

Institut de Formation en Ergothérapie

2017–2020

L'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale dans leur processus de rétablissement :

l'intervention de l'ergothérapeute à travers le MOH

Sous la direction de : Monsieur Dutripon Olivier

Laura THIOUST

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL**

**L'accompagnement des personnes
atteintes d'anorexie mentale dans leur
processus de rétablissement :**

l'intervention de l'ergothérapeute à travers le MOH

UE 5.4 S6

Mémoire présenté par Laura THIOUST en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE LAVAL

Je soussignée, THIOUST Laura, déclare sur l'honneur que ce mémoire, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute est le résultat d'un travail original et personnel.

Je sais que le plagiat de documents représente une violation des droits d'auteurs et que cela est passible de sanction.

Je n'ai ni copié, ni utilisé des parties de documents sous tous types de formats sans en préciser l'auteur.
Toutes les sources d'informations ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Laura THIOUST

Fait à Laval

Le 17/05/2020



Sommaire

A. INTRODUCTION.....	1
B. PROBLEMATISATION.....	2
I- Le fonctionnement de l'anorexie mentale.....	2
II- La prise en soins de la personne atteinte d'anorexie mentale.....	5
III- Le point de vue des professionnels de santé.....	7
IV- Le parcours de la personne atteinte d'anorexie mentale pendant l'hospitalisation.....	9
V- Le rapport de la personne atteinte d'anorexie mentale à l'activité.....	10
VI- Formulation d'une problématique.....	12
C. CADRE THEORIQUE.....	13
I- L'anorexie mentale.....	13
1) Définition.....	13
2) Epidémiologie.....	13
3) Etiologie.....	13
4) Sémiologie.....	14
5) Evolution de la maladie.....	15
II- Le rétablissement.....	15
III- L'ergothérapeute et l'activité.....	18
1) Ergothérapie.....	18
2) L'activité.....	19
3) Lien entre activité et santé.....	20
4) L'équilibre occupationnel.....	20
IV- Le Modèle de l'Occupation Humaine.....	22
1) Le concept.....	22
2) L'être.....	23
3) L'environnement.....	24
4) L'agir.....	25
5) Le devenir.....	25
6) L'application.....	26
V- Formulation des hypothèses.....	27
D. RECUEIL DE DONNEES.....	27
I- Méthode d'exploration.....	27
II- La population ciblée.....	28
III- L'outil de collecte : la grille d'entretien.....	28
IV- La méthode d'échantillonnage.....	29

V-	Déroulé de l'entretien.....	31
E.	ANALYSE DES RESULTATS.....	32
I-	L'être.....	32
1)	L'habituatation.....	32
2)	La volition.....	33
3)	Capacités de rendement.....	34
II-	L'agir.....	34
1)	Les habiletés.....	34
2)	Rendement occupationnel.....	35
3)	Participation.....	36
III-	L'environnement.....	37
1)	Le rapport avec la famille.....	37
2)	Le rapport à la société.....	38
IV-	Devenir.....	38
1)	Identité occupationnelle.....	38
2)	Adaptation occupationnelle.....	39
V-	L'équilibre occupationnel.....	40
1)	Comment évolue l'équilibre occupationnel ?	40
2)	Quels sont les causes du déséquilibre occupationnel ?	41
VI-	L'accompagnement dans le processus de rétablissement.....	41
1)	La pratique des ergothérapeutes.....	41
2)	Le Modèle de l'Occupation Humaine.....	43
F.	DISCUSSION.....	44
I-	Corrélation avec les hypothèses.....	44
II-	Axes de réflexion.....	46
III-	Limites de l'étude.....	47
G.	CONCLUSION.....	50
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	LISTE DES ANNEXES.....	

A. INTRODUCTION

Ce projet d'étude repose sur l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale. Ce choix vient d'une réflexion personnelle. En effet, depuis plusieurs années, j'ai pu suivre une jeune femme sur les réseaux sociaux et plus particulièrement sur Instagram, Marine Noret. Elle a été atteinte d'anorexie mentale lorsqu'elle était au lycée, et a décidé de partager son histoire sur les réseaux sociaux alors qu'elle sortait d'une hospitalisation. Je me suis intéressée à cette jeune fille lorsqu'elle a commencé à aborder sa passion pour le sport, passion qui lui a permis de sortir de cette maladie, c'est ainsi que j'ai découvert toute son histoire.

Au cours de mon cursus de formation en ergothérapie, j'ai pu aborder les mécanismes et les traitements des troubles du comportement alimentaire. Cependant, en comparant ce contenu abordé à la situation de Marine Noret, je me suis questionnée quant au fait de savoir si les troubles du comportement alimentaire se résumaient seulement aux symptômes psychologiques et physiques étudiés en cours. Effectivement, l'histoire de cette jeune fille m'a fait écho à d'autres notions que nous avons pu étudier telles que l'équilibre de vie, la participation sociale, l'environnement physique et social.

Si nous partons du postulat que la personne atteinte d'anorexie mentale rencontre des problématiques concernant son équilibre de vie, sa participation sociale et son environnement, nous pouvons supposer que l'ergothérapeute peut intervenir dans l'accompagnement de cette population.

Je me suis alors interrogée sur ce que pourrait apporter concrètement un ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale.

De ce fait, ma question de départ est la suivante :

Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes atteintes
d'anorexie mentale ?

Dans un premier temps, nous exposerons le cheminement de pensée ayant abouti à la formulation d'une problématique. Ensuite, une partie théorique définira les différents concepts de la problématique afin de cibler plus précisément le sujet de ce projet d'étude et de poser deux hypothèses. Suite à cela, nous pourrons confronter cette partie théorique à une enquête de terrain qui nous permettra de valider ou non les hypothèses de départ. Pour cela, nous effectuerons des entretiens.

B. PROBLEMATISATION

I- Le fonctionnement de l'anorexie mentale

Un article de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) définit l'anorexie mentale comme « *un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin, qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. L'anorexie est très souvent associée à des troubles psychologiques.* » (Godart, 2014).

L'anorexie mentale peut avoir des conséquences physiologiques et physiques importantes au début de la maladie (troubles du rythme cardiaque, aménorrhée, manifestations hématologiques, perte de cheveux...), comme au long terme (ostéoporose, usure des dents...). De plus, cette maladie a des répercussions sur le plan psychique et social. En effet, selon l'INSERM : « *l'anorexie entraîne des ritualisations, une rigidité des attitudes et un appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, avec à terme un retentissement sur la vie scolaire ou professionnelle* ». (Godart, 2014)

Dans leur ouvrage en 2010, Pedinielli et al., abordent une analyse fonctionnelle de l'anorexie.

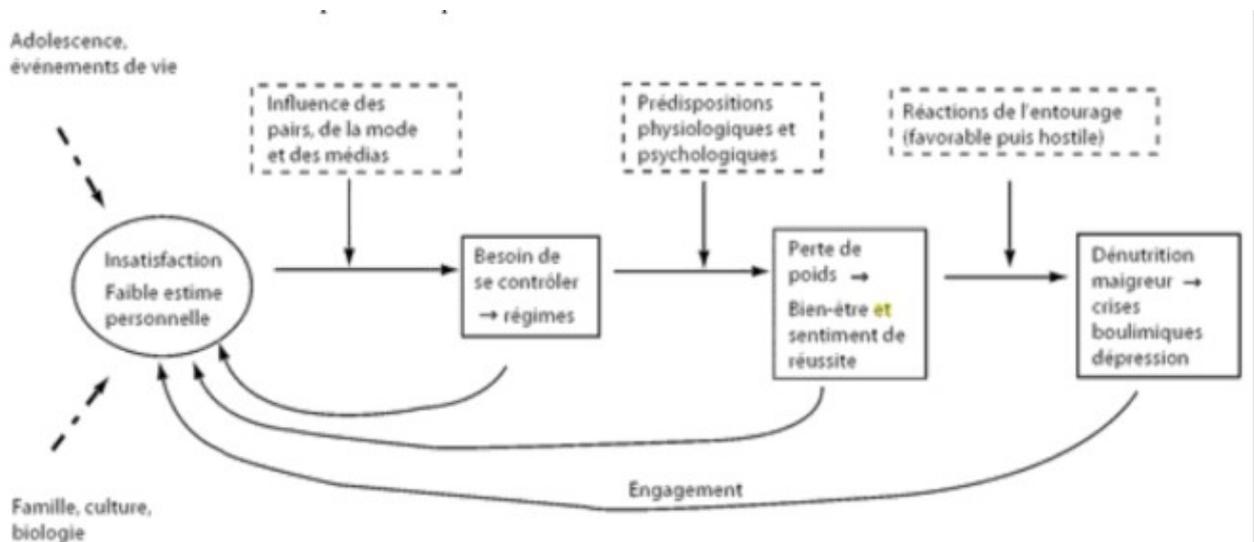


Figure 1. Modèle d'analyse fonctionnelle de l'anorexie mentale.

(Pedinielli et al., 2012, p.25)

D'après ce modèle « *les facteurs d'entretien du trouble seraient autant liés à l'amaigrissement et à ses conséquences physiologiques qu'aux réactions de l'entourage* » (Pedinielli et al., 2012, p. 25). Divers facteurs interviennent à différents niveaux dans l'anorexie mentale selon ce modèle : l'adolescence et

ses évènements de vie, la famille, la culture, la biologie, l'influence des pairs / médias / mode, les prédispositions physiologiques et psychologiques, et les réactions de l'entourage.

Nous constatons que l'anorexie mentale est un phénomène complexe prenant une place importante dans la vie quotidienne des personnes en souffrant, et pas seulement par la présence de symptômes physiologiques conséquents. Effectivement, la maladie a un retentissement considérable sur la personne, mais aussi sur son environnement social, et ses activités du quotidien. Ces trois domaines : personne / environnement / activités, étant d'ailleurs liés entre eux.

Une expérience mise en place pendant 140 jours consécutifs par Johana Monthuy-Blanc et al. (2008), auprès de patientes hospitalisées pour une anorexie mentale, met en avant les liens entre ces différents facteurs. Cette expérience consiste à utiliser un carnet de suivi quotidien pour mesurer la variabilité intra-individuelle de l'estime de soi et les symptômes anorexiques. Ce carnet se compose d'une partie quantitative et une qualitative.

La partie quantitative concerne deux auto-évaluations :

- L'Indice de Soi Physique (ISP-6) : évalue l'estime globale de soi, la valeur physique perçue, la condition physique, la compétence sportive, l'apparence physique et la force.
- L'Eating Disorder Inventory (EDI-C) : évalue le désir de minceur, la boulimie, l'insatisfaction corporelle, l'inefficacité, le perfectionnisme, la méfiance interpersonnelle et la conscience intéroceptive.

La partie qualitative concerne des zones de commentaires écrits intitulées « *Les évènements qui m'ont touché aujourd'hui* » (Monthuy-Blanc et al., 2008, p.149).

Deux études de cas sont présentées dans cet article. Nous allons nous intéresser à la première étude, mettant plus en avant le lien entre l'estime de soi, les symptômes et les évènements survenus. Cette étude de cas concerne une adolescente qui a été hospitalisée jusqu'au 71^{ème} jour de l'expérience et qui a consulté un psychiatre mensuellement à compter de sa sortie d'hospitalisation. Les résultats de l'étude ont permis la création du graphique ci-dessous, nous nous intéresserons à son analyse.

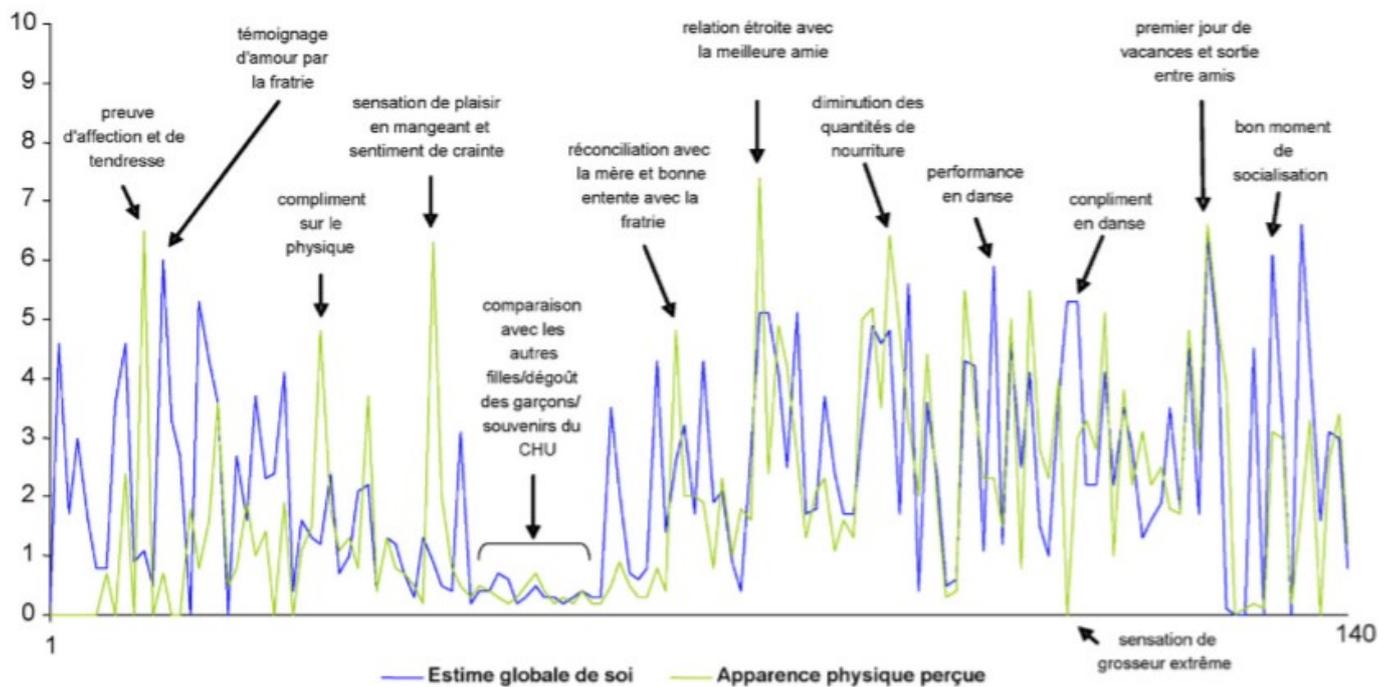


Figure 2. Séries temporelles de l'estime de soi (i.e., estime globale de soi et apparence physique perçue de Jacinthe). (Monthuy-Blanc et al., 2008, p. 150)

Sur ce graphique, nous observons l'évolution de l'estime de soi et de l'apparence physique perçues en fonction des évènements survenus sur 140 jours, grâce à des notes allant de 0 à 10. Le premier constat que nous pouvons faire est que l'estime de soi et l'apparence physique perçues évoluent globalement de la même manière.

Nous pouvons également relever différents évènements impactant sur ces facteurs. Nous commenterons trois de ces évènements :

- Evènement 1 : « relation étroite avec la meilleure amie »

Cet évènement a engendré un pic ascendant de l'apparence physique perçue passant de 2/10 à 7/10 et de l'estime de soi passant de 0.5/10 à 5/10.

- Evènement 2 : « performance en danse »

Il a engendré un pic ascendant important de l'estime globale de soi passant de 1/10 à 6/10 mais une stagnation de l'apparence physique perçue à environ 2/10.

- Evènement 3 : « premier jour de vacances et sortie entre amis ».

Cet évènement a entraîné des pics significatifs ascendants de l'apparence physique perçue et de l'estime de soi passant pour les deux de 2/10 à 6/10.

Nous constatons également que les pics descendants coïncident avec des comparaisons corporelles et de la fatigue, résultant de comportements compensatoires et de nouveaux défis. (Monthuy-Blanc et al., 2008)

A travers ces différents constats, nous pouvons voir premièrement que l'estime de soi et l'apparence physique perçues par l'adolescente sont des éléments instables. De plus, nous observons chez elle, une vulnérabilité importante face aux événements externes et internes. Les pics ascendants correspondent notamment souvent à des événements liés à l'environnement et à la participation à des activités significatives pour la personne.

Ainsi, cette étude nous montre l'importance de l'environnement social et des activités dans le quotidien des personnes atteintes d'anorexie et leur influence sur les symptômes. Nous pouvons maintenant nous questionner sur la prise en soins proposée aux personnes atteintes d'anorexie mentale pendant une hospitalisation.

II- La prise en soins de la personne atteinte d'anorexie mentale

En 2010, afin d'améliorer la prise en soins des personnes atteintes d'anorexie mentale, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi des recommandations de bonnes pratiques.

Tout d'abord, l'HAS insiste sur la notion du repérage et de la prise en charge précoce de la maladie en raison du risque d'évolution vers une forme chronique. L'autorité publique indique que la prise en soins doit préférentiellement débiter par des soins ambulatoires, soins consistant à une prise en charge dans un service de santé sans hospitalisation ou pour une durée de quelques heures. Sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique (épuisement, crise familiale), où la personne est directement hospitalisée. De plus, s'il y a une hospitalisation, ces soins hospitaliers doivent être relayés par des soins ambulatoires. Des échanges entre les professionnels intervenant durant l'hospitalisation et durant les soins ambulatoires sont essentiels afin de permettre un suivi optimal. (HAS, 2010a)

En raison de l'origine multifactorielle de la maladie, lors d'une hospitalisation, l'HAS recommande une évaluation globale du patient : évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant la dynamique familiale et sociale.

La prise en charge thérapeutique des patients présentant une anorexie mentale est basée sur trois aspects :

- Les aspects nutritionnels et diététiques : consistant en une surveillance clinique, la réalisation de bilans biologiques, la renutrition orale et/ou per os. L'objectif étant de retrouver un poids nécessaire pour sortir la personne du danger vital.
- Les aspects somatiques : sont pris en compte afin de prévenir, dépister et traiter les éventuelles complications engendrées.
- Les aspects psychologiques et sociaux : à travers la mise en place de groupes de parole entre familles ou patients, à visée psycho-éducative, avec différentes thématiques. Ce dernier aspect consiste à améliorer les relations sociales et comprendre les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire.

En relais de l'hospitalisation, des modalités de soins particulières peuvent être proposées en parallèle de la prise en charge somatique, nutritionnelle et psychologique classique. Il s'agit de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'hébergements et post-cures thérapeutiques, de centre soins-études et des familles d'accueil. (HAS, 2010a)

L'HAS aborde également l'importance de la pratique de psychothérapies et en cite quatre :

- La psychothérapie psychodynamique : consiste à étudier la manière dont la personne construit sa réalité et sur les expériences qui l'ont poussée à voir le monde de cette façon. Elle permet aux thérapeutes de comprendre et de faire comprendre à la personne comment son histoire s'est construite, de manière consciente et inconsciente. (Prades, 2011)
- La thérapie comportementale : se concentre essentiellement sur la modification des comportements qui résultent, selon les thérapeutes, de l'apprentissage. (Beck, 2017)
- La thérapie cognitivo-comportementale : consiste à remplacer les idées et les comportements inadaptés de la personne par des pensées et des réactions étant adaptées à la réalité dans laquelle elle vit. (Laurent, 2007)
- La thérapie systémique : aborde la personne d'une manière globale, en prenant en compte les interactions de groupes et les caractéristiques du milieu dans lequel elle vit. (Trappeniers, Boyer, 2004)

En outre l'HAS évoque l'intérêt des thérapies familiales, l'art-thérapie, la musicothérapie pour renforcer la motivation de la personne dans sa prise en soins.

Il est recommandé que l'approche psychothérapeutique dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative.

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, il n'existe pas de traitement spécifique à l'anorexie mentale mais des traitements traitant les troubles dépressifs, anxieux, TOC peuvent être prescrits aux patients. (HAS, 2010a)

Pour guider les prises en soins lors de l'hospitalisation, l'HAS évoque qu'un contrat thérapeutique est rédigé :

« Les programmes de soins hospitaliers spécialisés, multidisciplinaires, doivent intégrer les objectifs et les modalités de soins. Il est recommandé que ces programmes de soins soient déclinés dans un contrat de soin, écrit ou oral, intégrant ou non une période de séparation. » (HAS, 2010a, p. 23)

Les durées d'hospitalisation doivent être aussi longues que nécessaires mais « *ne doivent pas s'éterniser et devenir iatrogènes sur le plan de l'insertion sociale et du développement* ». (HAS, 2010a, p. 23) Des interventions à visée motivationnelle avant ou au début de l'hospitalisation seraient utilisées afin d'augmenter l'engagement dans la thérapie, et de diminuer le risque de sorties prématurées d'hospitalisation. (HAS, 2010a)

Ainsi, nous pouvons voir que la prise en soins des personnes présentant une anorexie mentale doit être précoce et globale. Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur les pratiques concrètes dans les services d'hospitalisation, et notamment sur la place des ergothérapeutes dans ces prises en soins.

III- Le point de vue des professionnels de santé

Afin d'identifier plus concrètement les éléments de la prise en soin de l'anorexie mentale, j'ai décidé de faire passer différents questionnaires à des professionnels de santé travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale. (Annexe I et II)

Tout d'abord, j'ai pu récolter trois questionnaires d'infirmières ayant travaillé auprès de cette population sur des périodes de 1990 à 2011, dans des hôpitaux.

Ces trois infirmières indiquent notamment agir sous prescription médicale, en réalisant des soins médicaux comme la pose de perfusion ou la surveillance du poids et des constantes. D'autre part, deux

infirmières expriment avoir accompagnées les personnes dans des activités du quotidien telles que les repas thérapeutiques.

Une notion importante abordée dans ces questionnaires est la présence d'un contrat de soins afin de gagner du poids avec pour récompenses des appels téléphoniques, des visites, des sorties.

Deux de ces infirmières ont eu l'occasion de travailler avec des ergothérapeutes. Toutes les deux décrivent l'intervention de l'ergothérapeute comme une complémentarité des soins infirmiers. Elles donnent l'exemple de différents ateliers (cuisine, peinture...) qu'elles pouvaient réaliser avec un ergothérapeute, dans lesquels l'ergothérapeute avait comme rôle, selon elles, d'analyser le comportement à travers ces activités.

Ces infirmières témoignent de la nécessité d'une prise en charge en équipe pluridisciplinaire au vue de la complexité de la prise en soin. Egalement elles soulignent l'importance d'une intervention personnalisée pour la personne.

D'autre part, j'ai pu recevoir les réponses d'une ergothérapeute travaillant dans un service spécialisé en Soins de Suite et Réadaptation Nutritionnelle.

Elle décrit qu'elle intervient dès qu'il y a une prescription médicale pour de l'ergothérapie. Par conséquent, elle peut commencer les prises en soins une semaine après l'entrée de la personne en hospitalisation. Effectivement, cette intervention se fait dès que le médecin juge la prise en charge ergothérapeutique possible, c'est-à-dire une fois que les troubles cognitifs, physiques et le risque cardiaque sont atténués.

Les objectifs généraux de ses interventions sont les suivants : lutter contre la dysmorphophobie, cadrer le rythme de vie et développer l'estime de soi.

Pour cela, elle utilise une approche de thérapie cognitivo-comportementale, et parfois psychodynamique en abordant la thématique de confiance en soi. En pratique, elle peut proposer des activités théâtres, jeux de société, atelier écriture, cuisine thérapeutique et des visites à domicile.

Son planning d'interventions est différent et établi une semaine après l'autre. Ses interventions sont prévues selon les objectifs fixés lors d'entretiens, se déroulant dans la salle d'ergothérapie. Les interventions répondent à un cadre indépendant et dépendent des objectifs qui ont été posés.

Par conséquent, à travers ces différents questionnaires nous pouvons voir que le rôle de l'ergothérapeute durant l'hospitalisation se construit au sein d'une équipe pluridisciplinaire. En outre, selon les infirmières et l'ergothérapeute, une approche personnalisée à la personne est préconisée. La mise en place d'activités manuelles est essentiellement décrite en ergothérapie.

Nous pouvons maintenant nous demander de ce qu'il en est du point de vue des personnes, présentant ou ayant présenté une anorexie mentale, sur leur prise en soin.

IV- Le point de vue de la personne atteinte d'anorexie mentale sur son hospitalisation

Dans l'objectif d'identifier l'impact de l'hospitalisation sur la vie des personnes touchées par l'anorexie mentale, j'ai pu lire deux biographies : « Le pavillon des enfants fous » (Valère, 1978) et « Ma victoire contre l'anorexie » (Noret, 2019).

A travers son livre, Marine Noret nous explique d'abord qu'elle a toujours été une enfant avec un manque de confiance en elle. Arrivée au lycée, elle avait pris beaucoup de poids, ce qui a été à l'origine d'un mal être chez elle. De plus, la jeune femme a subi une rupture amoureuse dans laquelle a été mis en cause son physique. C'est ainsi que l'anorexie mentale est apparue au fur et à mesure chez l'auteure. Cette maladie a mené Marine Noret jusqu'au poids de 36.5kg pour 1m59. Alors en danger vital, elle a été hospitalisée. (Noret, 2019)

Elle nous décrit son hospitalisation. Dans un premier temps, Marine a été alitée car elle présentait une bradycardie importante, un dysfonctionnement des reins, et une anémie. Elle restait donc allongée sur son lit. Au moment des repas, elle ne touchait à aucun de ses plateaux qu'elle décrit comme disproportionnés par rapport à son appétit. De ce fait, des tensions apparurent entre elle et le corps médical pour qu'elle mange. Comme la situation ne s'améliorait pas, Marine Noret a reçu la pose d'une sonde naso-gastrique pour être alimentée, la jeune femme décrit un moment difficile à vivre. Par ailleurs elle évoque un rapport complexe avec les professionnels de santé. Elle ne s'est pas sentie soutenue psychologiquement et n'a eu aucun suivi pour cela avec un psychologue.

Au fur et à mesure que Marine reprenait du poids, elle a pu recevoir d'autres visites de ses proches, prendre ses repas avec les autres patients et participer aux activités thérapeutiques. Cependant, Marine décrit un sentiment d'infantilisation. En effet, toutes ces activités étaient contrôlées par les professionnels de santé, par exemple, à partir de 22 heures la télévision était coupée.

Pour qu'elle puisse sortir à Noël, les médecins lui avaient demandé de prendre du poids, simultanément à la baisse des doses de calories dans sa sonde. Ainsi, avec l'aide de sa mère qui lui apportait des compléments alimentaires, des gâteaux ; elle est parvenue à atteindre le poids exigé et sortir pour Noël. Elle n'y est pas retournée par la suite. Néanmoins, elle a pu avoir un suivi en hôpital de jour dans un centre spécialisé avec une diététicienne et un psychologue. Puis elle a arrêté ce suivi pour suivre uniquement une sophrologue qui l'a beaucoup aidée.

Dans le livre « Le pavillon des enfants fous » (Valère, 1978), l'auteure nous raconte son histoire par rapport à l'anorexie mentale et son hospitalisation de 4 mois, alors qu'elle est âgée de 13 ans. Valérie Valère souligne notamment un conflit important avec les autres, que ce soit son entourage familial ou le personnel hospitalier.

Elle dit avoir subi la relation compliquée entre sa mère et son père. Elle se sentait incomprise, son entourage la forçait à manger et sa mère lui en voulait de la faire souffrir : « *Cette femme au teint mat, ma « mère », pleurait quelquefois, criait toujours, et me révoltait. Elle ne supportait pas ce défi, c'était la preuve que je l'avais bien choisi* ». (Valère, 1978, p. 61).

Au niveau hospitalier, l'auteure évoque son hospitalisation de la même façon que si elle était enfermée dans une prison. En effet, elle n'avait pas l'autorisation de lire, ni d'écrire tant qu'elle n'avait pas atteint un certain poids, alors que c'était des activités essentielles à son quotidien. Elle déclare qu'elle n'avait pas de relation de confiance avec le personnel, elle leur en voulait et ne souhaitait pas devenir comme eux, leur faire plaisir. (Valère, 1978)

Dans ces deux témoignages, malgré une différence de période historique, nous retrouvons certains points communs. Dans chacun de ces ouvrages les jeunes femmes décrivent l'impact conséquent de leur environnement social (famille, amis, corps médical) sur elles, et sur leur façon d'agir face à la maladie. En outre, elles décrivent un vécu difficile de l'hospitalisation pendant laquelle elles ont été coupées de toute activité. De ce fait, nous pouvons nous questionner quant à la place donnée aux activités dans leur quotidien.

V- Le rapport de la personne atteinte d'anorexie mentale à l'activité

Meunier et Van Lerberghe (2002) expliquent que le quotidien des jeunes filles anorexiques est construit dans le seul but de se restreindre de manger et de se dépenser physiquement parlant. Ils donnent pour exemple un emploi du temps typique d'une de ces personnes :

« 9h00 : Il est parti en retard à l'école. Il ne prend pas son petit-déjeuner. 17h00 : Il part faire une heure de gym... Il revient trois heures plus tard. Ou : Il part chez un ami à l'autre bout de la ville, comme par hasard ne trouve pas de moyens de transports... il y va à pied ! Dans la soirée : Il refuse un dîner avec ses meilleurs amis... mais les rejoint après en boîte de nuit et danse toute la nuit. L'anorexique vit sous la dictature du

temps. Tout est compté, minuté, même les plaisirs. » (Meunier, Van Lerberghe, 2002, p.30)

Dans sa biographie, Marine Noret nous décrit également l'évolution de son rapport à l'activité, avant son hospitalisation, pendant et après. (Noret, 2019)

L'apparition de l'anorexie mentale chez Marine s'est caractérisée par une volonté de maigrir. Ainsi, elle a commencé par modifier son alimentation, se faire vomir puis manger de très petites quantités. Cette pratique est vite devenue incontrôlable, la jeune fille ressentait une satisfaction de voir son poids baisser de plus en plus sur la balance. (Noret, 2019)

A cette période là, les activités de Marine se résumaient à aller au lycée, faire du sport, préparer à manger pour les autres (qui était une activité pour laquelle elle ressentait étonnamment beaucoup de plaisir), et dormir. Le sport était une activité dans laquelle elle investissait une grande partie de son temps. Du réveil jusqu'au coucher, en passant des abdominaux à l'athlétisme et au vélo elliptique.

Cependant, au fil du temps et de l'apparition des effets physiques de l'anorexie mentale, Marine décrit des journées très ritualisées et ennuyantes, se ressemblant les unes aux autres :

« Comme un zombi, mes journées devenaient d'ennuyeuses suites à répétitions : je dormais tout en rêvant de nourriture, je me levais, buvais mon verre de jus d'orange, unique source de sucre de la journée que j'acceptais d'avalier. Ensuite, je me préparais, tout en me réchauffant à coups de sèche-cheveux sur le corps, j'allais en cours, je mangeais mon yaourt chez ma grand-mère, je me réchauffais dans sa salle de bain, je retournais en cours, je rentrais, je faisais du vélo elliptique, je me recouchais dans d'immenses et épaisses couvertures, je mangeais mon deuxième yaourt, puis je retournais me coucher tout en ne cessant de regarder des images de nourriture. »
(Noret, 2019, p.43)

Cette routine a alors été interrompue par son hospitalisation. Au début de celle-ci, Marine raconte que ses activités ont été fortement restreintes, notamment du à son alitement. Ses seules activités se résumaient au dessin, regarder des magazines et la télévision. Elle n'était pas autorisée à participer aux activités avec les autres patients, à utiliser un ordinateur, sa tablette et son téléphone. Elle pouvait recevoir seulement la visite de sa mère et sa grand-mère en fin de journée. Au fur et à mesure que Marine reprenait du poids et n'était plus en danger vital, elle a pu recevoir de plus en plus de visites, d'autres membres de sa famille et de quelques amis. En outre, elle a pu participer aux activités thérapeutiques proposées. Cependant, ces activités proposées et obligatoires ne lui plaisaient pas :

« Elle m'expliqua que maintenant que je n'étais plus branchée aux électrodes et libre de pouvoir bouger dans l'hôpital, je devais me rendre obligatoirement chaque après-midi aux activités de groupe. Cet après-midi-là, c'était « pompons », j'étais RA-VIE. Cette activité imposée me donnait l'impression de retourner en enfance ». (Noret, 2019, p.83)

A la sortie de son hospitalisation, Marine Noret a dû se réhabituer à son quotidien, dans sa maison, avec sa famille, ses amis, et en reprenant des activités significatives. Effectivement, elle a pu reprendre ses études au lycée, passer son bac, l'obtenir et s'engager dans des études de sport à la rentrée d'après. Peu à peu elle a réussi à stabiliser son poids et à avoir une alimentation correcte. Elle s'est également investie dans l'athlétisme, en tant que sportive en participant à des compétitions, et en tant qu'ambassadrice d'une marque de sport. (Noret, 2019)

Aujourd'hui, l'auteure exprime qu'il a été difficile d'arriver à un équilibre au niveau de l'alimentation et du sport. Elle souligne l'importance de son entourage et de sa pratique sportive dans sa reconstruction : « *Ma famille a été sans doute le pilier le plus important tout au long de mon cheminement.* » (Noret, 2019, p.208) ; « *Le sport est aujourd'hui une activité qui permet de me réaliser et de me sentir pleinement moi-même.* » (Noret, 2019, p.189) ; « *Comme un moyen d'expression, le sport a été le chemin libérateur vers l'acceptation et la renaissance.* » (Noret, 2019, p.199).

On retrouve chez les personnes souffrant d'anorexie mentale, un contrôle total de toutes leurs activités. Ces activités sont essentiellement de l'ordre de l'activité physique et une place minime, voire inexistante, est consacrée à l'alimentation. Nous constatons que ces jeunes femmes sont passées par différentes phases concernant le temps qu'elles ont pu accorder à leurs activités. De plus, ce temps dédié aux activités paraît avoir une influence dans leur prise en soin, leur processus de rétablissement ou non. Ainsi, nous pouvons supposer que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle intéressant auprès de ces jeunes femmes dans l'accompagnement à leurs activités du quotidien.

VI- Formulation d'une problématique

Suite à ces différents raisonnements, nous avons constaté que les activités avaient une place importante dans la vie des jeunes filles atteintes d'anorexie mentale, durant leur combat contre la maladie.

De plus, nous avons pu voir que ces jeunes femmes passaient par différentes phases occupationnelles entre les périodes d'avant-hospitalisation, d'hospitalisation et de retour à domicile. Par conséquent, ces personnes peuvent présenter des difficultés à retrouver un équilibre de vie.

Ainsi, ma problématique est la suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la jeune fille atteinte d'anorexie mentale dans ses activités du quotidien, pour faciliter le processus de rétablissement, lors de son hospitalisation ?

C. CADRE THEORIQUE

I- L'anorexie mentale

1) Définition

L'anorexie mentale est une maladie appartenant aux Troubles du Comportement Alimentaire (TCA).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les troubles du comportement alimentaire sont des « *conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques.* » (HAS, 2010b, p.2). Ainsi, nous comprenons que c'est un trouble mettant la personne touchée par celui-ci, en dehors des habitudes socioculturelles de la société dans laquelle elle vit.

2) Epidémiologie

Selon une étude française de 2008 citée par l'INSERM (2014), réalisée auprès d'adolescents de 18 ans, l'anorexie mentale aurait touché 0.5% des jeunes filles et 0.03% des garçons, entre 12 et 17 ans. Les TCA peuvent toucher toutes les tranches d'âge. Mais nous retrouvons en particulier un déclenchement de l'anorexie pendant la tranche d'âge des 14-17 ans, avec un pic de prévalence à 16 ans. (Godart, 2014)

Il n'existe pas de donnée disponible concernant la prévalence de l'anorexie mentale sur la population générale en France.

3) Etiologie

Les classifications internationales concernant les TCA sont régulièrement actualisées, ce qui témoigne d'une étiopathogénie polyfactorielle complexe et discutée. (Chaulet et al., 2018).

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), l'anorexie mentale est un trouble d'origine multifactorielle. En effet l'HAS décrit l'implication de différents facteurs : psychologiques, biologiques, génétiques, environnementaux, familiaux et socioculturels. (HAS, 2010a)

4) Sémiologie

Les classifications internationales, CIM10 et DSM V, ont établi des critères spécifiques déterminant le diagnostic de l'anorexie mentale, résumés ci-dessous par l'INSERM (2014) :

- « *la façon de s'alimenter (restriction, éviction de certains aliments, refus de s'alimenter, phases boulimiques), et à certaines pratiques (vomissements provoqués, prise de laxatifs),*
- *le poids (IMC inférieur à 17,5kg/m²),*
- *la perception de soi (refus de reconnaître sa maigreur, perception déformée de son corps),*
- *l'estime de soi (sentiment d'avoir le contrôle sur son corps, hantise de grossir),*
- *l'absence de règles depuis au moins 3 mois. » (Godart, 2014)*

La Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles du Comportement Alimentaire (FNA-TCA) décrit deux formes d'anorexie mentale :

- Une forme restrictive avec un contrôle continu de la prise alimentaire insuffisante.
- Une deuxième forme avec des crises de boulimie : consistant en une alternance de périodes de contrôle de la prise alimentaire et des périodes de prises alimentaires compulsives et excessives suivies de mécanismes compensatoires (vomissements, prise de laxatifs, diurétiques...) (FNA-TCA, 2017)

D'autre part, selon Chaulet et al. (2018), l'anorexie mentale est régulièrement associée à la triade symptomatique suivante :

- Anorexie :

C'est la conduite active de restriction alimentaire, qui prend d'abord la forme d'un régime et qui devient de plus en plus drastique, pouvant conduire à l'aphagie correspondant au refus de manger. Il ne s'agit pas d'une diminution de l'appétit mais d'une réduction volontaire des apports.

- Amaigrissement :

Il se traduit par une perte de poids souvent importante, voire spectaculaire. Physiquement, le corps de la personne se transforme avec une disparition des formes féminines, des joues creuses et des yeux enfoncés. Cet amaigrissement s'accompagne d'une satisfaction, d'une illusion de mieux-être chez la jeune fille.

- Aménorrhée :

C'est un symptôme correspondant à l'absence ou l'arrêt des règles chez la jeune fille. Elle renvoie à deux facteurs étiologiques : l'un est organique lié à la perte de poids, la dénutrition, l'hyperactivité physique, et l'autre est psychogène.

Outre ces trois symptômes, d'autres signes associés sont souvent retrouvés dans l'anorexie mentale, tels que l'hyperactivité intellectuelle et/ou physique. L'hyperactivité physique se traduit par beaucoup de marche, de la course à pied et du sport intensif par exemple. L'hyperinvestissement intellectuel se retrouve au niveau scolaire, bien souvent la jeune fille atteinte d'anorexie mentale excelle dans les matières nécessitant une restitution des connaissances ; mais aussi dans les activités de loisirs comme la lecture ou les activités culturelles. En outre, on retrouve parfois un activisme domestique à travers le ménage ou la cuisine. (Chaulet et al., 2018)

5) Evolution de la maladie

L'anorexie mentale est une maladie pouvant présenter des critères de gravité en fonction de l'avancée de la maladie chez la personne. D'après l'INSERM, 50% des cas pris en charge à l'adolescence guérissent et 5% décèdent. La durée moyenne d'une phase anorexique est de 1.5 à 3 ans, après 5 ans d'évolution 2/3 guérissent, au-delà de 5 ans on parle d'anorexie mentale chronique. (Godart, 2014)

A travers ces différentes notions, nous pouvons constater que l'anorexie mentale est une maladie complexe faisant apparaître différents mécanismes et symptômes. Nous pouvons maintenant nous questionner sur le parcours de soins de la personne atteinte d'anorexie mentale, et notamment sur la notion de rétablissement.

II- Le rétablissement

Le rétablissement est un terme régulièrement utilisé en santé mentale. Il en convient de le définir.

Le rétablissement est une notion qui intéresse de plus en plus les professionnels de santé mentale, la recherche et les politiques. Pour autant, les différents auteurs proposent diverses définitions du terme, il n'existe pas de consensus sur sa signification. (Provencher, 2002)

Gérard Pachoud évoque à travers ce terme, la possibilité de retrouver une vie sociale, « *se dégager d'une identité de malade psychiatrique et recouvrer une vie active et sociale* » (Pachoud, 2012, p. 257).

La québécoise, Hélène Provencher, décrit le rétablissement comme « *un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes ayant des troubles mentaux* » (Provencher, 2002, p. 35).

Elle souligne également l'importance dans ce processus, d'un environnement proposant des opportunités de croissance personnelle et de soutien. D'autre part, elle insiste sur la nécessité de l'implication du pouvoir d'agir de l'individu sur ses conditions de vie et ses projets de vie, en utilisant ses ressources personnelles et environnementales. (Provencher, 2002)

Nous retrouvons principalement deux visions du rétablissement qui s'opposent l'une à l'autre selon Nicolas Franck : le rétablissement clinique ou fonctionnel et le rétablissement personnel ou psychologique. (Franck, 2018)

Le rétablissement clinique est défini comme « *une forme de rémission ou de guérison, dont l'indicateur principal, mais pas unique, demeure la disparition des symptômes* » (Franck, 2018, p.56). Il exprime que trois critères doivent être réunis pour parler de « rétablissement clinique » :

- Une rémission symptomatique voire une guérison,
- un parcours fortement dépendant aux services de santé,
- la « *possibilité de vivre une vie riche pleine, quand bien même l'on reste vulnérable face à certaines maladies et que l'on soit obligé de suivre un traitement indéfiniment* » (Franck, 2018, p.57).

Nicolas Franck définit le rétablissement personnel comme « *un processus, unique, individuel, non linéaire, qui ne se laisse guère enfermer dans une perspective normative objectivante* » (Franck, 2018, p.58). On retrouve cinq composantes associées à cette définition :

- L'espoir,
- l'identité,
- le sens de la vie,
- l'empowerment,
- la connexion avec les autres.

Effectivement, Provencher et Keyes, décrivent le rétablissement personnel comme les transformations positives que vit la personne au fil de son évolution, ainsi que les facteurs environnementaux qui les

facilitent et les entravent. Par conséquent, on parle plutôt d'un nouveau rapport à la maladie impliquant un travail sur la relation à soi, aux autres, à la société et à la vie en général. Cette vision insiste sur le fait que l'objectif du rétablissement n'est pas nécessairement la rémission totale des symptômes. (Provencher, Keyes, 2010)

Pour la suite de ce projet d'études, nous nous intéresserons plus particulièrement à cette vision de « rétablissement personnel ». Effectivement, dans la maladie chronique qui est l'anorexie mentale, il me semble important de prendre en compte les notions d'environnement et d'empowerment dans la prise en soins.

L'auteure québécoise, Provencher, nous décrit les différentes phases du processus de rétablissement, inspirées d'une étude de Young et Ensing (1999) :

- La première phase est le processus s'amorçant si la personne a accepté sa maladie et est motivée pour effectuer des changements.
- La phase intermédiaire est caractérisée par le pouvoir d'agir, la re-définition du soi, la reprise d'activités de vie quotidienne et le développement de relations significatives avec les autres.
- La dernière phase est définie comme « *la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation du bien-être et de la qualité de vie* » (Provencher, 2002, p.39).

Provencher a distingué quatre dimensions dans le processus de rétablissement :

- La redéfinition et l'expansion du soi :

Cette dimension correspond à une plus grande connaissance de ses forces et faiblesses. La première étape, pour parvenir à ces dimensions, est de se définir autrement que par le trouble mental et découvrir de nouvelles facettes de soi. La deuxième est de procéder à l'inventaire de ses forces et faiblesses. La troisième consiste à la mise en action de ses ressources personnelles (loisirs, profession, etc.) et de tester ses capacités et limites en prenant en compte les facteurs environnementaux. La dernière étape est d'utiliser ce nouveau soi pour favoriser une meilleure qualité de vie et de bien-être.

- La relation à l'espace temporel :

Elle correspond à l'espoir d'un avenir qui est perçu comme bon et la spiritualité faisant appel à des croyances pour « *interpréter positivement des événements difficiles de vie* » (Provencher, 2002, p. 43).

- Le pouvoir d'agir :

Il est déterminé comme des changements cognitifs et comportementaux de l'individu, lui permettant d'avoir un plus grand contrôle sur son environnement et de jouer un rôle plus actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie.

- La relation aux autres :

Elle souligne l'importance des relations de la personne avec sa famille, ses pairs, les intervenants, les services de santé et de soutien, dans le processus de rétablissement.

Selon Arveiller et al., le but du professionnel de santé dans cette approche est de « *fournir à la personne les informations, réseaux et soutiens pour gérer son quotidien et l'aider à avoir accès aux ressources dont elle pense avoir besoin* » (cité par Franck, 2018, p.22). Il décrit également une relation tournée vers le quotidien avec une importance « *des aides concrètes* » (cité par Franck, 2018, p.22) proposées par le professionnel de santé.

Ainsi, nous comprenons que l'utilisation de ce processus de rétablissement auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale serait intéressante. En outre, ce processus pourrait s'intégrer aux pratiques de l'ergothérapeute afin de permettre à la personne de retrouver une qualité de vie et un bien-être, en prenant en compte son environnement et ses activités du quotidien. De ce fait, dans la partie suivante, nous étudierons le rôle de l'ergothérapeute à travers l'activité.

III- L'ergothérapeute et l'activité

1) Ergothérapie

Georges Duhamel, secrétaire général de l'Académie française, crée le terme ergothérapie en 1943. « *Il utilise le terme ergon, qui traduit le lien entre l'agir et l'être, la thérapie par l'activité étant le moyen de soigner, de soulager les symptômes.* » (cité par Riou, 2016, p.18)

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est considéré comme « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* » (ANFE, 2019). L'ergothérapeute se doit d'avoir une vision globale de la personne en prenant en compte ses facteurs physiques, psychosociaux et environnementaux. Par ailleurs, « *l'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, 2019).

Nous constatons que l'activité est une notion clé en ergothérapie. Ainsi, nous allons définir ce terme et ce qu'il engendre.

2) L'activité

Selon Barbier, l'activité peut être définie comme un ensemble de processus dans lequel une personne est engagée. Ces processus prennent en compte les rapports de l'individu avec son environnement, qu'il soit physique, social et/ou mental ; ainsi que ses transformations s'opérant à cette occasion. (Barbier, 2015)

A travers cette définition que Barbier nous propose, nous comprenons que l'activité est un phénomène dynamique, évoluant conjointement à l'évolution de la personne et de son environnement. Effectivement, au cours de la vie, l'individu traverse différentes périodes, en passant du nourrisson à l'enfance, à la vie d'adulte puis à celle de personne âgée.

Parallèlement à ces changements, nos activités évoluent. Il est possible d'arrêter une activité et d'en commencer une nouvelle ou de changer la manière dont on avait l'habitude de réaliser cette activité. Ces changements peuvent être dus à une modification de centres d'intérêts, d'environnement, de capacités physiques, de rôles sociaux, etc. Ces derniers peuvent être subis comme lors d'un déménagement qui peut nous amener à arrêter une activité car l'environnement physique ne nous le permet plus. Par ailleurs, ils peuvent répondre à une volonté de la personne, par exemple lorsqu'elle décide d'arrêter une pratique sportive car elle ne ressent plus de plaisir à la pratiquer.

En outre, nous pouvons distinguer deux types d'activités : les activités signifiantes et significatives.

Leontiev explique la différence entre ces deux adjectifs de cette façon : « *le terme signifiant évoquant le sens donné par la personne à l'activité et celui de significatif le sens donné socialement par les autres* » (cité par Morel Bracq, 2009, p.69). Ces deux types d'activités semblent donc être essentiels dans le quotidien d'une personne.

D'autre part, selon la World Foundation of Occupational Therapists (WFOT), l'activité peut être utilisée en tant que moyen thérapeutique dans l'accompagnement d'une personne : « *Les activités thérapeutiques significatives et créatives permettent à la personne de se développer, de se transformer et de trouver sa place dans la société* ». (cité par Riou, 2016, p. 18). Par conséquent, nous pouvons nous demander quelle place a l'activité dans la santé d'un individu.

3) Lien entre activité et santé

La santé est définie par Wilcock comme « *un équilibre entre les aspects mental, social et physique du bien-être, que l'on atteint en s'engageant dans des occupations significatives pour soi et valorisées par la société* » (Traduction libre, Wilcock, 1998).

En concordance avec cette définition, l'American Journal of Occupational Therapy décrit le lien entre activité et santé. Les activités constitueraient un facteur de santé en ayant une influence sur la santé physique et psychique. (cité par Ferland, 2015)

Ferland précise que la participation à des activités significatives pour l'individu, répondant à ses intérêts, désirs et objectifs personnels ; peuvent correspondre à son besoin d'agir et ainsi participer à sa santé. (Ferland, 2015)

Nous pouvons voir que les activités peuvent donc avoir un effet positif sur la santé, si celles-ci permettent à la personne de s'épanouir, en accord avec ses intérêts, ses capacités et ses objectifs. A contrario, les activités peuvent avoir un effet négatif sur la santé si celles-ci ne permettent pas l'épanouissement, ne sont pas réalisées de manière satisfaisante par l'individu.

Ainsi, nous pouvons nous demander de quelle façon les activités peuvent influencer la santé, et pour cela nous définirons une nouvelle notion, l'équilibre occupationnel.

4) L'équilibre occupationnel

Selon Silvia Martins, l'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie soutenant le lien entre l'occupation et la santé. (Martins, 2015)

Wagman (2012) définit cette notion comme « *la perception de sa vie comme ayant la bonne quantité et variété entre les activités de différentes catégories et différentes caractéristiques et le temps passé dans ces activités.* » (Cité par Martins, 2015, p.45).

Wagman a regroupé les définitions de l'équilibre occupationnel selon trois approches (Cité par Martins, 2015) :

- La première définit un équilibre entre les différentes catégories d'activités suivantes : soins personnels, productivité/travail, jeu/loisir, repos/sommeil.
- La deuxième approche de l'équilibre occupationnel correspond à la façon dont la personne participe à ses activités: choisies/obligatoires, exténuantes/relaxantes, le faire/l'être.

- La troisième approche concerne la façon dont les activités correspondent aux besoins de la personne, ainsi que la combinaison entre ce que l'individu fait et ce qu'il aimerait faire. Cette approche s'intéresse notamment à la temporalité de l'activité.

Par conséquent, l'équilibre occupationnel est une notion propre à chaque individu. Pour chacun de ces individus, l'équilibre occupationnel est trouvé s'il procure de la satisfaction, du ressourcement, du bien-être et la santé ; en accord avec l'identité occupationnelle de la personne.

Dans une étude d'Hakansson, Dahlin-Ivanoff et Sonn (2006) sur l'équilibre dans la vie quotidienne des femmes souffrant de troubles liés au stress, on retrouve un rapport intéressant entre l'engagement dans les activités et l'équilibre de vie :

« L'engagement dans des activités personnellement significatives semblait être un mécanisme qui leur permettait d'atteindre un équilibre dans la vie quotidienne et leur permettait ainsi de développer une image occupationnelle de soi réussie ainsi qu'une facilité de gestion et de contrôle. » (Cité par Martins, 2015, p.48).

D'après Ferland, on peut comprendre que l'ergothérapeute doit se concentrer sur ces différents éléments de l'équilibre occupationnel pour une prise en soins : « *Comprendre l'importance de la signification de l'activité dans l'existence de l'être humain et de l'équilibre dans l'ensemble de ses activités tout au long de sa vie, voilà la voie à privilégier pour mener à bien notre accompagnement.* » (Ferland, 2015, p. 37)

Selon l'ergothérapeute Gaëlle Riou :

« La nécessité de recourir à une hospitalisation correspond à une rupture dans la vie d'une personne et de sa famille, rupture d'un équilibre dans son fonctionnement et dans son bien-être. C'est une période de crise où les symptômes sont très présents. L'urgence est à l'instauration de traitements dont les effets secondaires peuvent s'avérer importants, et à la mise en place d'un cadre de soins parfois restrictif. » (Riou, 2016, p. 31)

Ainsi, l'hospitalisation engendre la rupture d'un équilibre dans le fonctionnement de vie de la personne. Nous pouvons comprendre que l'équilibre occupationnel est une notion fragile lors de la période d'hospitalisation.

Nous allons dans la partie suivante, tenter de comprendre comment les ergothérapeutes peuvent intervenir dans l'accompagnement des personnes souffrant d'anorexie mentale, en agissant sur ces notions.

IV- Le Modèle de l'Occupation Humaine

Un modèle est une théorie illustrée par un schéma simplifié, s'appuyant sur des données théoriques, qui va guider notre analyse. Il structure notre pensée, conceptualise notre pratique, et permet d'adopter un langage professionnel.

1) Le concept

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) a été développé par Gary Kielhofner dans les années 1980. Dans ce modèle, l'auteur utilise le terme « occupation » qui n'a pas de traduction directe en français. D'après Leontiev, la traduction la plus proche serait « activités signifiantes et significatives » (cité par Morel-Bracq, 2009, p.69). Le MOH a été créé dans l'objectif de mieux comprendre l'importance du processus de l'engagement humain dans l'activité.

Effectivement, d'après Marie-Chantal Morel-Bracq, ce modèle se base sur les hypothèses suivantes :

- *«Les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines.»*
- *«L'activité humaine signifiante et significative est essentielle dans l'auto-organisation de la personne.»* (Morel-Bracq, 2009, p.70)

D'après Gaelle Riou, le MOH apporte des éléments de compréhension du fonctionnement d'un individu, ainsi que de son expérience subjective. (Riou, 2018)

Ce modèle est représenté dans le schéma ci-dessous.

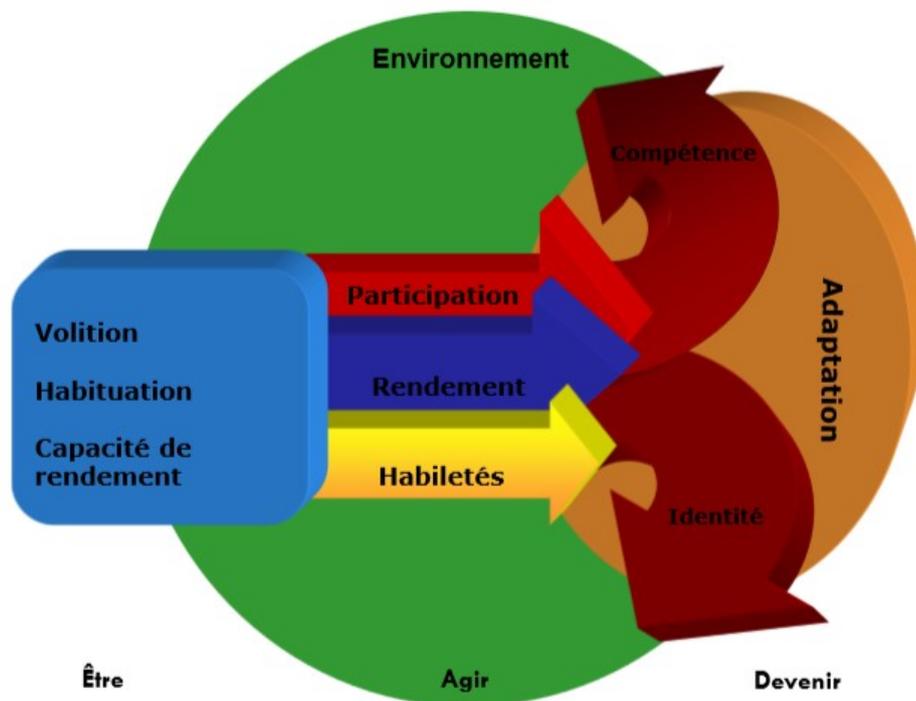


Figure 3. Le Modèle de l'Occupation Humaine (Morel-Bracq, 2009, p.71)

Nous constatons que le MOH s'intéresse à trois grandes composantes : l'être, l'agir et le devenir. Nous allons revenir sur ces trois termes en les explicitant.

2) L'être

L'être, représentant la personne, peut se comprendre selon trois éléments : la volition, l'habituatation et la capacité de rendement.

La volition est définie comme « *la motivation et le processus aboutissant au choix des activités* » (Morel-Bracq, 2009, p.70). Ainsi, la volition est le patron des pensées et des sentiments d'un individu sur lui-même face à son environnement, et qu'il éprouve lorsqu'il anticipe, choisit et expérimente ses actions. Elle est influencée par la culture, les caractéristiques biologiques et l'histoire de l'individu.

La volition fait intervenir les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts. Les déterminants personnels sont caractérisés par la perception d'une personne quant à son efficacité. Les valeurs représentent les éléments importants et significatifs pour la personne. Les intérêts sont tout ce que la personne trouve agréable. (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017)

L'habituatation concerne les habitudes et les rôles. « *Les êtres humains acquièrent et montrent des profils de performance occupationnelle récurrents, qui composent une grande partie de leur vie*

quotidienne. Ces modèles sont régulés par des habitudes et des rôles. » (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017, p.24)

Nous comprenons que les habitudes et les rôles déterminent et sont déterminés par nos activités. « *Les habitudes structurent la vie ordinaire et lui donnent un caractère familier. Certains rôles peuvent être internalisés, c'est-à-dire que la personne intériorise des comportements attendus socialement.* » (Morel-Bracq, 2009, p.70).

En outre, les habitudes nous permettent d'effectuer nos activités de façon automatique. Par ailleurs, les rôles sont plusieurs habitudes apprises et intégrées sous l'influence d'un contexte social particulier, qui évoluent en fonction du temps, de la socialisation. Par exemple, les individus peuvent se considérer et se comporter comme des époux, des parents, des étudiants, quand ils agissent à travers ces rôles. (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017)

Les capacités de rendement représentent les possibilités d'atteindre ses buts en fonction des moyens dont l'individu dispose. D'après Morel-Bracq, « *Elles sont liées aux systèmes organiques (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif) dans leurs aspects objectifs, mais aussi et surtout dans leurs aspects subjectifs correspondant à la sensation et au vécu de la personne.* » (Morel-Bracq, 2008, p. 70)

Par conséquent, nous constatons que ces trois composantes « *permettent de comprendre comment les activités sont choisies et réalisées* » (Morel-Bracq, 2009, p.70). Marie-Chantal Morel-Bracq déclare également que ces composantes sont indépendantes entre elles ainsi que de l'environnement humain et matériel dans lequel évolue l'individu. (Morel-Bracq, 2009)

3) L'environnement

La notion d'environnement est envisagée comme ayant des dimensions physiques et sociales.

L'environnement physique correspond aux espaces et aux objets. Les espaces sont ceux dans lesquels la personne peut intervenir dans son quotidien, qu'ils soient naturels ou manufacturés. Et les objets, naturels ou manufacturés, sont ceux avec lesquels la personne interagit. (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017)

L'environnement social comprend les groupes de personnes que côtoie l'individu, et « *les formes occupationnelles que les personnes réalisent* ». (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017, p. 25)

Selon Morel-Bracq, l'environnement peut apporter « *des opportunités, des ressources, des exigences et des contraintes qui peuvent avoir un impact important sur la personne et sur ses activités.* » (Morel-Bracq, 2009, p.70)

On retrouve également les notions d'environnement proche et d'environnement élargi. L'environnement proche correspond à ce qui nous entoure comme l'espace, les objets, les manières d'agir et les groupes sociaux proches. Quant à l'environnement élargi, il correspond plutôt à la culture, aux conditions économiques ainsi qu'aux émotions. (Morel-Bracq, 2009)

4) L'agir

Dans l'agir, nous retrouvons les termes de participation, rendement et habiletés. Ces trois notions représentent les trois niveaux de l'agir. (Morel-Bracq, 2009)

La participation représente le niveau le plus accompli. « *La participation occupationnelle renvoie à l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social.* » (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017, p. 26). Ces activités font partie intégrante du contexte socioculturel et représentent une signification personnelle et sociale.

Le niveau intermédiaire correspond au rendement. Cette notion signifie de réaliser une forme occupationnelle, c'est-à-dire des séquences d'actions vers un but, respectant les normes connues de tous.

Pour finir, les habiletés représentent le niveau sous-jacent. D'après Morel-Bracq, on retrouve trois types d'habiletés : les habiletés motrices (se lever, se pencher...), opératoires (choisir, ordonner...) ou de communication et interaction (collaborer, s'engager...). (Morel-Bracq, 2009)

5) Le devenir

Le devenir c'est une notion que l'on interroge. Il est composé de la compétence occupationnelle, l'identité occupationnelle, l'adaptation occupationnelle.

La compétence occupationnelle est le degré avec lequel une personne soutient un modèle de participation occupationnelle, en accord avec son identité occupationnelle. (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017) En outre, la compétence occupationnelle inclut le fait de :

- « Réaliser les attentes liées aux rôles, aux valeurs de la personne, et aux normes de performance ;
- Maintenir une routine qui permet à la personne de remplir ses responsabilités ;

- Participer à des occupations offrant un sentiment de compétence, de contrôle, de satisfaction et d'accomplissement ;
- Mettre en œuvre ses valeurs et agir pour obtenir les résultats désirés. » (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017, p. 27)

L'identité occupationnelle définit qui on est : « *Elle correspond à la perception de la personne sur l'être occupationnel qu'elle est, et celui qu'elle souhaite devenir, à partir de l'histoire de sa participation occupationnelle.* » (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017, p.27).

Elle inclut nos rôles, nos valeurs, nos relations, notre concept de nous-même, nos désirs et nos buts personnels.

L'adaptation occupationnelle représente la construction d'une identité occupationnelle et la réalisation d'une compétence occupationnelle, à travers le temps, dans l'environnement de l'individu. (Parkinson, Forsyth, Kielhofner, 2006/2017)

6) L'application

Les objectifs thérapeutiques de ce modèle sont « *d'accompagner la personne dans son processus de changement du fait des altérations, visant une réorganisation complexe, de façon simultanée et en résonance, de la volition, de l'habituatation, des capacités de rendement et des conditions environnementales.* » (Morel-Bracq, 2009, p. 71).

En ce qui concerne la mise en place de l'accompagnement par le modèle MOH, Morel-Bracq décrit les 6 étapes suivantes :

- « Faire émerger des questions pour comprendre le client (valeurs, intérêts, sens de ses capacités et de son efficacité, rôles, habitudes, expériences dans les environnements pertinents),
- Recueillir les données,
- Se servir des informations recueillies pour expliquer la situation du client,
- Elaborer des objectifs et stratégies thérapeutiques,
- Mettre en place et gérer la thérapie,
- Déterminer les résultats de la thérapie. » (Morel-Bracq, 2009, p. 73)

Nous avons pu remarquer les difficultés des individus atteints d'anorexie mentale à pratiquer de manière satisfaisante leurs activités tout au long de leur maladie, en période d'hospitalisation ou non.

Ainsi, ce modèle permettrait de faciliter le processus de rétablissement des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale, en prenant en compte leur environnement, leur engagement, leur sentiment d'identité. Le but de son utilisation pourrait être de leur apporter une qualité de vie satisfaisante notamment durant les différentes phases de leur hospitalisation.

V- Formulation des hypothèses

Grâce à cette partie théorique, nous avons pu assimiler différentes connaissances quant au fonctionnement des personnes présentant une anorexie mentale ainsi que sur le rôle de l'ergothérapeute.

Effectivement, nous avons constaté les difficultés que peuvent rencontrer les jeunes filles présentant une anorexie mentale dans la gestion de leurs activités du quotidien. Par ailleurs, nous avons pu voir que l'ergothérapeute avait une pratique centrée sur les sciences de l'activité humaine.

De ce fait, les deux hypothèses suivantes pourront être approfondies :

- **Hypothèse 1** : Les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale présentent un déséquilibre occupationnel.
- **Hypothèse 2** : L'approche du modèle de l'occupation humaine peut participer au processus de rétablissement de la jeune fille atteinte d'anorexie mentale.

D. RECUEIL DE DONNEES

I- Méthode d'exploration

L'objectif de la recherche est de valider ou d'infirmer les hypothèses que nous venons d'énoncer. Pour cela, nous allons confronter nos hypothèses à une enquête de terrain.

Une méthode qualitative semble plus adaptée à cette recherche. En effet, la méthode qualitative permet de « *regarder la réalité sociale* » et s'inscrit dans « *la compréhension ancrée dans le terrain et en profondeur de l'objet de l'enquête.* » (Kohn, Christiaens, 2014, p.69). Ainsi, elle nous permettrait d'avoir une vision au plus proche de la réalité des pratiques de l'ergothérapeute auprès des jeunes filles atteintes d'anorexie mentale.

Il existe différentes sources de données qualitatives : « *les observations, l'analyse de documents, les entretiens, les images ou vidéos, etc.* » (Kohn, Christiaens, 2014, p.69).

Dans le cadre de notre recherche, nous utiliserons l'entretien semi-structuré. C'est une méthode visant à collecter des données en interrogeant des personnes par des techniques de conversations, en utilisant un guide d'entretien et des questions ouvertes.

L'objectif de l'entretien est « *d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc.* » (Kohn, Christiaens, 2014, p.70)

II- La population ciblée

Pour cette recherche, l'objectif est de pouvoir réaliser entre trois et quatre entretiens avec des ergothérapeutes. Le but étant de recueillir leur expérience concernant l'accompagnement des jeunes filles présentant une anorexie mentale, ainsi que leur vision sur l'équilibre occupationnel de ces adolescentes.

Pour cela, j'ai établi différents critères correspondant à cette population cible attendue :

- Etre ergothérapeute diplômé d'Etat
- Avoir travaillé ou travaillant auprès de jeunes filles atteintes d'anorexie mentale âgées entre 12 et 20 ans.
- Avoir travaillé ou travaillant dans un service d'hospitalisation complète ou en structure d'accueil de jour.

III- L'outil de collecte : la grille d'entretien

Afin de préparer au mieux ces entretiens, j'ai réalisé en amont une grille d'entretien qui a été validée par mon maître de mémoire. Elle nous permettra ensuite d'analyser les informations données par les ergothérapeutes, afin de les confronter à nos hypothèses. (Annexe III)

La confection de cette grille a pour objectif d'organiser les différentes questions de façon à ce que l'on retrouve une suite logique dans leur succession, et de permettre la fluidité de l'entretien. En outre, le cadre de l'entretien doit rester souple, et faciliter les échanges et les questions spontanées qui pourraient survenir lors de l'interview.

Cette trame d'entretien a été construite en lien avec les notions abordées durant le cadre théorique. Ainsi, elle dispose de 6 thèmes, composés chacun de deux à quatre questions. Nous allons présenter un par un les thèmes évoqués dans la trame, et préciser l'objectif de chacun :

- Présentation / définition :

Le but de cette première partie est de visualiser le parcours professionnel des ergothérapeutes, en prenant en compte la date d'obtention de leur diplôme et les différentes structures dans lesquelles ils ont pu travailler.

Par ailleurs je pense qu'il est nécessaire de leur demander en premier lieu leur connaissance et l'éventuelle utilisation du MOH dans leur pratique. La réponse à cette question permettra d'adapter les termes utilisés dans les questions pour la suite de l'entretien.

- L'être, l'agir, le devenir :

Ces différentes parties correspondent aux trois grands domaines présents dans le MOH. Le but est de recueillir des informations sur la façon dont ces trois notions sont impactées et abordées, dans le contexte d'une prise en soins de l'anorexie mentale en ergothérapie.

- L'équilibre occupationnel :

Le but de ce thème est de visualiser de quelle manière est impacté l'équilibre occupationnel des jeunes filles et de découvrir son évolution.

- Processus de rétablissement :

Cette partie permettra d'évaluer la façon dont les ergothérapeutes interviennent auprès de cette population, et ainsi de savoir si l'utilisation du MOH serait adaptée à cette intervention, ou non.

Au total, cette grille d'entretien compte 15 questions, avec une alternance de questions ouvertes et semi-ouvertes. L'intérêt de ces questions ouvertes est de permettre à la personne interrogée de s'exprimer librement, sans que sa réponse soit influencée par mes questions. Par conséquent, j'ai estimé la durée de cet entretien à environ trente minutes de passation.

IV- La méthode d'échantillonnage

Afin de trouver des ergothérapeutes volontaires pour participer à cet entretien, j'ai utilisé différentes méthodes.

Dans un premier temps, j'ai envoyé des mails et appelé des structures accueillant un public présentant une anorexie mentale, en leur demandant de transmettre ma demande auprès des ergothérapeutes travaillant dans leur structure. Cependant, j'ai obtenu peu de réponses positives.

D'autre part, j'ai sollicité des ergothérapeutes via un réseau social en expliquant le but de ma recherche et la population répondant aux critères pour répondre à mon questionnaire. Je n'ai pas obtenu de retour face à cette demande.

Parallèlement à ces tentatives de communication, j'ai pu prendre contact avec une ergothérapeute travaillant auprès d'adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire au sein d'un service d'hospitalisation complète. Cette ergothérapeute intervient au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Laval, pour proposer des cours en partie sur ce sujet. Elle a accepté ma demande.

Par ailleurs, je lui ai demandé si elle avait connaissance d'ergothérapeutes qui pourraient correspondre à mes critères et accepteraient de participer à mon enquête. C'est ainsi que j'ai pu établir le lien avec une autre ergothérapeute, travaillant en hôpital de jour avec des adolescents atteints d'anorexie mentale.

	Année d'obtention du diplôme	Lieu de travail	Nombre d'années d'expériences sur le poste
Ergothérapeute n°1	2016	Soins de Suite et Réadaptation Nutrition, service hospitalisation complète	4 ans
Ergothérapeute n°2	2014	2014-2016 : unité de psychopathologie adolescente, hospitalisation complète. 2016-2018 : hôpital de jour psychiatrique. 2018-2020 : hôpital de jour pour TCA.	6 ans (expériences cumulées)

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes interrogées.

Depuis l'obtention de son diplôme d'état d'ergothérapie en 2016, l'ergothérapeute 1 travaille à mi-temps dans un SSR nutrition en Normandie. Le cadre des hospitalisations dans cette structure est assez ouvert. Les patients, à partir de 18 ans ou avec l'autorisation des parents, peuvent sortir librement de la structure à n'importe quel moment. En complément de son diplôme d'ergothérapeute, depuis Septembre 2018 l'ergothérapeute possède un master 2 en ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique.

L'ergothérapeute 2 a obtenu son diplôme d'état d'ergothérapie en 2014. Depuis, elle a travaillé dans différents endroits, à chaque fois auprès d'une population adolescente en psychiatrie. Elle a d'abord travaillé dans une unité de psychopathologie adolescente dans un CHU en Normandie, qui est spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire à titre d'anorexie mentale restrictive. Ensuite, elle a travaillé à la Réunion, dans un hôpital de jour pour adolescents, avec peu de patients présentant des TCA. Désormais, l'ergothérapeute travaille depuis deux ans en hôpital de jour en Normandie, où elle a participé à l'ouverture du poste d'ergothérapeute, elle accueille des adolescents atteints de TCA. Nous nous intéresserons donc à ses deux expériences en hospitalisation complète et en hôpital de jour.

V- Déroulé de l'entretien

En ce qui concerne l'ergothérapeute 1, la prise de contact s'est faite lors de sa venue à l'IFE de Laval. D'autre part, nous avons pu échanger par mail afin que je lui expose plus précisément le sujet et le questionnement de mon mémoire. Nous avons convenu d'un rendez-vous pour la passation de l'entretien téléphonique.

En outre, j'ai obtenu le contact de l'ergothérapeute 2 par l'intermédiaire de l'ergothérapeute 1 qui m'a transmis son mail. Ainsi, j'ai pu également lui relater l'objet de ma recherche et nous avons pu convenir sur la passation d'un entretien téléphonique.

Il a été décidé que ces entretiens se dérouleraient par téléphone pour des raisons pratiques. Etant donné des difficultés de déplacement, suite au contexte sanitaire d'épidémie du Covid-19 dans lequel nous nous trouvions, nous ne pouvions pas envisager de nous rencontrer en face à face.

A chaque début d'entretien, j'ai présenté rapidement le cheminement par lequel j'étais passée ainsi que le sujet et l'objectif de l'entretien. Par ailleurs, j'ai demandé l'accord à chacune des ergothérapeutes pour enregistrer l'ensemble de l'entretien, afin de faciliter la retranscription et l'exploitation des données. Les deux ergothérapeutes ont accepté. La retranscription des entretiens a ensuite été réalisée sans déformer les propos des ergothérapeutes. (Annexe IV) Le but étant d'extraire de cette retranscription les informations nécessaires pour effectuer l'analyse.

D'autre part, j'ai indiqué aux ergothérapeutes interrogées que les informations qu'elles me transmettaient seraient toujours retranscrites en respectant leur anonymat.

L'entretien avec l'ergothérapeute 1 a duré environ quarante minutes et l'entretien avec l'ergothérapeute 2 a duré quarante-cinq minutes.

E. ANALYSE DES RESULTATS

Afin de présenter nos résultats, nous reprendrons les différents thèmes utilisés dans la grille d'entretien, en lien avec le cadre théorique.

I- L'être

1) L'habituatation

A partir de l'apparition de l'anorexie mentale, les ergothérapeutes sont d'accord pour affirmer que les habitudes de vie de la personne sont modifiées.

L'ergothérapeute 2 explique que ces modifications se traduisent notamment par la présence d'un hyperinvestissement scolaire, une hyperactivité physique et un comptage permanent des calories au niveau alimentaire. D'après elle, ces activités occupent une place considérable dans leur quotidien. En effet, ces activités ne permettent pas aux jeunes filles d'en réaliser d'autres, comme passer du temps avec leurs amis ou leur famille. Par ailleurs, elle a également pu voir des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) importants et envahissants chez certaines personnes.

L'ergothérapeute 1 déclare que l'on retrouve deux situations opposées dans la pratique d'activités, en fonction de la phase dans laquelle se trouve la jeune fille par rapport à la maladie :

- L'hyperactivité massive, physique ou mentale :

Ce qui rejoint l'idée de l'ergothérapeute 2. Elle nous donne un exemple : « *Un week-end une amie est venue la voir mais il fallait qu'elle aille marcher, du coup elle a obligé son amie à marcher avec elle, et elle ne l'écoutait même pas.* ».

- La sédentarité :

Les jeunes filles ne parviennent à réaliser aucune activité.

Au moment du passage en hospitalisation, les ergothérapeutes décrivent à nouveau une modification des habitudes de vie de la personne pour la plupart des patientes qu'elles accompagnent.

L'ergothérapeute 1 indique notamment : « *ils ont l'impression de plus rien faire, ils font plus à manger, ils font plus leur lit, on le fait à leur place, ils font plus le ménage, ils ne travaillent plus, du coup il y a vraiment une perte de repères* ». Ces différents propos affirment qu'une rupture apparaît dans les habitudes de vie de ces jeunes filles, en comparaison à leur quotidien avant l'hospitalisation.

L'ergothérapeute 2 aborde l'expérience du contrat de soins dans le cadre d'une hospitalisation complète. Elle décrit qu'avec l'utilisation de ce type de contrat, il y a des étapes, et il y a des activités autorisées ou non-autorisées par les médecins spécialistes, en fonction du poids atteint par la personne.

De plus, elle explique qu'au début de l'hospitalisation, les journées des adolescentes atteintes d'anorexie mentale sont très ritualisées, avec des pesées 2 fois par semaine. Selon elle, c'est l'institution qui donne le cadre des occupations : « *Le pédiatre disait, bah là c'est pas possible de lui proposer des activités, en fonction du niveau psychique et somatique.* ».

Par ailleurs, à partir du moment où ces jeunes filles sont autorisées à participer à des activités thérapeutiques, l'ergothérapeute 2 remarquait souvent un engagement extrême de ces dernières. Elle explique qu'elle devait même avoir un rôle de contrôle pour limiter leur hyperinvestissement. Elle nous donne l'exemple de l'activité créative mandalas, « *par exemple, elles créaient elles-mêmes leurs mandalas et ça remplissait toute la chambre* ». Ainsi, nous pouvons voir que la notion d'hyperinvestissement peut également être présente en période d'hospitalisation, mais à travers d'autres activités que celles pratiquées par la personne auparavant.

2) La volition

Nous pouvons nous interroger sur la place de la volition durant ces différents changements dans les habitudes de vie de ces personnes.

L'ergothérapeute 1 indique que lors de l'hospitalisation, les personnes atteintes d'anorexie mentale présentent toujours une motivation à réaliser des activités.

Cependant elle décrit que cette motivation est différente, « *il n'y pas de perte de motivation, elle est juste différente et n'est pas là pour le même projet* ». En outre, elle explique que cette motivation à participer à des activités se traduit plus comme une volonté de changer leurs habitudes.

L'ergothérapeute 2 compare l'engagement de ces adolescentes dans leurs activités, pendant une période d'hospitalisation complète et pendant une période d'hospitalisation de jour.

Contrairement au surinvestissement dans les activités qu'elle a pu constater lors de son poste en hospitalisation complète, elle décrit qu'en hôpital de jour, la motivation des jeunes filles à s'investir dans les activités qui leur sont proposées est beaucoup plus difficile.

Selon l'ergothérapeute 2, cela vient du fait qu'elles veulent rompre leur lien avec l'hôpital « *elles veulent reprendre leur vie du quotidien, les cours, et quand elles sortent d'hospitalisation la maladie n'est pas réglée, certains symptômes restent très présents comme la dysmorphophobie, l'hyperinvestissement* ».

scolaire, le regard de l'autre, et en fait bah l'hôpital est rejeté car elles ne sont pas à l'école pendant ce temps là, ce qui est impossible pour elles ».

3) Capacités de rendement

En ce qui concerne les capacités de rendement des jeunes filles présentant une anorexie mentale, les ergothérapeutes décrivent des difficultés de leur part à accomplir leur but.

En effet, si l'on prend en compte les aspects subjectifs des capacités de rendement, l'ergothérapeute 1 déclare que les personnes souffrant d'anorexie mentale ne parviennent à satisfaire aucun de leur besoin et désir. Elle explique cela par le fait qu'elles aient une faible estime d'elles-mêmes, et souvent elles placent les objectifs trop hauts par rapport à leurs capacités : *« ils essayent d'atteindre des objectifs inatteignables ».*

Les capacités de rendement étant également liés aux systèmes organiques, nous remarquons que ces fonctions sont souvent impactées chez une personne présentant une anorexie mentale, notamment au niveau neurologique.

Effectivement, l'ergothérapeute 1 indique que dans l'anorexie mentale, nous retrouvons une atteinte du cerveau : *«une réduction du volume cérébral qui est actée».*

L'ergothérapeute 2 décrit même *«un déséquilibre neurologique au niveau du relargage des protéines».* Ce déséquilibre serait à l'origine de troubles de la sensibilité et des sensations comme le chaud-froid et la satiété.

Nous pouvons constater, à travers les témoignages des ergothérapeutes, que le domaine de « l'être » est fortement impacté chez les jeunes filles présentant une anorexie mentale, notamment au niveau des habitudes de vie et des capacités de rendement.

II- L'agir

1) Les habiletés

Les deux ergothérapeutes témoignent d'un impact de l'anorexie mentale sur les habiletés motrices, opératoires, et d'interactions sociales.

En ce qui concerne les habiletés motrices, l'ergothérapeute 1 parle d'une fonte musculaire entraînant une fatigue pouvant les empêcher de réaliser la moindre activité.

L'ergothérapeute 2 évoque également un ralentissement moteur et psychomoteur important, « *quand on est au plus grave de la maladie* ». Ce ralentissement engendre des difficultés au niveau de l'élocution et une grande fatigabilité : « *La patiente lutte contre ça en essayant encore d'être dans l'hyperactivité mais le physique ne tient plus.* ».

En outre, l'ergothérapeute 1 indique que l'on retrouve parfois des troubles des coordinations motrices chez ces jeunes filles. L'ergothérapeute 2 affirme ces propos. Elle a remarqué que des troubles dyspraxiques apparaissent régulièrement chez cette population : « *Quand il y a des levées de symptômes, je vois pas mal de dyspraxies mais du coup je me questionne sur le lien entre l'anorexie et la dyspraxie.* ».

Par ailleurs, les deux ergothérapeutes expriment la présence de troubles au niveau des habiletés opératoires. L'ergothérapeute 1 parle d'une réduction du volume cérébral. D'après elle, celle-ci serait à l'origine de difficultés au niveau de l'attention, la concentration et même de la conscience. Elle déclare que parfois ces jeunes filles sont placées sous protection juridique pour cause d'un « *défaut de jugement qui est acté* ».

L'ergothérapeute 2 explique également qu'on retrouve des difficultés au niveau de la prise de décisions : « *certaines sont incapables de choisir, se positionner* ».

En ce qui concerne les habiletés d'interactions, les ergothérapeutes nous décrivent une atteinte régulièrement retrouvée chez les jeunes filles présentant une anorexie mentale. L'ergothérapeute 2 réalise parfois des jeux de rôle avec plusieurs patientes, ces dernières se retrouvent en difficulté pour collaborer avec l'autre : « *Je peux leur demander d'attaquer l'autre, c'est impossible pour elles. Et certaines fois il y a des jeux où je demande une collaboration pour arriver à un but, et c'est impossible pour elles.* ».

L'ergothérapeute 1 nous explique que les jeunes femmes présentent souvent une peur du jugement, du regard de l'autre, par rapport au fait qu'elles n'ont pas les mêmes habitudes de vie et le même équilibre alimentaire que les autres. Ces différentes problématiques vont engendrer chez ces adolescentes un isolement. Elle déclare notamment : « *plus on va s'isoler plus on va avoir des problèmes dans l'affirmation de soi, dans le positionnement à l'autre* ».

2) Rendement occupationnel

Au début de la maladie, lorsque les différentes habiletés le permettent, les adolescentes atteintes d'anorexie mentale parviennent à obtenir un rendement occupationnel satisfaisant pour certaines activités.

En effet, à plusieurs reprises les ergothérapeutes nous ont indiqué que les jeunes filles présentaient une hyperactivité physique en s'investissant beaucoup dans le sport, jusqu'à 12 heures de sport par jour d'après l'ergothérapeute 1, mais également au niveau scolaire. Cependant, cette hyperactivité entraîne souvent une baisse du rendement dans d'autres activités, comme parler avec des amis. L'ergothérapeute 1 nous indique : « *Elles ne profitaient pas de la récréation avec les autres parce qu'il fallait faire du sport* ».

En revanche, lorsque l'anorexie mentale commence à avoir des répercussions sur les habiletés motrices, opératoires et d'interaction, la notion de rendement devient difficile à obtenir.

Lorsque les habiletés motrices sont touchées, la personne peut rencontrer des difficultés dans l'enchaînement des séquences d'actions pour réaliser des activités motrices. L'ergothérapeute 1 nous décrit notamment des difficultés pour se lever, tenir debout, marcher, lever les bras devant soi : « *lever les bras en l'air en face d'elle, c'était complètement déstructuré, asymétrique* ».

Les atteintes au niveau des habiletés opératoires citées auparavant, ont une répercussion sur certaines activités du quotidien. Par exemple, il peut être compliqué pour ces jeunes filles de participer à une conversation comme l'indique l'ergothérapeute 1 : « *savoir maintenir le regard, suivre une conversation, ça tient aussi du problème cognitif* ».

Les difficultés rencontrées au niveau des habiletés d'interaction vont également avoir un impact sur le rendement souhaité dans les activités engageant un rapport à l'autre. L'ergothérapeute 2 déclare notamment que les jeunes filles ont des problématiques pour être en lien avec les autres.

3) Participation

L'impact de l'anorexie mentale sur les notions d'habiletés et de rendement occupationnel, va engendrer des répercussions sur la participation occupationnelle des jeunes filles souffrant de cette maladie.

Comme nous avons pu le voir, lorsque les habiletés le permettent, les jeunes filles peuvent présenter une participation excessive dans certaines activités comme le sport ou à l'école. De plus, l'ergothérapeute 2 a pu nous indiquer qu'en période d'hospitalisation, les adolescentes surinvestissent souvent les activités qui leur sont proposées comme les activités créatives.

Cependant, lorsque les habiletés sont touchées, nous avons pu voir qu'il pouvait être difficile pour ces jeunes filles de s'engager dans la moindre activité, du fait de troubles trop importants, que ce soit au niveau moteur, opératoire ou des interactions.

Ainsi, à travers les trois notions que nous venons de décrire, nous constatons que l'agir est un domaine également impacté par l'anorexie mentale.

III- L'environnement

1) Le rapport avec la famille

Pour les deux ergothérapeutes interrogées, l'environnement social et surtout familial joue un rôle conséquent dans le quotidien des personnes touchées par l'anorexie mentale.

Effectivement, l'ergothérapeute 1 décrit différents types de familles.

Elle explique qu'on retrouve des familles qui vont être présentes et qui vont s'investir dans le processus de rétablissement de la jeune fille : « *la famille qui va être hyper soutenante qui va appeler, demander des nouvelles, qui va rendre visite sur la structure, demander de l'aide, entreprendre des thérapies familiales* ».

D'autre part, elle aborde le fait que des familles peuvent rencontrer un manque de compréhension sur la maladie, d'autant plus que c'est une maladie chronique qui a des répercussions sur toute la famille.

Puis, elle décrit un dernier type de famille qu'elle rencontre régulièrement, qu'elle dit « *pathologique* ». Elle nous cite l'exemple d'une jeune fille en week-end au domicile familial : « *la patiente met la table, elle reprend en fait la vie familiale, et la mère prend l'assiette de la jeune et la jette par terre en lui disant « Je croyais que t'étais anorexique du coup tu manges pas! »* ».

L'ergothérapeute 2 évoque la notion de conflit qui est régulièrement retrouvée entre l'adolescente et sa famille. Selon elle, ces jeunes filles sont souvent mises dans des rôles et des positions qui ne sont pas adaptés à leur âge. Elles donnent deux exemples : « *c'était la personne qui faisait tout le ménage de la maison, ou qui faisait qu'il y ait un évitement de conflit entre les parents* ». D'après elle, ces situations ne sont pas reprises entre les membres de la famille, et cela implique des complications au niveau émotionnel chez la jeune fille.

2) Le rapport à la société

Concernant la relation de la personne atteinte d'anorexie mentale avec la sphère sociale, les ergothérapeutes déclarent que ces jeunes filles peuvent rencontrer des difficultés.

Tout d'abord, nous avons pu voir en lien avec les habiletés d'interaction, qu'il pouvait être problématique pour ces adolescentes d'entrer en relation avec les autres, et que l'on remarquait parfois un isolement.

L'ergothérapeute 1 évoque que souvent, les jeunes filles présentant une anorexie mentale ont connu un harcèlement scolaire. Notamment à travers l'intermédiaire des réseaux sociaux sur lesquels elles ont subi des insultes. Par conséquent, la relation de confiance à l'autre est un concept compliqué, qu'il est nécessaire de travailler durant la prise en soins.

Pour l'ergothérapeute 2, la notion de pression sociale et scolaire n'est pas à négliger pour ces adolescentes. En effet, d'après elle, « *elles se comparent beaucoup avec leurs cercles amicaux, elles se comparent, se dévalorisent* ». Elle explique que le fait de vouloir s'intégrer dans une société est une source de pression chez elles.

Ainsi, d'après les ergothérapeutes, le rapport des jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale avec leur environnement social est souvent problématique. C'est une notion qui paraît nécessaire à prendre en compte dans la prise en soins de ces personnes.

IV- Devenir

1) Identité occupationnelle

La question de l'identité a été une notion sur laquelle les ergothérapeutes sont intervenues à différents moments durant les entretiens.

Pour rappel, l'identité occupationnelle correspond à la perception de la personne sur son être occupationnel, en prenant en compte sa participation occupationnelle. En outre, elle inclut ses rôles, ses valeurs, ses relations, ses désirs et ses buts personnels.

Pour l'ergothérapeute 2, la notion d'identité est une problématique à travailler avec les personnes présentant une anorexie mentale. Effectivement, elle déclare que : « *les adolescentes disent que l'anorexie c'est leur identité, et si ça part, elles ne savent pas comment elles pourraient être en lien avec*

les autres ». Pour ces adolescentes, elles existent aux yeux des autres à travers la maladie, et elles craignent que si l'anorexie disparaît, elles n'aient plus de liens avec leur entourage.

En outre, les ergothérapeutes affirment toutes les deux que ces jeunes filles ont une vision péjorative de leur efficacité. En effet, il y a un besoin de revalorisation et de réassurance permanent de la part de l'autre. Elles rencontrent des difficultés pour valoriser ce qu'elles font. Par ailleurs, l'ergothérapeute 2 indique que cette problématique peut fluctuer dans le temps et d'une personne à une autre, elle est influencée par l'humeur mais surtout par la personnalité de la jeune fille.

D'autre part, selon l'ergothérapeute 2, les jeunes filles anorexiques n'accèdent à aucun désir, à part à travers la notion d'auto-destruction. Elle ajoute également : « *Se projeter dans le lâcher-prise est quelque chose d'impensable pour elles.* ».

2) Adaptation occupationnelle

Les ergothérapeutes ont affirmé que les personnes atteintes d'anorexie mentale présentent des difficultés à s'adapter à tout type de changement venant perturber leur quotidien.

Les deux ergothérapeutes expliquent que c'est surtout la notion de perte de contrôle et d'imprévu qui est contrariante pour ces adolescentes.

L'ergothérapeute 1 nous propose plusieurs exemples : « *Il y en a qui refusent de partir en « perm » le dimanche, car ils ne pourront pas choisir leur menu pour le lendemain. Ou alors ils ont commandé un truc, mais par exemple une banane, et ils ont une orange, et c'est très compliqué.* ». D'après elle, ces changements seraient à l'origine d'une angoisse chez ces jeunes filles.

L'ergothérapeute 2 déclare notamment : « *En fait, c'est pas forcément la notion de changement qui est compliquée, c'est plus la notion de ne pas contrôler ce changement, ne pas être à l'initiative de celui-ci et ne pas le maîtriser dans tout ses aspects. Parce que finalement le changement ça peut se faire mais c'est la maîtrise qui compte.* ».

Par conséquent, pour l'ergothérapeute 1 la notion d'adaptation au changement est à aborder pendant la prise en soins. D'après elle, il est nécessaire d'accompagner ces jeunes filles dans leur schéma de pensée, pour comprendre ce qui est à l'origine de cette perturbation et cette angoisse chez elles.

En ce qui concerne les modifications dans leurs activités du quotidien, selon l'ergothérapeute 1, les jeunes filles se rendent compte qu'il est nécessaire d'effectuer un changement de leur routine quotidienne. Cependant, elle déclare qu'elles ne savent pas quelles activités pratiquer pour remplacer

celles qu'elles avaient l'habitude de surinvestir comme le sport. Ainsi, elle indique qu'il est primordial de les accompagner pour co-définir avec elles d'autres activités du quotidien.

Nous pouvons donc voir que les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale ont besoin d'être accompagnées dans cette notion d'adaptation occupationnelle, afin qu'elles puissent reconstruire au mieux leur identité occupationnelle.

V- L'équilibre occupationnel

1) Comment évolue l'équilibre occupationnel ?

Pour aborder la notion d'équilibre occupationnel, celle-ci a d'abord été mise au clair avec les deux ergothérapeutes. En effet nous avons bien précisé la subjectivité de l'équilibre occupationnel, il prend en compte la satisfaction de la personne concernant la répartition et le temps accordé à chacune de ses activités.

Selon l'ergothérapeute 1, il y a un déséquilibre occupationnel avant l'hospitalisation, qui accompagne l'anorexie mentale.

Elle reprend notamment l'exemple de l'hyperactivité physique : *« Par exemple, ça peut monter à 12h de sport par jour. Donc d'un point de vue scolaire ça impacte pas mal. Il y a des patientes qui montaient et descendaient les escaliers pendant les temps de pause. »*.

L'ergothérapeute 2 évoque également la notion d'hyperactivité dans ce déséquilibre occupationnel, intellectuelle et physique. En outre, elle exprime que ces jeunes femmes organisent leur journée en fonction du programme qu'elles ont prévu, elles ne laissent pas de place à l'imprévu et doivent avoir un contrôle sur cela.

En période d'hospitalisation, l'ergothérapeute 2 explique que les jeunes filles peuvent aussi se sentir en déséquilibre occupationnel par rapport à ce qu'elles ont vécu avant. Mais pour elle, le but de contrôler leurs activités pendant cette hospitalisation, et donc de passer par un déséquilibre occupationnel, est de les amener à atteindre un nouvel équilibre plus sain.

Par ailleurs, pendant le passage en hôpital de jour (HDJ), l'ergothérapeute 2 affirme que l'équilibre occupationnel des adolescentes est à nouveau modifié. En effet, elles reprennent au fur et à mesure leur vie quotidienne, tout en se rendant trois fois par semaine à l'HDJ, afin d'apprendre à gérer les derniers

symptômes persistants comme la dysmorphophobie. L'objectif étant qu'elles parviennent à obtenir un équilibre occupationnel et de le transférer dans leur vie quotidienne.

2) Quels sont les causes du déséquilibre occupationnel ?

En ce qui concerne la cause de ce déséquilibre, pour l'ergothérapeute 1, ce sont les symptômes de l'anorexie mentale qui amènent la personne à celui-ci. En outre, elle parle beaucoup du déni qui ne permet pas aux jeunes filles de voir qu'elles sont en déséquilibre occupationnel sur le moment venu.

Selon l'ergothérapeute 2, plusieurs facteurs pourraient être en cause. Elle cite notamment la dépression présente au début de la maladie, et le déséquilibre neurologique dû à un relargage de certaines protéines qui entrainerait un déséquilibre au niveau des sensations et de la satiété. Elle parle même d'anesthésie : « *Pour moi, le TCA c'est l'anesthésie, de l'émotion, des désirs, des plaisirs. Du coup ça chamboule tout quoi.* ». Pour elle, ce déséquilibre neurologique serait en partie à l'origine du déséquilibre occupationnel.

De plus, elle explique que la complexité des relations aux autres et surtout aux parents pourrait également être une cause de l'apparition de ce déséquilibre occupationnel.

Nous pouvons donc considérer l'équilibre occupationnel comme une notion fragile pour les jeunes filles présentant une anorexie mentale.

VI- L'accompagnement dans le processus de rétablissement

1) La pratique des ergothérapeutes

Chacune des ergothérapeutes insistent sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire.

En effet, l'ergothérapeute 1 travaille avec une diététicienne, des aides-soignantes, des infirmières, des médecins spécialistes et des psychiatres. La diététicienne intervient sur tout ce qui concerne les aliments, la gestion des compulsions. Les aides soignantes et infirmières travaillent sur les gestes du quotidien. Et les médecins et psychiatres interviennent sur les comorbidités.

L'ergothérapeute 2 travaille avec un pédopsychiatre, des infirmiers, des assistants sociaux et des psychologues. Ses collègues travaillent notamment auprès de la famille des patientes, à travers des groupes de paroles ou des thérapies familiales par exemple.

L'ergothérapeute 1 utilise le modèle cognitivo-comportemental pour intervenir auprès des jeunes filles atteintes d'anorexie mentale. Ce modèle intègre les thérapies de pleine conscience. Par ailleurs, elle affirme qu'elle s'inspire en réalité de plusieurs modèles.

Concrètement elle réalise avec les patientes des entretiens occupationnels durant lesquels elle aborde différents sujets, notamment l'occupation.

Pour l'ergothérapeute 1, la première chose à travailler est le déni qui est souvent présent à l'entrée en hospitalisation : « *sinon le patient ne peut pas accepter les thérapeutiques, il ne comprend pas pourquoi il est là* ». Elle intervient aussi sur la prise de conscience du déséquilibre occupationnel : « *j'utilise des horloges sans aiguille, je leur demande de représenter une journée type avant hospitalisation, elles se rendent compte du temps que cela leur prend* ». Elle précise le besoin de re-définir avec les jeunes filles les activités de vie quotidienne afin qu'elles puissent retrouver des loisirs, autres que l'hyperactivité.

Elle dit intervenir sur le rythme de vie de la personne, celui d'avant et celui souhaité, tout en prenant en compte l'environnement familial. En effet, l'ergothérapeute exprime travailler également avec l'environnement social de la jeune fille, sur la notion de posture sociétale et sur la compréhension de la maladie par la famille.

De plus, l'ergothérapeute 1 explique utiliser régulièrement les mises en situation écologiques. Par exemple, elle peut être amenée à aller au restaurant, prendre un café, faire les boutiques avec les patientes. Elle peut également se rendre au domicile de la jeune fille lorsqu'elle rencontre des difficultés particulières, comme la réalisation de tâches administratives. Elle reprend toutes les activités du quotidien pour lesquelles les personnes ont besoin d'être accompagnées. Le but étant de revoir avec elle toutes les notions vues en séance afin qu'elles puissent les appliquer dans leur vie quotidienne.

L'ergothérapeute 2 n'utilise pas de modèle théorique en particulier. Cependant elle pense que sa pratique s'approche du modèle ludique.

Elle décrit qu'en hôpital de jour, elle travaille sur des aspects spécifiques, des symptômes persistants comme la dysmorphophobie.

Elle réalise également des entretiens pour évaluer les besoins des adolescentes, visualiser ce sur quoi elles sont à l'aise ou non en termes d'activités. Elle a l'habitude de proposer des objectifs aux adolescentes, qui seront à travailler dans les différents ateliers, qu'elles doivent valider ou non afin de les impliquer dans leur prise en soins.

L'ergothérapeute 2 exprime une organisation spécifique de son intervention en hôpital de jour. En effet, elle distingue quatre domaines sur lesquels elle intervient : la case corporelle, la case cognitive, la case liens interpersonnels/socialisation et la case accès à la créativité.

Dans le domaine de la créativité, elle cite par exemple l'utilisation du dessin, de la poterie ; pour la case corporelle elle utilise la danse ; dans la socialisation, le théâtre d'improvisation ou l'art corporel, et dans le domaine cognitif, elle peut utiliser l'écriture.

Elle réalise également des séances en individuel, et des séances de rééducation pour les fonctions exécutives pour les jeunes filles présentant des troubles de l'apprentissage.

Elle ne fait pas beaucoup de mises en situation écologiques par manque de temps notamment et parce qu'elle ne détermine pas cela comme une priorité en hôpital de jour. Elle explique que c'est aux jeunes filles de transférer ce qu'elles voient en séance, dans leur quotidien. Elle compte beaucoup sur leurs retours, ainsi que sur ceux des parents et des écoles. Cependant, elle précise qu'il serait intéressant qu'elle puisse en faire davantage.

2) Le Modèle de l'Occupation Humaine

Lorsque nous avons demandé aux ergothérapeutes si elles connaissaient ou utilisaient le MOH, elles ont toutes les deux répondu qu'elles le connaissaient mais qu'elles ne l'utilisaient pas. L'ergothérapeute 1 se basant déjà sur le modèle cognitivo-comportemental, et l'ergothérapeute 2 s'inspirant plutôt du modèle ludique.

Par ailleurs, à travers la description de leur pratique, on peut voir qu'elles interviennent sur les éléments du MOH tels que l'environnement, les habitudes de vie, la volition, les capacités de rendement, l'identité et l'adaptation occupationnelle. En outre, elles sont d'accord pour dire qu'il est important d'intervenir sur ces différentes notions.

Suite à l'analyse de ces entretiens, nous avons relevé divers éléments qui vont nous permettre de valider ou non nos hypothèses dans la partie suivante.

F. DISCUSSION

L'objectif de cette étude est de valider ou non les hypothèses relatives à la problématique suivante : **Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la jeune fille atteinte d'anorexie mentale dans ses activités du quotidien, pour faciliter le processus de rétablissement, lors de son hospitalisation ?**

I- **Corrélation avec les hypothèses**

Notre première hypothèse était : **Les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale présentent un déséquilibre occupationnel.**

A travers l'analyse des entretiens, nous avons constaté que les habitudes de vie de la jeune fille présentant une anorexie mentale subissent de nombreux changements voire ruptures lors de l'apparition de la maladie, du passage en hospitalisation ou encore lors de l'arrivée en hôpital de jour. Ces modifications répondent, ou non, de la volonté de la personne.

Par conséquent, les ergothérapeutes interrogées décrivent que ces jeunes filles rencontrent des fluctuations de leur équilibre occupationnel. Elles expriment un passage par des périodes de déséquilibre occupationnel. Les ergothérapeutes en décrivent notamment deux.

Tout d'abord, nous retrouvons le déséquilibre occupationnel qui a lieu à l'apparition de la maladie. Généralement, ce déséquilibre se traduit par une hyperactivité physique et scolaire. Les jeunes filles pratiquent le sport à outrance, et s'investissent plus que raisonnablement dans les activités scolaires. Ce déséquilibre est souvent perçu par leur entourage mais ces personnes étant dans le déni de leur maladie, ne s'en rendent compte qu'une fois hospitalisées.

A l'arrivée en hospitalisation complète, nous retrouvons un autre type de déséquilibre occupationnel. En effet, si l'on compare les habitudes avant et pendant cette hospitalisation, on constate souvent une rupture occupationnelle, pouvant être totale en raison d'un affaiblissement de l'état général de la personne et d'un choix de l'institution en rapport avec les contrats de soins. De ce point de vue, les jeunes filles peuvent se sentir en déséquilibre occupationnel. Pour les ergothérapeutes, cette rupture est nécessaire pour aller vers un nouvel équilibre, plus sain.

Lors du passage en hôpital de jour, l'ergothérapeute 2 décrit que les jeunes filles rencontrent à nouveau une modification de leur quotidien. En effet, elles reprennent leur vie sociale, retournent à l'école, retrouvent leur vie de famille. Parallèlement à cela, elles se rendent en hôpital de jour environ 3

fois par semaine pour y exercer des activités thérapeutiques. Ainsi, elles entrent à nouveau dans une phase de transition occupationnelle, dans le même but d'atteindre un équilibre occupationnel.

Au vue des données récoltées, l'hypothèse 1 est partiellement validée. Selon les ergothérapeutes, ces personnes présentent effectivement un déséquilibre occupationnel à l'apparition de leur maladie et/ou au cours de leur hospitalisation. Cependant, bien que l'hypothèse soit validée par les interrogées, elle ne peut être vérifiée car la notion de déséquilibre occupationnel est une notion subjective qui pourrait être affirmée uniquement par des patientes elles-mêmes.

La deuxième hypothèse que nous cherchions à vérifier était : **L'approche du modèle de l'occupation humaine peut participer au processus de rétablissement de la personne atteinte d'anorexie mentale.**

Nous avons pu remarquer que les ergothérapeutes 1 et 2 n'utilisaient pas le modèle de l'occupation humaine dans leur pratique. L'ergothérapeute utilise le modèle cognitivo-comportemental, en le mélangeant à d'autres modèles et l'ergothérapeute 2 n'utilise pas de modèle théorique. Le plus important pour elles, c'est l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, au vue de la complexité de la maladie, afin de permettre un processus de rétablissement.

Néanmoins, nous avons constaté que les domaines de l'être, de l'agir, du devenir et l'environnement sont des éléments qui sont fortement impactés chez la jeune fille atteinte d'anorexie mentale. Les deux ergothérapeutes interviennent auprès des jeunes filles à travers ces éléments. Elles affirment que ces différents éléments sont primordiaux à prendre en compte pour faciliter le processus de rétablissement de la personne.

Elles interviennent notamment sur les habitudes de vie à travers la notion d'équilibre occupationnel. Egalement sur l'environnement social en étant en lien avec les parents et l'école par exemple. Elles interviennent aussi sur les habiletés durant des activités thérapeutiques. De plus, elles travaillent sur les notions d'identité et d'adaptation occupationnelle.

Ainsi, au vue des résultats de l'enquête de terrain, l'hypothèse 2 est partiellement validée par les interrogées. En effet, bien que l'hypothèse soit validée par les ergothérapeutes, elle ne peut être vérifiée car les ergothérapeutes ne suivent pas concrètement la méthodologie décrite dans le MOH.

En outre, nous avons validé partiellement les deux hypothèses initiales. Les entretiens n'étant pas exhaustifs, les résultats ne peuvent être généralisables. Par ailleurs, ces entretiens ont fait émerger de nouvelles pistes de réflexion que nous développerons dans la partie suivante.

II- Axes de réflexion

A travers ce travail de recherches nous avons remarqué que l'ergothérapeute avait un rôle important dans le processus de rétablissement de la personne et plus spécifiquement sur ses habitudes de vie. Toutefois, au cours de ce travail d'autres axes de réflexion ont émergé.

En effet, nous avons pu voir que le MOH pouvait être adapté à l'intervention de l'ergothérapeute auprès de la jeune fille présentant une anorexie mentale. Cependant, le MOH est un modèle ergothérapique, il utilise des termes spécifiques liés aux sciences de l'activité humaine. Ainsi, il peut être difficilement accessible à des professionnels n'ayant pas une formation centrée sur l'activité humaine, ou n'ayant pas pris connaissance de ces notions à travers des ouvrages présentant ce modèle.

Pour autant, les ergothérapeutes interrogées ont pu nous faire part de l'importance de la prise en soins en équipe pluridisciplinaire. Par conséquent, il serait intéressant que les professionnels de santé intervenant autour de cette population puissent baser leur pratique sur un modèle commun.

D'après Morel-Bracq, «*il est possible d'utiliser conjointement plusieurs modèles*» (Morel-Bracq, 2009, p.18). Ainsi, nous pouvons penser qu'il pourrait être intéressant que l'ergothérapeute puisse à la fois utiliser dans sa pratique le MOH, et un autre modèle qui pourrait convenir aux autres professionnels de santé.

Nous pouvons présumer que l'utilisation du modèle cognitivo-comportemental qu'utilise l'ergothérapeute 1 pourrait convenir à une utilisation interprofessionnelle. Il propose une approche centrée sur les schémas de pensées dysfonctionnels de la personne, en abordant les aspects psychologiques et comportementaux. (Morel-Bracq, 2009) Par conséquent, ce modèle pourrait être complémentaire au modèle de l'occupation humaine.

En outre, les deux ergothérapeutes interrogées ont mis en avant les difficultés que peut rencontrer la jeune fille dans son rapport à l'autre et notamment à son entourage familial. L'ergothérapeute 2 a pu nous signaler qu'elle n'intervenait pas sur cette sphère, mais que ses collègues le faisaient à travers des thérapies familiales par exemple. Néanmoins, je me suis demandé s'il existait un modèle spécifique à cette problématique, tout en étant accessible aux différents professionnels de santé. Après diverses recherches, le modèle systémique a retenu mon attention.

Effectivement, ce modèle systémique a pour objectif une meilleure compréhension des interactions entre le patient et son environnement social ; comprenant la famille, l'équipe professionnelle et l'institution. Ainsi, il permet de cibler le dysfonctionnement et de construire la prise en soins en fonction de celui-ci. (Morel-Bracq, 2009) Ce modèle peut être utilisé en psychiatrie, à travers des entretiens

familiaux par exemple, « où l'attention peut être dirigée vers les interactions familiales plutôt que sur les troubles psychologiques personnels du patients » (Morel-Bracq, p. 64, 2009). Ainsi, nous constatons que ce modèle pourrait également s'intégrer à l'utilisation du MOH par l'ergothérapeute, en renforçant son intervention par rapport à l'environnement social de la personne.

D'autre part, au cours de cette recherche nous avons plutôt considéré la notion d'équilibre occupationnel en tant que but dans le processus de rétablissement de la jeune fille atteinte d'anorexie mentale, afin d'éviter le déséquilibre occupationnel.

Cependant, à travers le témoignage de l'ergothérapeute 2, nous avons pu comprendre qu'il était nécessaire que les jeunes filles passent par des phases de transition voire de rupture occupationnelle et par conséquent de déséquilibre occupationnel.

Effectivement, lorsque la jeune fille est hospitalisée, il peut arriver qu'elle soit en danger vital. Elle présente une dégradation de son état général qui l'oblige à rester alitée pour rester en vie. Ainsi, durant les premiers temps d'hospitalisation, les jeunes filles sont privées de toute activité afin qu'elles puissent retrouver un état de forme suffisant. Ensuite, des activités leur sont proposées au fur et à mesure de leur prise de poids. Par conséquent, nous constatons que la création d'un déséquilibre occupationnel peut être nécessaire pour que la personne puisse être en capacités de retrouver un équilibre occupationnel.

L'ergothérapeute peut être amené à accompagner la personne dans cette rupture, ce déséquilibre et cette transition occupationnelle, afin de reconstruire avec elle une identité occupationnelle lui permettant d'avancer dans son processus de rétablissement.

Nous avons ainsi vu que différentes pistes de réflexion ont émergé de ce travail de recherches. Il pouvait être intéressant d'approfondir nos recherches scientifiques sur ces réflexions.

Toutefois, ce travail présente différentes limites qui vont être abordées ci-dessous.

III- Limites de l'étude

Au cours de ce travail de recherches, nous avons rencontré plusieurs biais à notre étude que nous allons expliquer ci-dessous.

Premièrement, afin de répondre à la première hypothèse concernant l'équilibre occupationnel des jeunes filles atteintes d'anorexie mentale, ma première idée a été de recueillir le témoignage de ces jeunes filles via des questionnaires.

Cependant, suite à des discussions autour de cette possibilité avec les ergothérapeutes interrogées, et après m'être renseignée sur les lois existantes à ce sujet, j'ai pris la décision de ne pas interroger ces personnes. Effectivement, la loi Jardé relative aux recherches impliquant la personne humaine, a influencé cette décision, elle indique : « *Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 et les recherches non interventionnelles ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable du comité de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-1* » (Article L. 1121-4, modifié par Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 – art.1). Ainsi, les démarches étant longues et compliquées afin d'obtenir l'accord pour réaliser ces entretiens, je n'ai pas poursuivi mon idée.

Cela a été une limite importante dans mon travail car ces témoignages auraient apporté une autre vision que celle de l'équipe professionnelle, plus subjective quant au vécu de l'hospitalisation.

D'autre part, il me semble nécessaire d'indiquer le contexte sanitaire particulier dans lequel nous nous trouvons. Le confinement engendré par l'épidémie du Covid-19 a eu une incidence sur notre travail de recherche.

Effectivement, nous avons obtenu très peu de réponses face à nos diverses demandes effectuées auprès des établissements de santé. Les personnes nous ayant répondu ont pu nous signaler qu'ils priorisaient le travail des étudiants ayant effectué des stages dans leur établissement. Pour d'autres ils ont pu nous indiquer qu'au vu du contexte sanitaire, il n'avait pas assez de temps pour répondre à cette demande. D'autre part, nous pouvons supposer que les établissements n'ayant pas répondu aient pu rencontrer un souci de disponibilité durant cette période de crise sanitaire.

Par conséquent, une des limites principale de notre étude est le nombre restreint de personnes interrogées. Effectivement, nous avons interviewé seulement deux professionnels. Il n'est donc pas possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des pratiques des ergothérapeutes.

Par ailleurs, cette crise sanitaire ne nous a pas permis de réaliser nos entretiens en face à face. Nous n'avons pas pu recueillir les éléments non-verbaux pouvant apporter des informations complémentaires aux éléments verbaux.

En outre, le public que nous avons choisi pour ce travail de recherche est relativement restreint. En effet, nous nous sommes concentrés sur une population féminine, ayant entre 12-20 ans. Ce choix a été fait car la majorité des personnes présentant une anorexie mentale sont des femmes et des adolescentes. Cependant, beaucoup d'autres peuvent être des hommes ou des femmes plus âgées ou plus jeunes. Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser toute notre recherche à l'ensemble des personnes

atteintes d'anorexie mentale. Il est possible que les problématiques et l'accompagnement les concernant soient différents.

G. CONCLUSION

L'ergothérapie est une profession dont les pratiques évoluent de plus en plus, s'orientant vers l'occupation centrée. L'orientation de ces pratiques nous permet d'imaginer que nous retrouverons à l'avenir davantage d'ergothérapeutes dans des services où une problématique occupationnelle est constatée chez les usagers.

Dans ce travail de recherches, j'ai souhaité observer la pratique de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant une anorexie mentale. Effectivement, je voyais dans celle-ci un autre aspect que la prise en soins des troubles psychologiques étudiés lors de notre cursus de formation. Il y avait pour moi une problématique importante concernant la gestion des activités du quotidien.

Tout d'abord, nous avons pu voir que les jeunes filles présentaient un fort intérêt pour le sport, étant associé souvent à une hyperactivité. D'autre part, on observe régulièrement un surinvestissement scolaire chez ces jeunes filles. Ces difficultés entraînent un déséquilibre occupationnel, ainsi cette notion est retravaillée au cours de l'hospitalisation en équipe pluridisciplinaire.

Grâce à cette étude, nous avons vu que les ergothérapeutes travaillant auprès de cette population interviennent sur différents points. Ils ont tendance à adopter une approche centrée sur les activités, sur l'estime de soi et la relation à l'autre, sans utiliser particulièrement de modèle théorique. Par ailleurs, nous avons pu constater qu'il était nécessaire que l'ergothérapeute s'adapte à chaque patiente rencontrée, et remette régulièrement en question sa pratique.

En outre, nous avons observé que l'intervention des différents professionnels de santé en période d'hospitalisation complète n'était pas suffisante pour accompagner la personne dans son processus de rétablissement. En effet, il est important de proposer une continuité de ce suivi à la sortie d'hospitalisation. L'hospitalisation permet souvent de sauver les patientes d'un danger vital et de diminuer les symptômes. Cependant, après celle-ci, la personne anorexique se retrouve toujours face à certaines problématiques comme la gestion de ses activités, la reprise de la scolarité, le rapport aux autres, à sa famille et à ses amis.

De ce fait, ce travail d'initiation à la recherche soulève de nouveaux questionnements :

- Comment accompagner la personne dans la participation à des activités signifiantes comme le sport, tout en évitant l'hyperinvestissement ?
- Une continuité de la prise en soins par un ergothérapeute en libéral, à travers notamment des accompagnements en milieu écologique, peut-elle être bénéfique ?

BIBLIOGRAPHIE

- ANFE. (2019). *La profession*. Repéré sur ANFE: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Barbier, J.-M. (2015). Saisir l'Activité ! Dans M.-C. Morel-Bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (7-14). France, Paris: De Boeck.
- Beck, A. T. (2017). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels (traduit par B. Pascal)*. France, Paris: De Boeck Supérieur.
- Chalet, S., Riquin, E., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture* (3) , 113-145.
- Code de la santé publique. (2016). *Article L 1121-4, L 1121-4 Code de la santé publique*. Repéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000032722870&idSectionTA=LEGI SCTA000032722874&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170614>
- Ferland, F. (2015). L'activité au coeur du développement de la personne. Dans M.-C. Morel-Bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (35-41). France, Paris: De Boeck.
- FNA-TCA. (2017). *Anorexie mentale*. Repéré sur <https://fna-tca.org/2017/03/04/anorexie-mentale-am/>
- Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. France, Paris: Elsevier Masson.
- Godard, N. (2014). *Anorexie mentale : un trouble essentiellement féminin, parfois mortel*. Repéré sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- HAS. (2010b). *Document d'information destiné aux familles et aux patients. Anorexie mentale : prise en charge*. France, Saint-Denis La Plaine: HAS.
- HAS. (2010a). *Recommandations. Anorexie mentale : prise en charge*. France, Saint-Denis La Plaine: HAS.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Dans C. Léonard, *L'économie de la santé : une discipline au-delà de l'économie* (67-82). France, Paris: De Boeck Supérieur.
- Laurent, N. (2007). Que veut le thérapeute cognitivo-comportemental ? *La revue Lacanienne* (3) , 111-118.
- Martins, S. (2015). Agissez... pour votre santé ! L'équilibre occupationnel : un concept clé en ergothérapie. Dans M.-C. Morel-bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (43-51). France, Paris: De Boeck-Solal.
- Meunier, A., & Van Lerberghe, C. (2002). *Anorexie : ados au régime, ados en danger ?* France, Paris: Platyus Press.

- Monthuy-Blanc, J., Ninot, G., Morin, J. M., Pauzé, R., Guillaume, S., Rouvière, N., et al. (2008). Utilité d'un carnet de suivi quotidien dans la thérapie de l'anorexie mentale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (18) , 148-156.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. France, Marseille: Solal.
- Noret, M. (2019). *Ma victoire contre l'anorexie*. France, Paris: Amphora.
- Pachoud, G. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique* (4) , 257-266.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2006). *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. (Traduit par G. Mignet). France, Paris: De Boeck.
- Pedinielli, J.-L., Ferran, A., Grimaldi, M.-A., & Salomone, C. (2012). *Les troubles des conduites alimentaires*. France, Paris: Armand Colin.
- Prades, P. (2011). L'efficacité des thérapies « psychodynamiques » : une validation empirique de la psychanalyse ? *Revue de MAUSS* (38) , 51-63.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec* (1) , 35-64.
- Provencher, H., & L.M. Keyes, C. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique* (7) , 579-589.
- Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. France, Paris: ANFE.
- Riou, G. (2018). Réhabilitation : évaluer le profil occupationnel. *Santé mentale* (228) , 20-25.
- Trappeniers, E., & Boyer, A. (2004). Thérapie systémique : individus en interaction ou sujets en relation? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* (33) , 161-178.
- Valère, V. (2013). *Le pavillon des enfants fous*. France, Paris: Le Livre de Poche.
- Wilcock, A. A. (1998). Occupation for health. *British Journal of Occupational Therapy* (8) , 340-345.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Réponses au questionnaire de l'enquête exploratoire – Infirmières

Annexe II : Réponse au questionnaire de l'enquête exploratoire – Ergothérapeute

Annexe III : Grille d'entretien et analyse ergothérapeutes

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1

Annexe I : Réponses au questionnaire de l'enquête exploratoire – Infirmières

Bonjour,

Etudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Laval, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la démarche de recherches. Pour cet exercice, j'ai décidé de m'orienter vers le sujet de l'anorexie mentale.

Afin d'affiner mes recherches et ma problématique, je souhaiterais faire passer un questionnaire à des professionnels médicaux ou paramédicaux travaillant auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale, ergothérapeutes ou non.

Voici le questionnaire :

Réponses infirmière 1

Réponses infirmière 2

Réponses infirmière 3

- **Quelle est votre profession ?**

Infirmière, infirmière, Infirmière en psychiatrie

- **A quelle période avez-vous travaillé auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale ?**

Pendant mes études et au début de ma carrière.

Infirmière en psychiatrie de 1992 à 2008.

A plusieurs reprises entre 1974 et 2011.

- **Avez-vous rencontré le plus souvent des patients hommes ou femmes ? Et de quelle tranche d'âge ?**

Le plus souvent des femmes entre 15 et 25 ans.

Plutôt des femmes de 20 à 30 ans.

Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer d'homme anorexique. Des femmes de 16 à 70 ans (j'exerçais en service adulte).

- **A quel(s) stade(s) dans l'hospitalisation / le suivi, interveniez-vous auprès de la personne atteinte d'anorexie ?**

Intervention dans la prise en charge de la décompensation sévère de l'état général, dès le début de l'hospitalisation en soins intensifs ou au service de médecine endocrinienne et ce durant toute la durée du séjour.

Dès son accueil au sein du service.

Selon les cas, en consolidation de suivi après hospitalisation au CHU, ou en admissions direct en psychiatrie.

- **Dans quel « but » général interveniez-vous auprès de ces personnes ?**

Limiter et compenser les troubles ioniques pouvant engendrer des complications fatales. Stabiliser puis augmenter la prise de poids. Revaloriser l'estime de soi des patientes.

Mise en sécurité de la personne, accompagnement psychologique et social pour un retour à une vie ordinaire, travail avec une diététicienne.

Prise en charge psychiatrique et psychologique en fonction de la pathologie sous-jacente. Personne isolée en grande difficulté ou entourage défaillant (voire néfaste et aggravant).

- **Suiviez-vous un modèle théorique spécifique dans votre approche ? Si oui, lequel ?**

Non.

Oui, thérapie cognitivo-comportementale.

Pas vraiment de modèle théorique figé. Plutôt du cas par cas.

- **De quelle façon interveniez-vous auprès de ces personnes ? Pouvez-vous décrire des exemples de votre intervention du début à la fin auprès d'une personne atteinte d'anorexie ?**

Soins sur prescription médicale : pose de perfusion, alimentation parentérale, surveillance du poids et des constantes.

Entretiens infirmiers. Accompagnement dans des démarches de socialisation, d'activités, repas thérapeutiques. S'assurer que la patiente respectait bien son contrat de soins.

Si risque vital : période d'isolement et gavage. Accompagnement psychologique. Traitement médicamenteux si besoin. Surveillance du comportement alimentaire en salle à manger. Accompagnement réinsertion vers l'ensemble du service, puis vers l'extérieur. Obligation d'utiliser le système « carotte » et chantage : appel téléphonique, visite, 1^{ère} sortie.

- **Que pensez-vous du rôle général de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes d'anorexie ?**

Rôle favorable dans le maintien et la restauration d'activités humaines adaptées aux besoins des patients pour récupération de l'autonomie.

Important. L'ergothérapeute porte un autre regard dans une situation différente. C'est un accompagnement complémentaire aux soins infirmiers et de psychothérapie.

Le travail de l'ergothérapeute est difficile. La personne anorexique refuse souvent les divers ateliers proposés et se montre réticente à l'activité imposée. Paradoxalement, souvent d'accord pour la cuisine où elle se fait un plaisir de préparer en quantité... pour offrir aux autres !

- **Avez-vous déjà travaillé avec un ergothérapeute ? Si oui, quel était son rôle ?**

Non jamais, ni pendant mes études ni durant 21 ans d'activité au sein du CHU d'Angers.

Oui. Accompagner, écouter, observer. Permettre l'expression à travers des ateliers différents (écriture, travaux manuels, peinture...). Analyse du comportement à travers ces activités.

En psychiatrie, des infirmiers encadrent aussi certains ateliers de groupe. L'ergothérapeute complète souvent par une prise en charge individuelle (en général avec RDV à heures fixes, une façon de « cadrer » et d'éviter la dispersion)

- **Trouvez-vous que le suivi des personnes atteintes d'anorexie mentale dans l'établissement dans lequel vous travaillez / avez travaillé est adapté à leurs besoins ? Pourquoi ?**

Non car il n'y avait pas de prise en charge ni kinésithérapie ni ergothérapie. Uniquement des soins médicaux, infirmiers et psychologie.

Oui, si on prend en considération le risque vital parfois engagé pour ces patients. Mise en sécurité, accompagnements... Non, par manque de moyens pour accueillir et accompagner des hospitalisations parfois longues. Et le mélange de pathologies qui n'est pas toujours un facteur positif.

Pas toujours ! Mais quelle est la solution miracle ? Telle mesure efficace pour l'une, peut être contreproductive pour une autre.

- **Voyez-vous une problématique particulière, des points à améliorer dans la prise en soin des personnes atteintes d'anorexie que ce soit en ergothérapie ou dans d'autres domaines ?**

Pathologie méconnue du public et donc peu comprise. Trop souvent caricaturée, négligée. Pourcentage des personnes anorexiques nécessitant des soins en ergothérapie ? Méconnaissance de la profession d'ergothérapeute après des patients mais aussi des professionnels de santé.

Il n'existe pas de prise en charge type pour cette pathologie. On doit composer avec le stade de la maladie, l'histoire. D'où la nécessité d'une réflexion et d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire.

Il faut aussi informer et accompagner les familles qui sont déstabilisées par cette pathologie qui touche un membre de leur famille (enfants, sœurs, frères, parents...), ce qui n'est pas toujours le cas, faute de moyens humains et matériels.

Vu la complexité du problème, l'intervention personnalisée me semble la plus adaptée. Difficultés importantes pour les soignants : le surinvestissement et la sur-implication personnelle qui risquent d'entraîner un manque de recul et une lucidité indispensables. (Ne pas perdre de vue que l'anorexique est très habile à vous séduire et vous manipuler)

Annexe II : Réponse au questionnaire de l'enquête exploratoire – Ergothérapeute

Bonjour,

Etudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Laval, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la démarche de recherche. Pour cet exercice, j'ai décidé de m'orienter vers le sujet de l'anorexie mentale.

Afin d'affiner mes recherches et ma problématique, je souhaiterais faire passer un questionnaire à des professionnels médicaux ou paramédicaux travaillant auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale, ergothérapeutes ou non.

Voici le questionnaire :

- **Depuis quand travaillez-vous auprès de personnes atteintes d'anorexie ?**

Depuis Novembre 2016.

- **Avec quels autres professionnels travaillez-vous ?**

Infirmiers, aides-soignants, nutritionnistes, psychiatre, psychologues, diététicien, APA, animatrice.

- **Rencontrez-vous le plus souvent des patients hommes ou femmes ? Et de quelle tranche d'âge ?**

Le plus souvent des femmes, entre 16 ans et... Il n'y a pas de limite d'âge maximum.

- **A quel(s) stade(s) dans l'hospitalisation / le suivi, intervenez-vous auprès de la personne atteinte d'anorexie ?**

Si prescription médicale dès l'entrée, j'interviens 1 semaine après. Donc j'interviens dès qu'il y a la prescription / consensus médical.

- **Sur quels critères est décidé le moment de votre intervention ou non ?**

Le critère est la prescription médicale, selon les difficultés verbalisées par le patient.

- **Pensez-vous que vous pourriez intervenir à d'autres stades ? Si oui, lesquels et dans quel but ?**

J'interviens quand le médecin juge la prise en charge possible (trouble cognitif atténué, faible risque cardiaque...), travaillant à mi-temps, je suis satisfaite de ce moment.

- **Dans quel « objectif » général intervenez-vous auprès de ces personnes ?**

Lutter contre la dysmorphophobie.

Cadrer le rythme de vie.

Développer l'estime de soi.

- **Suivez-vous un modèle théorique spécifique dans votre approche ? Si oui, lequel / lesquels ?**

Surtout le modèle cognitivo-comportemental, et plus ou moins le modèle psychodynamique, pour une thématique autour de la confiance en soi.

- **De quelle façon intervenez-vous auprès de ces personnes ? Pouvez-vous décrire des exemples d'une intervention du début à la fin auprès d'une personne atteinte d'anorexie ?**

Planning des interventions une semaine après l'autre, interventions fixées selon les objectifs fixés lors des entretiens, se déroulent dans la salle d'ergothérapie.

Les interventions répondent à un cadre indépendant et dépendent des objectifs, préciser un intérêt pour un objectif.

- **Faites-vous des suivis individuels ? en groupe ? les deux ?**

Les 2.

- **Faites-vous passer des bilans ? Si oui, lesquels ?**

Oui, inventaire de Spielberger, Insight, échelle de la qualité de vie, échelle d'affirmation de soi, évaluation des habiletés conversationnelles.

- **Avez-vous remarqué des changements de votre pratique, ou de celle de vos collègues, depuis le début de votre pratique, jusqu'à aujourd'hui ? Si oui, précisez.**

Pas de réponse.

- **Trouvez-vous que le suivi des personnes atteintes d'anorexie dans votre établissement est adapté à leurs besoins ? Pourquoi ?**

Pas de réponse.

- **Voyez-vous une problématique particulière, des points à améliorer dans la prise en soin des personnes atteintes d'anorexie que ce soit en ergothérapie ou dans d'autres domaines ?**

Pas de réponse.

ANNEXE III : Grille d'entretien et d'analyse – Ergothérapeutes

Thèmes en lien avec le cadre théorique	Questions	Réponses Ergothérapeute 1 ; ergothérapeute 2
Présentation / définition	<p>Dans un premier temps, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?</p> <p>Connaissez-vous et utilisez-vous le MOH ?</p>	<p>Diplômée en 2016. Elle travaille à mi-temps depuis Novembre 2016 dans un SSR nutrition de la Croix-Rouge en Normandie. En plus de son diplôme d'ergothérapie, elle possède un master 2 en ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique.</p> <p>Elle connaît le MOH mais ne l'utilise pas dans sa pratique.</p> <p>Diplômée en 2014. Elle a travaillé dans différents endroits, à chaque fois auprès d'une population adolescente en psychiatrie. Elle a d'abord travaillé dans une unité de psychopathologie adolescente dans un CHU, qui est spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire à titre d'anorexie mentale restrictive. Ensuite, elle a travaillé à la Réunion, dans un hôpital de jour pour adolescents, avec peu de patients touchés par les TCA. Puis, cela fait deux ans qu'elle travaille en hôpital de jour en Normandie, où elle a participé à l'ouverture du poste d'ergothérapeute, elle accueille des adolescents présentant des TCA.</p> <p>Elle connaît le MOH mais ne l'utilise pas non plus.</p>

<p>L'être</p>	<p>Selon vous, les habitudes de vie de la personne anorexique sont-elles changées lors de l'apparition de la maladie et/ ou lors du passage en hospitalisation / hôpital de jour ? (Habituation)</p> <p>Selon vous, la motivation de la personne anorexique lui permettant de réaliser/s'engager dans ses activités de vie quotidienne est-elle changée pendant la période d'hospitalisation / hôpital de jour ? Pourquoi ? (Volition)</p> <p>Selon vous, les personnes anorexiques parviennent-elles à satisfaire leur désir et leur but personnel ? (Capacités de rendement)</p>	<p>Selon elle, les patientes verbalisent elles-mêmes qu'elles n'ont plus les mêmes activités, une fois le déni levé. Il y a un changement radical entre ce qu'elles faisaient avant l'hospitalisation et pendant. Elle explique souvent que les jeunes filles ont l'impression de ne plus rien faire une fois hospitalisées ; par exemple, elles ne font plus à manger, elles ne font plus leur lit, elles ne font plus le ménage.</p> <p>Elle explique que la motivation à réaliser des activités perdure chez ces jeunes filles, mais pas pour le même projet.</p> <p>Elle pense que les patientes ne parviennent pas à satisfaire leurs exigences. Bien souvent elles se posent des objectifs inatteignables par rapport à leurs capacités. Cette problématique engendre chez elles une baisse de l'estime de soi.</p> <p>Selon elle, l'équilibre occupationnel de la personne anorexique « <i>change considérablement</i> » à l'apparition de leur maladie. Par exemple elle parle d'un hyperinvestissement scolaire, d'une hyperactivité physique et d'un comptage alimentaire qui apparaissent. Par ailleurs, elle explique même que lorsque l'anorexie mentale apparaît, il y a une modification de tout le système, et même des occupations de l'entourage familial.</p> <p>Selon elle, en hospitalisation complète, les journées changent également. Elle cite la présence d'un contrat de soins avec des étapes et activités autorisées ou non-autorisées. Elle déclare que c'est l'institution qui donne le cadre des occupations.</p>
----------------------	--	---

		<p>En ce qui concerne la motivation, elle explique qu'en hospitalisation complète, les jeunes filles sont souvent très engagées dans les activités qui leur sont proposées en ergothérapie. Il est même nécessaire de limiter leur investissement. En revanche, en hôpital de jour, la motivation et l'investissement dans les activités sont plus compliqués. Elle explique cela par la volonté des jeunes filles à reprendre leur quotidien avec leurs habitudes et notamment les cours, ainsi elles ont tendance à rejeter l'hôpital car il les empêche d'être à l'école tout le temps.</p> <p>Selon l'ergothérapeute, les jeunes filles anorexiques n'accèdent à aucun désir à part à travers l'auto-destruction. Se projeter dans le lâcher-prise est quelque chose d'impensable pour elles.</p>
<p>L'agir</p>	<p>Quelles difficultés peuvent rencontrer les personnes anorexiques dans leur relation avec leur entourage ? (Environnement social)</p> <p>Selon vous, l'anorexie mentale impacte-t-elle sur les habiletés motrices, opératoires (choisir, ordonner...) et d'interactions ainsi que sur la capacité à réaliser des séquences d'actions ? (Habiletés, rendement occupationnel)</p> <p>Participation occupationnelle : voir partie sur l'équilibre occupationnel.</p>	<p>L'ergothérapeute décrit différents types de relation avec l'entourage familial. Il peut y avoir la famille soutenant qui va s'investir dans le processus de rétablissement de la jeune fille. D'autre part, elle aborde le fait que des familles peuvent rencontrer un manque de compréhension sur la maladie, car c'est une maladie chronique qui a des répercussions sur toute la famille. Puis, elle décrit un dernier type de famille qu'elle rencontre régulièrement, qu'elle dit « pathologique ».</p> <p>Elle évoque que souvent, les jeunes filles ont subi un harcèlement scolaire. Notamment à travers l'intermédiaire des réseaux sociaux, sur lesquels ces jeunes filles se sont parfois fait insulter. Ainsi, la relation de confiance à l'autre est quelque chose de compliquée, qu'il est nécessaire de travailler durant la prise en soins.</p> <p>Concernant l'impact sur les habiletés, l'ergothérapeute pense que ces trois types d'habiletés sont touchés. Elle cite notamment une fonte musculaire, des difficultés au niveau de l'attention, la</p>

		<p>concentration, la conscience et des difficultés en termes d'affirmation de soi, de positionnement à l'autre qui engendrent un isolement social. Ces différentes atteintes au niveau des habiletés entraînent des complications dans le rendement des activités telles que lever les bras, avoir une conversation.</p> <p>L'ergothérapeute décrit des relations souvent conflictuelles entre l'adolescente et sa famille. Selon elle, ces jeunes filles sont souvent mises dans des rôles, des positions qui ne sont pas adaptées à leur âge. Elle parle également de pression sociale et scolaire. D'après elle, « elles se comparent beaucoup avec leurs cercles amicaux, elles se comparent, se dévalorisent ». Ainsi, le fait d'essayer de s'intégrer dans une société est quelque chose qui engendre beaucoup de pression chez ces jeunes filles.</p> <p>Elle pense également que l'anorexie mentale impacte sur les habiletés motrices, opératoires et d'interactions, ainsi que sur le rendement. Elle parle de ralentissement moteur et psychomoteur grave, de troubles de la coordination, de TOC, de difficultés de prises de décisions et de difficultés à se placer dans une relation à l'autre.</p>
<p>Le devenir</p>	<p>Selon vous, la perception d'une personne anorexique de son sentiment d'efficacité dans la réalisation de ses activités est-elle impactée ? De quelle manière ? (Identité occupationnelle)</p> <p>Selon vous, la personne anorexique rencontre-t-elle des</p>	<p>En ce qui concerne le sentiment d'efficacité, elle déclare que les jeunes filles ont toujours besoin d'être rassurées, revalorisées.</p> <p>L'ergothérapeute pense que tout changement qui n'est pas contrôlé est difficile à vivre pour elles. Cette perte de contrôle crée de l'anxiété chez ces personnes.</p>

	<p>difficultés à s'adapter aux changements à travers le temps ou son environnement ? (Adaptation occupationnelle)</p>	<p>Elle pense que le sentiment d'efficacité est impacté. D'après elle, il y a beaucoup de variations d'humeur qui font que ce sentiment fluctue. Mais elle précise que souvent, la valorisation de ce qu'elles font est compliquée pour elles.</p> <p>En ce qui concerne le changement, elle rejoint l'ergothérapeute 1 pour dire que c'est la notion de perte de contrôle qui est plus difficile à vivre. Le changement peut se faire et elles peuvent bien le vivre si elles sont à l'initiative de celui-ci.</p>
<p>Equilibre occupationnel</p>	<p>D'après vous, l'apparition de l'anorexie mentale a-t-elle un impact sur l'équilibre occupationnel de la personne avant l'hospitalisation ?</p> <p>Avez-vous remarqué un déséquilibre occupationnel chez les jeunes filles anorexiques durant leur période d'hospitalisation / hôpital de jour ?</p> <p>Comment se traduit ce déséquilibre occupationnel chez ces jeunes filles avant et pendant l'hospitalisation / hôpital de jour (en termes d'engagement dans ses activités), exemples de difficultés rencontrées dans la participation à leurs activités de quotidien ? (Agir : participation occupationnelle)</p> <p>D'après vous, pourquoi ces jeunes filles se retrouvent-</p>	<p>Avant l'hospitalisation, l'ergothérapeute pense l'équilibre occupationnel est impacté. Il peut y avoir soit une hyperactivité qui prend tout le temps des jeunes filles, jusqu'à 12 heures par jour, en dépit d'autres activités. Ou alors, il peut y avoir un épuisement total qui fait que ces jeunes filles ne font plus rien. Elle parle donc de déséquilibre occupationnel, mais elle dit que les jeunes filles s'en rendent compte qu'une fois hospitalisées, lorsque le déni est levé.</p> <p>D'après elle, ce déséquilibre occupationnel est lié aux symptômes de la maladie.</p> <p>Pendant l'hospitalisation, elle déclare qu'il est nécessaire d'accompagner les jeunes filles à essayer de retrouver un équilibre occupationnel. Cela passe par co-définir avec elles, de nouvelles activités de vie quotidienne, des loisirs autres que l'hyperactivité.</p> <p>Selon elle, il y a eu un déséquilibre occupationnel avant l'hospitalisation lié aux notions d'hyperactivité physique et intellectuelle. Elle explique que les jeunes filles organisent leur journée en fonction du programme qu'elles ont prévu, elles ne peuvent pas sortir de ce programme et</p>

	<p>elles en déséquilibre occupationnel ?</p>	<p>laisser place aux imprévus.</p> <p>Pendant l'hospitalisation, il y a effectivement un déséquilibre occupationnel par rapport à ce qu'elles ont vécu avant, mais le but est d'amener un cadre et de retrouver un équilibre plus sain.</p> <p>Pour elle, le déséquilibre occupationnel que l'on peut retrouver chez ces personnes est dû aux facteurs de la dépression, au déséquilibre neurologique et aux relations difficiles avec leur entourage familial.</p>
<p>Processus de rétablissement</p>	<p>Selon vous, l'approche de ces éléments du MOH (environnement, occupation, équilibre occupationnel, motivation...) dans la thérapie pourrait-elle intervenir dans le processus de rétablissement des personnes anorexiques ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?</p> <p>Dans votre pratique, intervenez-vous sur ces problématiques avec la personne anorexique ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?</p>	<p>Elle pense que ces différentes notions sont importantes à prendre en compte dans l'accompagnement des personnes anorexiques. Elle précise d'autant plus qu'il est primordial de travailler en équipe pluridisciplinaire constituée d'une diététicienne, d'un ergothérapeute, d'aides-soignantes, d'infirmières, de médecins spécialistes et de psychiatres. Elle utilise le modèle cognitivo-comportemental car selon elle, il peut être appliqué par tous les professionnels.</p> <p>Dans son rôle d'ergothérapeute, elle revoit avec la personne son rythme de vie, celui qu'elle avait avant et celui envisagé. Elle intervient notamment en situations écologiques, en allant prendre un goûter en ville, boire un verre dans un bar, faire les boutiques avec elles, ou en se rendant au domicile des jeunes filles. L'objectif est de travailler selon les besoins et les buts fixés par la patiente.</p>

		<p>Pour elle, les éléments du MOH peuvent intervenir dans la prise en charge des patientes anorexiques par l'ergothérapeute, sauf l'environnement familial qui lui paraît compliqué à aborder en tant qu'ergothérapeute. Elle n'utilise pas de modèle en particulier pour appuyer son intervention, cependant elle déclare se rapprocher du modèle ludique.</p> <p>Dans sa pratique, elle organise ses prises en soins avec des grandes cases : corporelle, cognitive, socialisation et accès à la créativité. Ainsi, elle peut proposer différentes activités aux adolescentes, en fonction des objectifs établis avec elles. On retrouve par exemple, la danse, le théâtre, l'art corporel, ou encore l'écriture. Elle peut également faire des séances en individuel, et des séances de rééducation des fonctions exécutives pour les jeunes présentant des troubles de l'apprentissage.</p> <p>Elle ne fait pas beaucoup de mises en situation écologiques par manque de temps notamment et parce qu'elle ne détermine pas cela comme une priorité en hôpital de jour. Elle explique que c'est aux jeunes filles de transférer ce qu'elles voient en séance, dans leur quotidien. Elle compte beaucoup sur leurs retours, ainsi que sur ceux des parents et des écoles. Cependant, elle précise qu'il serait intéressant qu'elle puisse faire plus de mises en situation écologiques.</p>
--	--	---

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1

Laura : « Bonjour, je m'appelle Laura et je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Laval. L'objectif de cet entretien aujourd'hui est pour moi de recueillir votre expérience en tant qu'ergothérapeute sur l'accompagnement des personnes anorexiques, plus particulièrement des jeunes filles entre 12 et 20 ans. Et euh, dans un premier temps je voulais vous demander si vous acceptiez que j'enregistre cet entretien afin de faciliter son analyse ? »

Ergothérapeute 1 : « Hum d'accord, oui pas de souci pour l'enregistrement, vous pouvez y aller. »

Laura : « D'accord merci. Donc pour mon mémoire, je me suis principalement intéressée à la notion de déséquilibre occupationnel que peuvent rencontrer ces personnes notamment pendant leur hospitalisation. En fait, j'ai lu plusieurs biographies dans lesquelles les personnes exprimaient une gestion assez difficile de leur engagement dans leurs activités comme le sport ou les activités scolaires, et également une période d'hospitalisation avec des ruptures occupationnelles fréquentes. »

Ergothérapeute 1 : « Ok. »

Laura : « Donc ces différentes notions m'ont fait écho au MOH et je me suis alors beaucoup questionné sur le rôle de l'ergothérapeute pendant les périodes d'hospitalisation auprès de cette population et notamment sur comment il peut accompagner ces jeunes filles sur cette problématique occupationnelle qu'elles peuvent rencontrer. Donc je voulais échanger avec vous sur ce sujet. Voilà le thème de l'entretien. »

Ergothérapeute 1 : « Oui d'accord. »

Laura : « Pour ça j'ai une dizaine de questions pour vous, si certaines ne sont pas claires, n'hésitez à me demander de les reformuler. »

Ergothérapeute 1 : « Pas de souci. »

Laura : « Alors euh... dans un premier temps je voulais vous demander de vous présenter et de me présenter votre parcours professionnel. »

Ergothérapeute 1 : « Ok. Du coup, j'ai eu mon diplôme d'état en ergothérapie en juin 2016, à la suite de ça bah comme un peu tous les jeunes diplômés j'ai feuilleté les annonces pour trouver un poste... (rires) et je me suis retrouvée en SSR nutrition. C'est un cadre un peu particulier car c'est un SSR et non pas une clinique psychiatrique. Du coup, euh, on est déjà sur des conditions d'hospitalisation qui sont un peu différentes, c'est-à-dire qu'on est sur un cadre complètement ouvert. Les patients peuvent sortir n'importe quand à partir du moment où ils sont majeurs bien évidemment. S'ils sont mineurs, on a

l'autorisation ou non des parents. Donc ça pour moi, c'est un peu important. Et du coup je travaille qu'à mi-temps, euh..., depuis novembre 2016 dans cette structure. J'ai complété aussi mon diplôme en ergothérapie par un master 2 en ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique en Septembre 2018. Je pense que mes autres mi-temps n'ont pas trop d'intérêt dans le cadre de votre mémoire (rires). »

Laura : « (rires) D'accord merci beaucoup pour ces informations. Euh donc ensuite... Est-ce que vous connaissez et utilisez le Modèle de l'Occupation Humaine ? »

Ergothérapeute 1 : « Non, enfin... je connais mais je n'utilise pas ce modèle en ergothérapie. En fait dans le cadre de ma pratique je me base plus sur une thérapie, en fait, cognitivo-comportementale. »

Laura : « D'accord, ok, thérapie cognitivo-comportementale... »

Ergothérapeute 1 : « C'est ça oui les TCC, qui intègrent les thérapies de pleine conscience. Euh... en fait j'ai plutôt tendance à des modèles intégratifs c'est-à-dire que je lis les modèles, je prends un peu ce qui me plait et je fais un mix de tout ça et ça donne ce que je fais aujourd'hui quoi. »

Laura : « D'accord, bah je vous poserai plus de questions à la fin de l'entretien sur ce que vous faites vous dans votre pratique. Euh... Du coup, est-ce que selon vous les habitudes de vie de la personne anorexique sont changées lors de l'apparition de la maladie et... euh... lors du passage en hospitalisation ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui, et les patientes le verbalisent elles-mêmes. Euh, alors quand le déni est levé bien évidemment hein, ou alors faut les accompagner pour qu'ils en prennent conscience. Mais, en tout cas, c'est ce qu'on peut voir dans le cadre d'un entretien quand on leur pose des questions sur « vous faites quoi dans votre vie quotidienne ? », il pose toujours la question « vous parlez de maintenant ou avant l'hospitalisation ? » Parce que c'est pas pareil. Donc déjà rien que là on sait qu'il va y avoir des modifications, et donc c'est là qu'il va être intéressant d'approfondir avec eux en leur disant « bah dites moi les deux, on va partir avant l'hospitalisation vous faisiez quoi ? » Donc là ils mettent en évidence pas mal de symptômes avec une activité physique importante, des temps accordés à de la pathologie, c'est-à-dire euh genre..., soit ils représentent une grande sédentarité car ils ne font plus rien ou alors avec une hyperactivité massive, qu'elle soit physique ou mentale d'ailleurs. Et quand ils arrivent à l'hospitalisation, ils disent « Bah là, je fais plus rien » car il y a une sorte de perte de contrôle, ils ont l'impression de plus rien faire, ils font plus à manger, ils font plus leur lit, on le fait à leur place, ils font plus le ménage, ils ne travaillent plus. Du coup il y a vraiment une perte de repères et c'est la notion d'occupation qui est à reprendre avec eux, parce que ne rien faire pour moi est déjà faire quelque chose, donc euh... revoir un peu tout ça. »

Laura : « D'accord, donc euh... il y a vraiment un changement entre avant et pendant l'hospitalisation ? »

Ergothérapeute 1 : « Pour la plus grande partie en tout cas des personnes que j'accompagne, oui. »

Laura : « Ok très bien, et... est-ce que la motivation que peuvent avoir ces personnes pour s'engager dans leurs activités peut-elle être aussi impactée ? Est-ce que c'est à prendre en compte dans ce changement ? »

Ergothérapeute 1 : « Alors, je sais pas trop car quand on discute avec eux, à la fin de ma présentation du plan de soins, et que je leur demande si ça leur va, ils me répondent « oui j'attendais que ça ». Du coup, je pense que la motivation elle est là quand même pour avoir envie de changer les choses, de s'engager dans quelque chose. Donc je pense que la motivation perdure, il n'y a pas de perte de motivation, elle est juste différente et n'est pas là pour le même projet, elles veulent faire changer les choses. »

Laura : « Oui, et euh, d'après vous, est-ce que les personnes anorexiques parviennent à satisfaire leur désir et leur but personnel... par rapport à leur exigence en fait ? »

Ergothérapeute 1 : « Pas du tout, non. On peut voir un niveau d'estime de soi qui est à peu près égal à 0. Entre la personne qu'elles sont aujourd'hui et la personne qu'elles aimeraient être, la différence est tellement majeure, que du coup on a un problème d'estime de soi. Et de toute façon tout ce qu'elles font c'est de la merde ! Du coup elles arrivent à satisfaire aucun besoin. Pour être plus concret, c'est comme si demain je te disais « Monte le mont Everest sans préparation ! ». Ça c'est un peu tout le paradoxe de leur vie, c'est qu'ils essayent d'atteindre des objectifs inatteignables à chaque fois, ou de résoudre des problèmes qui ne sont pas dépendants d'eux-mêmes. Du coup c'est sûr qu'ils ne peuvent pas y arriver, ils cherchent toujours parfois à dire, « Bah oui mais il m'est arrivé ça... ». Alors oui il t'est arrivé ça mais c'est pas dépendant de toi, donc on peut pas y faire grand-chose. »

Laura : « D'accord donc c'est un aspect assez compliqué dans leur prise en soin ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui, du coup on retravaille sur la résolution de problème, qu'est-ce qui est dépendant de soi et on défragmente aussi les objectifs. Par exemple on a des patientes qui sont en restriction depuis 3 mois, et du jour au lendemain, elles veulent manger une plâtrée de pâtes Carbonara (rires). Hum... bah non, on va commencer par des pâtes nature, et après on verra la suite. »

Laura : « (Rires) D'accord. Hum... Est-ce que vous pouvez me citer quelles difficultés peuvent rencontrer les personnes anorexiques dans leur relation avec leur entourage ? Que ce soit avec la famille ou les amis ? »

Ergothérapeute 1 : « Alors du coup si on part sur une population adolescente de jeunes filles, on est sur des patientes qui vivent au domicile familial la plupart du temps, mais il y a différents cas. Hum... On va avoir le cas de la famille qui va être hyper soutenante qui va appeler, demander des nouvelles, qui va rendre visite sur la structure, demander de l'aide, entreprendre des thérapies familiales et le patient va être lui aussi complètement dedans, donc là-dessus, c'est bon. On va avoir le cas des patientes qui vivent en même temps leur crise d'adolescence et qui vont dire « non mais vous vous rendez compte, il m'a dit bon appétit alors qu'il sait très bien que j'ai pas faim ! ». On va retravailler dans ce cas sur la notion de posture sociétale, parce que dire bon appétit quand on mange c'est normal (rires). On va retravailler aussi sur la compréhension de la famille sur la pathologie parce qu'elle impacte toute la famille et bien évidemment c'est une maladie qui ne se soigne pas comme une grippe ou une gastro en 24h. Du coup on va retravailler sur ce que peut vivre la famille dans ces cas là. Ou alors on va être sur des familles qui vont être pathologiques, et on en a beaucoup. C'est-à-dire, je donne un cas là par exemple, on a une patiente de 16 ans qui a été ce week-end au domicile familial, je n'expose pas toutes les problématiques qu'on a eu en amont. Et donc la patiente met la table, elle reprend en fait la vie familiale, et la mère prend l'assiette de la jeune et la jette par terre en lui disant « Je croyais que t'étais anorexique du coup tu manges pas ! ». »

Laura : « Ah oui d'accord, donc la famille peut ne pas être soutenante du tout. »

Ergothérapeute 1 : « Oui voilà on peut être sur ce genre de famille. »

Laura : « Donc ça peut être soit soutenant ou au contraire ne pas les aider dans leur processus de rétablissement ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui, soit on peut être sur des déclarations à l'ASE. On est vraiment sur des cas très, très différents et ça dépend des familles. »

Laura : « D'accord, très bien. Euh... En ce qui concerne les habiletés des personnes anorexiques, comment l'anorexie impacte sur ces habiletés motrices ou opératoires, comme faire des choix, et les habiletés d'interactions sociales, ainsi que sur la capacité à réaliser des séquences d'actions ? »

Ergothérapeute 1 : « Alors, euh... Ça vient des symptômes. Parce qu'on peut voir dans l'anorexie mentale, en fait une réduction du volume cérébral qui est actée. Du coup on va voir un problème dans les fonctions cognitives, du coup rien que là c'est très compliqué de maintenir des capacités d'attention, de concentration, voir même de conscience de ce qu'il se passe. Parfois il y en a même qu'on place sous protection juridique car il y a un défaut de jugement qui est acté. Au niveau des habiletés motrices, ça va être dû à la fonte musculaire, on va voir des difficultés de se tenir debout. On voit même parfois des problèmes de coordinations motrices (rires), je revois encore la séance de renforcement musculaire avec

l'APA où on demande à une patiente de lever les bras en l'air face à elle, c'était complètement déstructuré, asymétrique, pourtant c'est tout simple. Dans ce cadre là nous on n'a pas de psychomotricienne dans notre structure mais on a fait un partenariat avec une psychomot' en libéral pour laquelle on fait des relais régulièrement. Au niveau des habiletés sociales, ça tient aussi du symptôme où il y a une certaine honte qui se place au travers du fait de ne pas avoir le même équilibre alimentaire, les mêmes habitudes de vie. Du coup on a parfois une tendance à l'isolement qui se crée. Et du coup les patientes ne sortent pas de chez elles. Ça développe une peur du jugement et du regard des autres. Parce que quand on s'apprécie pas, on n'est pas à l'aise, plus on va s'isoler plus on va avoir des problèmes dans l'affirmation de soi, dans le positionnement à l'autre, savoir maintenir le regard, suivre une conversation parce que ça tient aussi du problème cognitif. En fait, tout est lié, du coup on peut pas prendre en compte un seul symptôme, faut tout prendre en même temps. »

Laura : « Oui je vois, c'est ce qui fait aussi la complexité de la prise en soins. »

Ergothérapeute 1 : « Oui c'est ça, c'est ce que j'allais dire. En fait ça rend tout ça complexe, car ça forme une sorte de gros nœud et savoir le prendre d'un bout à l'autre c'est compliqué, on ne sait pas par quel bout commencer. »

Laura : « Hum d'accord oui je vois ! »

Ergothérapeute 1 : « Puis parfois on a des histoires de vie avec du harcèlement scolaire, ce qui rend plus compliquée la prise en charge parce que, ben... comment arriver à te dire que tu peux faire confiance à l'autre quand l'autre t'a harcelé pendant des mois et des mois ? Puis quand je te parle d'harcèlement c'est pas juste « oh t'es moche ». C'est je te pousse, tu tombes dans les marches, je fais des lives sur Facebook en train de t'insulter... Et puis aussi les réseaux Snapchat... c'est affreux ! ».

Laura : « Ah oui, ça joue un rôle impressionnant dans leur maladie, comme quoi la place de l'environnement, a un impact important »

Ergothérapeute 1 : « Mais oui ! Complètement ».

Laura : « D'accord, ok. Et... Est-ce que la perception qu'a la personne de son sentiment d'efficacité dans la réalisation de ses activités est impactée ? »

Ergothérapeute 1 : « Euh... Oui, il y a besoin d'une revalorisation permanente, il y a toujours besoin d'un accompagnement. Alors j'essaye au maximum de détacher le rôle de thérapeute dans ce feed-back, sinon ils se retrouvent dépendants puis à l'extérieur c'est difficile car il n'y pas le thérapeute qui est derrière à revaloriser perpétuellement. Donc effectivement je pense que ce sentiment d'efficacité il est

important, euh, à prendre en compte. Et il est important que le patient s'auto-évalue ou en tout cas, persiste sans avoir besoin du thérapeute pour ça quoi. »

Laura : « D'accord, euh, alors une autre question. Du coup on y a un peu répondu déjà, euh, c'était quelles difficultés rencontrent la personne anorexique à s'adapter au changement, à travers le temps ou son environnement. Je pensais par exemple à un déménagement, une rupture, ou une hospitalisation. »

Ergothérapeute 1 : « Bah pour eux c'est très compliqué de s'adapter à tout changement. Il y a une notion de contrôle qui est tellement importante, que tout changement qui n'est pas contrôlé, qui n'est pas déterminé par eux, est hyper compliqué à vivre. »

Laura : « Et ça a quelles conséquences sur eux en fait ? »

Ergothérapeute 1 : « De l'angoisse. Je prends un cas tout simple dans le cadre d'une hospitalisation. Il y en a qui refusent de partir en perm le dimanche, car ils ne pourront pas choisir leur menu pour le lendemain. Ou alors ils ont commandé un truc, mais par exemple une banane, et ils ont une orange, et, euh..., c'est très compliqué. »

Laura : « Ah oui, donc le moindre changement est compliqué à vivre, l'adaptation est difficile ? »

Ergothérapeute 1 : « Il y a de l'adaptation, mais il faut pallier avec un traitement médicamenteux. Ou alors il faut les accompagner dans la pensée en essayant de comprendre à l'aide de l'entretien motivationnel, demander « Qu'est-ce qu'il s'est passé, pourquoi ça vous fait ça ? Concrètement aujourd'hui quelle est la différence entre ces deux fruits, pourquoi ça vous met dans cet état là ? » Du coup on accompagne. Si elles arrivent parfois 10 minutes en retard à leur séance, il y a déjà des patients qui m'ont dit bah non laisse tomber, elle vient pas. »

Laura : « D'accord. Euh, est-ce que pour vous, l'anorexie mentale a un impact sur l'équilibre occupationnel de la personne avant même l'hospitalisation ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui. Soit il va y avoir une hyperactivité qui va être actée et du coup tout leur temps passe par l'hyperactivité. Par exemple, il y a une patiente de 17 ans qui dit que son hyperactivité lui prenait tout son temps même sur ses relations sociales. Par exemple, un week-end une amie est venue la voir mais il fallait qu'elle aille marcher, du coup elle a obligé son amie à marcher avec elle, et elle ne l'écoutait même pas. Ou alors ils sont tellement épuisés, qu'ils ne font plus rien, ils ne peuvent plus rien faire, ils sont trop fatigués au moindre effort. »

Laura : « Oui du coup, selon vous, on peut parler de déséquilibre occupationnel ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui totalement, en tout cas ça dépend de sur quelles occupations on se base, sur les croyances. »

Laura : « Oui j'entendais surtout ça par rapport à eux, leur niveau de satisfaction par rapport à la répartition de leurs activités, de leur gestion de celles-ci ».

Ergothérapeute 1 : « Oui alors ça dépend s'il y a un déni, quand il y a un déni, ils peuvent être satisfaits de ce qu'ils font. »

Laura : « Et le déni en général c'est quelque chose qui est travaillé pendant l'hospitalisation ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui et d'ailleurs dès le début de l'hospitalisation, sinon le patient ne peut pas accepter les thérapeutiques, il ne comprend pas pourquoi il est là. Avec une culpabilité en plus de ça « Oui mais les autres elles sont beaucoup plus maigres que moi, je prends la place de quelqu'un d'autre car je ne suis pas malade. » Euh si si, quand même (rires). »

Laura : « Et euh, d'après vous pourquoi elles se retrouvent en déséquilibre occupationnel ? »

Ergothérapeute 1 : « Pour moi, ce sont les symptômes. Et d'ailleurs c'est assez visible, pour accompagner cette prise de conscience, j'utilise des horloges sans aiguille, je leur demande de représenter une journée type avant hospitalisation. Elles se rendent compte du temps que cela leur prend. Par exemple, ça peut monter à 12h de sport par jour. Donc d'un point de vue scolaire, ça impacte pas mal. Il y a des patientes qui montaient et descendaient les escaliers pendant les temps de pause. Elles ne profitaient pas de la récréation avec les autres parce qu'il fallait faire du sport. »

Laura : « Du coup, quand elles ne sont plus dans le déni, elles se rendent compte de ce déséquilibre, elles arrivent à retrouver un équilibre? »

Ergothérapeute 1 : « Oui, si elles sont accompagnées. Parce qu'elles se posent toujours la question de « Bah on fait quoi à la place ? ». C'est comme un fumeur, tu lui dis d'arrêter, mais il fait quoi à la place ? »

Laura : « Oui donc il est nécessaire de co-définir d'autres activités de vie quotidienne avec elles ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui co-définir les activités de vie quotidienne, de retrouver des loisirs, autres que l'hyperactivité. »

Laura : « Du coup, comment la prise en compte de toutes ces notions dont on vient de parler, qui interviennent dans le MOH (environnement, occupation, équilibre occupationnel, motivation), interviennent dans le processus de rétablissement de ces personnes ? »

Ergothérapeute 1 : « Alors en effet toutes ces notions sont pour moi importantes à prendre en compte. Et le plus important c'est la prise en charge pluridisciplinaire. Chacun a son rôle à mener là-dedans. La diététicienne, retravaille avec toute la restriction cognitive portée autour des aliments et la gestion des compulsions. Moi dans mon rôle, on revoit comment s'avance le rythme de vie avant, celui souhaité et celui de la famille. On est sur une pathologie chronique, il faut l'accord de la famille sinon ça va les envahir de trop. On va reprendre d'un point de vue psychologique, tout ce que cela comprend en termes de représentation de cette maladie pour pouvoir retravailler sur son sentiment d'efficacité personnel. Hum... les aides soignantes et infirmières vont retravailler avec elles sur le quotidien même, de comment faire tout ça. Les médecins spécialistes et psychiatres vont travailler sur la place des comorbidités qu'il ne faut pas négliger. Chacun va avoir son rôle qui est préalablement défini. Il faut que tout le monde comprenne qui fait quoi à quel moment. On applique tous le même modèle, et c'est pour ça que j'adopte pas un modèle ergothérapeutique pur, car on applique tous le modèle des TCC et de réhabilitation psychosociale. »

Laura : « Si je comprends bien, l'importance est surtout la prise en soin globale de la personne ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui complètement. »

Laura : « Et, euh, est-ce que ça vous arrive de vous rendre au domicile ou à l'extérieur ? »

Ergothérapeute 1 : « Oui tout à fait, déjà pour faire les courses avec les patientes, parfois on va au resto, on peut aller en ville prendre un goûter, quand ils sont plus vieux on va dans un bar prendre un café, parfois on peut faire les boutiques notamment quand il y a une reprise de poids et que la garde-robe est à changer, comment on s'habille. Je me rends au domicile du patient s'il me le demande, quand il y a des difficultés en particulier. Parfois ça peut être de l'aide sur la réalisation de tâches administratives quand il y a des troubles des habiletés sociales. C'est vraiment selon le besoin, ce que le patient se fixe comme objectifs. »

Laura : « D'accord, et ça, ça intervient plutôt en fin de prise en soin ou ça peut débuter dès le début de l'intervention de l'ergothérapeute ? »

Ergothérapeute 1 : « Ça peut débuter dès le début de la prise en soins en ergothérapie. »

Laura : « D'accord très bien. Pour ma part j'ai fait le tour des questions que j'avais à vous poser. Je vous remercie d'avoir répondu à ces questions et de m'avoir éclairée sur de nombreux points. »

Ergothérapeute 1 : « Et bien merci à vous, j'espère que ça vous aidera pour votre mémoire. »

L'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale dans leur processus de rétablissement :

l'intervention de l'ergothérapeute à travers le MOH.

Résumé :

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire retrouvé essentiellement chez une population féminine et jeune. Cette maladie est régulièrement associée à l'image de maigre corporelle. Au-delà de cette apparence, les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale rencontrent bien d'autres problématiques comme la difficulté à gérer leurs activités de vie quotidienne, ainsi que leurs relations sociales.

Lors d'une hospitalisation, l'ergothérapeute peut intervenir sur ces différentes notions pour accompagner la jeune fille dans sa recherche d'un nouvel équilibre occupationnel.

Dans ce travail de recherches, nous interrogeons l'intérêt de l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine par l'ergothérapeute, afin de faciliter le processus de rétablissement de ces jeunes filles.

D'un point de vue théorique, les différents écrits déclarent que les personnes souffrant d'anorexie mentale vivent difficilement leur période d'hospitalisation car elles se retrouvent souvent privées de toute occupation. La recherche de terrain démontre que les jeunes filles peuvent présenter un déséquilibre occupationnel durant cette période. Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogées décrivent une pratique s'approchant des principes retrouvés dans le MOH.

En outre, les résultats de cette recherche permettent d'envisager différents axes d'intervention pour l'ergothérapeute comme le travail en pluridisciplinarité et l'utilisation de mises en situation écologiques.

Mots-clés : anorexie mentale, ergothérapie, MOH, habitudes de vie, processus de rétablissement.

Abstract :

Anorexia nervosa is an eating behavior disorder mainly observed in a female and young population. This disease is regularly associated with an image of thin bodies. Beyond this appearance, young women with anorexia nervosa encounter many other problems such as the difficulty of managing their day-to-day activities, thus if their social relationships.

During hospitalization, occupational therapist can intervene on these different concepts to accompany the girl in her research for a new occupational balance.

In this research, we question the interest of using the Model of Human Occupation by the occupational therapist, in order to facilitate the recovery process for these girls.

From a theoretical point of view, the different writings declare that people suffering from anorexia nervosa have difficulty living their hospitalization period because they are deprived of any occupation.

The field search demonstrates that girls can present an occupational imbalance during this period. Furthermore, the occupational therapists interviewed describe a practice approaching the principles found in MOH.

On the other hand, the results of this research make it possible to consider different areas of intervention for the occupational therapist such as multidisciplinary work and the use of ecological situations.

Key words : anorexia nervosa, occupational therapy, MOH, day-to-day activities, recovery process.