez-vous ?
- Comment les jeunes filles arrivent-elles en hospitalisations (contrainte, libre, autre) ?

#### Accueil en ergothérapie

- Comment se déroulent vos débuts de prise en charge (les premiers entretiens) avec les patientes anorexiques ?
- Que confient-elles de leur rapport à la maladie et à leurs corps ?

#### Objectifs

- Quels sont vos objectifs thérapeutiques en général avec ce type de patients ? (demander des détails)
- En quoi consiste votre pratique ?

#### Activités psychocorporelles

- Avez-vous déjà effectué des séances de techniques psychocorporelles avec les patients souffrant d'anorexie mentale ?
- Quelles techniques psychocorporelles employez-vous ? -Qu'est-ce qui différencie, selon vous, le choix de cette technique psychocorporelle plutôt qu'une autre ?
- Quels sont, selon vous, les bénéfices de ces techniques sur le court, moyen ou long terme ?

**-Modalités :** En individuel ou en groupe (si oui combien) ? seulement un thérapeute encadrant la séance (si plusieurs qui d'autres ?) ? Durée des séances ? Fréquence des séances ? Les patients sont-ils réticents au début à ce genre de pratiques ? L'expriment-ils (verbalement ou autre) ?

## 2. Retranscription de l'entretien n°2

25/03/19

### Retranscription de l'entretien n°2 avec Mme B, ergothérapeute

**Ergothérapeute :** Oui B ergo bonjour.

*Etudiante :* Oui bonjour c'est Laurie Hafer l'étudiante ergo qui devait vous appeler pour le mémoire.

**Ergothérapeute :** Ah oui d'accord, d'accord ok.

*Etudiante :* Ça va vous êtes disponible ?

**Ergothérapeute :** Euh non dans 10 minutes d'accord, j'avais mis midi 30 dans ma tête.

*Etudiante :* Ah il est midi 5 oui moi j'avais oui bah dans 10 min y'a pas de problème.

**Ergothérapeute :** Ouais d'accord je descends à mon bureau et c'est très bien d'accord.

Alors tu as eu mon numéro de téléphone avec Margot c'est ça ?

*Etudiante :* Euh j'avais eu le numéro de téléphone par mail de, ouais parce-que je lui avais demandé du coup quand on avait prévu le rendez-vous.

**Ergothérapeute :** D'accord ok.

*Etudiante :* Donc voilà donc c'est tout bon ? Vous avez un petit peu de temps devant vous ?

**Ergothérapeute :** Oui j'éternue un coup et c'est bon. Oui j'ai lu la trame du questionnaire.

*Etudiante :* D'accord ok oui, donc est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ? Si vous avez des diplômes en plus que le diplôme d'ergo ?

**Ergothérapeute :** Alors j'ai eu mon diplôme en 86 donc ça fait un moment. J'ai fait 5 ans de psychiatrie dont 3 ans à l'hôpital \* en hôpital de jour, en hôpital de jour adolescent et adulte. Après j'ai travaillé en IME. Tu vois ce que c'est IME ? C'est

*Etudiante :* Oui oui, enfants polyhandicapés

**Ergothérapeute :** Voilà à côté d'Alençon et après j'ai fais 9 ans à l'hôpital du Mans.

*Etudiante :* Oui.

**Ergothérapeute :** En hôpital de jour pour enfants. Ensuite je suis arrivée en Bretagne et en 2003 j'ai commencé à l'hôpital de L où j'ai travaillé en SSR.

*Etudiante :* Ah oui vous avez fait beaucoup de sorte de structure.

**Ergothérapeute :** Oui oui, quand j'ai des stagiaires je leur raconte pleins de choses en général.

*Etudiante :* Oui c'est ça qui est intéressant.

**Ergothérapeute :** Ouais et là depuis 2011 je suis en NCO donc en court séjour.

*Etudiante :* NCO ?

**Ergothérapeute :** En court séjour à l'hôpital à L\*.

*Etudiante :* Ah d'accord ah je ne connaissais pas le terme NCO, d'accord.

**Ergothérapeute :** Non ?

*Etudiante :* Et euh par rapport à votre diplôme vous avez fait des formations en plus du diplôme d'ergothérapeute ?

**Ergothérapeute :** Oui. Euh est ce que tu m'entends bien ? Parce que j'ai l'impression que ça coupe moi.

*Etudiante :* Euh non je vous entends bien.

**Ergothérapeute :** J'ai fait des petites formations de l'ANFE genre formation sur la MCRO, kilhoffner, c'est un truc canadien. Ensuite, formation bilan. J'ai fait deux formations orthèses aussi, j'en ai faite une y'a deux ans et une y'a dix ans aussi parce que les orthèses ça bouge beaucoup hein.

*Etudiante :* Oui c'est vrai.

**Ergothérapeute :** Et j'avais fait une formation de sophrologie avec aussi avec l'ANFE et puis sur les deux dernières années là j'ai préparé en parcours professionnel le diplôme de sophrologue donc je suis ergothérapeute et sophrologue.

*Etudiante :* D'accord ok et le diplôme de sophrologie c'était dans une école à part du coup ?

**Ergothérapeute :** Oui c'était à l'ISR de Rennes, c'était dans le cadre de la formation continue. J'y allais trois jours, trois jours tous les mois et demi environ quoi.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** Je viens d'être diplômée en novembre 2018.

*Etudiante :* Ah et bien félicitations.

**Ergothérapeute :** Ouais, du coup je diminue mon temps de travail à l'hôpital et j'ai ouvert mon cabinet dans la ville où j'habite.

*Etudiante :* Ah oui ok oui pour faire sophrologue à mi-temps en quelque sorte, d'accord. Et donc là le NCO c'est plus de la psychiatrie ou si ?

**Ergothérapeute :** Non euh NCO en fait c'est les gens qui rentrent à l'hôpital. C'est le service de médecine en fait d'obstétrique et le C je ne sais pas à quoi ça correspond.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** M c'est médecine, C chirurgie, C c'est chirurgie et O c'est obstétrique c'est les courts séjours de l'hôpital en fait mais très court séjour hein.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** Donc j'interviens surtout en neurologie où je fais des bilans, pour les gens ayant fait un AVC avant le SSR. Du positionnement, des orthèses et j'interviens aussi en diabète en endocrino ou je prends en charge des anorexiques. Y'a deux lits d'anorexiques. Y'en a que deux parce qu'il faut fermer les toilettes à clefs et tout ça, il faut une chambre un peu particulière on va dire.

*Etudiante :* D'accord oui donc vous en voyez souvent des patientes anorexiques ?

**Ergothérapeute :** Oui j'en en général j'en ai une par semaine, ça dépend. Elles sont hospitalisées assez longtemps les anorexiques parce qu'elles sont ici avant d'aller en psychiatrie, si elles acceptent d'aller en psychiatrie. Elles sont hospitalisées ici lorsque leur poids est très faible qu'elles ont un IMC tu vois ce que c'est l'IMC ?

*Etudiante :* Oui, oui oui.

**Ergothérapeute :** L'indice de masse corporelle est inférieur à 12, elles ne peuvent pas aller en psychiatrie. Il faut qu'il soit supérieur à 12. Donc du coup elles sont hospitalisées en endocrino ou en diabétologie.

*Etudiante :* D'accord et ces jeunes filles là elles arrivent comment en hospitalisation ? C'est par contrainte ou ?

**Ergothérapeute :** Alors soit elles demandent, là la petite jeune que j'ai elle demande, celle que j'ai eu avant.

*Etudiante :* Euh pardon je n'ai pas entendu la fin.

**Ergothérapeute :** Elle a fait un malaise chez elle.

*Etudiante :* Ah oui d'accord oui donc là c'est situation d'urgence quoi.

**Ergothérapeute :** Mais souvent elles font des malaises en fait hein parce qu'elles mangent tellement peu qu'elles font des malaises avec un manque de potassium. Le, le cœur qui s'emballe et elles sont hospitalisées.

*Etudiante :* D'accord et ça arrive aussi que ce soit sur la demande des parents de se faire hospitaliser ?

**Ergothérapeute :** Ouais... ouais mais souvent c'est la jeune fille aussi. Celle que j'ai en ce moment c'est elle qui a demandé. C'est variable en fait oui.

*Etudiante :* Ouais d'accord, oui quand elles se rendent compte de leur de la gravité.

**Ergothérapeute :** Ouais.

*Etudiante :* Et concernant vos débuts de prise en charge ça se passe comment avec les patientes là ?

**Ergothérapeute :** En fait elles ont un contrat quand elles arrivent dans beaucoup de services hein enfin dans beaucoup d'hôpitaux. On prend en charge des anorexiques ailleurs qu'en psychiatrie aussi. Elles ont un contrat en fait en fonction de leur prise de poids et plus elles prennent du poids plus elles ont des autorisations en fait. Par exemple un quart d'heure de téléphone en plus, une sortie euh c'est restriction contre restriction tu vois comme elles sont tout le temps en train de se restreindre et bin les plaisirs sont aussi restreints. Tu vois ce que je veux dire ou pas ?

*Etudiante :* Mmm oui c'est donnant donnant en quelque sorte.

**Ergothérapeute :** Voilà voilà mm.

*Etudiante :* Oui oui j'avais déjà entendu parler des contrats de poids dans des articles.

**Ergothérapeute :** Voilà et dans le contrat il y'a une heure d'ergothérapie dans la semaine et une de psychomotricité et une heure de psychologue. Les séances font partie du contrat en fait.

*Etudiante :* Ah d'accord ok mm et les premiers entretiens ça se passe comment avec elles ? Vous faites des bilans ?

**Ergothérapeute :** Et bien quand elles montent moi je les vois dans leurs chambres une première fois et je leur propose de faire du dessin. C'est ce que je leur propose comme technique euh de médiation.

*Etudiante :* De médiation oui, d'accord.

**Ergothérapeute :** Mais pas n'importe quel dessin hein, c'est du dessin sans couleur avec des crayons noirs et noirs quoi. Et je leur propose de dessiner à partir de sujets sur le thème du schéma corporel et du corps humain.

*Etudiante :* Mm oui pour voir ouais. C'est pour voir au niveau de la dysmorphophobie tout ça ?

**Ergothérapeute :** Voilà voilà, pour travailler sur les volumes, les formes et euh les perspectives tout en y associant du plaisir aussi parce qu'en général elles sont super contentes hein.

*Etudiante :* Oui ça les change.

**Ergothérapeute :** J'essaye en général de faire un dessin à chaque séance. Mais ne pas revenir sur le même dessin la semaine suivante pour qu'elles partent avec quelque chose. On travaille aussi sur l'estime de soi, bah la valorisation parce que lorsqu'elles arrivent en général, quand elles arrivent elles sont hyper déprimées. Elles sont un peu fatiguées, elles sont au bout du rouleau quoi. Elles sont tristes, elles sont un peu renfermées. Mais ça change au niveau de, au cours de l'hospitalisation, parce qu'elles sont souvent hospitalisées deux mois, deux mois et demi le temps de la prise de poids un peu assez suffisante quoi.

*Etudiante :* Ok je vois.

**Ergothérapeute :** Donc je travaille pas mal l'estime de soi et la valorisation pour les premières séances quoi.

*Etudiante :* Ok.

**Ergothérapeute :** Donc faire des choses sans risque d'échec, des choses qui leur font plaisir quoi.

*Etudiante :* Oui pour les valoriser un petit peu, d'accord.

**Ergothérapeute :** Souvent elles ne connaissent pas le dessin, elles découvrent en fait. Je les guide un peu même si elles ne savent pas dessiner je leur dis « bah on va essayer on verra, mais moi je suis là pour vous apprendre ». Je leur apprends, je leur apprends à agrandir au carré, à l'échelle.

*Etudiante :* Ah oui d'accord mmm je vois.

**Ergothérapeute :** Tu vois avec des repères, euh avec des repères au niveau de la feuille quoi. Et les repères en général elles c'est quelque chose qu'elles aiment bien tu sais.

*Etudiante :* Oui c'est, c'est le contrôle en quelque sorte.

**Ergothérapeute :** Ouais ouais mais souvent elles n'ont plus de repères. Elles aimeraient bien en avoir aussi dans l'alimentation parce qu'elles n'ont tellement plus de repères qu'elles ne mangent plus rien quoi. Parce qu'elles n'osent plus rien manger. On les aide un petit peu parce qu'elles n'ont plus les repères.

*Etudiante :* Mmm oui d'accord et elles confient quoi de leur rapport à la maladie et à leur corps ? Dans les premiers temps on va dire.

**Ergothérapeute :** Bah qu'elles sont angoissées quand elles mangent et quand elles voient le plateau arriver. Quand, quand elles mangent, qu'elles sentent la, l'odeur de la cuisine elles ont peur de vraiment de manger quoi, de mettre dans la bouche et d'avaler, d'ingérer des choses quoi.

*Etudiante :* Et par rapport à leurs corps elles se trouvent euh

**Ergothérapeute :** Elles se trouvent grosse hein.

*Etudiante :* Ouais voilà.

**Ergothérapeute :** Ouais.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** Bah certaines ne se regardent plus non plus. Elles se regardent que le visage quoi.

*Etudiante :* C'est dingue quand même, j'ai lu beaucoup de choses là-dessus mais de les prendre en charge ça doit être totalement différent.

**Ergothérapeute :** Ouais, mais moi je trouve que c'est presque une psychose hein parce qu'elles sont tellement, vraiment dans le, elles ont pas conscience quoi.

*Etudiante :* Elles n'ont pas conscience de leurs maladies ?

**Ergothérapeute :** Certaines non, si mais de leur corps, de leur schéma corporel tu vois. C'est dans le sens-là que je dis que c'est proche de la psychose. Quand tu as une fille qui fait 29 kilos et qui mesure 1m65 euh

*Etudiante :* Oui et qui se trouve encore beaucoup trop grosse.

**Ergothérapeute :** Bah ouais, bah ouais.

*Etudiante :* Oui c'est oui, perturbant comme pathologie mais c'est pour ça que je la trouve tellement intéressante.

**Ergothérapeute :** Oui, oui, oui.

*Etudiante :* Et pour les objectifs thérapeutiques que vous avez avec elle, c'est par rapport ? Enfin c'est quoi vos objectifs ?

**Ergothérapeute :** Par rapport à l'estime de soi et puis euh la valorisation, la confiance, la gestion des angoisses aussi. Parce qu'elles sont angoissées quand elles euh bah quand elles mangent quoi. Donc je leur apprends à se détendre quoi, à trouver un moyen dans la semaine ou dans leurs vies de se détendre quoi, par exemple en faisant du dessin. J'en ai beaucoup après, qui font, qui ont repris le dessin en sortant à l'extérieur parce qu'elles cherchent aussi elles une activité qui leur permettrait de se défouler ou de passer à autre chose parce qu'elles pensent tout le temps à leurs kilos, à leurs repas, à leurs poids, c'est obsessionnel quoi.

*Etudiante :* Oui totalement et ça permet enfin ça leur permet aussi de se relâcher, de passer par différentes médiations comme ça oui c'est sur.

**Ergothérapeute :** Oui.

*Etudiante :* Et du coup c'est une question un peu plus globale mais pour les objectifs, là on va dire, enfin c'est pas bien de dire ça comme ça. Mais on va dire purement ergo dans la vie quotidienne, dans ce qui est des soins personnels tout ça, c'est quoi vos objectifs par rapport à ça ?

**Ergothérapeute :** Par rapport aux soins personnels c'est plus sur le ressenti mais ça ce n'est pas ergo c'est plutôt sophro hein, c'est ressentir leurs sensations corporelles euh ça peut être la faim et la satiété, l'estomac vide et l'estomac plein, des choses comme ça.

*Etudiante :* Oui d'accord et pour objectif purement ergo ?

**Ergothérapeute :** Euh bah s'occuper de leurs corps. Prendre soin par rapport à l'esthétique aussi parce qu'il y'en a qui se néglige quand même. Apporter euh bah du plaisir euh par, comment, pas les artifices mais comment, en prenant soin par rapport à l'habillement la toilette...

*Etudiante :* Oui être une peu coquette oui.

**Ergothérapeute :** Oui la mise en beauté un peu quoi.

*Etudiante* : Ouais d'accord. Oui parce que j'avais déjà fait des entretiens avec des psychomotriciennes du coup. Et bah dans mon mémoire je compte bien développer l'idée d'un ergo qui peut faire ça parce que ça a un impact sur la vie quotidienne, forcément sur l'alimentation, mais aussi sur, beaucoup l'estime de soi et tout ça. Mais c'est difficile à justifier.

**Ergothérapeute** : Aimer leurs corps quoi.

*Etudiante* : Oui.

**Ergothérapeute** : Qu'il soit maigre ou gros et puis s'aimer même tout court quoi. Et puis ses défauts ses qualités euh

*Etudiante* : Oui c'est important.

**Ergothérapeute** : Mais là on est un peu sur la valorisation, mais euh tout ça c'est lié de toute façon.

*Etudiante* : Oui, oui c'est évident oui et euh

**Ergothérapeute** : Et aussi, je travaille sur l'autonomie. Tu vois l'autonomie par rapport à la séparation avec les, la maman souvent.

*Etudiante* : Ah oui les relations familiales.

**Ergothérapeute** : Ouais c'est des filles qui ne sont pas très autonomes hein, qui font tout avec maman quoi, souvent hein. Qui ont du mal aussi à quitter le foyer familial, qui angoisse un peu à l'idée d'être en post bac et quitter la famille.

*Etudiante* : Même un peu surprotégée.

**Ergothérapeute** : Tu vois donc le dessin tu vois, ça peut être en lien avec justement l'autonomie. Faire quelque chose toute seule, décider de ce que je veux faire, de ce qui me plaît toute seule quoi. Réussir à faire quelque chose tout seul.

*Etudiante* : Oui les parents sont souvent surprotecteurs aussi.

**Ergothérapeute** : Ouais parce que quand je fais un dessin par exemple, je les vois, je les vois 8 fois pendant deux mois. Une fois par semaine. Au début je les encadre et ensuite je les lâche un peu quoi. Je les laisse faire préparer les repères tout seul, faire les ombres tout seul tu vois. Dans ma démarche, elle est aussi projective par rapport à ma présence à moi. Dans, pendant la séance...

*Etudiante* : Oui, oui pour qu'elles se sentent capable.

**Ergothérapeute** : Voilà pour qu'elles prennent confiance en elles et qu'elles assurent entre guillemets quoi. Et c'est vrai qu'elles gagnent souvent par rapport à ça. Elles se sentent plus fortes, plus autonomes et plus confiantes. Donc si elles le sont en ergo elles le seront aussi à l'extérieur tu vois.

*Etudiante* : Oui d'accord et là vous me parlez de dessin, est-ce que vous effectuez aussi des, parce que moi je m'axe là-dessus dans mon mémoire, des séances de techniques psychocorporelles ?

**Ergothérapeute** : Bah c'est la sophro.

*Etudiante* : Oui.

**Ergothérapeute** : La sophro c'est psychocorporel hein, c'est des exercices de motricité, de relaxation, de contraction de certains groupes musculaires.

*Etudiante* : D'accord ah oui donc vous faites ça aussi avec.

**Ergothérapeute** : Et le ressenti les yeux fermés, le ressenti avec une lecture du corps, c'est ce qu'on appelle une lecture du corps en général. Ça commence comme ça, une lecture des ressentis, ça va de la tête jusqu'aux pieds et puis après des exercices des mouvements. Et après des évocations, des visualisations de quelque chose de positif, d'agréable. On recherche du plaisir autre qu'en passant par le fait de manger ou de ne pas manger.

*Etudiante* : Ouais d'accord, oui j'avais déjà eu l'occasion d'en faire avec euh avec des personnes alcooliques, de la sophrologie, dans mes anciens stages. Du coup oui c'est sûr que c'est intéressant mais nous on avait juste fait le versant visualisation.

**Ergothérapeute** : Ouais d'accord.

*Etudiante* : Et du coup dans, vous, vous faites aussi des mouvements alors avec elles ?

**Ergothérapeute** : Oui normalement en sophro y'a toujours des mouvements. En sophro, si on fait toute une vraie séance, ça commence toujours par une lecture du corps les yeux fermés. Puis arriver déjà à un certain relâchement. Après il y'a des exercices respiratoires pour favoriser l'expiration, qui ramène encore plus de relâchement. Et après on propose des exercices des cinq régions corporelles, de la tête et du visage, des bras du torse. C'est des exercices qui sont un peu symboliques.

*Etudiante* : D'accord.

**Ergothérapeute** : Et y'en a certains qui sont en lien avec le lâcher prise, d'autres avec le dire non, le dire oui.

*Etudiante* : Pour s'affirmer.

**Ergothérapeute** : Voilà pour corporaliser tout ça quoi, toutes les émotions. Et euh, et en fin d'exercice la troisième partie c'est l'évocation ou la visualisation de quelque chose de positif, d'agréable soit dans le présent soit dans le passé pour faire ressortir des ressources du passé qui sont un peu oubliées ou soit dans le futur pour préparer à un futur positif et agréable quoi.

*Etudiante* : Ah oui d'accord ouais.

**Ergothérapeute :** Pour faire un examen, une épreuve. Ça peut être préparer un repas hein, parce que je m'occupe aussi de patients atteints d'obésité et je fais souvent ça, des futurisations. Donc en évocation de prendre un repas sain et bon, équilibré avec du vert, des crudités, des machins. Mais ça je le fais pas avec les anorexiques hein je le fais avec les patients obèses.

*Etudiante :* Oui bon ça avec les anorexiques ça va être source d'angoisse je pense.

**Ergothérapeute :** Moi je, moi je n'ai pas envie de le faire, je préfère faire juste m'arrêter à des ressentis pour qu'ils puissent travailler sur leurs faims et, et leurs satiétés. Et avec des choses agréables qui ne sont pas en lien avec, enfin plutôt en lien avec le sport ou quelque chose de créatif ou la musique ou euh

*Etudiante :* Oui et je pense que ça vient après, oui trouver une substitution en fait.

**Ergothérapeute :** Oui, oui, plutôt ouais, ouais.

*Etudiante :* D'accord et euh selon vous qu'est ce qui différencie le choix de la sophrologie plutôt qu'une autre ?

**Ergothérapeute :** Euh avec les patients anorexiques ?

*Etudiante :* Oui.

**Ergothérapeute :** Je pense plutôt par l'ergo. Je commence plutôt par l'ergothérapie, avec le dessin.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** Ouais parce que je travaille un champ plus, plus large en fait parce que c'est une technique manuelle qu'elles peuvent investir toute seule après dans leurs chambres. Alors que la sophro, elles sont difficilement autonomes.

*Etudiante :* Mmm oui d'accord.

**Ergothérapeute :** Faut plutôt être accompagné quoi.

*Etudiante :* Ouais.

**Ergothérapeute :** Parce que j'aurais peur qu'elles fassent toutes seules. Je ne voudrais pas même, j'aurais peur qu'elles le fassent mal tu vois.

*Etudiante :* Oui parce que

**Ergothérapeute :** Parce que desfois quand, on peut demander à n'importe qui tu vois, à quelqu'un de poser l'attention sur ta respiration abdominale bah ce n'est pas évident hein tu vois.

*Etudiante :* Ah oui, non c'est sûr que ce n'est vraiment pas évident, ce n'est pas instinctif. Oui c'est transférable dans la vie quotidienne plus facilement en tout cas que la sophrologie, c'est sûr.

**Ergothérapeute :** Oui, oui.

*Etudiante :* Parce que y'a aussi certains ergo ou psychomots d'ailleurs qui font, euh qui font tout ce qui est Qi Gong yoga aussi comme techniques psychocorporelles. Du coup je comptais bah dans mon mémoire, c'était un peu flou là-dessus parce que j'aimerais parler de relaxation dynamique, pas le simple fait d'avoir une visualisation et d'être couché. Je voulais vraiment la notion de mouvement dedans et des mouvements qui peuvent aussi être transférables ensuite on va dire.

**Ergothérapeute :** Bah oui bah tu vois là aussi c'est de la relaxation dynamique comme tu dis.

*Etudiante :* Oui, oui, oui c'est vraiment ça je trouve que

**Ergothérapeute :** Avec une psychomot parce que la psychomot elle prend aussi les anorexiques en charge. Elle, elle propose des exercices plutôt, pour qu'on se mette d'accord l'une et l'autre, euh sur le toucher quoi tu vois. Elle leur demande de se toucher en se mettant des crèmes elle travaille plus sur le tactile.

*Etudiante :* Ouais des automassages tout ça.

**Ergothérapeute :** Oui.

*Etudiante :* D'accord.

**Ergothérapeute :** Et concernant les bénéfices que ce soit sur le court, moyen et long terme euh vous, vous pensez que y'a quoi comme genre de bénéfice ?

*Etudiante :* Bah la réintégration du schéma corporel ça c'est ça, ça leur fait du bien par rapport au dessin la, ouais.

**Ergothérapeute :** Et par rapport à la sophrologie ?

*Etudiante :* Pareil.

**Ergothérapeute :** Ouais la réintégration d'un schéma corporel positif on va dire quoi.

*Etudiante :* Oui et pas déformé oui.

**Ergothérapeute :** Oui avec plus l'envie de prendre soin, d'investir le corps quoi. Oui plus de plaisir on va dire. De moins se faire du mal parce qu'elles se font du mal même si elles ont du plaisir à avoir faim, elles savent bien qu'elles se font du mal aussi en perdant du poids quoi. Elles savent bien hein qu'elles ont des carences et qu'elles peuvent aller en réa du jour au lendemain elles le savent.

*Etudiante :* Oui, oui mais bon ouais le contrôle est plus important à garder on va dire.

**Ergothérapeute :** Mmm tout à fait ouais.

*Etudiante :* D'accord et euh pour vos séances c'est des, que des séances individuelles ou en groupe aussi ?

**Ergothérapeute :** Oui, oui individuel oui.

*Etudiante :* Ok individuel oui et vous êtes la seule thérapeute dans la pièce avec elle du coup ?

**Ergothérapeute :** Oui, oui.

*Etudiante* : D'accord.

**Ergothérapeute** : Après, parce qu'elles ne parlent pas beaucoup quand elles dessinent parce qu'il faut qu'elles soient concentrées. En fait on parle surtout avant. Et puis elles parlent après et puis desfois au milieu je fais une pause aussi parce que desfois elles ont peur de rater, elles se sentent mal tout ça. Elles ont plus besoin de mon aide, elles ont dit « ouais mais la si je mets un peu trop de noir ça va être raté j'ose pas et tout parce que c'est bien comme ça j'ai pas envie d'aller plus loin », donc je pousse un peu à aller plus loin puis on parle un peu de comment gérer l'angoisse du coup quoi.

*Etudiante* : Oui je vois d'accord. Et pour la durée et la fréquence du coup vous m'aviez dit deux mois donc 8 séances ?

**Ergothérapeute** : Ouais une séance par semaine d'une heure et demie environ.

*Etudiante* : Une heure et demie d'accord ouais. Ah oui c'est beaucoup quand même.

**Ergothérapeute** : Bah celle de la semaine dernière elle est restée deux heures parce qu'elle n'était pas fatiguée. Euh et puis elle se sentait bien et puis euh voilà, je lui ai proposé de faire un petit truc en plus.

*Etudiante* : D'accord.

**Ergothérapeute** : Du coup, ça fait qu'on a travaillé sur les lèvres, la bouche et je lui ai appris à faire un sourire. Enfin une bouche qui sourit quoi. C'est elle qui a choisi la bouche et puis on a travaillé sur le volume des lèvres, la profondeur de la bouche en mettant du noir sur la, à l'intérieur entre les deux dents. On a travaillé voilà sur la bouche quoi et, et jeudi prochain on va faire un visage de, d'enfant.

*Etudiante* : Ah oui mm d'accord et par rapport euh par rapport aux séances de sophrologie, c'est combien de temps en général ?

**Ergothérapeute** : Bah sophrologie c'est un petit peu moins long, c'est 45minutes ouais.

*Etudiante* : D'accord et toujours en individuel pour la sophro ?

**Ergothérapeute** : Ouais, mais elles sont fatiguées physiquement les filles donc ce n'est pas trop l'histoire de sophro. Parce qu'il faut aussi se concentrer sur des récupérations, des contractions, des relâchements. Une heure et demie de sophro ce serait trop long.

*Etudiante* : Oui ça demande trop d'attention ouais. Et est ce qu'elles sont réticentes au début, à ce genre de pratiques ? La pratique de la sophrologie ou

**Ergothérapeute** : Alors non, mais je ne fais pas beaucoup de sophro avec les anorexiques hein je fais surtout du dessin quand même hein 80% je fais du dessin.

*Etudiante* : Et par rapport au dessin elles ne sont pas réticentes ?

**Ergothérapeute** : Non.

*Etudiante* : Le fait de, de projeter en quelque sorte le ressenti tout ça.

**Ergothérapeute** : Non, non.

*Etudiante* : D'accord, donc ça va ok et c'est que

**Ergothérapeute** : Et certaines. Oh pardon

*Etudiante* : Oui non allez-y.

**Ergothérapeute** : Certaines, je propose la sophro quand je les ai déjà vu parce que desfois je les revois un an plus tard ou je les ai déjà vu y'a deux ans donc

*Etudiante* : Ah oui d'accord.

**Ergothérapeute** : Ouais y'en a qui sont réhospitalisés malheureusement hein.

*Etudiante* : Oui des rechutes.

**Ergothérapeute** : Oui donc c'est là qu'éventuellement je peux partir sur de la sophro du coup. Pour partir sur autre chose, pour pas que l'hospitalisation soit la même quoi.

*Etudiante* : Oui pour pas que ce soit redondant mm d'accord. Et c'est que des jeunes femmes qui viennent ou y'a aussi des hommes anorexiques ?

**Ergothérapeute** : Ouais non j'en ai rarement vu hein, j'en ai vu y'a longtemps mais pas trop non.

*Etudiante* : Ouais parce que ça fait un peu, enfin ce n'est pas que ça fait polémique mais y'a différents avis.

Certains pensent que l'anorexie chez les hommes n'existeraient pas et que ce serait justement plus une psychose.

**Ergothérapeute** : Ouais bah oui parce que j'en ai vu une fois chez un jeune homme et en fait lui c'est parce qu'il ne supportait pas, il supportait de manger que des éléments naturels vraiment naturel qu'il avait été cueillir, ramassé dans son jardin. Il faisait un peu une phobie quoi, de tout ce qui était euh cueilli ou ramassé par les autres c'est une espèce de phobie ouais. Sans compter que tout ce qui était industriel ce n'était même pas la peine hein

*Etudiante* : Ah oui d'accord c'est presque de l'orthorexie la en fait.

**Ergothérapeute** : Oui, oui et puis il a une phobie du toucher aussi par rapport à l'aliment quoi, toucher de l'aliment par quelqu'un d'autre.

*Etudiante* : Mmm, ah oui ça c'est oui, c'est oui c'est une forme de psychose je pense.

**Ergothérapeute** : Oui, oui.

*Etudiante* : Mmm c'est dingue, d'accord bon bah écoutez pour les questions moi c'est tout bon hein.

**Ergothérapeute** : D'accord.

*Etudiante* : Merci de vos réponses, ça m'aide beaucoup, j'ai trouvé beaucoup de psychomotriciens qui font ce genre de techniques avec les patientes anorexiques mais les ergos j'ai eu un peu plus de mal.

**Ergothérapeute** : Ouais.

*Etudiante* : Bah vous êtes la deuxième du coup que je trouve.

**Ergothérapeute** : D'accord ok, ok bah y'a pas beaucoup de centres hein déjà qui prennent en charge les anorexiques.

*Etudiante* : Oui déjà et en plus des ergothérapeutes qui travaillent avec elles, et en plus des techniques psychocorporelles ça réduit encore.

**Ergothérapeute** : Ouais, ouais sinon par rapport à la technique euh tu sais psychodynamique aussi, je fais de l'écoute active de Karl Rogers. Tu connais ou pas ?

*Etudiante* : Oui euh Karl Rogers c'est tout ce qui est mouvement humaniste tout ça ?

**Ergothérapeute** : Oui voilà voilà donc c'est un peu ma, ma manière de dialoguer quand je les accueille et quand on parle de leurs dessins quoi. Oui c'est de l'écoute active pour leur permettre de se libérer et de dire des choses euh voilà des choses qui viennent telles quelles sont, sans interpréter, sans jugement sans poser trop de questions mais essayer plutôt dans la reformulation quoi.

*Etudiante* : Oui d'accord.

**Ergothérapeute** : Pour permettre des prises de conscience.

*Etudiante* : Ça doit être efficace.

**Ergothérapeute** : Ouais voilà.

*Etudiante* : Et bien merci beaucoup.

**Ergothérapeute** : Oui mais y'a pas de quoi.

*Etudiante* : Oui, je vous souhaite une bonne journée.

**Ergothérapeute** : D'accord merci, au revoir.

*Etudiante* : Au revoir.

### 3. Questionnaire à l'intention des personnes atteintes d'anorexie mentale

## Image corporelle et estime de soi des personnes souffrant d'anorexie mentale

Bonjour,

Etudiante en dernière année d'ergothérapie, je suis amenée à rédiger un mémoire d'initiation à la recherche. Mon sujet repose sur l'intérêt des techniques non médicamenteuses afin d'améliorer l'estime de soi et l'image du corps de personnes souffrant d'anorexie mentale. J'ai donc créé ce questionnaire destiné à toutes personnes souffrant de ce trouble.  
Je vous remercie d'avance de votre collaboration.

Quel âge avez-vous? \*

Réponse courte

Quel est votre sexe? \*

Femme

Homme

A quel âge avez-vous commencé à développer des troubles du comportement alimentaire ? \*

Réponse courte

⋮

De quel type d'anorexie mentale souffrez-vous ? \*

Restrictif (sous alimentation et hyperactivité physique)

Purgatif (crises de boulimie suivie de vomissements ou prise de laxatifs/diurétiques)

Quelles peuvent être les causes de votre anorexie mentale selon vous? \*

Critique des autres

Problèmes familiaux

Impact des médias et des réseaux sociaux

Mauvaise estime de soi

Autre...

Que ressentez-vous de positif par rapport à votre corps ? \*

Réponse longue

---

⋮

Que ressentez-vous de négatif par rapport à votre corps ? \*

Réponse longue

---

Pensez-vous avoir une estime suffisante de vous-même ? \*

Oui

Non

Qu'est ce qui, selon vous, pourrait vous aider à vous aimer physiquement ? \*

Réponse longue

---

Qu'est ce qui, selon vous, pourrait vous aider à vous aimer mentalement ? \*

Réponse longue

---

⋮

Avez-vous déjà été hospitalisé ? \*

Oui

Non

Si oui, était-ce ?

Hospitalisation de jour

Hospitalisation à temps plein

Sous la demande d'un tiers

Avez-vous déjà effectué des séances avec un ergothérapeute ? \*

- Oui
- Non

Si oui, qu'avez-vous fait avec lui ?

Réponse longue

---

Au cours de votre prise en soin, avez-vous effectué des ateliers de thérapies non médicamenteuses (peinture, argile, dessin, relaxation, sophrologie, tai chi, auto-massage....) ? \*

- Oui
- Non

⋮

Si oui, quels types de techniques ?

- Peinture
- Argile
- Dessin
- Auto-massage
- Relaxation
- Sophrologie
- Tai-chi
- Autre...

...

Quels professionnels encadreraient ces ateliers ?

- Ergothérapeute
- Psychomotricienne
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Autre...

Qu'avez-vous pensé de ces ateliers ? (au niveau corporel et concernant la revalorisation de soi)

Réponse longue

---

Quels étaient vos ressentis au début et à la fin des séances ?

Réponse longue

---

Pensez-vous que ce genre de techniques est utile pour la guérison de l'anorexie mentale ?

\*

Réponse longue

---

Quelles méthodes/thérapies pourraient, selon vous, aider à soigner l'anorexie mentale ?

\*

Réponse longue

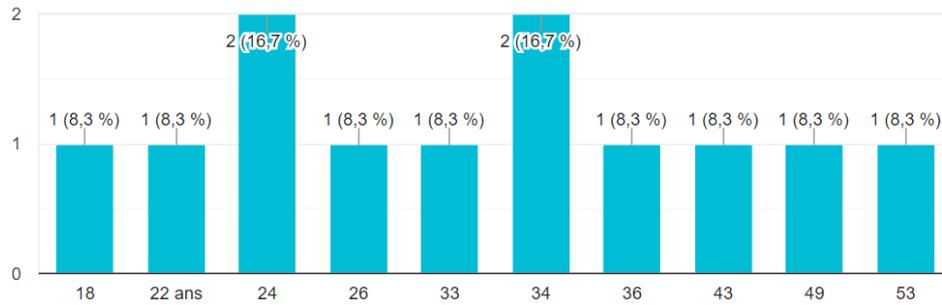
---

## 4. Résultats détaillés du questionnaire

### Quel âge avez-vous?

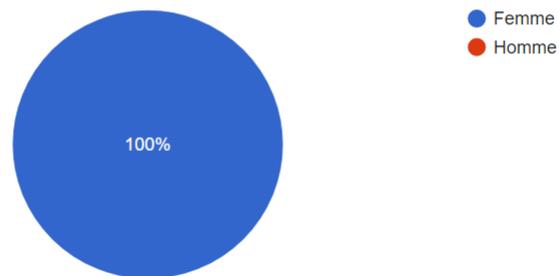


12 réponses



### Quel est votre sexe?

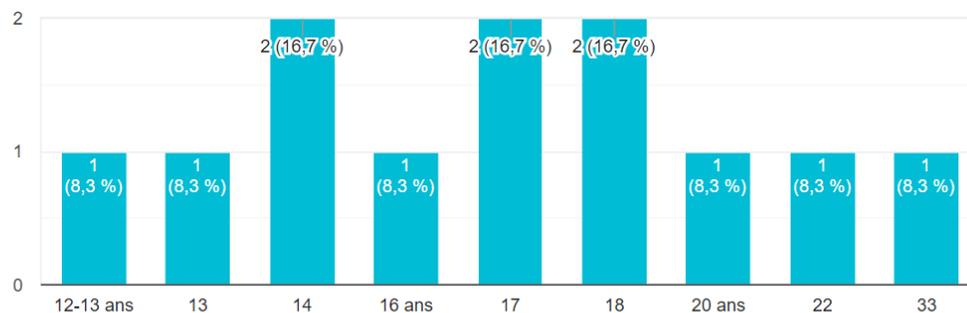
12 réponses



### A quel âge avez-vous commencé à développer des troubles du comportement alimentaire ?



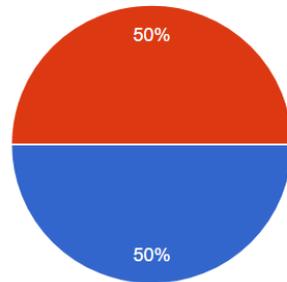
12 réponses



## De quel type d'anorexie mentale souffrez-vous ?



12 réponses

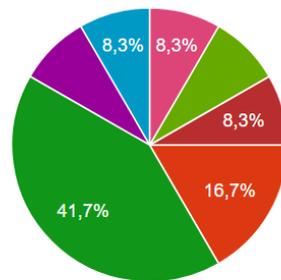


- Restrictif (sous alimentation et hyperactivité physique)
- Purgatif (crises de boulimie suivie de vomissements ou prise de laxatifs/diurétiques)

## Quelles peuvent être les causes de votre anorexie mentale selon vous ?



12 réponses



- Critique des autres
- Problèmes familiaux
- Impact des médias et des réseaux sociaux
- Mauvaise estime de soi
- Ma vie / agressions
- Problème de santé
- Un peu tout à la fois
- Harcèlement subi pendant l'enfance
- Ma mere est obcedee de la bouffe

## Que ressentez-vous de positif par rapport à votre corps ?

12 réponses

Rien
Rien
Le progrès de la perte de poids. Je ne me trouve pas mieux qu'avant mais j'ai perdu 50lbs
J ai le monopole sur la nourriture
De voir ces os
Je n'ai pas de réponses à cette question
Sentir mes os
Sa force vitale
Je ne suis pas grosse

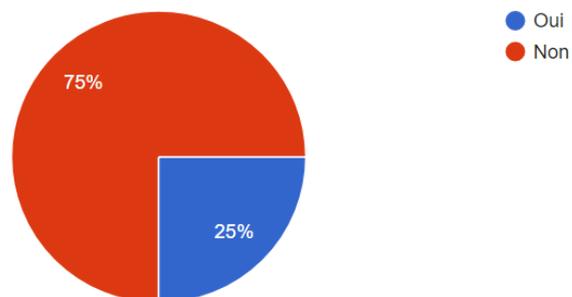
## Que ressentez-vous de négatif par rapport à votre corps ?

12 réponses

Tout
Trop de chose. Un mot, du dégoût
Me vois grosse, difficultés à digérer
Grosse
Le trop de graisse
Je me trouve très grosse
Je suis grosse
Mes cuisses et mon ventre sont trop gros et j'ai un double menton
Trop de choses.
Il me gêne
Trop grosse
Je n arrive pas a vivre à mon corps

## Pensez-vous avoir une estime suffisante de vous-même ?

12 réponses



## Qu'est ce qui, selon vous, pourrait vous aider à vous aimer physiquement ?

12 réponses

Maigrir
Être transparente
Être enfin mince comme je le veux
Être plus muscler, des massages
Le regard des autres
De perdre encore du poids
Perdre encore du poids
Des vrai preuves que je ne suis pas aussi moche, grosse etc...
Un très bonne naturopathe
Regard des autres moins dur
Je ne sais pas

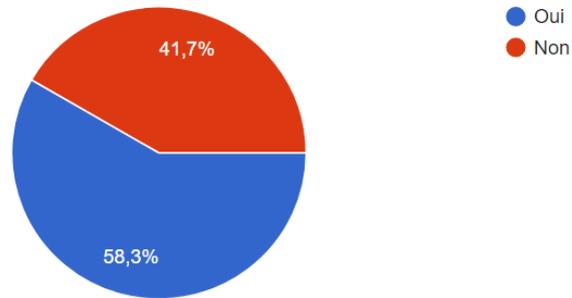
## Qu'est ce qui, selon vous, pourrait vous aider à vous aimer mentalement ?

12 réponses

Être parfaite
Que je cesse de vouloir tout contrôler. La vie serait tellement plus facile.
Je ne sais pas
Je ne sais pas
La liberté, ne plus avoir de problèmes, être seraine, et que ma dépression disparaisse, et surtout resavoir m occuper de mon fils Car la je suis trop faible
Je ne comprends pas la question
Changer
Me sentir soutenue, aimé et aidé
Je m'aime déjà mentalement.
Une très bonne psychologue, spécialisée en Tca
C
La réussite de mes projets

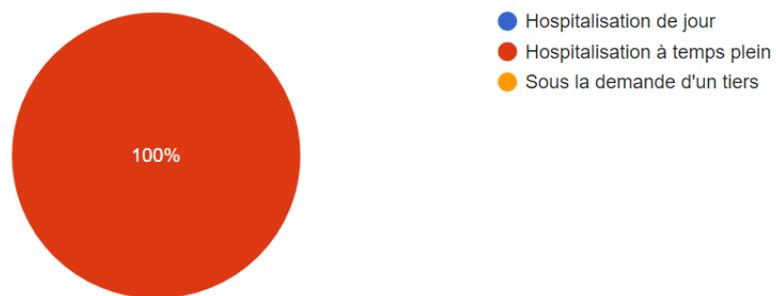
### Avez-vous déjà été hospitalisé ?

12 réponses



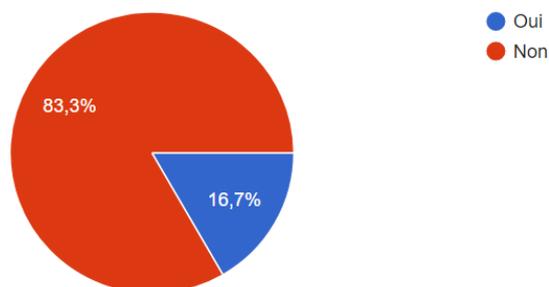
### Si oui, était-ce ?

7 réponses



### Avez-vous déjà effectué des séances avec un ergothérapeute ?

12 réponses



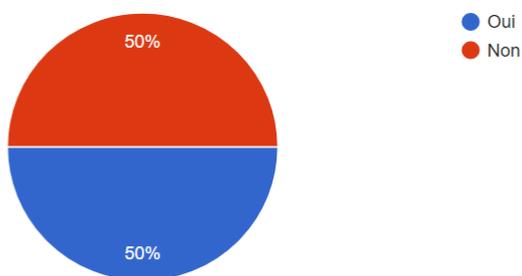
## Si oui, qu'avez-vous fait avec lui ?

2 réponses

Différentes activités manuelles et de réflexion
Travail des mains suite à une tétraplégie

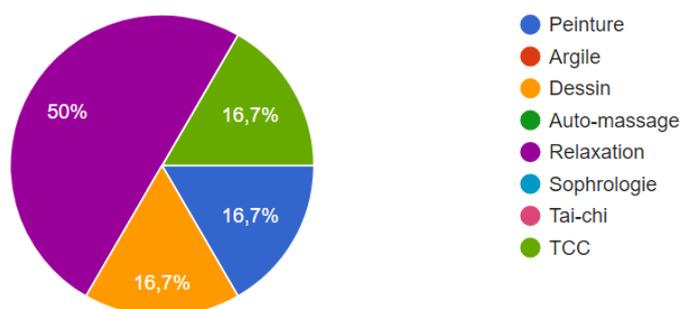
## Au cours de votre prise en soin, avez-vous effectué des ateliers de thérapies non médicamenteuses (peinture, argile, dessin, relaxation, sophrologie, tai chi, auto-massage....) ?

12 réponses



## Si oui, quels types de techniques ?

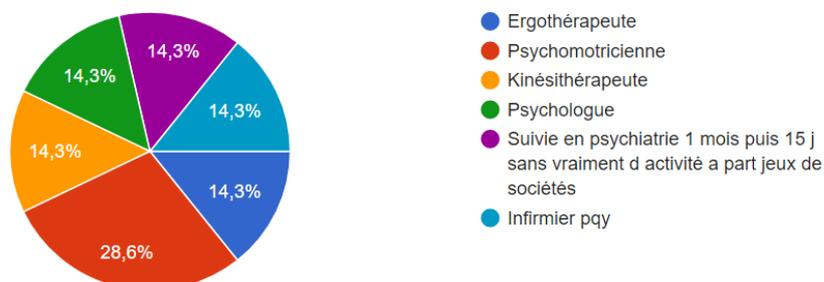
6 réponses



## Quels professionnels encadraient ces ateliers ?



7 réponses



## Qu'avez-vous pensé de ces ateliers ? (au niveau corporel et concernant la revalorisation de soi)

7 réponses

Peu aidant
Cela m'a fait du bien
Rien
Difficile car ça me demandais beaucoup de réflexion au niveau de mon regard sur mon corps
Très positif
M'ont aidé à me relaxer
Je me suis découverte des qualités créatives

## Quels étaient vos ressentis au début et à la fin des séances ?

6 réponses

Début : je n'y arriverai pas Fin : trop fière de moi
Rien
Soucieuse en début de séance et Épuisée en fin de séance
Toujours beaucoup moins angoissée après les séances
Début angoisse fin relaxée
Je me sentais bien

## Pensez-vous que ce genre de techniques est utile pour la guérison de l'anorexie mentale ?

12 réponses

Non
Oui
Oui
Possible
Je crois ?
Je pense oui
Non, ce n'était pas une hospice pour ça, l'anorexie s'est déclenchée la bas
Je ne pense pas, ou alors seulement à court terme c'est à dire pendant la séance mais je pense que les pensées rattraperaient très vite ce temps

## Quelles méthodes/thérapies pourraient, selon vous, aider à soigner l'anorexie mentale ?

12 réponses

Clairement des séances visant à augmenter la confiance en soi. Oui trouver les causes de l'anorexie, mais pas trop gratter la blessure non plus car sinon ça fait encore plus mal.
La psychomotricité
Tout ce qui est manuel, la lecture, l'écriture etc
Aucune idée... nous laisser avoir le déclic
Peut-être l'hypnose
On doit avoir un déclic seule
La méditation autour du développement personnel, la prise de conscience... ce qui serait en complément d'un suivi psychiatrique évidemment.
Une équipe spécialisée en Tca, avec psychologue, diététicien... Je me permets de mentionner l'association SOS Anor à Paris.
Hypnose
Psychanalyser notre gouvernement ! L'hypnose que je vais essayer

**PROMOTION :** 2016 - 2019

**NOM PRENOM :** HAFER Laurie

**TITRE :** Les bienfaits des techniques sensorielles et corporelles sur la conscience et l'estime de soi dans l'anorexie mentale

**RESUME :**

L'anorexie mentale, faisant partie des troubles du comportement alimentaire, est caractérisée par une forte restriction alimentaire. Les jeunes femmes atteintes de cette pathologie ont également une dysmorphophobie importante, une insatisfaction corporelle élevée et une faible estime d'elles-mêmes. La prise en charge de cette pathologie est pluridisciplinaire et s'axe principalement sur le corps, la perception de ce dernier et l'image inconsciente du corps. En plus de thérapies médicamenteuses et d'une prise en charge psychothérapique, de nombreuses thérapies complémentaires s'avèrent être utile pour cette pathologie.

Le but de cette étude est de justifier les bienfaits de pratiques non médicamenteuses centrées sur les sens et le corps pour les personnes souffrant d'anorexie mentale.

Afin de justifier cette étude, des entretiens ont été effectués auprès d'ergothérapeutes et de psychomotriciens qualifiés dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Un questionnaire à l'intention des jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale a également été un outil dans cette étude et nous a permis de recenser douze réponses. Les résultats de cette méthodologie ont permis de confirmer les bénéfices des techniques corporelles et sensorielles dans la perception du corps et de l'image du corps dans l'anorexie mentale.

**MOTS CLEFS :** Anorexie mentale, techniques corporelles et sensorielles, estime de soi, image du corps

**TITLE :** The benefits of Sensory and Body Techniques on Consciousness and Self-Esteem in Anorexia Nervosa

**ABSTRACT :**

Anorexia nervosa, part of eating disorders, is characterized by a strong food restriction. Young women with this condition also have significant dysmorphophobia, high body dissatisfaction and low self-esteem. The management of this pathology is multidisciplinary and focuses mainly on the body, the perception of the body and its unconscious image. In addition to drug therapies and psychotherapeutic care, many complementary therapies prove to be useful for this pathology.

The purpose of this study is to justify the benefits of non-drug centered and sensory-oriented practices for people with anorexia nervosa.

Consequently, interviews were conducted with occupational therapists and psychomotor specialists qualified in the field of eating disorders. A questionnaire for young women with anorexia nervosa was also a tool in this study and allowed us to collect twelve responses.

The results of this methodology have confirmed the benefits of body and sensory techniques in the perception of body and body image in anorexia nervosa.

**KEY WORDS :** Anorexia nervosa, Body and sensory techniques, Self-esteem, Body image

**MAITRE DE MEMOIRE :** Sous la direction de Muriel Launois