

**INSTITUT DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE**

- MONTPELLIER -

ERGOTHERAPIE ET PLEINE CONSCIENCE :
Favoriser l'équilibre occupationnel des personnes
atteintes de boulimie

Mémoire d'initiation à la recherche

UE 6.5 S6

MAURIN Esther

Mai 2021

Remerciements

*« Sous la direction de Lucie LAMOTTE, ergothérapeute à la clinique RECH à
Montpellier, maître de mémoire. »*

Mes remerciements vont naturellement à ma maître de mémoire, Lucie Lamotte pour son encadrement, sa disponibilité, ses nombreux conseils et la transmission de ses connaissances en lien avec sa pratique professionnelle.

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

Je remercie les ergothérapeutes vivement ayant acceptées de répondre à mon étude, pour leur temps et les expériences qu'elles m'ont apportée.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement mes amis et ma famille pour leur présence et leur précieux soutien tout au long de cet apprentissage.

Table des matières

Introduction.....	1
 <u>PARTIE 1 : LE BILAN DE L'EXISTANT</u>	 2
I. La revue de littérature scientifique.....	2
II. La boulimie.....	3
III. La pleine conscience.....	11
IV. Le rôle de l'ergothérapeute.....	15
 <u>PARTIE 2 : LE CADRE THEORIQUE</u>	 19
I. L'équilibre occupationnel.....	20
II. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.....	22
III. La Pyramide des besoins de Maslow.....	26
 <u>PARTIE 3 : LA METHODOLOGIE</u>	 28
I. La méthode et l'outil de recherche.....	28
II. Les résultats de l'étude.....	33
III. L'analyse quantitative.....	41
IV. L'analyse qualitative.....	43
 <u>PARTIE 4 : LA DISCUSSION</u>	 46
I. La mise en lien avec les éléments théoriques.....	46
II. La confrontation des résultats au données probantes.....	49
III. Les éléments de réponse.....	52

IV.	Les critiques et limites de l'étude.....	54
V.	L'apport personnel et professionnel.....	54
VI.	L'hypothèse de travail ultérieur.....	55
Conclusion.....		55

Bibliographie

Annexes

Introduction

La santé mentale est un domaine de l'ergothérapie qui m'intéresse depuis mon entrée à l'institut de formation. Dans ce sens, j'ai réalisé mon premier stage en psychiatrie, où j'ai eu l'occasion d'accompagner des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Cette pathologie présente de nombreux symptômes ayant un impact direct sur la vie quotidienne de l'individu (anxiété, trouble de l'image corporelle, difficultés dans la gestion des émotions). Il est donc important pour moi, et selon les valeurs de l'ergothérapie, d'offrir une prise en charge globale adaptée à la personne.

Lors d'un cours d'anglais, suivi en deuxième année de formation, l'enseignant nous présenté un article abordant les bienfaits de l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie : « Mindfulness in Practice » de l'ergothérapeute Randy McVeigh (2015). La pratique de la pleine conscience et du yoga fait partie de mon quotidien depuis quelques années. Par conséquent, j'ai trouvé un intérêt particulier à pouvoir utiliser les principes de la pleine conscience dans une prise en charge en ergothérapie auprès de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Une question de départ m'est venue à l'esprit : « Dans quelles mesures l'ergothérapeute peut-il utiliser la pleine conscience dans un but de réduire l'impact des troubles alimentaire sur l'occupation humaine ? ».

Au cours de mes lectures, je me suis rendu compte que les recherches scientifiques concernant l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie n'étaient pas répandues. Cependant, des études montrent que cet outil a de nombreux bénéfices et se base sur des principes communs à l'ergothérapie. En effet, elles sont fondées sur une pratique holistique centrée sur la personne et englobent tous les aspects de l'expérience humaine : le corps, les émotions, les valeurs et les cognitions. Je me suis alors questionnée sur l'impact de l'utilisation de cet outil auprès de personnes souffrant de boulimie. En effet, cette affection a des répercussions sur les trois domaines d'occupations : les soins personnels, la productivité et les loisirs, pouvant entraîner un déséquilibre occupationnel. De ces recherches, a émergé ma question de recherche **« Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne atteinte de boulimie par l'utilisation de la pleine conscience ? »**.

Dans un premier temps, je présenterai de bilan de l'existant composé des apports théoriques de l'état des lieux des connaissances actuelles de chaque notion de ma question de départ. Dans un second temps, j'aborderai le cadre conceptuel où les éléments théoriques seront

mis en lien avec mon sujet. La troisième partie fait référence à la méthodologie, dans celle-ci, je détaillerai l'étude menée, les résultats obtenus et leur analyse afin de mettre en évidence les éléments pertinents. Enfin, la discussion, correspondant à la quatrième partie, inclut la confrontation des résultats obtenus aux données probantes de la première partie et la réponse à la problématique.

PARTIE 1 : BILAN DE L'EXISTANT

I. La revue de littérature scientifique

Afin de débiter mes recherches, j'ai réalisé une revue de littérature avec six articles scientifiques concernant les troubles du comportement alimentaire (TCA), la pleine conscience et l'ergothérapie. Ci-dessous se trouvent les titres des articles :

- Henderson, Z., Fox, J., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders : A qualitative metasynthesis
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss : A systematic review.
- Khourya, B., Lecomte, T., Fortina, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., G. Hofmann, S. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis.
- Masuda, A., & L Hill, M. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating : a systematic review.
- Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., & Beaulieu, K. (2007, novembre 7). The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation : a Pilot Study.
- Stew, G. (2011, février 18). Mindfulness training for occupational therapy students.

La revue de littérature scientifique m'a permis de référencer et d'analyser les éléments en lien avec mon projet de recherche. Les études concernant les troubles du comportement alimentaire mettent en évidence les répercussions sur le quotidien de la personne, notamment sur les relations sociales et sur la gestion des émotions. Les articles montrent également que l'ergothérapeute est en capacité de prendre en charge les personnes atteintes de TCA. En effet, il a pour mission de promouvoir la santé en favorisant l'engagement et le rendement des personnes dans l'ensemble de leurs occupations et de leurs activités significatives (American Occupational Therapy Association, 1999). D'après les articles scientifiques actuels, on peut

constater que les interventions basées sur la pleine conscience sont prometteuses, notamment pour les troubles de nature psychologique. En effet, celle-ci prend en compte les différents aspects de la personne : le corps, les émotions, les valeurs et les cognitions en agissant sur la régulation des émotions, l'écoute du corps, les signaux de satiété, l'autocompassion, les ruminations et l'engagement dans les occupations. Par conséquent, ces études montrent que l'ergothérapie à une approche similaire à celle de la pratique de la pleine conscience et partage des principes communs. L'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie semble avoir un réel intérêt auprès de personnes souffrant de TCA.

Pour la suite du mémoire, je vais focaliser mes recherches sur un trouble du comportement alimentaire : la boulimie. Cette pathologie est souvent invisible, en effet, les personnes atteintes de boulimie cherchent à le cacher car elles éprouvent une importante culpabilité et ne souhaitent pas être stigmatisées (Haute Autorité de Santé - HAS, 2019). Je choisis ce trouble car je pense que l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie peut avoir un impact bénéfique sur les occupations de la personne boulimique.

II. La boulimie

II.1. Définition

La boulimie (« bulimia nervosa ») est un trouble du comportement alimentaire fréquent. Cette pathologie est définie comme une sensation continuelle de faim intense, se rencontrant le plus souvent dans les affections du système nerveux et les carences affectives. Elle se caractérise par des épisodes répétés d'hyperphagie définies comme l'absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle sur cet accès (DSM-V, 2013 et Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012), La boulimie se caractérise par des comportements inadaptés de contrôle de l'alimentation, du poids et du corps. Ces comportements altèrent significativement la santé physique, psychique ainsi que l'adaptation à l'environnement (Fairborn et al., 1984).

II.1.1. Sémiologie

Le DSM-V (2015), indique cinq critères de diagnostic de la boulimie :

- Critère A : Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants :
 1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, en 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens

mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).

- Critère B : Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- Critère C : Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- Critère D : L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- Critère E : Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Les crises de boulimie sont planifiées, on appelle cela un « craving », semblable à des pulsions incontrôlables caractérisées par une phase d'excitation préalable avec une sensation de tension désagréable. Elles sont déclenchées brutalement par des facteurs émotionnels négatifs tels que l'ennui, le sentiment de solitude, d'abandon, une recrudescence d'angoisse ou d'affects dépressifs. Ces épisodes d'hyperphagie serviraient essentiellement des fonctions de régulation émotionnelle (Heatherton et Baumeister, 1991). Durant ces crises, la personne ressent une sensation de perte de contrôle du comportement alimentaire, elle absorbe une quantité énorme de nourriture et ne peut donc plus s'arrêter jusqu'à ce qu'elle se sente « remplie ». Le plus souvent, les crises de boulimies se déroulent en cachette et en dehors des repas et les aliments ingérés sont le plus souvent hypercaloriques, sans cuisson ni préparation, agréables à consommer et se mangent au-delà du signal de rassasiement de l'organisme (Cooper, 2003). En effet, cette pathologie est en lien avec les addictions et la recherche de récompenses. L'arrêt de la prise alimentaire est provoqué le plus souvent par un état de malaise physique s'accompagnant de douleurs (céphalées, nausées, douleurs abdominales...), et d'un malaise psychologique : culpabilité, honte, dégoût, remords, sentiment d'avoir perdu le contrôle de soi. La crise est suivie d'un sentiment de culpabilité qui contribue à renforcer un cercle vicieux aboutissant aux répétitions des crises (HAS, 2019). Pour prévenir la prise de poids, l'individu met en place des comportements compensatoires, lui faisant ressentir un sentiment de contrôle et de réduire l'affectivité négative des crises de boulimie.

La maladie est souvent invisible, les personnes atteintes ont un IMC (Indice de Masse Corporelle) relativement normal dans 70% des cas, en raison des comportements compensatoires inappropriés mis en œuvre après les crises de boulimie. En effet, les patients atteints de boulimie présentent généralement un poids normal car ils compensent les épisodes boulimiques de diverses manières, par exemple en provoquant des vomissements, en abusant des purgatifs et en faisant preuve d'une extrême restriction alimentaire (Copper & Taylor, 2018). Par conséquent, le diagnostic et donc la prise en charge de ces personnes ne sont pas toujours évidents. De plus, le mal-être de la personne boulimique est très présent en raison des préoccupations autour du contrôle du poids, cela se répercute directement sur ses activités de la vie quotidienne, sa santé psychique, physique et ses relations sociales.

II.1.2. Épidémiologie

La boulimie est la cause de nombreux facteurs : sociaux, biologiques, psychologiques et environnementaux (Vindreau, 2015). Il existe des facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité avec sa double composante, d'hérédité génétique favorisés par des traumatismes et des événements de vie aux conséquences négatives. Selon Brouwer (2009), « des facteurs déclenchants fortement corrélés avec la puberté, l'état émotionnel, l'environnement familial et socioculturel vont déclencher le trouble du comportement alimentaire que des facteurs psychologiques, interactionnels et biologiques ont contribué à entretenir ».

En France, la prévalence de la boulimie est de 1 à 3 % chez les femmes et de 0,1 % et 0,5 % chez les hommes (HAS, 2015). Cette pathologie touche principalement les jeunes filles ayant un bon niveau intellectuel ou social, présentant un début des symptômes entre 15 et 20 ans (Hudson et al., 2007 ; Preti et al., 2009). En effet, il y aurait dix femmes boulimiques pour un homme (Hoek & van Hoeken, 2003). Plusieurs éléments expliqueraient cette surreprésentation féminine (Cooper, 2003 ; Smolack et Murnen, 2001). Chez les femmes, l'estime de soi est fortement influencée par l'apparence physique et le sentiment d'approbation sociale. Or, dans le contexte socioculturel actuel, la beauté et la réussite sociale sont assimilés à la minceur et au contrôle de soi (Nef, 2006).

La boulimie apparaît le plus fréquemment lors de la croissance adolescente. Durant l'adolescence, la personne fait face à de nombreuses transformations psychiques et somatiques pouvant entraîner un trouble du comportement alimentaire et de l'image du corps (Onnis, 2013). En effet, ces conduites alimentaires sont paradigmatiques d'une problématique adolescente, à

savoir la peur de perdre le contrôle de soi et que le désir nous aliène à son objet (Ferrari, Bonnot & Jeammet, 2012).

Le taux de mortalité des personnes atteintes de boulimie est de 3,9%, la principale de cause de décès est le suicide, en raison de la méconnaissance et de la mauvaise prise en compte de ce trouble (American Journal of Psychiatry, 2009). Les troubles métaboliques induits par la boulimie sont également une des causes du taux élevé de mortalité (HAS, 2015).

II.2. Les conséquences

La boulimie affecte le domaine somatique, individuel, psychologique, familial, social et professionnel allant donc au-delà de la sphère de l'alimentation.

Tout d'abord, elle entraîne de nombreuses complications somatiques, notamment sur le plan métabolique, digestif, dentaire, cardio-vasculaire et gynéco-obstétrical (Liberelle, 2008).

La survenue incontrôlable des crises et les comportements compensatoires sont un réel handicap pour la personne engendrant un retentissement majeur sur sa santé psychique. Elle présente souvent de grandes difficultés affectives, cognitives et comportementales se manifestant par une diminution de l'estime de soi, un trouble de l'image du corps, des difficultés dans la gestion des émotions, une perte de motivation et de performance dans les activités de la vie quotidienne. Ces sentiments révèlent la présence d'une insécurité et l'expression d'un besoin de dépendance (Bruch, 1977).

La pathologie peut avoir un effet néfaste sur le plan des relations interpersonnelles, elle ne touche pas seulement la personne concernée mais s'étend aux membres de son entourage. Cela se manifeste par l'augmentation des conflits conjugaux, familiaux, l'éloignement des personnes proches, l'absentéisme professionnel, la dissolution du réseau social et l'isolement social (Ricard, 2016).

La personne souffrant de boulimie a plus de risques de développer des troubles psychiatriques tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité (Alvarez, 2015 ; MacElroy, 2005). En effet, le trouble dépressif est fréquemment associé à la boulimie, soit dans 25% des cas (Abbate Daga, 2011). Il peut s'expliquer par un conflit intérieur en lien avec les restrictions cognitives alimentaires mises en place, par la dénutrition associée aux multiples carences en nutriments ou par la présence d'un événement traumatique passé (Levinson et al, 2017).

II.2.1 L'image du corps

L'image du corps représente l'ensemble des perceptions et des représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi comme une partie de nous-mêmes, chargée d'affects (Bruchon-Schweitzer, 1990 ; Schilder, 2017). Dans notre société actuelle, l'image du corps prend une place importante, notamment pour les femmes, par la valorisation et la promotion de la minceur. Cela les amène à contrôler leur poids et leur apparence pouvant les conduire à adopter des conduites alimentaires à risque (Demarest & Allen, 2000).

La boulimie nerveuse est caractérisée par un trouble de la perception de l'image du corps, on peut parler de « distorsion cognitive » ou de « distorsion de l'image de soi » (Marcelli & Alvin 2005). Le patient n'arrive pas à interpréter les messages venant de son corps car il le considère comme un instrument de l'esprit (Lowen, 1987), un objet à observer, à étudier et surtout à contrôler pour obtenir un résultat digne de son image : il a du mal à écouter son corps et préfère construire une image qui bien souvent ne correspond pas à ce qu'il est réellement (Marino & Tarantino, 2013). Le trouble de l'image du corps fait référence à l'insatisfaction qu'un individu ressent par rapport à son apparence ainsi qu'aux croyances négatives qu'il entretient par rapport à son sujet (Littleton & Ollendick, 2003 ; Thompson et al., 1999). Ces croyances sont la plupart du temps en lien avec des sentiments de mécontentement propres à l'individu, comme la tristesse, la culpabilité et la honte (Cash, 2004 ; Rosen, 1992).

II.2.2. La place de l'alimentation

Les pratiques alimentaires et leurs représentations sont depuis toujours, ancrées dans la vie quotidienne de l'être humain car elles sont nécessaires pour répondre à ses besoins physiologiques et vitaux (Gojard, 2017 & Institut National De Santé Publique Du Québec, 2012). Cependant, l'alimentation dépasse la simple fonction de nutrition, elle joue également un rôle important dans le domaine économique, culturel, social et religieux. La nourriture est au cœur d'échanges sociaux et a une fonction de médiation entre les individus (Lalhou, 1999). En effet, le repas convivial, familial fait appel à de multiples facettes, notamment à des normes sociales en lien avec l'alimentation et la sociabilité (Latreille et Ouellette, 2008).

L'acte alimentaire est en lien avec le développement de l'individu en fonction des codes cognitifs, affectifs, sociaux, comportementaux et culturels dans lesquels il grandit (Fisher, 1979). Selon Freud (1905), le stade de l'oralité est le moment où l'enfant découvre le monde avec sa zone buccale. Il communique affectivement et émotionnellement avec les autres en exprimant ses sensations de faim, de satiété, de goût et de dégoût (Onnis, 2013).

La boulimie est un trouble qui apparaît le plus souvent au moment de l'adolescence. Cette étape du développement est complexe pour l'individu passant par des transformations biologiques, corporelles, psychologiques et sociales. Pour l'adolescent, l'alimentation occupe une place importante dans la définition de soi et la recherche de l'autonomie, elle peut être un moyen d'exprimer ses besoins, ses attentes et les conflits auxquels il fait face (Onnis, 2013).

L'alternance régulière des périodes de boulimie, de purges et de restrictions alimentaires dérèglent les mécanismes physiologiques liés à l'alimentation (Nef, 2013). La faim et la satiété sont des états psychophysiologiques qui déclenchent ou inhibent la consommation alimentaire (Bellisle, 2005). Les personnes boulimiques ont des difficultés à détecter les signaux internes de faim et de satiété associés habituellement au début du repas et de rassasiement marquant la fin du repas (Halmi, 1995 ; Latner et Wilson, 2000 ; Nef et Simon, 2004). Ces observations plaident en faveur d'un dérèglement du système de l'appétit chez les personnes boulimiques.

II.3. La prise en charge de la boulimie

La prise en charge d'une personne boulimique est complexe car son expression clinique est multidimensionnelle. Elle prend en compte les conséquences et les retentissements de la pathologie sur de nombreux plans et fait intervenir des champs disciplinaires complémentaires : somatique, psychologique, nutritionnel, social et familial. Les soins axés sur le traitement psychiatrique et psychothérapeutique de la boulimie, ils doivent également prendre en compte les comorbidités associées ainsi que les complications somatiques. L'amélioration des conduites alimentaires est également un enjeu principal de la prise en charge. Par la suite, la prévention de la désinsertion sociale, scolaire ou professionnelle entre en jeu. Pour finir, il est important de prévenir la rechute du trouble (Gebhard et al., 2011).

II.3.1. Les lieux de soins

Les soins peuvent être réalisés en ambulatoire par l'intermédiaire de consultations, de prises en charge intensives en CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), en milieu hospitalier dans un hôpital de jour ou en hospitalisation complète. L'hospitalisation ne concerne qu'une minorité de patients, le plus souvent, elle se fait lorsqu'un trouble dépressif est associée à la boulimie. La personne peut également être prise en charge dans des réseaux de soins comme l'AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire) ou le Réseau TCA Francilien. Dans certains cas, une prise en charge aux urgences est nécessaire, lorsque l'état somatique est critique ou en urgence psychiatrique, lors d'une crise suicidaire.

II.2.2. Les recommandations HAS

Les recommandations de l'HAS (2019), visant à améliorer la pratique professionnelle, sont détaillées ci-dessous.

Afin de mettre en place une stratégie thérapeutique, une évaluation initiale est réalisée par le médecin de première ligne (médecin généraliste, pédiatre). Elle débute par un entretien (motif de consultation, histoire de la maladie, bilan nutritionnel), puis se poursuit avec une recherche des antécédents de la personne (obésité, maltraitance, troubles psychiatriques). De plus, un examen physique permet de détecter précocement les complications ainsi que de les prévenir. Cette phase d'évaluation se termine par un examen psychiatrique ayant pour objectif la recherche de symptômes ou de troubles associés (risque suicidaire, troubles anxieux, abus de substances) et d'évaluer le retentissement social de la boulimie.

La boulimie est une pathologie à caractère chronique. Par conséquent, la prise en charge s'étend, le plus souvent, sur plusieurs années.

Au début de la prise en charge, des outils d'auto-support (self-help) peuvent être proposés à la personne boulimique. Elle peut alors utiliser cet outil structuré de façon autonome et à son rythme. La personne suit pas-à-pas les instructions contenues dans des documents papiers sur un support numérique (site Internet, application...). L'ouvrage des docteurs Simon et Nef (2004) : "Comment sortir de la boulimie : Et se réconcilier avec soi-même" est un exemple d'auto-support s'adressant aux personnes souffrant de boulimie. Les objectifs de ces outils sont à la fois d'éduquer les patients sur la nature de leurs troubles et de leur donner des compétences spécifiques dans la gestion de ces derniers, seuls ou avec le soutien d'un professionnel de santé. Elles permettent aux personnes de s'engager dans un traitement à leur propre rythme. Dans la boulimie, ces outils sont dérivés principalement des approches cognitivo-comportementales.

La psychothérapie fait partie intégrante de la prise en charge globale de la personne boulimique. Elle doit être envisagée en plus du suivi somatique et psychiatrique. Une psychothérapie est proposée dans le but de renforcer la motivation du patient dans sa prise en soin, de restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées, de modifier les pensées dysfonctionnelles, d'améliorer l'image et l'estime de soi, de traiter les dysrégulations émotionnelles, d'optimiser le fonctionnement interpersonnel et social et d'obtenir le soutien de l'entourage. Il existe de différentes formes de psychothérapie adaptées à la prise en charge de la boulimie : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies comportementales dialectiques, les thérapies interpersonnelles, les psychothérapies psychodynamiques et les

thérapies familiales. Le choix de la psychothérapie se fera en accord avec le patient, voire son entourage, après explication des modalités des différentes psychothérapies et selon les ressources locales.

Au niveau du traitement médicamenteux, il peut être envisageable d'avoir recours à des psychotropes comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Cependant, la médication sera toujours intégrée dans une prise en charge globale et ne constitue pas à elle seule le traitement de ces troubles.

Des approches complémentaires peuvent être mises en pratiques, comme les thérapies basées sur la pleine conscience, l'art-thérapie, l'exercice physique, les massages, la relaxation, le yoga, la luminothérapie, pouvant s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire. Des études montrent qu'elles auraient un intérêt sur les symptômes alimentaires, les crises de boulimie, les affects anxieux et dépressifs. Ces approches sont intéressantes mais doivent être utilisées dans la boulimie en complément d'une prise en charge multidisciplinaire et ne doivent pas être utilisées de manière isolée.

II.2.3. L'intérêt en santé publique

Les troubles du comportement alimentaire constituent un des problèmes de santé publique majeur de par leurs conséquences somatiques et psychiques graves (Guilbaud, Berthoz, de Tournemire, & Corcos, 2003). En effet, la boulimie a un coût très important, tant sur un plan individuel, familial, social qu'économique. Cependant, il n'existe pas de données chiffrées aujourd'hui pour la France concernant de coût de la boulimie sur ces différents domaines.

Cette pathologie a un réel impact sur la personne et la société car elle constitue un obstacle à la réalisation des projets personnels, ainsi qu'à l'insertion sociale. De plus, les conséquences sur la vie familiale sont multiples

La boulimie est un trouble du comportement alimentaire faisant partie de la liste des affections de longue durée (ALD n°23), les soins sont donc en majorité pris en charge par la Sécurité Sociale. En effet, les personnes souffrant de boulimie ont fréquemment recours aux services de santé et ce durant plusieurs années, par conséquent, les coûts de soins en santé et le coût social sont élevés. La maladie a également des répercussions considérables sur le domaine familial notamment sur un plan économique. En effet, lorsque les crises de boulimie sont nombreuses, cela peut impacter le budget familial jusqu'à plusieurs centaines d'euros par mois (HAS, 2019).

III. La pleine conscience comme outil thérapeutique

III.1. Historique

L'origine de la pleine conscience provient des traditions orientales et en particulier celle du Dharma relatif au bouddhisme qui perdure depuis plus de deux milles ans (Csillik & Tafticht, 2012). En France, le moine vietnamien Thich Nhat Hanh, développe en 1972 l'enseignement de la pleine conscience, il est l'une des premières figures à utiliser et à diffuser ce terme dans la culture occidentale. Jon Kabat Zinn, professeur de médecine de l'Université du Massachussetts fut l'un des pionniers de la médecine occidentale ayant dirigé ses recherches sur la pleine conscience. En 1979, il met au point un programme, le MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction : Réduction du stress basé sur la pleine conscience) permettant d'intégrer la pleine conscience dans une approche clinique.

III.2. Définition

La pleine conscience est « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003). En effet, elle permet de renforcer la capacité d'attention à ce qui est présent dans l'instant : les pensées, les émotions, les sensations physiques, l'environnement et les relations. Le but de la pleine conscience est de demeurer conscient d'un moment à l'autre et de se désengager de son attachement aux croyances, aux pensées ou aux émotions (McCabe-Ruff et MacKenzie, 2009). La pleine conscience respecte différents principes tel que l'éthique, la bienveillance, le non-jugement et l'acceptation. Elle est accessible à tous car elle peut être pratiquée de manière formelle ou informelle. La pratique formelle consiste à réaliser de la méditation de pleine conscience pour un temps donné dans une position spécifique ou en mouvement comme la pratique du yoga. La pratique informelle, quant à elle, consiste à intégrer la pleine conscience à ses activités quotidiennes afin de diriger son attention sur la tâche en cours, en utilisant ses cinq sens, afin d'être pleinement « présent » à chaque instant de l'activité (Dionne & Blais, 2014).

III.3. Les thérapies basées sur la pleine conscience

Il existe plusieurs programmes et formations permettant d'intégrer la pratique de la pleine conscience dans son quotidien. Les plus répandus sont basés sur une pratique formelle tel que le MBSR et le MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy : Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience). Il existe également un programme spécifique à destination de personnes

atteintes de troubles du comportement alimentaire : le MB-EAT (Mindfulness-Based Eating Awareness Training : pratique de l'éveil aux sensations alimentaires par la pleine conscience). D'autres programmes tel que la TCD (Dialectical Behaviour Therapy : thérapie dialectique comportementale) et l'ACT (Acceptance and Comitment Therapy) incorporent des exercices informels de pleine conscience.

- Le MBSR créé en 1979 par le Dr Jon Kabat Zinn, tire ses influences de la rencontre entre les traditions contemplatives orientales et les sciences modernes occidentales. Cette approche éducative vise à réduire le stress en développant l'aptitude des participants à répondre aux pressions et limitations qu'ils subissent, qu'elles soient physiques ou psychologiques.
- Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams, mettent au point en 1995 le MBCT. Ce programme est une adaptation du programme MBSR auquel ont été intégrés des éléments de thérapie cognitive et comportementale en vue de prévenir la rechute dépressive.
- Le MB-EAT est un programme développé par le Dr Jean Kristeller, mettant l'accent sur les troubles alimentaires ou plus généralement la relation à la nourriture (Baer & Ruth, 2015).
- La psychologue Marsha Linehan, conçoit en 1993 la TDC (Dialectical Behaviour Therapy : thérapie dialectique comportementale) pour les personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline.
- En 1999, Steven C. Hayes développe l'ACT (Acceptance and Comitment Therapy : thérapie de l'acceptation et de l'engagement) basée sur l'analyse comportementale et la flexibilité psychologique.

III.4. Les bénéfices de la pleine conscience

Depuis ces trente dernières années, de nombreuses études scientifiques rigoureuses ont été menées et ont illustré les bienfaits de la pratique de la pleine conscience sur différents aspects de la santé, tant sur le plan physique que mental.

Sur le plan psychologique, elle favorise la santé psychique par l'amélioration de la satisfaction de la qualité vie, de l'empathie et de l'autonomie. De plus, la pleine conscience aide à réguler les émotions liées aux pensées automatiques négatives en lien avec une augmentation de la flexibilité cognitive et du fonctionnement attentionnel (Keng et al., 2011).

La pleine conscience a des effets positifs sur les habiletés sociales, les sentiments de compassion envers soi et les autres, l'autogestion, la conscience somatique (Reid, 2013) et la souplesse mentale (Thompson, 2009). Cette approche est prometteuse en santé mentale, en effet, elle permettrait de diminuer les symptômes anxieux, dépressifs (Lykins et Bear 2009) et ceux liés aux troubles alimentaires (Smalley et Winston, 2010). Les interventions basées sur la pleine conscience agissent sur de nombreux indicateurs de la santé psychologique tel que la diminution de la douleur, du stress, de l'anxiété et de l'impact des pensées négatives.

Elles améliorent significativement la fonction physique (Germer, 2013) et sociale, l'acceptation et le sentiment d'efficacité personnelle.

III.5. Les mécanismes d'action

Selon la professeure Thanh-Lan Ngô (2014), plusieurs mécanismes d'action permettent d'expliquer l'impact de la pleine conscience sur la personne.

Tout d'abord, elle permet d'augmenter la conscience métacognitive (Hargus, Crane, Barnhofer et Williams, 2010 ; Teasdale *et al.*, 2002), correspondant à la capacité à se décentrer de ses pensées et de ses émotions et de réaliser qu'il s'agit d'événements mentaux transitoires.

La pleine conscience favorise l'exposition intéroceptive (Carmody, Baer, Lykins et Olendski, 2009), ce qui permettrait de se désensibiliser aux pensées, aux émotions et aux sensations physiques en lien avec la détresse (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1982 ; Linehan, 1993).

Elle renforce l'acceptation expérientielle (Hayes, 1994) qui engendre une réduction de l'intensité émotionnelle, en comparaison d'une attitude de non-acceptation (Campbell-Sills, Barlow, Brown et Hoffmann, 2006).

La pratique améliore la gestion de soi. En effet, l'observation des émotions, des pensées et des sensations corporelles sans les éviter ou y réagir de façon automatique améliore leur reconnaissance, la possibilité d'y répondre de façon différente et d'élargir le répertoire comportemental. De plus, elle améliore le contrôle de l'attention car la pleine conscience requiert une attention soutenue sur l'expérience du moment présent et la capacité à revenir au moment présent lorsque l'esprit vagabonde (Bishop *et al.*, 2004).

Par ailleurs, elle minimise l'effet d'une diminution de la capacité de la mémoire de travail lors des périodes de stress, ce qui est un facteur de médiation dans la réduction des affects négatifs (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong et Gelfand, 2010).

Enfin, elle engendre une réponse de relaxation avec une diminution de la consommation d'oxygène et du dioxyde de carbone, de la fréquence respiratoire, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, des niveaux de cortisol, de la réponse de conduction cutanée et de la tension musculaire (revue par Hölzel *et al.*, 2011).

Hölzel *et al.* (2011) établissent, quant à eux, quatre mécanismes d'action pour lesquels il existe des évidences neurologiques :

- La régulation de l'attention, soit l'attention soutenue sur un objet et, en cas de distraction, le désengagement de l'attention du stimulus qui l'a captée et le retour de l'attention sur l'objet de focus initial (cortex cingulaire antérieur).
- La conscience corporelle, soit la focalisation de l'attention sur les expériences sensorielles telles que la respiration, les émotions et autres sensations corporelles (insula, jonction temporo-pariétale).
- La régulation des émotions, soit le fait que la réactivité émotionnelle diminue lorsque l'individu ne laisse pas les réactions émotionnelles interférer avec sa performance dans les tâches cognitives (modulation de l'amygdale par le cortex préfrontal latéral).
- Le concept de soi flexible, soit la désidentification de l'individu par rapport à ses émotions et l'amélioration de l'adaptabilité (cortex préfrontal médian, cortex cingulaire postérieur, insula, jonction temporo-pariétale).

Ces changements engendrés sur le plan cérébral permettent, entre autres, une modification de la perception de la douleur ainsi qu'une meilleure capacité à la tolérer, une meilleure adhésion aux traitements médicaux, une diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression (Kabat-Zinn et Ludwig, 2008; Zeidan *et coll.*, 2011) ainsi qu'une prévention dans les cas de rechutes chez les toxicomanes (Bowen *et coll.*, 2009).

Les conclusions des études citées sont limitées par le fait que peu d'études comparent les approches basées sur la pleine conscience à des psychothérapies basées sur des données probantes et par l'absence de mesures comportementales de la pleine conscience (Grossman, 2011). Des études plus rigoureuses sur le plan méthodologique comparant ces approches à des thérapies basées sur des données probantes sont requises.

III.6. La boulimie et la pleine conscience

La pleine conscience est un outil pouvant faire partie intégrante de la prise en charge de la personne boulimique. Les thérapies basées sur la pleine conscience peuvent être bénéfiques et efficaces pour les troubles du comportement alimentaire (Masuda, 2013 ; Katterman et al., 2014). En effet, l'HAS (2019), note l'intérêt des thérapies de pleine conscience concernant la réduction de la fréquence des crises de boulimie et des perturbations du comportement alimentaire chez les personnes boulimiques.

En effet, la pleine conscience entraîne une réduction des préoccupations autour de la nourriture et de l'impulsivité alimentaire, elle améliore l'attention durant les prises alimentaires, l'écoute intéroceptive et la régulation émotionnelle (Lienard, 2018). De plus, la pleine conscience permet d'augmenter la tolérance émotionnelle, de s'entraîner à « laisser passer » les pensées automatiques plutôt que partir sans cesse dans des ruminations (Sweerts et Romo, 2020). Enfin, les interventions basées sur la pleine conscience ont montrées des diminutions significatives des envies de nourriture, de la pensée dichotomique, du trouble de l'image corporelle, de l'alimentation émotionnelle et de l'alimentation externe (Alberts et al, 2012).

Le MB-EAT est un programme basé sur la pleine conscience s'adressant aux personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Il incorpore des pratiques d'assise et de pleine conscience guidée pour cultiver une plus grande conscience des signaux de faim et de satiété, de satiété sensorielle spécifique et de déclencheurs émotionnels ou autres pour manger. Selon un essai clinique randomisé intégrant des personnes atteintes de boulimie, le MB-EAT permet la réduction des crises de boulimie et des symptômes associés à un niveau cliniquement significatif, avec une amélioration liée au degré de pratique de la pleine conscience (Kristeller et al. 2013).

IV. Le rôle de l'ergothérapeute

IV.1. Historique

L'ergothérapie puise ses origines dans le domaine de la psychiatrie. Au XIX^{ème} siècle, les premières descriptions des maladies mentales et donc le champ de la psychiatrie apparaissent. Durant cette période, l'activité se développe en tant que thérapie, notamment avec Pinel (1791), prônant les vertus curatives du travail et affirmant que l'homme est humanisé par son agir et son faire. Selon Freud (1933), le travail est indispensable pour l'existence de l'individu dans une société. Progressivement, l'activité ne concerne plus seulement le travail mais s'étend aux

différentes activités de la vie quotidiennes telles que les soins personnels, la productivité et les loisirs. En France, le terme « ergothérapie » est créé par Georges Duhamel en 1943, secrétaire général de l'Académie française. Il utilise le grec « 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.

IV.2. Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe des personnes dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel. Il évalue les lésions, les capacités, les intégrités de la personne ainsi que ses compétences motrices, sensorielles, psychologiques et cognitives. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique. Il met en œuvre des soins, des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation psycho-sociale visant à réduire et compenser les limitations et les altérations d'activités. L'ergothérapeute permet de développer, restaurer, maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements sécurisés, accessibles, adaptés, évolutifs et durables. Afin de favoriser l'implication de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques, des aides humaines, des aides animalières, des assistances technologies et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise de petits appareils provisoires, extemporanés et entraîne les personnes à leurs utilisations ».

Le rôle de l'ergothérapeute est d'accompagner le patient vers un équilibre occupationnel satisfaisant et signifiant, en cohérence avec ses valeurs. Il aide la personne à résoudre les problèmes faisant obstacle à la réalisation de ses activités de la vie quotidienne afin de lui rendre son autonomie et améliorer sa qualité de vie. Il est le professionnel le plus habilité à évaluer et à accompagner la personne dans sa globalité en prenant en compte ses habitudes de vies, ses occupations et son environnement humain et matériel.

L'ergothérapie est présente en santé mentale depuis les fondements de la profession. Cependant, la proportion actuelle d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la psychiatrie est minime en comparaison des autres domaines de la santé. En santé mentale, l'ergothérapeute a pour objectif d'évaluer l'impact de la pathologie sur les milieux professionnels, scolaires, relationnels et les différents aspects de la vie quotidienne. Pour cela, il utilise le lien entre

l'activité humaine et la santé afin d'obtenir une qualité de vie satisfaisante selon les critères de l'individu, en l'accompagnant dans la recherche d'activités signifiantes et significatives. Pour l'ergothérapeute, l'homme est un être fondamentalement occupationnel et « l'activité est un pilier fondamental pour un bon équilibre corporel, moral et mental » (Riou et Guellier-Vielle 2018). L'ergothérapie est une approche humaniste fondée sur la relation thérapeutique entre le thérapeute et la personne. Cette relation permet à l'individu de s'exprimer et de prendre conscience de ses capacités par le biais d'activités d'expressions créatives ou de médiations thérapeutiques. Cette démarche prend en compte les interactions entre la personne, l'activité et son environnement.

L'ergothérapeute est amené à utiliser différentes approches théoriques de la santé mentale en fonction du service dans lequel il exerce : les approches psychodynamiques, de réhabilitation psychosociale, cognitivo comportementales, systémiques ou de psychothérapie institutionnelle. Il exerce en intégrant à sa pratique des modèles spécifiques à la profession d'ergothérapeute comme le Modèle de l'Occupation Humaine ou le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel. Les champs d'interventions de l'ergothérapeute en psychiatrie sont donc nombreux, il peut mettre en place des ateliers d'expression et de création, participer à des programmes d'éducation thérapeutique ou de remédiation cognitive et d'habiletés sociales.

IV.3. L'accompagnement en ergothérapie

Le processus d'intervention en ergothérapie se compose de différentes phases : le recueil d'informations, l'analyse des informations, l'établissement des objectifs de traitement, le choix des moyens de traitement, l'application de la thérapie et l'évaluation du résultat. Ces étapes permettent à l'ergothérapeute d'évaluer et de résoudre au mieux les difficultés du patient (Meyer, 1990). La première étape de la prise en soin est l'entretien d'accueil où la personne est encouragée à exprimer ses attentes, ses besoins, ses valeurs. L'ergothérapeute cherche à identifier tous les paramètres de la situation sur le plan clinique, environnemental et motivationnel de la personne. Cette première rencontre permet à l'ergothérapeute d'établir une relation de confiance avec la personne et constitue un support fondamental tout au long de l'accompagnement (Bagnères, 2014). Suite à cet entretien, l'ergothérapeute réalise le diagnostic ergothérapique ayant pour objectif de définir les problèmes relatifs à l'état occupationnel de la personne justifiant ainsi l'intervention de l'ergothérapeute. Il identifie les facteurs internes et externes explicatifs de cet état occupationnel et met en évidence les ressources sur lesquelles la thérapie pourra s'appuyer (Rogers et Holm, 1991).

La contribution des ergothérapeutes au traitement des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire réside dans leur connaissance combinée du fonctionnement physique, interpersonnel et psychologique (Barris, 1986 ; Lim & Agnew, 1994). Dans le traitement d'une personne souffrant de boulimie, l'ergothérapie permet de faire le lien entre les aspects pratiques, émotionnels et cognitifs. Il est cependant essentiel, que le patient participe de façon active et volontaire à la prise en charge en ergothérapie (Gordon Muir Giles, 1985).

L'accompagnement en ergothérapie permet de favoriser les sensations corporelles et la perception du corps pour que la personne atteinte de boulimie puisse prendre conscience de son image corporelle et l'intégrer progressivement. Les activités créatives et d'expressions corporelles tels que la danse, la peinture et la poterie sont à privilégier. L'ergothérapeute propose un temps de parole à la fin de chaque séance et des moments d'échanges individuels pour permettre à l'individu de verbaliser ses émotions et de regagner confiance en lui afin de pouvoir être acteur de ses propres comportements. Il est important d'aider la personne à maintenir, renforcer ses habiletés sociales afin d'établir des relations satisfaisantes avec les autres, par le biais de travaux de groupe par exemple. Ces objectifs permettront à la personne de développer ou restaurer son autonomie dans les activités quotidiennes et favoriser ses ressources personnelles. L'accompagnement en ergothérapie amène la personne à prendre conscience de ses limites et à pouvoir les accepter. Par conséquent, l'objectif de l'intervention ergothérapeutique auprès de cette population est de maximiser le fonctionnement de la personne dans les domaines social, psychologique et physique, et de les aider à s'engager dans des occupations significatives et satisfaisantes. (Barris, 1986 ; Giles & Allen, 1986).

IV.4. L'utilisation de pleine conscience en ergothérapie

L'ergothérapie a pour mission de promouvoir la santé en favorisant l'engagement et le rendement des personnes dans l'ensemble de leurs occupations et de leurs activités significatives (Américain Occupational Therapy Association, 1999), cet objectif peut également être prôné par la pleine conscience. L'ergothérapeute peut intégrer cette pratique dans ses interventions, plus particulièrement en préconisant la pratique informelle. Lors de la réalisation d'une activité, il peut guider la personne à développer une conscience de chaque instant, à renforcer son attention, se recentrer sur ses différentes sensations comme la position et les mouvements de son corps (Foucault, 2017). L'ergothérapeute peut amener la personne à intégrer la pratique de la pleine conscience dans sa routine occupationnelle, en considérant la méditation comme une activité en soit, pour favoriser une amélioration du rendement et de l'engagement dans ses activités. Il permet également à la personne de développer sa capacité d'autogestion de sa santé

et d'assumer la responsabilité de ses choix (Gura, 2010 ; Kabat-Zinn et Ludwig, 2008). L'ergothérapeute peut ajuster et personnaliser cette pratique méditative en se basant sur les activités signifiantes de la personne et en tenant compte de ses besoins et de ses incapacités, permettant ainsi d'instaurer une pratique centrée sur la personne (Gura, 2010 ; Hölzel et coll., 2011)

Les champs d'intervention en ergothérapie et la pratique de la pleine conscience sont complémentaires (American Occupational Therapy Association, 2014). Selon plusieurs auteurs, l'utilisation de la pleine conscience dans les activités de la vie quotidienne serait pertinente en ergothérapie car elle aurait un impact positif sur la santé. De plus, l'ergothérapie et la pleine conscience sont basées sur des principes communs. En effet, elles sont fondées sur une pratique holistique centrée sur la personne englobant tous les aspects de l'expérience humaine : le corps, les émotions, les valeurs et les cognitions. Ces deux approches requièrent une forte implication de la personne. L'ergothérapie s'exerce à partir d'une approche globale de la santé et du bien-être. Par conséquent, la pleine conscience semble correspondre à une prise en charge en ergothérapie car elle incorpore les composantes cognitives, psychologiques, physiques et spirituelles de la personne (Stroh-Gingrich, 2012). La pleine conscience est aussi également une pratique centrée sur la personne. En particulier la pratique informelle se base sur les activités signifiantes de chacun en tenant compte de ses besoins et de ses capacités (McVeigh, 2017). Elle offre aussi un moyen de restituer du pouvoir à la personne, pour des aspects dans certains domaines comme l'autogestion de la santé, la responsabilité personnelle et l'adoption d'un mode de vie sain (Reid, 2013 ; Thompson, 2009).

Selon le docteur Hugues Cormier, professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, la pratique de cette méditation permettrait également de développer la capacité d'être à l'écoute de soi-même et ainsi, d'être davantage à l'écoute des autres. Cette capacité d'écoute est un savoir-être primordial pour un professionnel de la santé afin de bâtir une bonne relation thérapeutique avec ses patients (Perrault, 2014). En considérant ces bienfaits, la pleine conscience apparaît comme une utilité professionnelle en tant qu'outil de gestion du stress, de l'anxiété, de la dépression et de la douleur afin de promouvoir la santé. (Foucault, 2017).

PARTIE 2 : CADRE THEORIQUE

Dans cette partie, je vais développer trois éléments théoriques dans le but de conceptualiser ma question de recherche et de la lier aux théories, modèles et concepts. Le cadre théorique est essentiel à la réalisation d'une matrice théorique, servant de support à l'élaboration des

questions au sujet de cette étude. De plus, il sera une aide sur laquelle s'appuyer lors de l'analyse des résultats obtenus. Les éléments constituant le cadre conceptuel de mon mémoire sont l'équilibre occupationnel, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et la pyramide des besoins de Maslow.

I. L'équilibre occupationnel

Le concept d'équilibre occupationnel apparaît pour la première fois en 1922, Meyer l'introduit comme une notion essentielle au cœur de la base philosophique en ergothérapie (cité par Wilcock et al., 1997 ; Wilson et Wilcock, 2005). Elle souligne la nécessité de prendre soin des rythmes de la vie quotidienne, et plus particulièrement du maintien de l'équilibre des quatre domaines d'occupation relatifs au travail, au jeu, au repos et au sommeil, Meyer a été un véritable précurseur (Bryden et McColl, 2003). Par la suite, plusieurs auteurs citent ce concept, Reilly en 1960 qui précise les quatre grandes occupations : les soins personnels, le jeu, le travail et le repos. Kielhofner en 1977 reprend ce concept, il considère qu'un équilibre entre la créativité, les loisirs, les intérêts artistiques, les activités festives et le travail est nécessaire à la santé. Puis, Rogers en 1984 soutient que cet équilibre permet d'obtenir une qualité de vie satisfaisante.

L'équilibre occupationnel est un concept central des sciences de l'occupation, il est présent depuis les fondements de l'ergothérapie (Wagman, 2015). De plus, les sciences de l'occupation mettent en avant le sens et la signification des occupations pour la santé de la personne (Cutchin & Dickie, 2012 ; Law et al., 1996). Idéalement, la personne doit trouver un équilibre occupationnel satisfaisant afin de maintenir sa santé. (Towsend & Polatajko, 2007). Cette vision de l'occupation humaine holistique permet de comprendre au mieux les liens entre les activités et la santé. L'équilibre occupationnel est défini comme « l'expérience subjective d'une personne quant à l'obtention de la bonne quantité et variété entre ses différentes occupations » (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012). L'idéal serait que chaque personne puisse trouver son propre équilibre au sein de ses différentes occupations pour acquérir un sentiment de bien-être et réaliser des activités significatives.

L'équilibre occupationnel est un concept qui concerne directement l'ergothérapie, il s'intéresse à la satisfaction de la personne face à ses différentes occupations. L'étude de cette répartition des occupations subjective rencontre un intérêt majeur avec les personnes boulimiques. En effet, ces personnes manquent de variation et de satisfaction dans leurs occupations en raison des répercussions de la boulimie sur leurs activités de la vie quotidienne.

Grâce à ce concept, les ergothérapeutes peuvent étudier les facteurs qui impactent positivement ou négativement leurs occupations leur permettant de mettre en place leur accompagnement.

Wagman (2012) a regroupé les définitions existantes de l'équilibre occupationnel en trois approches :

- L'approche classique regroupant les différentes activités : les soins personnels, la productivité et le travail, le jeu et les loisirs ainsi que le repos et le sommeil.
- L'approche expérientielle, quant à elle, est basée sur les caractéristiques de l'activité, concernant davantage la façon dont la personne expérimente l'activité et non pas la catégorie de l'activité réalisée : les activités choisies et obligatoires, les activités exténuantes et relaxantes, puis le faire et l'être.
- La dernière approche respecte le modèle de l'équilibre du style de vie (Matuska & Christiansen, 2008). Elle est centrée sur le niveau d'activité, la façon dont il correspond aux besoins de la personne, et la combinaison entre ce que la personne fait et ce qu'elle aimerait faire : les besoins de la personne, les souhaits de la personne et la temporalité de l'activité.

Matuska et Barrett (2014) signalent que l'équilibre de vie est souvent confondu avec l'équilibre occupationnel. Selon Wagman, l'équilibre de vie inclut l'équilibre occupationnel mais intègre également d'autres aspects. L'équilibre de vie se réfère aux valeurs personnelles de l'individu par rapport au sens de son existence (Pentland & McColl, 2008). Il est « la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités (l'équilibre occupationnel), un équilibre entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres et un équilibre par rapport au temps. » (Matuska et Christiansen, 2008).

La répartition des différentes catégories d'activités, ainsi que la satisfaction de la personne sont subjectives. En effet, la représentation de l'équilibre occupationnel est différente d'une personne à une autre (Backman, 2004). Elle peut être influencée par ses valeurs, sa culture, ses centres d'intérêts, ses niveaux de satisfaction et de ses attentes (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012). De plus, il est à noter que l'équilibre occupationnel ne peut être dissocié des composantes liées au stress et/ou à l'anxiété.

Dans la société actuelle, la personne a de nombreuses responsabilités et tâches à effectuer dans les trois domaines d'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Il peut donc être difficile d'atteindre ou de maintenir un équilibre occupationnel. (Nicolas Kühne et

Sylvie Tétreault, 2017). De plus, des composantes liées au stress et à l'anxiété peuvent avoir un impact sur l'équilibre occupationnel. En effet, un déséquilibre occupationnel peut être un obstacle important au bien-être et à la qualité de vie de la personne. Selon Wilcock (1998), le déséquilibre occupationnel est « un manque d'équilibre entre le temps consacré aux occupations physiques, mentales et sociales, entre les occupations choisies et les occupations obligatoires, entre les occupations épuisantes et reposantes ou entre l'être et l'agir ». Il fait référence au manque de correspondance entre l'engagement désiré et réel dans les occupations significatives (Leufstadius & Eklund, 2008)

Il existe un questionnaire (Annexe I) nommé le Questionnaire de l'Équilibre Occupationnel (Occupational Balance Questionnaire : OBQ) ayant pour objectif de mesurer la satisfaction de la personne envers la quantité et la variation d'occupation à travers treize items (Wagman et Håkansson, 2014).

I.1. Le lien avec le sujet

Les personnes souffrant de boulimie font face à des pensées obsessionnelles concernant l'alimentation et la perception de leur corps (Bertrand, Bélanger et O'Connor, 2021). Le surinvestissement de certaines activités peut avoir un impact sur la perception de leur équilibre occupationnel et les répercussions sur leurs autres activités de la vie quotidienne (Backman, 2004 ; Finlay, 2004). L'impact des symptômes et des manifestations de la boulimie sur la personne, ses occupations et son environnement mettent en évidence un déséquilibre lors de la réalisation des activités. L'intérêt de ce concept dans mon étude réside dans la perception et l'intégration de la satisfaction de la personne dans ses occupations. Il permet à l'ergothérapeute de proposer des occupations favorisant l'équilibre occupationnel de la personne boulimique. La pleine conscience peut être un outil utilisé par l'ergothérapeute dans ce cadre-là, afin de diminuer les symptômes de la boulimie et d'aider la personne à investir de façon satisfaisante ses occupations.

II. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) a été publié en 1983 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) afin de clarifier le rôle des ergothérapeutes. En 2007, le modèle a été rebaptisé en Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P). La dernière version se nomme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO), date de 2013 où les notions d'habilitation et d'engagement dans l'activité sont ajoutées.

Ce modèle fait partie des modèles généraux, il a été élaboré spécifiquement par des ergothérapeutes. Le MCREO (Annexe II) est un modèle centré sur l'occupation, l'environnement et la personne, ayant pour but la qualité de vie en prenant en compte son projet de vie et ses attentes. Il cherche à mettre en évidence les liens entre la personne, son environnement, ses occupations et le sens que la personne accorde à sa santé, à travers la notion de rendement occupationnel (Law et al., 2005). De plus, le MCREO fournit un cadre de référence permettant de promouvoir l'occupation (ACE, 2002), il présente les valeurs, les croyances et les concepts de base de l'ergothérapie.

L'utilisation de ce modèle avec les personnes atteintes de boulimie permet de visualiser les interactions entre la personne, ses occupations et son environnement pour ensuite proposer des activités adaptées. En effet, la boulimie a de nombreuses répercussions sur : la personne, ses occupations et son environnement. Au niveau de la personne, cela peut se manifester par des pensées obsessionnelles en lien avec le poids et la forme du corps, un trouble de l'image corporelle et des difficultés dans la gestion des émotions. L'impact sur l'environnement est en lien avec les mauvaises habitudes alimentaires, le culte de la minceur à travers la société et la perturbation des relations interpersonnelles. Les occupations, quant à elles, sont impactées par les crises de boulimie, la baisse de la performance scolaire et au niveau du travail, ainsi que l'incapacité de s'alimenter selon ses besoins nutritionnels. L'utilisation de ce modèle par l'ergothérapeute permettra d'améliorer le rendement et l'engagement occupationnels de ces personnes afin de les amener à trouver un équilibre entre leurs occupations.

II.1. La personne

Dans ce modèle, la personne est définie par quatre dimensions :

- La dimension affective fait référence aux fonctions sociales et affectives, aux facteurs interpersonnels et intrapersonnels, au schéma cognitif et à l'organisation de la pensée. Dans ce modèle, cette dimension est en lien avec les « émotions » de la personne.
- La dimension cognitive regroupe les fonctions cognitives et intellectuelles (la perception, la concentration, la mémoire, la compréhension, le jugement et le raisonnement). Dans le MCREO, cette dimension fait référence aux « pensées » de la personne.
- La dimension physique concerne les fonctions sensorielles, motrices et sensori-motrices. Selon le modèle, ces fonctions sont en lien avec les « actions » de la personne.

- La dimension spirituelle correspond à l'essence de l'être intérieur, elle met en relief l'unicité de la personne. Cette composante est importante à prendre en compte, elle permet à l'ergothérapeute de reconnaître les valeurs, les croyances et les buts de la personne.

II.2. L'environnement

L'environnement fait référence au contexte dans lequel se déroule l'occupation. Il influe sur l'occupation en étant facilitateur ou considéré comme un obstacle à la réalisation des activités. L'environnement est détaillé en quatre aspects différents :

- La composante culturelle concerne les aspects ethniques, raciaux, cérémoniaux et routiniers.
- La composante institutionnelle fait référence aux éléments économiques, légaux et politiques.
- La composante physique regroupe les environnements naturels et construits.
- La composante sociale correspond aux rapports établis avec l'environnement humain rassemblant les priorités sociales et les regroupements par éléments communs comme les valeurs ou les croyances.

II.3. L'occupation

L'occupation quant à elle fait référence aux activités de la vie quotidienne. L'occupation est définie comme « l'ensemble des activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus donnent une valeur et une signification ». (Association Canadienne des Ergothérapeutes, ACE, 1997). Le MCREO divise l'occupation en trois catégories. Les soins personnels regroupent l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie dans la communauté. La productivité comprend le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu. Les loisirs, quant à eux, sont composés des activités récréatives paisibles, des loisirs actifs et de la vie sociale.

II.4. Le rendement occupationnel

Le rendement occupationnel est une notion centrale dans le MCREO. Il correspond au résultat de l'interaction entre la personne, son occupation et son environnement. Il se réfère à « la capacité d'une personne à choisir, à effectuer des occupations significatives qui lui procurent satisfaction, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de s'occuper

d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité ». Le rendement est déterminé en fonction de l'appréciation personnelle de la personne lors de la réalisation de son occupation. Lorsque qu'une difficulté est présente sur le plan du rendement occupationnel, cela signifie que l'occupation que la personne veut réaliser n'est pas effectuée ou pas en fonction de sa propre satisfaction.

II.5. L'engagement occupationnel

L'engagement occupationnel est une notion ajoutée en 2007 dans le MCREO. Selon Reeve (2005) il correspond à « l'expression de la motivation ». Polatajko (2007) définit l'engagement occupationnel comme « l'implication avec laquelle une personne s'investit dans une occupation ». Il considère cette notion comme la résultante de l'interaction entre la personne, son occupation et l'environnement au même titre que le rendement occupationnel.

II.6. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Le modèle MCREO possède son propre outil d'évaluation : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). La version la plus récente est la cinquième édition publiée en 2014 (Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N). Elle permet de concevoir avec l'individu des objectifs de rendement occupationnel. De plus, la MCRO évalue le potentiel de changement dans la relation entre la Personne son Environnement et son Occupation. Pour finir, elle permet d'élaborer un projet d'intervention pour améliorer la compatibilité de cette relation afin d'améliorer le rendement et donc d'atteindre les objectifs.

II.7. Le lien avec le sujet

Le MCREO a un réel intérêt dans mon étude car il a la singularité de mettre en évidence les interactions entre la personne, les occupations et l'environnement. Il permet de mettre en lumière le manque de correspondance entre l'engagement désiré et réel dans les occupations significatives de la personne boulimique. À travers ce modèle et sa mesure, l'investissement relatif à chacune de ses activités peut être identifié et analysé (Creek, 2003 cité dans Creek & Lougher, 2008 ; Finlay, 2004). L'ergothérapeute peut alors proposer des activités dans le but de favoriser l'engagement et la satisfaction de la personne dans ses occupations. La pleine conscience peut être un moyen permettant d'atteindre ces objectifs. En effet, son approche holistique prend en compte les différents aspects de l'expérience humaine, en lien avec les composantes de ce modèle.

III. La Pyramide des besoins de Maslow

La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (OMS, 1993).

H. A. Maslow, psychologue américain humaniste, s'intéresse aux besoins fondamentaux de l'être humain. En 1943, il les définit et les catégorise en cinq niveaux hiérarchisés, ils sont par la suite représentés sous la forme de la pyramide des besoins (Philippe Libert, 2015). Les besoins primaires situés à la base de la pyramide doivent être satisfaits avant d'atteindre les besoins supérieurs (Annexe III). Ils sont de plus en plus difficiles à atteindre et à réaliser, les besoins deviennent également subjectifs plus on monte dans la hiérarchisation de la pyramide.

L'utilisation de la Pyramide des besoins dans l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant de boulimie permet d'identifier les besoins n'étant pas atteints ou satisfaits. L'ergothérapeute pourra alors se baser sur ces informations pour établir sa stratégie thérapeutique et accompagner la personne dans l'amélioration de sa qualité de vie.

III.1. Les besoins physiologiques

Les besoins physiologiques, situés à la base de la pyramide, sont des besoins concrets directement liés à la survie de l'individu ou de l'espèce tel que l'alimentation, l'hydratation, la respiration, l'élimination, le maintien de la température corporelle, la reproduction, l'activité musculaire et le sommeil. En général, ces besoins sont atteints pour la plupart des personnes, cependant la satisfaction reste subjective.

III.2. Les besoins de protection et de sécurité

Les besoins de protection et de sécurité prennent en compte plusieurs facteurs. Le premier est objectif, il concerne la sécurité physique, soit être à l'abri des menaces concrètes. Le second facteur est subjectif, il fait référence à la sécurité psychologique correspondant aux craintes, peurs et anticipations. On retrouve le besoin de sécurité d'un abri (logement, maison), des revenus et des ressources, la sécurité physique (contre la violence, la délinquance, les agressions), la sécurité morale et psychologique, la sécurité /stabilité familiale et la sécurité médicale/sociale. Ces besoins englobent également la notion de propriété, c'est-à-dire le fait de

posséder des choses et des lieux. Puis la dernière est la maîtrise correspondant au pouvoir sur l'extérieur.

III.3. Les besoins d'appartenance

Les besoins d'appartenance sont des besoins sociaux. Ils regroupent les besoins d'amour et de socialisation. On retrouve dans ces besoins l'appartenance à un groupe, l'affectivité, le fait de se sentir accepté, de posséder un réseau de connaissances et d'avoir une identité sociale.

III.4. Les besoins d'estime

Les besoins d'estime correspondent aux besoins de considération, de réputation et de reconnaissance. C'est aussi le besoin de respect de soi-même, de confiance en soi et de se sentir compétent. L'individu doit éprouver de l'estime pour lui-même et sentir que les autres ont de la considération pour lui. Le besoin d'estime est lié au désir de force, de réussite, de compétence, de confiance en soi. Cela implique que les autres reconnaissent la valeur de l'individu, qui se sent alors utile.

III.5. Le besoin d'auto-accomplissement

Le besoin d'auto-accomplissement apparaît une fois que tous les besoins situés au niveau inférieur de la pyramide sont satisfaits, et constituent donc le sommet de la hiérarchie des besoins selon Maslow. Il correspond au besoin de s'épanouir, d'accroître ses connaissances, de développer certaines valeurs et d'atteindre un objectif personnel. Il s'agit d'un besoin d'autoréalisation : l'individu prend conscience de ses difficultés et de son potentiel, et poursuit certains apprentissages. Ce besoin est satisfait lorsque l'individu a le sentiment d'avoir accompli quelque chose. Cela dépend de chaque personne, il peut s'agir de créer, d'inventer ou d'apprendre de nouvelles choses. Cet étage de la pyramide correspond à une réflexion de l'individu sur ses pensées, ses actions. Pour répondre à ce besoin, l'individu doit s'adapter aux changements et exigences imposés par son organisme et son environnement.

III.6. Le lien avec le sujet

L'ergothérapie a pour rôle d'identifier et d'analyser les besoins de la personne afin de lui proposer un accompagnement en lien avec ceux-ci. La Pyramide des besoins de Maslow m'intéresse particulièrement dans mon étude, car elle permet de mettre en évidence les besoins non atteints ou ceux dont la satisfaction ne correspond pas à ce que la personne souhaite. En raison des manifestations de la boulimie, telles que l'incapacité à s'alimenter selon ses besoins

nutritionnels, la faible estime de soi et le manque d'acceptation de l'image corporelle, certains besoins ne sont pas satisfaits.

L'ergothérapeute peut utiliser la pleine conscience en tant qu'outil thérapeutique afin d'amener la personne souffrant de boulimie vers plus de satisfaction dans ses besoins. En effet, la pleine conscience est un moyen d'améliorer l'expérience des occupations (Elliot, 2011). Elle a de nombreux bénéfices, notamment sur la diminution des symptômes présents dans la boulimie tels que l'anxiété, les pensées négatives, la difficulté dans la gestion des émotions et l'impulsivité alimentaire (Lienard, 2018). La pleine conscience est une pratique centrée sur la personne, la pratique informelle se base sur les activités significatives de chacun en tenant compte de ses besoins et de ses capacités (McVeigh, 2017).

Ces recherches préliminaires m'ont permis d'affiner mon questionnement afin d'établir ma question de recherche qui est la suivante : « **Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne boulimique grâce à l'utilisation de la pleine conscience ?** »

PARTIE 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de rechercher comment la pleine conscience peut favoriser l'équilibre occupationnel des patients boulimiques pris en soin en ergothérapie. Pour y parvenir, je vais mettre en place une méthodologie de recherche afin de garantir la valeur scientifique de mon mémoire d'initiation à la recherche. Tout d'abord, il est nécessaire de choisir une méthode et de réaliser un outil de recherche à partir d'une matrice théorisée. Par la suite, je vais sélectionner l'échantillon de population, je réaliserai l'enquête exploratoire puis j'analyserai les résultats obtenus.

I. La méthode et l'outil de recherche

Pour réaliser mon étude, j'ai choisi de mettre en place une méthode qualitative permettant de me rendre compte de l'impact de la pleine conscience sur la boulimie. L'entretien semi-directif sera mon outil de recherche. J'ai privilégié ce type de recherche car elle me paraît plus pertinente. Elle me permettra de recueillir des réponses spécifiques et qualitatives, basées sur l'expérience de trois ergothérapeutes. La méthode quantitative, quant à elle, n'aurait pas été pertinente car elle nécessite un nombre important de réponses donc de professionnels à interroger. En effet, la pratique de la pleine conscience en ergothérapie dans le domaine de la

santé mentale étant encore peu répandue, il est donc difficile de trouver un nombre important d'ergothérapeutes dans ce domaine-là.

I.1. La population

Il est primordial de définir la population à interroger. En effet, l'outil de recherche choisi se base sur un faible échantillon de personnes, il est donc nécessaire de privilégier la qualité des réponses en sélectionnant des personnes ayant toutes les connaissances et l'expérience requise. Pour cela, j'ai défini des critères d'inclusions (caractéristiques que les sujets doivent obligatoirement présenter pour être inclus à l'étude) et des critères d'exclusion (caractéristiques que les sujets ne doivent pas présenter pour être inclus à l'étude).

Les critères d'inclusion sont les suivants : les personnes interrogées doivent être des professionnels titulaires du diplôme d'état d'ergothérapie. En effet, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes car dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie, cela me semblait plus pertinent. De plus, l'ergothérapeute devra intégrer la pleine conscience à sa pratique professionnelle de façon formelle ou informelle. Pour finir, je sélectionnerai des professionnels exerçants ou ayant exercé en santé mentale afin qu'ils aient des connaissances concernant la prise en charge d'une personne boulimique en ergothérapie.

Les critères d'exclusion, quant à eux, rassemblent les autres professionnels de santé, c'est-à-dire tous les professionnels qui ne sont pas titulaires du diplôme d'état d'ergothérapie, ainsi que les ergothérapeutes exerçants dans d'autres domaines que la santé mentale et l'accompagnement des personnes boulimiques. Pour finir, les patients sont dans les critères d'exclusion car j'ai choisi de focaliser mon étude sur le rôle de l'ergothérapeute.

I.2. La matrice théorique

A l'aide du cadre conceptuel, j'ai réalisé une matrice théorique (Annexe IV) basée sur les trois éléments choisis : l'équilibre occupationnel, le MCREO et la Pyramide des Besoins de Maslow. La matrice permet d'analyser ces variables théoriques dans mon domaine de recherche afin de créer les questions de mon outil d'étude, puis d'analyser les réponses recueillies et d'avoir les informations nécessaires pour répondre à ma question de recherche.

Elle reprend les éléments théoriques un à un et les décline en différentes parties : les critères, les indicateurs et les indices. Les critères correspondent aux principaux éléments de chaque variable théorique, ils permettent de juger, d'estimer et de définir quelque chose (Larousse, 2013). Les indicateurs découlent des critères, les définissent et les détaillent. Ce sont des

éléments significatifs permettant de décrire précisément les critères (Larousse, 2013). Enfin, les indices relient les indicateurs au sujet de recherche. Ils indiquent de manière précise les éléments à prendre en compte, à informer, à questionner et à évaluer.

I.3. L'outil de recherche : la grille d'entretien

L'élaboration de la matrice théorique, de la question de recherche et des critères d'inclusion et d'exclusion, m'ont permis d'élaborer un outil d'enquête théorisé comprenant cinq questions semi-directives permettant de balayer l'ensemble des concepts. La réalisation d'une grille d'entretien (Annexe V) est un support permettant de diriger les trois entretiens.

I.4. Les questions signalétiques

Tout d'abord, je commencerai l'entretien par sept questions signalétiques me permettant d'en savoir plus sur les professionnels interrogés :

Questions en lien avec la profession d'ergothérapeute :

- Quand et où avez-vous obtenu votre DE d'ergothérapie ?
- Dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?
- Avec quel type de population exercez-vous ?

Question en lien avec la pratique de la pleine conscience :

- Avez-vous une formation à la pleine conscience ? Si oui, quel type et à quelle date ?
- Avec quel type de patients utilisez-vous la pleine conscience ?
- Quelles ont été vos motivations personnelles qui vous ont poussé à intégrer la pleine conscience dans votre pratique ?
- Est-ce que vous intégrez la pleine conscience dans votre vie quotidienne ?

Ces questions permettent d'avoir des informations de base sur la personne, concernant sa formation et sa pratique professionnelle à propos de la pleine conscience et de la prise en charge des personnes boulimique. De plus, elles permettent de débiter l'entretien en mettant la personne à l'aise et en confiance, car en visioconférence cela n'est pas toujours évident. Les réponses apportées vont également m'assurer que les ergothérapeutes interrogés répondent aux critères d'inclusion définis.

I.5. Les questions de l'entretien

Les cinq questions de l'entretien sont ouvertes et semi-directives, elles sont issues du cadre conceptuel et de la matrice théorique, donc directement en lien avec l'étude.

Question 1 : Comment mettez-vous en place la pleine conscience auprès des personnes souffrant de boulimie dans votre pratique en ergothérapie ?

Question de relance : Quels sont vos objectifs d'accompagnement auprès de ces personnes ?

Cette question me permet de savoir quels sont les objectifs et les moyens de l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant de boulimie par l'utilisation de la pleine conscience. Cette question découle du MCREO car elle permet de comprendre comment l'ergothérapeute considère les interactions entre la personne boulimique (dimension physique, cognitive, affective et spirituelle), ses occupations (soins personnels, productivité, loisirs) et son environnement (culturel, social, institutionnel, physique). De plus, elle permet de se rendre compte si les besoins fondamentaux (Pyramide des besoins de Maslow) de la personne boulimique sont pris en compte dans l'élaboration des objectifs et des moyens en ergothérapie.

Question 2 : Quels sont les avantages de l'utilisation de cet outil dans le cadre de séances en ergothérapie ?

Question de relance : Selon vous, comment la pleine conscience permet à la personne souffrant de boulimie d'atteindre les objectifs fixés en ergothérapie ?

La deuxième question cherche à mettre en évidence l'impact de la pleine conscience sur les différents aspects de la personne, son environnement et ses occupations. Cette question est centrée sur la personne atteinte de boulimie, en se basant sur le MCREO.

Question 3 : Avez-vous remarqué une différence de comportement chez la personne boulimique suite à l'utilisation de la pleine conscience ?

Question de relance : Est-ce que le rapport aux occupations de la personne est différent après l'intégration de cet outil ?

Cette question cherche à montrer le rapport de la personne à ses activités de la vie quotidienne suite à un accompagnement en ergothérapie avec l'utilisation de la pleine conscience. De ce fait, je pourrai savoir si la notion d'équilibre occupationnel est prise en compte par l'ergothérapeute.

Question 4 : Selon vous, la pleine conscience apporte-elle une plus-value à la prise en charge en ergothérapie d'une personne atteinte de boulimie ?

Question de relance : Quels sont les liens observés entre la pleine conscience et l'ergothérapie ?

La quatrième question est centrée sur l'avis et le ressenti de l'ergothérapeute concernant l'intégration de la pleine conscience dans l'accompagnement d'une personne atteinte de boulimie. Elle prend en compte leur vécu face à l'utilisation de la pleine conscience. Cette question permet de connaître les avantages et les inconvénients de l'intégration de cet outil dans la pratique en ergothérapie. De plus, elle met en évidence les liens entre l'ergothérapie et la pleine conscience.

Question 5 : Avez-vous des remarques ou des éléments qui vous semblent importants à ajouter ?

Je conclus l'entretien en demandant à la personne si elle a des remarques à me faire part. Cette dernière question ouverte permet à l'interlocuteur d'ajouter des éléments en lien avec le sujet n'ayant pas été abordés durant l'entretien ou des éventuels oublis. Ces quatre questions d'opinion et la question ouverte balayent l'ensemble des modèles et vont me permettre de répondre à ma question de recherche.

I.6. La réalisation de l'étude

Les ergothérapeutes exerçant en santé mentale et intégrant la pleine conscience dans leur pratique ne sont pas nombreux. Afin de m'assurer de pouvoir réaliser mon étude, j'ai mis en place plusieurs techniques de recherche. Tout d'abord, j'ai réalisé un post que j'ai publié dans différents forums en lien avec l'ergothérapie, notamment en santé mentale. Ensuite, à l'aide du réseau social LinkedIn, j'ai contacté des ergothérapeutes ayant le profil adéquat pour répondre à mes questions. Je me suis rapprochée des Instituts de Formation en Ergothérapie de France dans l'espoir qu'ils me communiquent le nom d'ergothérapeutes répondants à mes critères. Au total, j'ai eu le contact de huit ergothérapeutes intégrant la pleine conscience dans leur pratique professionnelle. J'ai éliminé les trois professionnels exerçant dans d'autres domaines que celui de la santé mentale. Deux ergothérapeutes n'ont pas donné de suite à ma proposition de participation à cette recherche. Afin d'être la plus précise dans ma recherche, j'ai privilégié les trois ergothérapeutes ayant pris en charge des personnes boulimiques pour que les professionnels

soient en capacité d'expliquer l'impact de la pleine conscience sur l'équilibre occupationnel de ces personnes.

Une lettre d'information (Annexe VI) a été transmise à chaque ergothérapeute, en amont de l'entretien dans le but d'expliquer l'objectif de mon étude, les modalités et le déroulement de l'entretien. Un formulaire de consentement (Annexe VII) à signer, a été envoyé avec afin d'avoir une preuve écrite de la participation de l'ergothérapeute à l'étude. Une fois le formulaire retourné nous avons convenu d'une date de rendez-vous pour la réalisation de l'entretien.

Les trois entretiens ont été réalisés par visioconférence sur le logiciel Zoom. En raison de l'éloignement géographique des personnes interrogées et du contexte sanitaire actuel, les interviews n'ont pas pu s'effectuer en face à face. Pour ce faire, des réunions en salle privée ont été créés pour chacun des entretiens.

Les entretiens ont débuté par une introduction dans laquelle je me suis présentée, j'ai rappelé le thème de ma recherche et j'ai exposé à l'interlocuteur les modalités de l'entretien. Par la suite, j'ai posé les différentes questions signalétiques permettant d'en savoir plus sur l'ergothérapeute et de la mettre à l'aise. Puis, j'ai posé les quatre questions d'opinion à l'interlocuteur ainsi que la question ouverte de fin d'entretien. Pour finir, j'ai conclu et remercié la personne d'avoir participé à mon mémoire de recherche.

J'ai commencé l'enregistrement directement sur le logiciel de visioconférence, au départ des questions signalétiques, en prévenant mon interlocuteur. J'ai mis fin à l'enregistrement à la fin de la question d'opinion. Les trois entretiens ont duré environ 40 min chacun et ont été réalisés respectivement le 29 mars, les 7 et 8 avril 2021.

II. Les résultats de l'étude

II.1. La présentation des personnes

Dans un premier temps, je vais présenter les ergothérapeutes et les situer dans leur contexte à l'aide des questions signalétiques posées au début de l'entretien.

L'ergothérapeute 1 (E1) a obtenu son diplôme d'état d'ergothérapie à l'IFE de Nancy en 1996. Elle exerce actuellement au Centre Hospitalier Sainte-Catherine à Saverne dans le service d'addictologie depuis 2013. L'E1 travaille à la fois dans un hôpital de jour et elle réalise des consultations en CMP (Centre Médico-Psychologique), elle prend en charge des patients souffrant d'addictions. Auparavant, elle a exercé dans le domaine de la santé mentale où elle accompagnait, entre autres, des personnes souffrant de trouble de comportement alimentaire.

L'E1 a obtenu un certificat d'université à la méditation de pleine conscience à l'Université Libre de Bruxelles (ULB) de 2016 à 2018. Ce certificat lui a permis de devenir instructrice du programme MBSR. Cependant, n'étant pas reconnu en France, elle a réalisé une formation avec l'ADM en 2019 (Association pour le Développement de la Mindfulness). Puis, elle a entrepris une formation durant l'hiver 2020, afin de valider le deuxième niveau de sa précédente formation. Les petites choses de la vie quotidienne, le souhait de trouver une certaine liberté intérieure dans sa pratique personnelle l'ont motivée à réaliser ces formations afin d'intégrer cet outil dans ses accompagnements en ergothérapie.

La seconde ergothérapeute (E2) a également obtenu son diplôme d'état d'ergothérapie à l'IFE de Nancy en 1983. Elle travaille actuellement dans un milieu intra-hospitalier en santé mentale au sein d'un institut de réadaptation à Nancy depuis 1984. Elle réalise également des interventions d'éducation thérapeutique auprès de personnes souffrants de rhumatismes, de névralgies pudendales, de troubles cardiaques et d'obésité. Dans le cadre de ses différentes activités, elle a l'occasion d'accompagner des personnes souffrant de boulimie. L'E2 n'a pas réalisé de formation officielle à la pleine conscience mais elle l'intègre dans sa pratique par le biais de différentes méthodes (travail corporel, gymnastique chinoise...). Depuis la fin de ses études, elle présente une sensibilité à des activités en lien avec la pleine conscience. La pratique de ces techniques dans sa sphère personnelle l'ont peu à peu amené à l'utiliser avec ses patients.

La dernière ergothérapeute (E3), a eu son diplôme d'ergothérapie en 2013 en Belgique à L'institut Supérieur Parnasse Deux-Alice. Elle exerce en Belgique, depuis septembre 2019, en tant qu'indépendante, sous la dénomination de professeur de yoga, dans l'attente d'une installation en ergothérapeute libéral. Elle accompagne, le plus souvent, des personnes souffrant de maladie chronique mais elle a eu l'occasion de prendre en soin des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire. L'E3 a entrepris une formation de yoga en Australie, de 2018 à 2019, ainsi qu'un stage de cinq semaines sur la pleine conscience. Elle a réalisé ces formations dans le but d'aider une personne de son entourage. Cela lui a permis de se rendre compte qu'elle souhaitait intégrer cet outil de pleine conscience dans sa pratique en ergothérapie.

II.2. Les résultats bruts

Suite à ces trois entretiens, j'ai réalisé la retranscription à l'aide du logiciel Transcribe – Speech to Text (Annexe VIII-X). Les cinq tableaux ci-dessous font apparaître les résultats bruts associés à des extraits de discours des ergothérapeutes pour chacune des quatre questions

d'opinion et pour la question d'ouverture. Ces résultats vont me permettre d'effectuer, par la suite, une analyse qualitative détaillée.

Questions 1 : Comment mettez-vous en place la pleine conscience auprès des personnes boulimiques que vous accompagnez en ergothérapie ?

	Résultats	Extraits des entretiens
E1	Objectifs : - Gestion des craving - Gestion du stress - Renforcer l'attention - Flexibilité - Reconnexion avec soi - Détente - Communication, relation aux autres - Reconnaissance des sensations corporelles, des émotions, des pensées - Equilibre occupationnel : activités signifiantes et difficultés dans le quotidien Moyens : - Body scan - Respiration - Programme MBSR - Séances de groupe - Questionnements à répétition	- « comment je pourrais répondre en conscience plutôt que de rentrer dans sa réactivité au stress, les craving dans la boulimie vont déclencher les réactivités. » - « elle a vécu une grande détente » - « c'est tout un travail, de l'attention aussi, de pouvoir déplacer son attention donc d'être plus flexible » - « il y a tout un travail, de la communication, la relation aux autres. » - « un travail de reconnaissance de mieux en mieux repérer (...) les sensations corporelles, les associer à une ambiance émotionnelle. Et puis de reconnaître aussi, à ce moment-là, les pensées » - « j'essaye un peu de voir quel est leur équilibre occupationnel. Qu'est-ce qui les équilibre, les fait vivre les fait vibrer ? (...) j'explore aussi ce qui est difficile dans leur quotidien et ce qui les limite. » - « je lui ai proposé un body scan parce que dans le body scan qui est cette pratique qu'on va visiter chaque partie du corps, il y a de la présence. » - « le programme MBSR c'est vraiment du groupe parce que l'expérience de l'un va résonner avec ce que l'autre vit. »

		- « des questionnements à répétition ou je vais poser plusieurs fois la même question. L'idée, c'est un peu de laisser émerger des réponses à des degrés de profondeurs différentes. »
E2	Objectifs : - Restauration du schéma corporel - Prendre conscience de l'espace extérieur et des limites corporelles - Reconnaissance et écoute des sensations corporelles Moyens : - Mouvements corporels lents et doux - Auto-massages - Relaxation - Exercices respiratoires	- « réparer un peu la notion de schéma corporel » - « Je vais partir sur le même type de séances, l'auto-massage et des mouvements lents. » - « Les auto-massages ne seront pas en visuel, c'est à dire qu'il ne s'agit pas d'imiter ce que fait l'autre, mais de ressentir ce que l'on ressent. » - « Alors on fait des exercices respiratoires » - « je pars à ce moment-là sur la relaxation » - « De façon à ce qu'ils réintègrent la zone extérieure du corps dans la conscience de la pleine conscience des limites corporelles. »
E3	Objectifs : - Basés sur les objectifs de la personne - Reconnexion aux sensations corporelles - Gestion du stress Moyens : - Yoga - Intégration de la pleine conscience aux activités de la vie quotidienne - Journal de suivi	- « c'est vraiment basé sur leurs objectifs » - « son objectif qu'on travaillait ensemble, c'était de pouvoir se brosser les dents devant le miroir » - « travailler plus sur la sensation du brossage de dents. » - « Je lui ai demandé faire un journal, fin d'écrire vraiment ce qu'elle ressentait » - « c'est beaucoup de stress et d'angoisses aussi. Et donc c'est des choses qui peuvent aider. »

Question 2 : Quels sont les avantages, pour la personne boulimique, de l'utilisation de cet outil dans le cadre de séances en ergothérapie ?

	Résultats	Extraits des entretiens
E1	- Considération de la dimension corporelle - Autonomie et l'équilibre entre les occupations - Gestion des émotions - Renforcer l'estime de soi - Favoriser l'acceptation de l'image de soi - Reconnaissance des sensations	- « je pense que la dimension du corps est vraiment vraiment importante » - « accompagner les patients à plus d'autonomie, à l'équilibre dans leur vie » - « travailler la gestion des émotions, travailler plus d'estime de soi et une autre image de soi » - « on peut aussi apprendre à reconnaître qu'on vit des choses agréables qui passent inaperçues »
E2	- Intégration de la pleine conscience à tous les niveaux de l'accompagnement - Reconnaissance des sensations liées à l'alimentation - Outil supplémentaire pour la prise en charge	- « même quand je travaille, quand je fais des jeux, quand je fais des groupes d'autonomie et de projet, quand je fais de l'ETP (...) je travaille dans cette notion de pleine conscience. » - « je leur ai proposé de faire une méditation de pleine conscience avec un grain de raisin, une amande et un morceau de chocolat » - « Je pense qu'on est capable d'utiliser absolument tous les outils qui utilisent des médiations »
E3	- Implication de la personne dans sa prise en soin - Favoriser la conscience de l'activité - Approche holistique de la personne - Accompagnement centré sur les activités quotidiennes	- « C'est un avantage d'avoir vraiment la motivation de la personne. » - « il a vraiment une prise de conscience de l'activité » - « on doit faire face à beaucoup d'aspects, différents, il y a pas que l'aspect moteur, cognitifs et autre, il faut voir tout à la fois. Et je trouve que la pleine conscience ça nous permet vraiment d'avoir la personne devant nous »

		- « mettre en lien dans leur quotidien, par rapport à leurs loisirs et autres mais ça les met directement dans l'action. »
--	--	--

Question 3 : Avez-vous remarqué une différence de comportement chez la personne boulimique suite à l'utilisation de la pleine conscience ?

	Résultats	Extraits des entretiens
E1	- Difficulté à mesurer l'impact de l'utilisation de cet outil en raison d'une approche pluridisciplinaire - Conscience du stress - Augmentation de la qualité de vie - La personne trouve dans la pleine conscience un outil signifiant - Résultats sur le long terme - Augmentation de l'engagement dans les occupations - Intention réelle de la personne	- « c'est compliqué de mesurer qu'est-ce qui fait quoi (...) parce que je travaille dans une équipe pluridisciplinaire » - « réelle conscience des moments où il y a plus de stress, qu'il y a une réelle envie de s'engager autrement dans la vie » - « il y a des recherches qui ont été faites, qui montrent que la pleine conscience augmentent la qualité de vie » - « Pour ces patients-là qui semblent déjà quelque part en recherche, il y a une rencontre qui va faire. Ils vont trouver l'outil qui va les aider. » - « c'est vraiment quelque chose qui se fait doucement, c'est peu perceptible, (...) c'est pas linéaire comme processus d'apprentissage » - « je dirais qu'il a plus d'engagement dans les occupations au bout d'un certain temps et quand il y a un vrai choix des patients » - « il y a un vrai choix que font les patients pour vraiment introduire la pleine conscience dans leur vie quotidienne »
E2	- Rapport aux occupations plus respectueux, notamment dans l'alimentation	- « les patients boulimiques me qui disent après qu'ils se posent, ils prennent le temps,

	- Augmentation du plaisir dans les activités réalisées - Régulation des insomnies, de l'angoisse - Engagement dans la prise en soin de la pathologie - Sensation de liberté	ils écoutent leur faim, ils respectent leur corps et vont plus prendre le temps. » - « C'est vraiment ce qui s'appelle se respecter et prendre soin d'eux » - « j'ai plus de plaisir parce que je prends le temps » - « elle écoute sa respiration avant de dormir, ça l'aide. Et souvent, il y en a qui ont des insomnies ils ont un petit truc qui font que ils font quelque chose en état d'insomnie. » - « les crises d'angoisse s'espacent et pour certains disparaissent » - « les gens parler d'eux-mêmes et d'une certaine manière être en pleine conscience d'eux-mêmes et de leur trouble » - « sentez-vous libre »
E3	- Apaisement - Prise de conscience du fonctionnement du corps - Confiance dans leurs activités de la vie quotidienne - Ecouter ses limites dans la réalisation des activités - Diminution du surinvestissement des occupations - Amélioration de la satisfaction des activités	- « De l'apaisement, énormément, vraiment ça c'est flagrant » - « ce fonctionnement vital, de notre corps de respirer, c'est tellement anodin, qu'on oublie comment on fait » - « retrouver confiance en eux dans leur activité » - « je suis fatigué, donc je vais aller me poser » - « elles devaient pas se surpasser pour dire de se surpasser » - « Elles ne le remarque pas forcément, mais dans leurs résultats (...) il y a une évolution »

Question 4 : Selon vous, la pleine conscience apporte-elle une plus-value à la prise en charge en ergothérapie d'une personne boulimique ?

	Résultats	Extraits des entretiens
E1	– Outil supplémentaire dans l'accompagnement en ergothérapie – Apporte une capacité de contrôle de soi – Favorise la confiance, l'estime de soi, l'engagement – Dépend de la sensibilité et de l'environnement de la personne	– « un outil pour mieux comprendre ce qui se passe en soi » – « on peut avoir du contrôle et de fait une autre capacité d'agir » – « plus d'estime de soi et plus d'engagement » – Après, je pense que ça dépend chacun de nos sensibilités (...) Ça dépend aussi du contexte
E2	– Outil complémentaire dans la prise en charge de la boulimie – Capacité d'introspection – Gestion des émotions donc contrôle des crises d'hyperphagie – Investissement des loisirs	– « pour les gens boulimiques il faut aussi aller en profondeur et corporelle et psychothérapie. » – « Je pense qu'il y a vraiment de la pleine conscience dans le sens être à l'intérieur de son corps. » – « au lieu d'avoir une nourriture émotionnelle et une réaction quoi que ce soit comme émotions, frustration et gavage. Il va y avoir un temps ou une distance. » – « Une petite liste avec tous les plaisirs à faire et elle s'obligeait à retourner faire un plaisir en pleine conscience »
E3	– Privilégie l'équilibre au rendement occupationnel – Permet d'écouter ses ressentis – Promouvoir le bien-être de la personne – Favorise l'indépendance et l'autonomie	– « l'ergothérapie, dans les prises en charge est beaucoup dans le rendement (...) Et donc du coup, c'est très automatisé malheureusement » – « la personne si elle est fatiguée, elle a droit de nous le dire » – « Qu'elle prennent conscience elles-mêmes de ce que leur corps a besoin, de ce que

		leurs émotions leur demandent (...) fin ça fait partie de la vie quotidienne. » – « de promouvoir le fait que le bien-être de la personne ça passe par là aussi, ralentir » – « c’est notre objectif qu’elles soient indépendantes et autonomes. Du coup, par la pleine conscience c’est se dire, voilà je suis responsable de moi-même »
--	--	---

Question 5 : Avez-vous des remarques ou des éléments qui vous semblent importantes à ajouter ?

	Résultats	Extraits des entretiens
E1	– Aucun ajout	– « J’ai rien qui me vient là. »
E2	– Aucun ajout	– « J’en ai déjà dit pas mal. »
E3	– Intégration de cet outil dans la formation en ergothérapie – Activité faisant partie du quotidien actuellement – Importance du rôle de l’ergothérapeute dans la prise de conscience du corps en lien avec l’activité	– « Je trouve que ça serait important quand même d’avoir un cursus dans les écoles, d’avoir cet outil supplémentaire » – « Je trouve qu’il faut s’adapter un peu au goût du jour et revenir à l’essentiel quoi (...) parce qu’on est pas toujours obligé de travailler des mains » – « on a tout à fait notre place par rapport à la conscience du corps et ça peut vraiment amener à ce moment-là à entamer l’activité. »

III. L’analyse quantitative

Une analyse quantitative des trois entretiens a été réalisée à l’aide du logiciel d’analyse sémantique Tropes. Les termes les plus cités par les ergothérapeutes représentent donc des éléments significatifs pour eux.

III.1. L'analyse de l'entretien n°1

L'entretien avec la première ergothérapeute est basé sur un style plutôt argumentatif, caractérisé par un récit qui discute, compare et critique différents éléments. L'ergothérapeute E1 a cité 48 termes dans le thème de la santé (exemples : boulimie, hôpital, patients), 20 liés à la cognition (exemples : pleine conscience, réflexion, idée) et 14 concernant les sentiments (exemples : estime de soi, envie, émotions, plaisir).

Les termes les plus significatifs ressortis lors de l'entretien n°1 correspondent aux ressentis que les personnes atteintes de boulimie peuvent éprouver lors d'un accompagnement en ergothérapie avec l'utilisation de la pleine conscience. Ces éléments font référence à la dimension physique, affective et cognitive énoncée dans le MCREO. Le thème de la santé représente la personne en soin, la boulimie et la structure.

III.2. L'analyse de l'entretien n°2

Le second entretien fait également référence à un discours argumentatif. L'ergothérapeute E2 emploie 86 termes en lien avec la santé (exemples : thérapeutique, patients, santé mentale), 48 mots en rapport avec la cognition (exemples : pleine conscience, compétences, notion), 39 liés au corps (exemples : estomac, corps, articulations) et 25 mots en lien avec les sentiments (exemples : plaisir, émotions, envie).

Ce discours fait ressortir de nouveau la notion de ressentis des patients boulimiques en lien avec la pratique de la pleine conscience en ergothérapie. De nombreux termes liés au corps et à la cognition ont été retranscrits faisant référence, comme ci-dessus, à la dimension physique et cognitive de la personne du MCREO.

III.3. L'analyse de l'entretien n°3

Dans ce troisième entretien argumentatif, le logiciel Tropes indique 41 mots dans le thème de la cognition (exemples : pleine conscience, compétence, expérience), 35 mots sont en lien avec la personne, 29 termes font référence aux sentiments (exemples : bien-être, confiance, envie) et 28 liés à la santé (patients, thérapie, boulimie).

Ce qui signifie que le ressenti de la personne est encore une notion centrale et significative pour cet ergothérapeute et que la prise en soin est centrée sur la personne qui est actrice de son parcours de santé. En effet, le thème des sentiments est mis en évidence en lien avec les besoins d'estime de soi et de considération de la Pyramide des besoins de Maslow.

III.4. La synthèse de l'analyse quantitative

Les termes de « boulimie », « pleine conscience » et « équilibre occupationnel » sont fréquents dans ces entretiens. En effet, ils se rapportent au thème de la santé, la cognition, la personne, des sentiments et du corps. Les termes moins fréquents n'étant pas ressortis dans l'analyse quantitative seront traités par l'analyse qualitative. L'analyse quantitative montre également des mises en relation de termes dans le texte. Ainsi, dans le premier entretien, on retrouve la « conscience » associée à « l'attitude ». Dans le deuxième, le terme « gestion » est associé à « émotion », et dans le dernier, ce sont les mots « conscience » et « corps » qui sont associés. Chacune de ces associations apparaît deux fois dans chaque entretien, ce qui ne permet pas, au niveau quantitatif, d'interpréter ce résultat. En effet, en dehors du contexte, l'analyse quantitative ne permet pas de faire une analyse poussée sur la signification de ces termes. Certains termes importants tels que « l'activité » et « l'alimentation » ne se retrouvent pas dans cette analyse car ils n'ont pas été cités à de nombreuses reprises par les ergothérapeutes interrogés.

VI. L'analyse qualitative

Dans cette partie, j'ai réalisé une analyse qualitative des résultats bruts obtenus à partir des trois entretiens, en reprenant chaque question une à une. L'analyse transversale des entretiens me permet de mettre en lien et de comparer les éléments cités par les ergothérapeutes.

IV.1. Question n°1

La première question s'intitule : « Comment mettez-vous en place la pleine conscience auprès des personnes boulimiques que vous accompagnez en ergothérapie ? », elle me permet de connaître les objectifs et les moyens mis en place par l'ergothérapeute.

Les trois ergothérapeutes ont un objectif commun, à savoir, la reconnaissance des sensations corporelles, des émotions et des pensées. Les ergothérapeutes E1 et E3 ont pour but d'aider la personne dans la gestion de son stress. En effet, l'ergothérapeute E1 affirme que les craving sont déclenchés directement par cet état de stress. Par conséquent, apprendre à gérer cette composante permettra de diminuer la fréquence des craving liés aux crises de boulimie. La prise de conscience de l'espace extérieur, des limites corporelles et la restauration du schéma corporel sont des objectifs fixés par l'ergothérapeute E2. Les objectifs sont établis en collaboration avec la personne en soin, en fonction de ses activités significatives et des difficultés rencontrées dans son quotidien (E1 et E3).

Les séances se déroulent en individuel ou en groupe en fonction des problématiques et des capacités de chaque patient. Au niveau des moyens, elles intègrent toutes les trois la pleine conscience à leur accompagnement par des exercices respiratoires. La pleine conscience est utilisée de façon formelle statique (E1) par le biais du programme MBSR ou en mouvement (E2 et E3) avec des auto-massages ou la pratique du yoga. Des moments de pratique informelle sont intégrés à l'accompagnement par l'intégration de la pleine conscience lors d'activité de la vie quotidienne (E3) ou d'épisodes d'anxiété (E2).

IV.2. Question n°2

La deuxième question est : « Quels sont les avantages, pour la personne boulimique, de l'utilisation de cet outil dans le cadre de séances en ergothérapie ? », elle permet de connaître les bénéfices de l'intégration de cet outil pour la personne prise en soin en ergothérapie.

Un des avantages énoncés par les trois ergothérapeutes est l'amélioration de la capacité à reconnaître ses sensations (E1, E2), à être conscient de l'activité réalisée (E3) notamment lors de la prise alimentaire (E2). Cela permet à la personne de considérer sa dimension corporelle par le biais de la pleine conscience (E1). Cet outil est bénéfique pour la personne boulimique car il permet une diversité des méthodes utilisées. De plus, la personne peut en bénéficier à tout moment de l'accompagnement (E2). L'ergothérapeute E1 constate que la pleine conscience permet à la personne de renforcer la gestion de ses émotions, son estime d'elle-même et de favoriser l'acceptation de son image de soi (E1). Ces bénéfices reprennent les objectifs cités par les ergothérapeutes dans la question précédente.

La pleine conscience permet à la personne boulimique d'être accompagnée par l'ergothérapeute dans une approche holistique car elle prend en compte les différents aspects de l'individu (E3). De plus, l'utilisation de cette technique en ergothérapie amène la personne à être d'autant plus centrée sur ses activités de la vie quotidienne car elle favorise la conscience de chaque moment (E3). L'ergothérapeute E3 remarque que la personne se sent davantage impliquée dans sa prise en charge en ergothérapie.

Cependant, l'intégration de la pleine conscience en ergothérapie doit être un choix. En effet, elle nécessite l'implication et la motivation de la personne (E1, E3).

IV.3. Question n°3

« Avez-vous remarqué une différence de comportement chez la personne boulimique suite à l'utilisation de la pleine conscience ? » est la troisième question d'opinion de l'entretien.

Elle cherche à montrer le rapport de la personne à ses activités de la vie quotidienne suite à un accompagnement en ergothérapie avec l'utilisation de la pleine conscience. De plus, cette question me permet d'aborder le concept d'équilibre occupationnel, point clé de mon mémoire.

Les ergothérapeutes remarquent que la personne a un rapport différent à ses occupations après un accompagnement en ergothérapie intégrant la pleine conscience. En effet, la personne est plus engagée dans ses activités de la vie quotidienne et dans sa prise en charge en ergothérapie (E1,E2). L'utilisation de la pleine conscience permet une augmentation de la qualité de vie (E1), de la satisfaction, de la confiance (E3) et du plaisir (E2) dans la réalisation des activités.

La personne présente un rapport plus respectueux à ses occupations, elle est davantage à l'écoute de ses besoins ainsi que de ses limites (E2, E3). Par conséquent, les ergothérapeutes E2 et E3 remarquent une diminution du surinvestissement de certaines activités associé à une sensation de liberté et un réel apaisement. En effet, la personne prend conscience de son stress (E1) elle se trouve en capacité de mettre en place cet outil pour le réguler (E2), par exemple lors d'insomnies. La personne peut trouver en la pleine conscience un outil signifiant et elle peut souhaiter l'intégrer à sa routine occupationnelle (E1).

L'ergothérapeute E1 affirme qu'il est cependant difficile de mesurer l'impact de cet outil sur le rapport aux occupations de la personne dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

IV.4. Question n°4

La dernière question d'opinion est : « Selon vous, la pleine conscience apporte-elle une plus-value à la prise en charge en ergothérapie d'une personne boulimique ? ». Elle prend en compte le vécu des ergothérapeutes face à l'utilisation de la pleine conscience.

Les trois ergothérapeutes s'accordent pour dire que la pleine conscience est un outil supplémentaire permettant d'enrichir l'accompagnement en ergothérapie. En effet, cela permet à l'ergothérapeute d'avoir une approche globale et holistique de la personne, de l'accompagner dans la gestion de ses émotions et la prise de conscience de ses limites (E1, E2). De plus, avec l'utilisation de la pleine conscience les ergothérapeutes peuvent promouvoir le bien-être d'une autre façon, par l'écoute de soi et le fait de ralentir dans les activités de la vie quotidienne (E3). L'ergothérapeute E1 affirme que la pleine conscience favorise l'indépendance et l'autonomie, cela est donc en lien avec les principes fondamentaux de l'ergothérapie. De plus, elle privilégie

la satisfaction et l'équilibre au rendement de la personne lors de la réalisation de ses activités. L'utilisation de la pleine conscience a donc un réel intérêt en ergothérapie pour les personnes boulimiques.

IV.5. Question n°5

La question ouverte de fin d'entretien « Avez-vous des remarques ou des éléments qui vous semblent importants à ajouter ? » permet à l'interlocuteur d'ajouter des éléments en lien avec le sujet n'ayant pas été abordés durant l'entretien ou des éventuels oublis.

L'ergothérapeute E3 ajoute qu'il serait intéressant d'ajouter l'outil de la pleine conscience dans la formation initiale en ergothérapie. En effet, cette pratique fait partie du quotidien de nombreuses personnes actuellement, elle est donc ancrée dans leur routine occupationnelle. Elle insiste également sur l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans la prise de conscience du corps en lien avec la réalisation de l'activité.

PARTIE 4 : DISCUSSION

Cette partie a pour but de répondre à la question de recherche de mon mémoire : « Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne boulimique grâce à l'utilisation de la pleine conscience ? ». Pour cela, je vais confronter les résultats obtenus lors des entretiens aux éléments théoriques de la matrice et aux données probantes de la première partie.

I. La mise en lien des résultats avec les éléments théoriques

I.1. L'équilibre occupationnel

Pour rappel, l'équilibre occupationnel est défini comme « l'expérience subjective d'une personne quant à l'obtention de la bonne quantité et variété entre ses différentes occupations » (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012).

Les ergothérapeutes affirment qu'elles prennent un temps au début de l'accompagnement, lors de l'entretien initial, pour se renseigner sur les activités significatives pour la personne boulimique et les activités dans lesquelles elle rencontre des difficultés. Cette étape permet aux ergothérapeutes d'établir des objectifs en lien avec les besoins et les souhaits de la personne. Elle fait référence à l'approche de l'équilibre occupationnel selon le modèle de l'équilibre de vie, intégrant les besoins, les souhaits de la personne et la temporalité de l'activité. En effet, la répartition des différentes catégories d'activités ainsi que la satisfaction de la

personne sont subjectives. L'ergothérapeute E3 utilise comme support un livret de suivi où elle recense l'évolution de la personne dans ses occupations au niveau de sa satisfaction et du temps passé durant celles-ci.

Selon l'approche classique de l'équilibre occupationnel, les ergothérapeutes évoquent l'intérêt de la pleine conscience sur les différentes occupations. Elles remarquent que cet outil permet à la personne boulimique de reconnaître son stress, ses émotions, ses sensations puis de les aider à gérer ces différentes composantes. Cela engendre un impact bénéfique sur les occupations de la personne : les soins personnels, le travail, le jeu/loisirs et le repos/sommeil. En effet, les ergothérapeutes constatent que la personne atteinte de boulimie investit ses activités significatives et ses loisirs avec davantage de plaisir, de satisfaction et d'apaisement. De plus, au niveau de la catégorie « repos et sommeil », l'ergothérapeute E2 affirme que la pleine conscience permet de réguler les troubles du sommeil pouvant être présents chez les personnes boulimiques.

L'approche expérientielle est représentée par les activités reposantes et les activités épuisantes ainsi que par l'Être et l'Agir. Les ergothérapeutes remarquent que la pleine conscience amène la personne à se rendre compte de ses limites physiques et psychiques. De plus, elle permet d'être davantage à l'écoute de ses différents besoins. Par conséquent, l'énergie et le temps engagé dans la réalisation des activités est relative aux besoins de la personne boulimique.

I.2. Le MCREO

Le MCREO est composé de plusieurs critères : la personne, l'occupation et l'environnement. Ceux-ci sont retrouvés dans les entretiens des ergothérapeutes.

Les trois ergothérapeutes interrogées constatent que la pleine conscience a un impact sur les différents aspects de la personne. Dans les entretiens, de nombreuses références sont citées concernant l'aspect cognitif, affectif, physique et spirituel de la personne boulimique en cohérence avec le thème de l'étude. En effet, la pleine conscience amène la personne à se reconnecter à ses sensations, ses émotions et à son corps. Les ergothérapeutes remarquent que cela permet de favoriser la confiance en soi, l'écoute des signaux de faim et de satiété, la gestion des crises de boulimie, l'image corporelle et la diminution des pensées obsessionnelles concernant la nourriture, le poids et la forme du corps. De plus, les personnes souffrant de boulimie ont de fausses croyances concernant le fonctionnement de leur corps. Les entretiens révèlent que la pleine conscience permet de se reconnecter au fonctionnement vital du corps, à

savoir la respiration. L'ergothérapeute E1 ajoute que la personne peut développer une sensibilité pour la pratique de la pleine conscience et souhaite donc l'intégrer à ses occupations.

Au niveau de l'environnement, beaucoup de références à l'aspect institutionnel sont cités par les ergothérapeutes. En effet, le lieu de prise en charge est évoqué de nombreuses fois, il concerne l'hôpital de jour ou le cabinet d'ergothérapie. On retrouve également des références à l'environnement physique concernant le lieu de crises de boulimie, par exemple la cuisine avec le frigo. L'ergothérapeute E2 affirme qu'une de ses patientes atteinte de boulimie a mis en place des affiches au mur de sa cuisine pour se reconnecter à ses émotions et à sa sensation de faim afin de gérer ses éventuelles crises d'hyperphagie. L'environnement social est évoqué par les ergothérapeutes, en effet, lors d'ateliers en groupe, elles expriment le fait que la pleine conscience favorise le partage d'expériences et la communication. Au niveau de l'environnement culturel, on retrouve les ateliers du goût en pleine conscience, mis en place par l'ergothérapeute E2, permettant une reconnexion avec les goûts, les textures et les odeurs.

En ce qui concerne les occupations, les ergothérapeutes soutiennent que la pleine conscience a un impact sur les occupations de la personne boulimique, comme développé dans la partie précédente : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

I.3. La pyramide des besoins de Maslow

H. A. Maslow hiérarchise les différents besoins de l'être humain sous la forme d'une pyramide regroupant : les besoins physiologiques, psychologiques, d'amour et d'appartenance, d'estime de soi, de considération et d'accomplissement.

Les ergothérapeutes observent que la pleine conscience favorise l'écoute des sensations et des besoins. Au niveau des besoins physiologiques, cela peut aider la personne boulimique à s'alimenter selon ses besoins nutritionnels et à mettre en place une routine alimentaire satisfaisante à l'écoute de ses sensations de faim et de satiété.

La personne souffrant de boulimie a tendance à avoir une faible estime d'elle. Ce sentiment est rattaché aux besoins psychologiques de la pyramide de Maslow. Selon les ergothérapeutes interrogées, la pleine conscience favoriserait la confiance et l'estime de soi.

Les séances réalisées en groupe, intégrant la pleine conscience, renforcent les habiletés sociales, la communication et le partage d'expérience des personnes souffrant de boulimie. En effet, le rôle social de ces personnes, en lien avec les besoins d'amour et d'appartenance, est souvent perturbé.

Le trouble de l'image de soi, faisant référence aux besoins d'estime de soi et de considération, est fréquent auprès des personnes boulimiques. Selon les ergothérapeutes, l'utilisation de la pleine conscience favorisera l'acceptation de l'image de soi et la restauration du schéma corporel. De plus, elle permettrait le développement de l'indépendance et de l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Pour la personne boulimique, le besoin d'accomplissement fait référence à l'épanouissement de l'individu dans ses occupations. A long terme, l'objectif serait que la personne puisse gérer au mieux ses émotions et son contrôle d'elle-même afin de diminuer ses crises d'hyperphagie. En effet, les ergothérapeutes affirment que la pleine conscience permet d'amener la personne vers davantage de bien-être, de satisfaction et de plaisir dans ses activités de la vie quotidienne.

II. La confrontation des résultats aux données probantes

Dans cette partie, je vais répondre à ma question de recherche en comparant les résultats de mon étude aux données probantes du bilan de l'existant.

Le bilan de l'existant montre les répercussions de la boulimie sur la personne atteinte. En effet, cette pathologie affecte le domaine somatique, individuel, psychologique, familial, social et professionnel (HAS, 2019). L'impact des symptômes et des manifestations de la boulimie sur la personne, ses occupations et son environnement mettent en évidence un déséquilibre lors de la réalisation des activités. La notion d'équilibre occupationnel est, en effet, une composante importante à restaurer chez la personne. Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte la satisfaction de la personne envers ses occupations, afin de l'accompagner vers son propre équilibre au sein de ses différentes occupations pour acquérir un sentiment de bien-être et réaliser des activités significatives. Ces aspects sont mis en place par les ergothérapeutes (E1 et E3) lors de l'accompagnement d'une personne boulimique. En effet, lors de l'entretien initial elles établissent leurs objectifs thérapeutiques avec la personne en fonction de ses activités significatives et des difficultés qu'elle rencontre. Cette première rencontre permet à l'ergothérapeute d'établir une relation de confiance avec la personne et constitue un support fondamental tout au long de l'accompagnement (Bagnères, 2007). Au niveau des moyens utilisés, l'une des ergothérapeutes utilise un livret de suivi concernant la satisfaction de la personne dans ses occupations afin de se rendre compte de l'évolution de celle-ci.

La pleine conscience est un outil que l'ergothérapeute peut utiliser dans l'accompagnement des personnes boulimiques. Cette approche est prometteuse en santé

mentale, en effet, elle permettrait de diminuer les symptômes liés aux troubles alimentaires (Smalley et Winston, 2010). Les ergothérapeutes interrogées affirment que l'utilisation de la pleine conscience améliore la capacité à reconnaître ses sensations, à être à l'écoute de ses ressentis et à être conscient dans l'activité réalisée, notamment lors de la prise alimentaire. Les recherches scientifiques et les résultats de l'étude montrent que la pratique de la pleine conscience est associée à une réduction des préoccupations autour de la nourriture et de l'impulsivité alimentaire, elle améliore l'attention durant les prises alimentaires, l'écoute intéroceptive et la régulation émotionnelle (Lienard, 2018).

Ce déséquilibre occupationnel peut être en lien avec les crises de boulimie, fréquentes dans le quotidien d'une personne boulimique. Elles sont déclenchées brutalement par des facteurs émotionnels négatifs et vont au-delà du signal de rassasiement de l'organisme (Cooper, 2003). Les ergothérapeutes axent leur prise en charge, avec la pleine conscience, sur la reconnaissance des sensations corporelles, des émotions et des pensées. L'apprentissage de la gestion des émotions, du stress et la reconnexion au sentiment de satiété permet une diminution des craving liés aux crises de boulimie. En effet, l'observation des émotions, des pensées et des sensations corporelles sans les éviter ou y réagir de façon automatique améliore leur reconnaissance et la possibilité d'y répondre de façon différente, d'élargir le répertoire comportemental (Bishop *et al.*, 2004).

De plus, la boulimie est caractérisée par un trouble de la perception de l'image du corps (Marcelli et Alvin 2005). Le trouble de l'image du corps fait référence à l'insatisfaction qu'un individu a par rapport à son apparence ainsi qu'aux croyances négatives qu'il entretient par rapport à celle-ci (Littleton & Ollendick, 2003 ; Thompson *et al.*, 1999). Les résultats de l'étude montrent que l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie permet de considérer la dimension corporelle, afin que la personne puisse, à long terme, accepter son image d'elle-même. En effet, la pleine conscience permettrait de diminuer la perception négative que la personne boulimique se fait de son image corporelle (Alberts *et al.*, 2012).

L'ergothérapie a pour mission de promouvoir la santé en favorisant l'engagement et le rendement des personnes dans l'ensemble de leurs occupations et de leurs activités significatives (Américain Occupational Therapy Association, 1999). Les ergothérapeutes interrogées durant l'étude mettent en évidence que l'utilisation de la pleine conscience peut promouvoir la santé et le bien-être d'une autre façon, par l'écoute de soi et le fait de ralentir dans les activités de la vie quotidienne. De plus, elles affirment que l'utilisation de la pleine conscience est une réelle plus-value à l'accompagnement en ergothérapie de la personne boulimique. En effet, les

résultats de l'étude et le bilan de l'existant montrent que la pleine conscience semble conforme à une prise en charge en ergothérapie car elle incorpore les différents aspects de l'individu (Stroh-Gingrich, 2012).

Les champs d'intervention en ergothérapie et la pratique de la pleine conscience sont complémentaires (American Occupational Therapy Association, 2014). Ils se basent tous les deux sur différents principes tel que l'éthique, la bienveillance, le non-jugement et l'acceptation. Les résultats de l'étude montrent que la pleine conscience permet d'avoir une approche globale et holistique de la personne, de l'accompagner dans la gestion de ses émotions et la prise en compte de ses limites. En effet, l'accompagnement d'une personne boulimique en ergothérapie amène la personne à prendre conscience de ses limites et qu'elle puisse les accepter (Barris, 1986 ; Giles & Allen, 1986). De plus, l'ergothérapeute E1 atteste du fait que la pleine conscience favorise l'indépendance et l'autonomie, cela est donc en lien avec les principes fondamentaux de l'ergothérapie.

Nous avons vu que la pleine conscience pouvait être pratiquée de manière formelle ou informelle (Dionne, 2014). Les résultats de l'étude montrent que différentes techniques peuvent être mises en place. Au niveau de la manière formelle, on retrouve l'utilisation de la pleine conscience par le biais du programme MBSR ou de la pratique du yoga. De plus, des moments de pratique informelle sont intégrés à l'accompagnement de la personne par l'intégration de la pleine conscience lors d'activité de la vie quotidienne ou d'épisodes d'anxiété. Les accompagnements réalisés en groupe par les ergothérapeutes, permettent de favoriser les habiletés sociales, la communication et le partage chez la personne atteinte de boulimie.

Cependant, les résultats montrent que l'intégration de la pleine conscience en ergothérapie doit être un choix. En effet, elle nécessite l'implication et la motivation de la personne. Cet aspect rejoint les éléments de la première partie attestant qu'il est essentiel que le patient participe de façon active et volontaire à la prise en charge en ergothérapie (Gordon Muir Giles, 1985).

Le rôle des ergothérapeutes est majeur en ce qui concerne l'accompagnement des personnes boulimiques vers un équilibre occupationnel satisfaisant. En effet, ils sont en capacité d'accompagner une personne dans la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines (Annexe XI : compétence 5 du diplôme d'état d'ergothérapeute, 2010). Concernant le rapport de la personne boulimique à ses occupations, les résultats de l'étude montrent que l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie amène la personne à être

d'autant plus centrée sur ses activités de la vie quotidienne. Elle permet également une augmentation de la qualité de vie, de la satisfaction, de la confiance et du plaisir dans la réalisation des activités. La personne présente donc un rapport plus respectueux à ses occupations, elle est davantage à l'écoute de ses besoins ainsi que de ses limites. Nous avons vu que le surinvestissement de certaines activités peut avoir un impact sur la perception de leur équilibre occupationnel et des répercussions sur leurs autres activités de la vie quotidienne (Backman, 2004 ; Finlay, 2004). Suite à un accompagnement intégrant la pleine conscience, les ergothérapeutes remarquent une diminution du surinvestissement de certaines activités associée à une sensation de liberté et un réel apaisement.

La pleine conscience procure de réels bénéfices dans la prise en charge d'une personne boulimique, cependant, elle ne doit pas être le seul traitement mis en place et s'ancrer dans un accompagnement global (HAS, 2019). En effet, l'étude montre qu'il est difficile de mesurer l'impact de cet outil sur le rapport aux occupations de la personne dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

III. Les éléments de réponse

Grâce à l'analyse des différentes réponses obtenues lors des entretiens et aux liens établis avec les problématiques théoriques et pratiques, je peux désormais initier une réponse à ma question de recherche : « Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne boulimique grâce à l'utilisation de la pleine conscience ? ».

Les résultats de l'étude montrent que les ergothérapeutes commencent leur accompagnement par un entretien visant à recueillir les activités signifiantes, les difficultés du quotidien et les besoins de la personne souffrant de boulimie. Cette étape permet de se rendre compte de l'éventuel déséquilibre occupationnel de la personne et des occupations qu'elle juge non-satisfaisantes, nécessitant une priorité de changement. Comme l'évoque le MCREO, il est alors possible pour l'ergothérapeute de prendre en compte la personne dans sa globalité, selon les interactions entre elle-même, ses occupations et ses environnements. Cette démarche d'implication est primordiale pour la suite de l'accompagnement afin que la personne puisse être actrice de sa prise en charge. Pour cela, l'ergothérapeute établit les objectifs d'accompagnement avec la personne atteinte de boulimie. L'un des éléments de réponses à ma question de recherche est donc l'identification et la priorisation des besoins de la personne atteinte de boulimie.

Dans le cadre de l'accompagnement de personnes souffrant de boulimie, l'ergothérapeute est habilité à proposer l'outil de la pleine conscience. Il est de plus en plus utilisé dans le domaine thérapeutique et présente de nombreux bénéfices d'après les ergothérapeutes interrogées. L'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie nécessite l'implication de la personne. Il est donc déterminant de l'intégrer dans des activités signifiantes et significatives pour l'individu. Cette étude montre que cet outil permet de renforcer la reconnaissance des sensations corporelles, des émotions et des pensées, de favoriser l'attention et la présence lors de la réalisation d'activités et de développer l'indépendance et l'autonomie. Grâce à la pleine conscience, la personne atteintes de boulimie présentent une diminution des manifestations de la pathologie et de leur impact sur les activités quotidiennes de la personne. Comme le souligne une des ergothérapeutes interrogées dans ses propos, la pleine conscience est basée sur une approche globale sollicitant l'ensemble des différents aspects de la personne. L'ergothérapeute, en proposant cet accompagnement, encourage la personne atteinte de boulimie à réaliser un transfert d'apprentissage des habiletés acquises, dans son quotidien. En effet, l'objectif est d'accroître son indépendance et son autonomie lors de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne. De ce fait, la personne aura les outils et les capacités pour appréhender les activités problématiques. Nous pouvons donc déduire que l'accompagnement par la pleine conscience proposé par l'ergothérapeute, joint à ses compétences permet, potentiellement de rétablir ou de favoriser l'équilibre occupationnel de la personne atteinte de boulimie.

Cependant, le suivi des patients dans l'ensemble de leurs occupations semble impossible. Par conséquent, les ergothérapeutes, n'ont pas de visibilité à long terme sur l'intégration de la pleine conscience à leur quotidien ni de l'impact de celle-ci.

IV. Les critiques et limites de l'étude

Tout d'abord, l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie n'est pas fréquente, notamment en France. La plupart des articles utilisés dans mon mémoire sont rédigés en langue anglaise. Cependant, mon niveau de compréhension écrite en anglais n'étant pas suffisant, j'ai dû utiliser des outils de traduction afin de comprendre le sens des articles. Par conséquent, des problèmes d'interprétation ont pu biaiser mon analyse. Ainsi, il est nécessaire de confronter cette étude à d'autres du même thème pour mettre en évidence les éléments communs et augmenter le niveau de fiabilité.

Concernant la population interrogée lors de la réalisation de l'étude, je pense que ma réflexion aurait été enrichie par un échantillon plus étoffé. Cependant, il n'est pas évident de trouver des professionnels utilisant la pleine conscience dans leur prise en charge de la boulimie. En effet, cette pratique n'est pas intégrée à la formation initiale en ergothérapie et nécessite donc une certification supplémentaire afin d'être en capacité de l'appliquer au mieux dans sa pratique professionnelle. Le niveau de preuve de cette étude est donc faible et les résultats des trois ergothérapeutes interrogées ne peuvent pas être généralisés.

Pour finir, la question de ma recherche porte sur l'équilibre occupationnel des personnes boulimiques. Afin de se rendre compte plus précisément de l'impact de la pleine conscience sur cet équilibre, il aurait été intéressant que les questions de mon étude soient plus axées sur cette notion et ainsi permettre d'avoir plus d'éléments de réponse.

V. L'apport personnel et professionnel

D'un point de vue personnel, la réalisation de ce mémoire m'a beaucoup apporté. Tout d'abord, mes recherches théoriques et les échanges avec les ergothérapeutes m'ont permis d'enrichir mes connaissances au niveau de la boulimie et de la pleine conscience. Cela m'a donné envie de réaliser une formation dans ce domaine afin de pouvoir l'intégrer à ma pratique professionnelle par la suite. La méthodologie de cette étude m'a demandé beaucoup de rigueur et m'a appris à me renseigner rapidement et efficacement sur mon sujet. En effet, durant la réalisation de ce mémoire, j'ai pu acquérir une réflexion personnelle ainsi qu'une capacité d'analyse professionnelle. Malgré les problèmes rencontrés, les doutes et les remises en question, ce mémoire m'a appris à gérer mes émotions et à m'adapter aux situations, ces compétences me seront utiles dans ma future pratique professionnelle.

De plus, cette initiation à la recherche m'a beaucoup apporté sur le plan professionnel. Ce mémoire regroupe différents éléments théoriques concernant la boulimie et la pleine conscience, il permet aux ergothérapeutes et aux professionnels de connaître davantage ce trouble encore peu pris en charge. Par ailleurs, ce travail de recherche contribue à faire connaître l'intégration de cet outil thérapeutique dans la pratique en ergothérapie et les bénéfices qu'il offre pour la prise en charge de la personne atteinte de boulimie. Selon moi, cette étude renforce l'idée que la pleine conscience, par son approche holistique et bienveillante, présente un réel intérêt en ergothérapie.

VI. Les hypothèses de travail de recherche ultérieure

Pour approfondir ce travail de recherche, il serait intéressant d'évaluer l'évolution de l'équilibre occupationnel de la personne boulimique avec l'utilisation de la pleine conscience en ergothérapie. En effet, cette composante fondamentale de l'ergothérapie reste difficile à mesurer car il fait référence aux ressentis subjectifs de l'individu. Le rôle de l'ergothérapeute est d'amener des outils et des moyens d'accompagnement, comme la pleine conscience, pouvant favoriser cet équilibre. Pour cela, il serait pertinent d'interroger des ergothérapeutes utilisant des questionnaires relatifs à l'équilibre occupationnel comme le OBQ par le biais d'une méthode quantitative permettant d'avoir des précisions et de réaliser des statistiques.

De ce fait, une étude parallèle comparant deux échantillons de populations souffrant de boulimie, l'un avec une prise en charge en ergothérapie ordinaire et l'autre avec l'intégration de la pleine conscience permettrait de suivre l'évolution de l'accompagnement en ergothérapie, de comparer et de mesurer plus précisément l'impact de la pleine conscience sur l'équilibre occupationnel de la personne boulimique.

Conclusion

En raison des répercussions multidimensionnelles de la boulimie sur la vie quotidienne, j'ai réalisé mon étude afin de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement d'une personne boulimique avec l'outil de la pleine conscience et de répondre à la question de recherche suivante : « Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne boulimique grâce à l'utilisation de la pleine conscience ? ».

Les recherches scientifiques et les éléments théoriques tel que l'équilibre occupationnel, le MCREO et la Pyramide des besoins, m'ont aidé à mettre en place une étude qualitative. Cela a permis la réalisation d'entretiens semi-directifs effectués auprès de trois ergothérapeute intégrant la pleine conscience à l'accompagnement de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Les résultats obtenus soulignent les bénéfices de l'intégration de la pleine conscience dans la pratique ergothérapique auprès de personnes atteintes de boulimie. En effet, cet outil permettrait une diminution des symptômes de la boulimie ainsi qu'un rapport aux occupations plus satisfaisant. L'ergothérapeute est en capacité de se munir de cet outil, afin d'apporter à la personne les moyens adaptés à ses besoins, permettant de favoriser son équilibre occupationnel.

Afin d'atteindre l'objectif souhaité, les réponses obtenues mettent en avant l'importance de l'évaluation ergothérapique. En effet, elle permet d'identifier et de prioriser les besoins de la personne atteinte de boulimie. Pour cela, l'ergothérapeute doit se renseigner les activités signifiantes, les difficultés et sur la satisfaction quant aux différentes occupations de la personne. Enfin, les compétences de l'ergothérapeute et l'utilisation de la pleine conscience comme outil thérapeutique, vont permettre à la personne de renforcer ses capacités lors de la réalisation de ses occupations. Pour cela, la personne doit être actrice de sa prise en charge. De ce fait, elle va développer son autonomie et son indépendance, de manière à favoriser son propre équilibre occupationnel.

Les hypothèses de recherches ultérieures de ce travail se dirigent vers l'élaboration d'une étude visant à mesurer avec des outils validés, l'équilibre occupationnel de la personne boulimique, au départ et à la fin de l'accompagnement en ergothérapie intégrant la pleine conscience. Ce travail permettra de démocratiser l'utilisation de cet outil dans la pratique ergothérapique.

De plus, on pourrait se questionner sur l'intérêt d'intégrer une initiation à la pleine conscience dans la formation en ergothérapie, en raison de l'émergence et des bénéfices de cette pratique, au niveau thérapeutique mais également en tant qu'activité en soit.

“Beaucoup de gens sont vivants mais ne touchent pas au miracle d’être en vie.”

Thích Nhất Hạnh

BIBLIOGRAPHIE

- Abbate Daga, G., Carla, G., Enrica, M., Federico, A., Maria, Z., & Secondo, F. (2011). Eating Disorders and Major Depression : Role of Anger and Personality. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2011/194732>
- Alberts, H., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>
- Álvarez Ruiz, E. M., & Gutiérrez-Rojas, L. (2015). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.12.001>
- Alvin, P., & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent (Pour le praticien)* (ELSEVIER-MASSON éd.). Paris, France : MASSON.
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour (French Edition)*. Paris, France : ICONOCLASTE.
- Baril, G., & Paquette, M. C. (2012). Les normes sociales et l'alimentation : analyse des écrits scientifiques. *Institut national de santé publique du Québec*, (1486). Consulté à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1486_NormesSocialesAliment_AnalyEcritsScient.pdf
- Barris, R., Kielhofner, G., Martin, R. M. B., Gelinas, I., Klement, M., & Schultz, B. (1986). Occupational Function and Dysfunction in Three Groups of Adolescents. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 6(5), 301-317. <https://doi.org/10.1177/153944928600600504>
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018a). Mindfulness-based eating disorder prevention programs : A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J., & Zwickey, H. L. (2018b). Mindfulness-based eating disorder prevention programs : A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Bellisle, F. (2005). Faim et satiété, contrôle de la prise alimentaire. *EMC - Endocrinologie*, 2(4), 179-197. <https://doi.org/10.1016/j.emcend.2005.08.003>

- Benoit, J. P., & Moro, M. R. (2009). Anorexie et boulimie de l'adolescente. *Journal français de psychiatrie*, 33(2), 22. <https://doi.org/10.3917/jfp.033.0022>
- Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149-179. <https://doi.org/10.7202/1005819ar>
- Brouwer, A. C., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). *Les addictions comportementales : Les troubles des conduites alimentaires*. Paris, France : Mardaga éditions.
- Bruch, H. (1977). Psychotherapy in Eating Disorders. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22(3), 102-108. <https://doi.org/10.1177/070674377702200302>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2018). *Une psychologie du corps (Psychologie d'aujourd'hui) (French Edition)* (1^{re} éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Brunt, M., & Grégoire, J. (2008). Le traitement des troubles de l'alimentation par l'A.T. *Actualités en analyse transactionnelle*, 127(3), 45-68. <https://doi.org/10.3917/aatc.127.0045>
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring "negative body image" : validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363-372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Chozen-Bays, J., Apfeldorfer, G., & Kabat-Zinn, J. (2019). *Manger en pleine conscience (French Edition)* (3^e éd.). Paris, France : ARENES.
- Combe, C. (2014). *Comprendre et soigner la boulimie*. Paris, France : Dunod.
- Cooper, M. (2003). *The Psychology of Bulimia Nervosa : A Cognitive Perspective* (1^{re} éd.). New York, US : Oxford University Press.
- Cooper, P. J., & Taylor, M. J. (1988). Body Image Disturbance in Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(S2), 32-36. <https://doi.org/10.1192/s0007125000298966>
- Cooper, P. J., & Taylor, M. J. (2018). Body Image Disturbance in Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(S2), 32-36. <https://doi.org/10.1192/s0007125000298966>
- Cotel, D., & Martin, A. (2016). Prise en charge de l'anorexie et de la boulimie en ville. *Pratiques en nutrition*, 12(45), 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.pranut.2015.12.008>

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68. Published. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.006>

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2012). What are the benefits of mindfulness. *American Psychological Association*, 43(7), 64. Consulté à l'adresse <https://www.apa.org/monitor/2012/07-08/ce-corner>

Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (2009). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes*, 15(3), 93. <https://doi.org/10.3917/psyt.153.0093>

Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body Image : Gender, Ethnic, and Age Differences. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 465-472. <https://doi.org/10.1080/00224540009600485>

Dionne, F., & Blais, M. C. (2014). Pleine conscience et douleur chronique : état actuel des connaissances. *Revue québécoise de psychologie*, 35(2).

Dolto, F. (2014). *L'Image inconsciente du corps*. Paris, France : Le Seuil.

Dupuy, A., & Poulain, J. P. (2008). Le plaisir dans la socialisation alimentaire. *Enfance*, 60(3), 261. <https://doi.org/10.3917/enf.603.0261>

Errington, A., Betsakou, M., & Makdisi, L. (2014). Book Review : Teaching Clients to Use Mindfulness Skills : A Practical Guide. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 121. <https://doi.org/10.1177/030802261407700207>

Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 144(3), 238-246. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.3.238>

Ferrari, P., Bonnot, O., & Jeammet, P. (2012). *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : LAVOISIER MSP.

Fisher, C. D., Ilgen, D. R., & Taylor, M. S. (1979). Consequences of individual feedback on behavior in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 64(4), 349-371. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.64.4.349>

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms : A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>

Foucault, M. L. (2017). La méditation pleine conscience et l'ergothérapie. *Revue des ergothérapeutes du Québec*. Published. Consulté à l'adresse http://www.ergo.ca/meditation_mai2017.pdf

Freud, S. (1905). *Trois Essais sur la Theorie Sexuelle*. Paris, France : French & European Pubns.

Freud, S. (1933). *NOUVELLES CONFERENCES SUR LA PSYCHANALYSE*. Paris, France : GALLIMARD.

Gebhard, S., Dorogi, Y., Stiefel, F., Giusti, V., Laget, J., & Micheau, P. A. (2011). Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire. *Revue médicale suisse*, 282. Published. Consulté à l'adresse <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-282/anorexie-mentale-et-boulimie-l-experience-vaudoise-d-une-prise-en-charge-interdisciplinaire>

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>

Giles, G. M., & Allen, M. E. (1986). Occupational Therapy in the Treatment of the Patient with Chronic Pain. *British Journal of Occupational Therapy*, 49(1), 4-9. <https://doi.org/10.1177/030802268604900103>

Godin, L. (2016). *Anorexie, boulimie et société : Penser des corps qui dérangent (French Edition)*. Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gojard, S., Plessz, M., & Regnier, F. (2017). Les femmes et l'alimentation : le rôle des normes alimentaires et corporelles. *INRA Sciences Sociales*, 1-7. <https://doi.org/10.22004/ag.econ.265507>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

Guilbaud, O., Berthoz, S., de Tournemire, R., & Corcos, M. (2003). Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(8), 634-639. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.08.008>

Gura, S. T. (2010). Mindfulness in Occupational Therapy Education. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(3), 266-273. <https://doi.org/10.3109/07380571003770336>

Halmi, K. A., Sunday, S. R., & Heebink, D. M. (1995). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Adolescence : Effects of Age and Menstrual Status on Psychological Variables. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 378-382. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00024>

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>

Henderson, Z. B., Fox, J. R., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders : A qualitative metasynthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 440-457. <https://doi.org/10.1002/cpp.2365>

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., . . . Maglione, M. A. (2016). Mindfulness Meditation for Chronic Pain : Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work ? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

Jackman, M. (2014). Mindful occupational engagement. *Psychology of Meditation*. Published.
Consulté à l'adresse
https://www.researchgate.net/publication/295390706_Mindful_occupational_engagement

Jeammet, P. (2009). *Les troubles des conduites alimentaires : interrogations cliniques et métapsychologiques*. Paris, France : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2009.01.0145>

Jean, K. F., & Klein, F. (2014). *Être ergothérapeute en psychiatrie narrations cliniques pour une poéthique du soin (TRAMES)*. Paris, France : ERES.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2017). Too Early to Tell : The Potential Impact and Challenges—Ethical and Otherwise—Inherent in the Mainstreaming of Dharma in an Increasingly Dystopian World. *Mindfulness*, 8(5), 1125-1135. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0758-2>

Kabat-Zinn, J., Maskens, C., André, C., & Hanh, T. N. (2016). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience (2016) (Cultiver la pleine conscience) (French Edition)* (3^e éd.). Bruxelles, Belgique : DE BOECK SUP.

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss : A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197-204.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>

Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.313>

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health : A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., . . . Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>

Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating : A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

Lahlou, S. (1999). Penser manger. Alimentation et représentations sociales. *Swiss Journal of Psychology*, 58(3).

Lamas, C., & Corcos, M. (2012). Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 479-500.

Latner, J. D., & Wilson, G. (2000). Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors*, 1(1), 3-21. [https://doi.org/10.1016/s1471-0153\(00\)00008-8](https://doi.org/10.1016/s1471-0153(00)00008-8)

Latreille, M., & Ouellette, F. R. (2008). Le repas familial. Recension d'écrits. INRS. Published.

Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., . . . Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression : A network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(3), 340-354. <https://doi.org/10.1037/abn0000254>

Liberelle, B. (2008). Conséquences médicales des pratiques boulimiques. *La boulimie, une indication pour se perdre*, 35-42. <https://doi.org/10.3917/eres.vince.2008.01.0035>

Liébert, P. (2015). *Le besoin d'appartenance*. Paris, France : Dunod.

Lienard, Y. (2018). Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : mise au point. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(4), 198-208. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.04.002>

Lim, P. Y., & Agnew, P. (1994). Occupational Therapy with Eating Disorders : A Study on Treatment Approaches. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(8), 309-314. <https://doi.org/10.1177/030802269405700808>

Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents : What places youth at risk and how can these problems be prevented ? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(1), 51-66. <https://doi.org/10.1023/a:1022266017046>

Lowen, A. (1997). *La peur de vivre (DDB.CHRISTIANIS) (French Edition)*. Paris, France : DDB.

- Ludwig, D. S. (2008). Mindfulness in Medicine. *JAMA*, 300(11), 1350. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Lykins, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226-241. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.226>
- Marino, G., & Tarantino, F. (2013). Le problème de la relation au corps. *Anorexie et boulimie, le temps suspendu*, 113-142. <https://doi.org/10.3917/dbu.onnis.2013.01.0113>
- Maslow, A. (2013). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité. (EYROLLES) (French Edition)*. Paris, France : EYROLLES.
- Maslow, A. (2014). *L'accomplissement de soi*. Paris, France : Eyrolles.
- Masuda, A., & Hill, M. L. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating : a systematic review. *Neuropsychiatry*, 3(4), 433-447. <https://doi.org/10.2217/npv.13.36>
- McCabe Ruff, K., & Mackenzie, E. R. (2009). The Role of Mindfulness in Healthcare Reform : A Policy Paper. *EXPLORE*, 5(6), 313-323. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.10.002>
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Keck, P. E., & Akiskal, H. S. (2005). Comorbidity of bipolar and eating disorders : distinct or related disorders with shared dysregulations ? *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 107-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.11.008>
- McVeigh, R. (2017). Mindfulness in practice : Developing an occupational therapy niche. *OCCUPATIONAL THERAPY NOW*. Published.
- Mekui, C. A., & Weber, K. (2015). Troubles du comportement alimentaire et prise en charge en hôpital de jour psychiatrique. *Psychiatrie de liaison*. Published. Consulté à l'adresse <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/troubles-du-comportement-alimentaire-et-prise-en-charge-en-hopital-de-jour-psychiatrique>
- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Nef, F. (2006). *Boulimie des théories aux thérapies (PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES)*. Sprimont, Belgique : MARDAGA PIERRE.
- Ngô, T. L. (2013). Pleine conscience et psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 38(2). <https://doi.org/10.7202/1023987ar>

Ngô, T. L. (2014). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 19-34. <https://doi.org/10.7202/1023988ar>

Onnis, L. (2013). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu (Carrefour des psychothérapies : Individu, famille et société) (French Edition)*. Bruxelles, Belgique : DE BOECK SUP.

Pedinielli, J., Ferran, A., Grimaldi, M., & Salomone, C. (2012). *Les troubles des conduites alimentaires : Anorexie, boulimie, obésité (128) (French Edition)* (ARMAND COLIN éd.). Paris, France : ARMAND COLIN.

Perroud, A. (2013). *Faire face à la boulimie (French Edition)*. Paris, France : Retz.

Peuch, M. (2006). Boulimie, hyperphagie, une approche spécifique. *Gestalt*, 31(2), 87-106. <https://doi.org/10.3917/gest.031.0087>

Pinel, P. (1791). *La medecine eclairee par les sciences physiques, ou Journal des decouvertes relatives aux differentes parties de l'art de guerir*. Paris, France : Chez Buisson.

Preti, A., Girolamo, G. D., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. D., Bruffaerts, R., . . . Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>

Proulx, K. (2007). Experiences of Women with Bulimia Nervosa in a Mindfulness-Based Eating Disorder Treatment Group. *Eating Disorders*, 16(1), 52-72. <https://doi.org/10.1080/10640260701773496>

Reid, D. (2009). Capturing Presence Moments : The Art of Mindful Practice in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 180-188. <https://doi.org/10.1177/000841740907600307>

Reid, D., Farragher, J., & Ok, C. (2013). Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(3), 279-292. <https://doi.org/10.1080/0164212x.2013.819727>

Riou, G. (2017). Science de l'occupation et ergothérapie en psychiatrie. *Santé Mentale*, 27-31.

Riou, G., & Guellier-Vielle, A. (2018). L'activité à la croisée des professions. *Santé Mentale*. Published.

Rogers, J. C., & Holm, M. B. (1991). task performance of older adults and low assistive technology devices. *International Journal of Technology & Aging*. Published.

Rosen, J. C. (1992). Body-image disorder : Definition, development, and contribution to eating disorders. *Series in applied psychology : Social issues and questions. The etiology of bulimia nervosa : The individual and familial context*. Published.

Russell, T. A., & Siegmund, G. (2016). What and who ? Mindfulness in the mental health setting. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 333-340. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054122>

Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology : A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851. <https://doi.org/10.1002/eat.23247>

Schell, D., & Giles, G. M. (1985). Behaviour Modification with Disturbed Adolescents : The Role of the Occupational Therapist. *British Journal of Occupational Therapy*, 48(6), 172-178. <https://doi.org/10.1177/030802268504800605>

Schilder, P. (2017). L'image du corps. *Socio-anthropologie*, (35), 159-168. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.2606>

Shankland, R., Strub, L., Guillaume, P., & Carré, A. (2016). La pleine conscience pour la prévention et la prise en charge des troubles des conduites alimentaires. *Introduction à la pleine conscience*, 71-88. <https://doi.org/10.3917/dunod.falle.2016.01.0071>

Shearsmith-Farthing, K. (2001). The Management of Altered Body Image : A Role for Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 387-392. <https://doi.org/10.1177/030802260106400803>

Simon, Y. (2004). *Comment sortir de la boulimie (French Edition)*. Paris, France : Odile Jacob.

Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., & Beaulieu, K. (2007). The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation : A Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(11), 493-501. <https://doi.org/10.1177/030802260707001108>

Smalley, S., & Winston, D. (2010). *Fully Present : The Science, Art, and Practice of Mindfulness* (Original éd.). Paris, France : Da Capo Lifelong Books.

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2001). Gender and eating problems. *Eating disorders : Innovative directions in research and practice*, 91-110. <https://doi.org/10.1037/10403-005>

Stew, G. (2011). Mindfulness Training for Occupational Therapy Students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 269-276. <https://doi.org/10.4276/030802211x13074383957869>

Stewart, T. M. (2004). Light on Body Image Treatment. *Behavior Modification*, 28(6), 783-811. <https://doi.org/10.1177/0145445503259862>

Stroh-Gingrich, B. (2012). Occupational therapy and mindfulness meditation : An intervention for persistent pain. *Occupational Therapy Now*. Published.

Sweerts, S. J., & Romo, L. (2020). Impulsivité alimentaire et troubles du comportement alimentaire : de la neuropsychologie à la psychologie clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(3), 314-317. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.01.016>

Szmukler, G. (2013). *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders : Current Perspectives*. New York, US : Pergamon.

Taylor, F. R., Cooper, W. M., & Kaniecki, R. G. (2018). Abstracts and Citations. *Headache : The Journal of Head and Face Pain*, 58(8), 1262-1272. <https://doi.org/10.1111/head.13361>

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (1999). The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders : We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them ? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339-353. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00119>

Ung, Y. (2019). Le concept d'équilibre occupationnel. *Revue Le Monde de l'Ergothérapie*, (42). Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/340226356_Le_concept_d'equilibre_occupationnel

Ung, Y., Tétreault, S., Briffault, X., & Morgiève, M. (2018). Exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des Troubles Obsessionnels Compulsifs. *Occupation Humaine et Santé*, 4(1), 81-96.

Vindreau, C. (2015). Troubles alimentaires compulsifs : évolution des concepts et caractéristiques cliniques. *European Psychiatry*, 30(S2), S46-S47. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.128>

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 227-231. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.900571>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Wagman, P., Håkansson, C., & Jonsson, H. (2014). Occupational Balance : A Scoping Review of Current Research and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 160-169. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.986512>

Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>

Wilding, C., & Whiteford, G. (2007). Occupation and occupational therapy : Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(3), 185-193. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00621.x>

Wilson, D., & O'Connor, E. L. (2017). Mindfulness, personality and disordered eating. *Personality and Individual Differences*, 119, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.033>

SITOGRAPHIE

Ameli. (2019). Traitement de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-traitement>

Ameli. (2020a). Boulimie et hyperphagie boulimique : définition et causes. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>

Ameli. (2020b). Boulimie et hyperphagie boulimique : repérer les symptômes. Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-symptomes>

Apfelbaum-igoin, L. (s. d.). Oral et alimentaire. Consulté à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/alimentation-comportement-et-pratiques-alimentaires-troubles-du-comportement/1-oral-et-alimentaire/>

APMnews. (2009). Troubles du comportement alimentaire : un risque de mortalité accru même chez les non-anorexiques. Consulté à l'adresse <https://www.apmnews.com/freestory/10/195277/troubles-du-comportement-alimentaire-un-risque-de-mortalite-accru-meme-chez-les-non-anorexiques>

Association pour le Développement de la Mindfulness. (s. d.). Les programmes MBSR et MBCT. Consulté à l'adresse <https://www.association-mindfulness.org/les-programmes-mbsr-et-mbct.php>

Carignan, M. (2010). Modèle canadien du rendement occupationnel. Consulté à l'adresse <https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J2SC24F9-11X85HY-6LP/Cours>

Centre intégré de santé et de services sociaux Québec. (2018). Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO). Consulté à l'adresse <http://www.inlb.qc.ca/professionnels-recherche/mcro-fiche-orvis/>

CHU Grenoble Alpes. (2020). Centre Référent des Troubles du Comportement Alimentaire Arc Alpin. Consulté à l'adresse <https://www.chu-grenoble.fr/content/centre-referent-des-troubles-du-comportement-alimentaire-arc-alpin-tc3a>

Claude, G. (2020). La pyramide de Maslow. Consulté à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/>

CNRTL. (2012). BOULIMIE : Définition de BOULIMIE. Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/boulimie>

Couderc, P. (2021a). La boulimie, un trouble alimentaire presque invisible. Consulté à l'adresse <https://www.boulimie.com/>

Couderc, P. (2021b). L'image du corps en psychanalyse. Consulté à l'adresse <https://www.boulimie.com/sinformer/dossiers-du-mois/limage-du-coprs-en-psychanalyse/>

Criquillion, S. (2009). Prise en charge des troubles alimentaires. Consulté à l'adresse <https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/criquillion-Prise-en-charge-des-troubles-alimentaires.pdf>

Duverger, P. (s. d.). Stades du développement psychoaffectif chez l'enfant. Consulté à l'adresse <http://www.pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Stades%20du%20developpement%20psychoaffectif%20de%20l%20enfant.pdf>

Ergopsy. (2015). Etre ergo en psy définition de l'OMS. Consulté à l'adresse <http://www.ergopsy.com/definition-de-l-oms-a691.html>

Fédération Française Anorexie Boulimie. (s. d.). La thérapie en pleine conscience dans le traitement de l'hyperphagie boulimique, de l'alimentation émotionnelle et de la perte de poids. Consulté à l'adresse <https://www.ffab.fr/la-recherche/veille-scientifique-tca/242-la-therapie-en-pleine-conscience-dans-le-traitement-de-l-hyperphagie-boulimique-de-l-alimentation-emotionnelle-et-de-la-perte-de-poids>

Haute Autorité de Santé. (2018). Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie#:~:text=Lorsque%20l'on%20fait%20r%C3%A9f%C3%A9rence,dans%20lequel%20il%20vit%2C%20en

Haute autorité de santé. (2019). Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles silencieux qu'il faut repérer. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104435/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-des-troubles-silencieux-qu-il-faut-reperer

Haute Autorité de Santé & Fédération Française Anorexie Boulimie. (2019). Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_argumentaire.pdf

INSERM. (2014). Anorexie / boulimie. Consulté à l'adresse <https://presse.inserm.fr/anorexie-boulimie-une-proteine-bacterienne-mise-en-cause/16002/#:%7E:text=La%20sensation%20de%20sati%C3%A9t%C3%A9%20est,m%C3%A9me%20avoir%20des%20propri%C3%A9t%C3%A9s%20anorexig%C3%A8nes.>

Jegg, T. J. (2019). The Effects of Bulimia on Your Body. Consulté à l'adresse <https://www.healthline.com/health/bulimia/effects-on-body>

Larivière, N., & Bertrand, M. (s. d.). Questionnaire de l'équilibre occupationnel. Consulté à l'adresse <https://www.oeq.org/DATA/CMSDOCUMENT/962.pdf>

Liénard, Y. (s. d.). Pleine conscience et alimentation. Consulté à l'adresse <https://www.docteur-lienard.org/app/download/11459174798/Pleine+conscience+et+alimentation.pdf?t=1535111181>

Monte Nido. (2020). Impact of Eating Disorders on Quality of Life – and How Treatment Centers Can Help. Consulté à l'adresse <https://www.montenido.com/impact-of-eating-disorders/>

National Eating Disorders Association. (2018). Health Consequences. Consulté à l'adresse <https://www.nationaleatingdisorders.org/health-consequences>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). L'ergothérapie en santé mentale. Consulté à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>

Le programme MB-EAT, Mindfulness Based- Eating Awareness Training, pratique de l'éveil aux sensations alimentaires par la pleine conscience. (s. d.). Consulté à l'adresse [http://mangerenpleineconscience.org/leprogrammemb-eat.html#:%7E:text=MB%2DEAT%20%2C%20Mindfulness%20Based%2D%20Eating%20Awareness%20Training%20%2C%20\(la%20m%C3%A9ditation%20pour%20modifier%20l](http://mangerenpleineconscience.org/leprogrammemb-eat.html#:%7E:text=MB%2DEAT%20%2C%20Mindfulness%20Based%2D%20Eating%20Awareness%20Training%20%2C%20(la%20m%C3%A9ditation%20pour%20modifier%20l)
e

Réseau TCA Francilien. (2021). Consulté à l'adresse <https://reseautca-idf.org/>

Ricard, M. M. (2016). Les conséquences psychologiques et sociales des troubles alimentaires. Consulté à l'adresse <https://live.semainetroublesalimentaires.com/les-consequences-psychologiques-et-sociales-des-troubles-alimentaires/>

Ripoll, N. (s. d.). Les troubles alimentaires. Consulté à l'adresse <https://aqpamm.ca/les-troubles-alimentaires/>

Turnbridge. (s. d.). The Effects of Eating Disorders. Consulté à l'adresse <https://www.turnbridge.com/news-events/latest-articles/effects-of-eating-disorders#>

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Le Questionnaire de l'équilibre occupationnel (QEO).....	I
Annexe II : Schéma représentatif du MCREO.....	III
Annexe III : La Pyramide des besoins deMaslow.....	IV
Annexe IV : Matrice théorique.....	V
Annexe V : Grille d'entretien.....	VII
Annexe VI : Lettre d'information.....	IX
Annexe VII : Formulaire de consentement.....	XI
Annexe VIII : Retranscription entretien n°1.....	XII
Annexe IX : Retranscription entretien n°2.....	XIX
Annexe X : Retranscription entretien n°3.....	XXVIII
Annexe XI : Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.....	XXXVI

Annexe I : Le Questionnaire de l'équilibre occupationnel (QEO)

OBQ : Questionnaire de l'équilibre occupationnel

© Nadine Larivière et Martine Bertrand

© Carita Håkansson and Petra Wagman

Code du participant : _____ Date : _____

Ce questionnaire porte sur l'équilibre occupationnel, se définissant par l'équilibre que vous maintenez entre les diverses activités de votre quotidien (par exemple : travail, loisirs, soins personnels, entretien du domicile, etc).

*Cochez la case correspondant le mieux à votre **situation actuelle**.*

1. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je considère que j'ai suffisamment d'activités à faire.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

2. Il y a un équilibre entre ce que je fais pour moi et ce que je fais pour les autres.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

3. Mes activités quotidiennes sont significantes pour moi (ont du sens).

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

4. Je m'assure de faire des activités que je veux vraiment faire.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

5. J'équilibre les différents types d'activités dans ma vie quotidienne, par exemple, le travail, les tâches ménagères, les loisirs, la détente et le sommeil.

☐☐☐☐

Fortement en désaccord

En désaccord

En accord

Fortement en accord

6. Je varie suffisamment entre les activités que je fais seul (e) et celles que je fais avec d'autres personnes.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

7. J'ai suffisamment de temps pour réaliser ce que je dois faire.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

8. Il y a un équilibre entre mes activités physiques, sociales, intellectuelles et reposantes.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

9. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je consacre à mes différentes activités quotidiennes.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

10. Lorsque je pense à une semaine habituelle de ma vie, je suis satisfait(e) du nombre d'activités auxquelles je participe.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

11. Je varie suffisamment entre les activités que je dois faire et celles que je veux faire.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

12. Il y a un équilibre entre les activités qui me donnent de l'énergie et celles qui me demandent de l'énergie.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

13. Je suis satisfait(e) de la quantité de temps que je passe à me détendre, à me ressourcer et à dormir.

☐ ☐ ☐ ☐
Fortement en désaccord En désaccord En accord Fortement en accord

Cotation :

Fortement en désaccord = 0

En désaccord = 1

En accord = 2

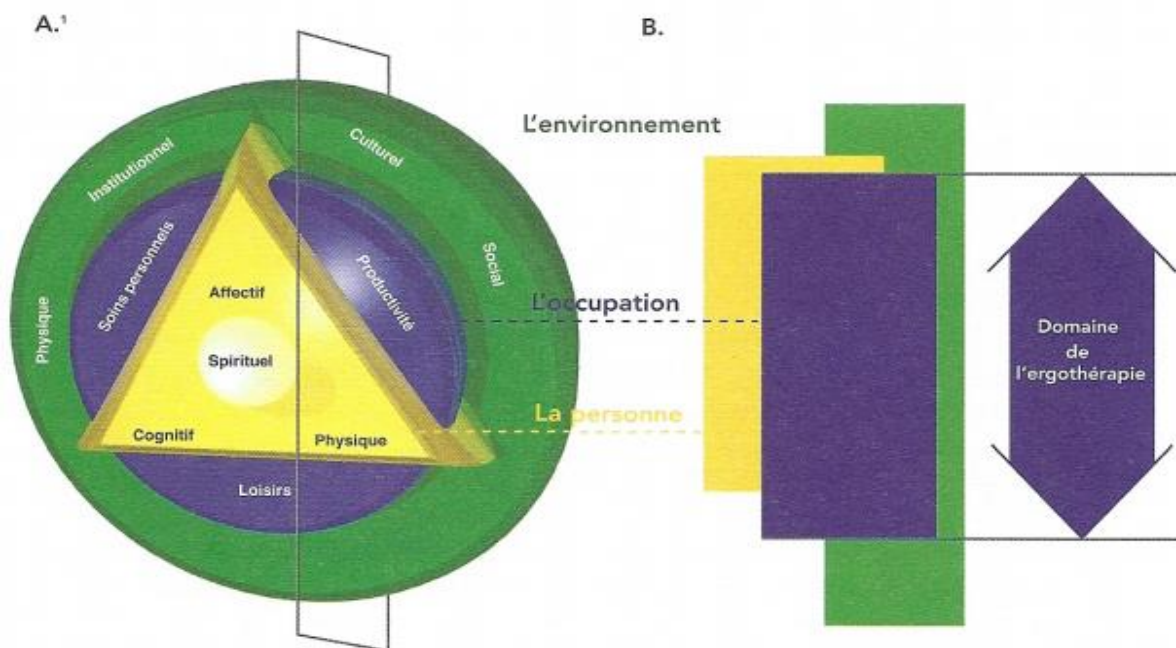
Fortement en accord = 3

Additionnez les cotes (Max. 39) : _____

Plus les cotes sont élevées, meilleur est votre équilibre occupationnel.

Annexe II : Schéma représentatif du MCREO

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine

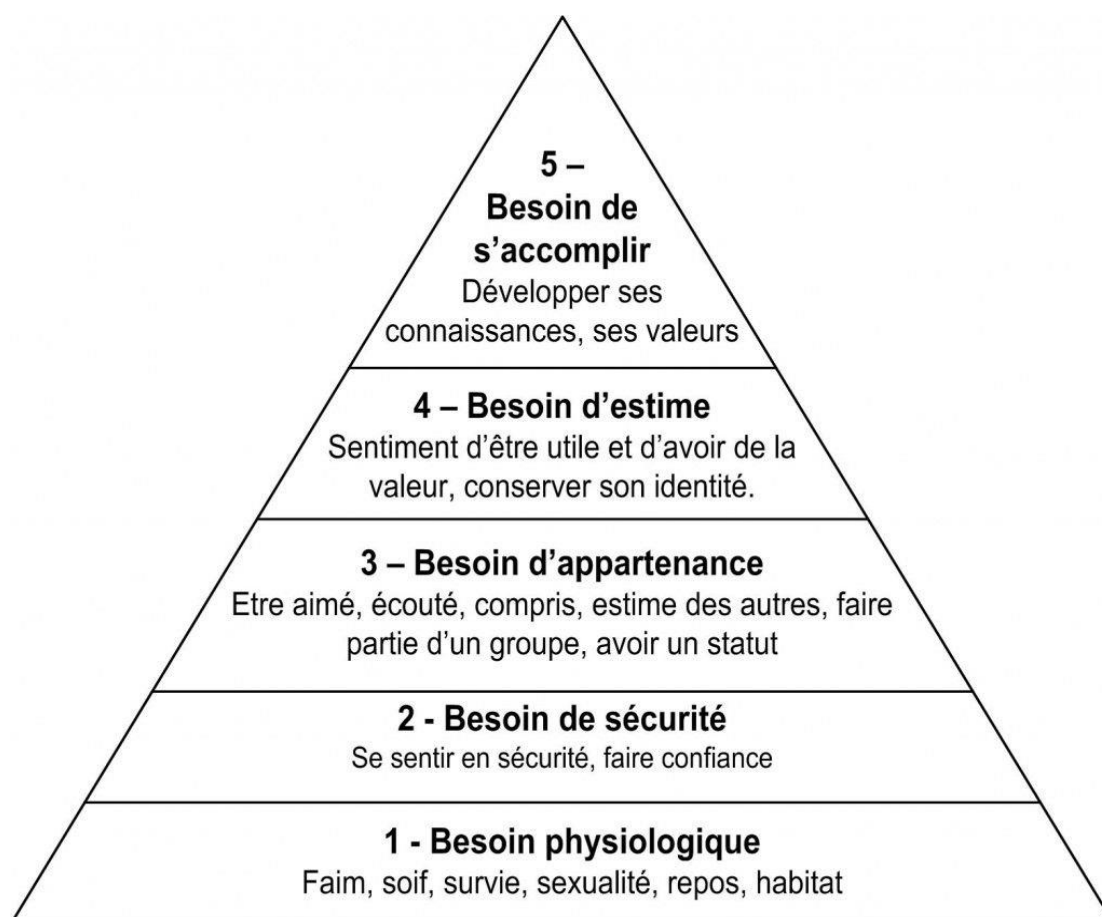


A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Annexe III : La Pyramide des besoins de Maslow



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

Annexe IV : Matrice théorique

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Question
Le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels)	L'environnement	Culturel	- Culte de la minceur à travers la société occidentale - Mauvaises habitudes alimentaires	1-2
		Social	Relations avec l'entourage perturbées	1-2
		Institutionnel	Lieu de prise en charge de la boulimie (hôpital de jour, hospitalisation complète, urgences, CATTP)	1-2
		Physique	Lieu de la prise des repas et des crises de boulimie (cuisine, salle à manger, chambre)	1-2
	L'occupation	Soins personnels	- Incapacité à s'alimenter selon ses besoins nutritionnels - Crises de boulimie	1-2
		Productivité	- Rôle familial impacté - Difficultés d'organisation dans le domaine alimentaire : prévoir ses repas, faire courses, cuisiner - Répercussions sur la performance scolaire / au travail	1-2
		Loisirs	Loisirs surinvesti comme le sport (comportement compensatoire inapproprié)	1-2
	La personne	Dimension physique	- Troubles somatiques liés à la boulimie (troubles gastro-intestinaux, faiblesse musculaire, aménorrhée...) - Sensation de satiété erronée	1-2
		Dimension cognitive	- Pensées obsessionnelles - Perception négative de l'image corporelle	1-2

			- Trouble de la concentration - Peur du jugement d'autrui	
		Dimension affective	- Diminution des relations sociales et familiales - Gestion des émotions et des comportements - Sentiment de culpabilité - Difficultés affectives, cognitives et comportementales - Troubles de l'humeur	1-2
		Spirituelle	Fausse croyance concernant le fonctionnement du corps et la nutrition	1-2
L'équilibre occupationnel (Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012)	Approche classique	Soins personnels	- Incapacité à s'alimenter selon ses besoins nutritionnels - Crises de boulimie	3
		Travail	- Rôle familial impacté - Difficultés d'organisation dans le domaine alimentaire : prévoir ses repas, faire courses, cuisiner - Répercussions sur la performance scolaire / au travail	3
		Jeu / Loisirs	- Loisirs surinvesti comme me sport (comportement compensatoire inapproprié) - Privations	3
		Repos et sommeil	Troubles du sommeil	3
	Approche expérientielle	Activités choisies / obligatoires	Perception de l'activité par l'individu	3
		Activités reposantes / épuisantes	Energie engagée dans la réalisation de l'activité	3
		L'être et l'agir	Activité dite mentale ou physique	3

	Approche selon le modèle de l'équilibre de vie	Besoins de la personne	- Modification de la perception des émotions et des comportements néfastes	3
		Souhaits de la personne	- Trouver un équilibre entre ses différentes occupations	3
		Temporalité de l'activité	- Déséquilibre occupationnel (surinvestissement des activités liées à l'image corporelle : alimentation, sport) - Temps consacré à chaque activité effectuée	3
Pyramide des besoins (Maslow, 1970)	Besoins physiologiques	Survie de l'individu	- Incapacité à s'alimenter selon ses besoins nutritionnels - Routine alimentaire non satisfaisante - Troubles du sommeil	1-4
	Besoins psychologiques	Sécurité physique	- Déséquilibre entre les activités de la vie quotidienne	1-4
		Sécurité psychologique	- Peur du jugement des autres - Anticipation des crises de boulimie - Faible estime de soi	1-4
	Besoins d'amour et d'appartenance	Intégration socio-familiale	- Rôle social et familial perturbé	1-4
	Besoins d'estime de soi et de considération	- Sentiment d'être utile - Avoir de la valeur - Acceptation de soi - Développement de l'indépendance	- Amour de soi - Acceptation de son image corporelle	1-4
	Besoin d'accomplissement	- Epanouissement - Créativité et découverte - Maintenir ses connaissances	- Prendre plaisir dans son alimentation	1-4

Annexe V : Grille d'entretien

Questions signalétiques	
En lien avec la profession d'ergothérapeute : - Quand avez-vous obtenu votre DE d'ergothérapie ? - Dans quelle structure travaillez-vous et depuis quand ?	En lien avec la pleine conscience : - Quel type de formation à la pleine conscience avez-vous ? Si oui, quel type et à quelle date l'avez-vous obtenu ? - Avec quel type de personnes utilisez-vous la pleine conscience ? - Quelles ont été vos motivations personnelles qui vous ont poussé à intégrer la pleine conscience dans votre pratique ? - Est-ce que vous intégrez la pleine conscience dans votre pratique personnelle ?
Question 1	
Question 1 : Comment intégrez-vous la pleine conscience auprès des personnes souffrant de boulimie dans votre pratique en ergothérapie ? <i>Relance</i> : Quels sont vos objectifs d'accompagnement auprès de ces personnes ?	
Question 2	
Quels sont les avantages de l'utilisation de cet outil dans le cadre de séances en ergothérapie ? <i>Relance</i> : Selon vous, comment la pleine conscience permet à la personne boulimique d'atteindre les objectifs fixés en ergothérapie ?	
Question 3	
Avez-vous remarqué une différence de comportement chez la personne atteinte de boulimie suite à l'utilisation de la pleine conscience ? <i>Relance</i> : Est-ce que le rapport aux occupations de la personne est différent suite à l'intégration de cet outil ?	
Question 4	
Selon vous, la pleine conscience apporte-elle une plus-value à la prise en charge d'une personne souffrant de boulimie en ergothérapie ? <i>Relance</i> : Quels sont les liens observés entre la pleine conscience et l'ergothérapie ?	
Question 5	
Avez-vous des remarques, des notions à préciser ?	

Annexe VI : Lettre d'information

Mme Maurin Esther

Etudiante de 3^{ème} année

IFE Montpellier

Objet : Lettre d'information destinée aux ergothérapeutes pour une participation à un mémoire d'initiation à la recherche.

Thème : Ergothérapie, boulimie et pleine conscience

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche à laquelle je vous propose de participer. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pouvez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et vous pouvez demander au responsable de l'étude de vous expliquer de que vous n'avez pas compris.

BUT DE L'ETUDE :

Recueillir des éléments du vécu d'ergothérapeutes : des ressentis, des expériences au cours d'échanges d'opinions. Il n'y a aucune recherche de consensus. Par des questions ouvertes, je pourrai analyser des données pertinentes pour pouvoir développer et approfondir ma recherche et proposer des solutions destinées aux ergothérapeutes qui pourront aider les patients.

DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Cette étude a commencé en Mars 2020 et se terminera en Mai 2021. La durée de la rencontre vous demandera environ 45 minutes de votre temps. Cet entretien sera enregistré.

FRAIS MEDICAUX :

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION – CONFIDENTIALITE :

Toute information vous concernant recueillie pendant cet entretien sera traitée de façon confidentielle. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé.

TRAITEMENT DES DONNEES :

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

PARTICIPATION VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également interrompre votre participation à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit, ni sur votre relation avec le responsable du projet et des autres intervenants.

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

Annexe VII : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement pour la participation à une étude dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

IFE MONTPELLIER

Thème : Ergothérapie, boulimie et pleine conscience

Je soussigné(e).....,

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mme Esther Maurin de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Madame Lucie Lamotte, ergothérapeute et maitre de mémoire.

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

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

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

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

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

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

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

Fait à,

Le

Signature de l'étudiante

Signature du maitre de mémoire

Signature de la personne



Annexe VIII : Retranscription entretien n°1

QUESTIONS SIGNALETIQUES :

- D'abord, **en quelle année vous avez eu le diplôme d'ergothérapeute ?**

- Alors moi j'ai eu mon diplôme en 1996.

- D'accord et **c'était dans quel IFE ?**

- C'était à l'IFE de Nancy.

- D'accord. Ok. Et du coup, **actuellement, vous travaillez dans quelle structure ?**

- Je travaille dans un service d'addictologie qui fait partie de l'hôpital de la ville où je travaille, le Centre Hospitalier Sainte-Catherine à Saverne dans le Bas-Rhin. Je travaille à la fois dans l'hôpital de jour et puis j'ai des consultations aussi au CMP.

- Ok, ok. Et du coup, **est ce que vous utilisez la pleine conscience dans votre activité, en ce moment ?**

- Oui.

- **Avec quel type de patients ?** Par exemple.

- Alors, avec la plupart des patients qui sont adressés, donc dans le cadre de l'hôpital du jour, je vais proposer des petites initiations en groupe. Je vais parfois m'en servir aussi lors d'entretiens individuels. Ça va dépendre, en fait si je sens qu'il y a une sensibilité pour aller un peu plus loin. Et puis, dans les consultations que je donne en ambulatoires, j'ai toujours à peu près une demi-heure de pratique de méditation et une demi-heure d'entretien. Et en ambulatoire je donne aussi le programme MBSR.

- Ok.

- Ce programme est basé sur la méditation de pleine conscience, en fait je trouve que pour les addictions, finalement, il y a beaucoup de consommation qui sont en lien avec des moments de stress et du coup pour repérer un petit peu tout ce qui est déclencheur, comment gérer les émotions, comment faire autrement. S'appuyer sur ces ressources. Le programme me permet d'aller un peu plus loin avec les patients par rapport à ce que je peux faire en individuel ça me permet de faire quelque chose de plus complet et de plus profond.

- Ok et du coup, Concernant la pleine conscience, j'ai vu que vous aviez fait une formation. Du coup, **c'était quel type de formation ?**

- Pour instruire le programme de réduction du stress basée sur la méditation de pleine conscience, il faut être formé. J'ai fait une première formation à l'Université libre de Bruxelles (ULB). En fait, cette formation n'est pas tout à fait reconnue en France par tous les organismes. En fait, j'en ai fait une autre avec l'ADM (Association pour le développement de la Mindfulness en France). Cette formation permet d'approfondir encore un peu plus d'accéder à d'autres formations.

- Et du coup, **à quel moment vous avez fait ces formations ?**

- Alors à l'ULB c'était 2016-2018. Et à l'ADM, c'était fin 2019. Et là j'en ai refait une autre. En fait il y a plusieurs niveaux. Là, j'ai fait la première étape du deuxième niveau, là cet hiver.

- Ok d'accord, donc, c'est tout récent. Et du coup, je voulais savoir un peu **quelles sont quelles ont été vos motivations à faire ces formations à la pleine conscience?**

- Alors en fait, avant de travailler en addictologie, je travaillais en psychiatrie. J'ai beaucoup animé des ateliers d'écriture et j'ai toujours été assez sensible aux poètes qui arrivent comme ça en quelques mots, à saisir un peu une ambiance de la vie quotidienne et je trouvais que cette dimension-là, cette manière de vivre au quotidien, d'être sensible aux petites choses, c'était quelque chose qui avait tout son sens, ancré dans la démarche des ergothérapeutes par rapport à la vie quotidienne, par rapport à comment gérer sa vie. Et du coup, quand j'ai commencé à méditer moi, ça m'a paru être cohérent de continuer en fait et de le proposer à mes patients.

- Oui. Du coup, vous avez un peu répondu à ma question d'après c'était **est-ce que vous personnellement vous intégrez la méditation, la pleine conscience dans votre vie personnelle ?**

- Le principe de la pleine conscience, c'est vraiment de transmettre à soi-même, dans son attitude cette capacité de présence. Du coup, on ne peut pas transmettre la pleine conscience, si on pratique par soi-même, si on incarne pas soi-même ces attitudes. Je dis pas que je suis complètement éveillée, loin de là. Dans la pleine conscience il y a beaucoup d'attitude de non-effort, de non-jugement, l'esprit du débutant, toutes ces petites choses et en fait. C'est un peu ce qu'on va pouvoir incarner soi-même qui va aussi se transmettre dans sa manière d'être. Ensuite dans la méditation il y a vraiment ce travail sur tous les conditionnements qu'on peut avoir et quelque part, on n'a jamais fini d'explorer comment fonctionnent toutes ces couches, tous ces

filtres qu'on a de percevoir la vie. Le but c'est d'être un peu libéré de tout ça et oui moi ça m'intéresse dans ma vie personnelle pour pouvoir aller vers plus de liberté intérieure.

QUESTIONS D'OPINION :

- D'accord. Et du coup, je vais passer aux questions d'opinion. **Comment mettez-vous en place la pleine conscience auprès des personnes boulimiques dans votre pratique en ergothérapie ?**

- En ce moment, j'ai une patiente qui souffre de boulimie, que j'ai rencontré il y a deux semaines, et que je vais voir toutes les trois quatre semaines. Donc ça c'est un exemple assez récent. De temps en temps, ça m'arrive. A l'hôpital de Saverne, on a une unité prévention santé et souvent, les patients viennent en surpoids s'adresser à cette unité. Et du coup, ils sont souvent renvoyés vers les d'addictologie. Pour ces patients, je vais prendre la dernière patiente que j'ai eu, c'est plus facile d'avoir un exemple concret. Dans le premier entretien que je fais avec les gens, j'essaye un peu de voir quel est leur équilibre occupationnel. Qu'est-ce qui les équilibre, les fait vivre les fait vibrer ? Qu'est-ce qui compte pour eux ? Et ensuite, j'explore aussi ce qui est difficile dans leur quotidien et ce qui les limite. Et en fonction de ça, je leur propose une pratique de méditation. En l'occurrence la personne boulimique que j'ai rencontré la dernière fois, elle avait une vie occupationnelle assez pauvre, dans le sens où très jeune elle a été en couple, marié a eu des enfants jeune, à travailler, avec un mari jaloux, possessif. Et du coup elle s'est très peu ouverte aux autres, et elle se connaît peu, elle sait peu à ce qui l'intéresse, ce vers quoi elle peut aller pour se faire du bien, toutes ces choses-là. Elle fonctionne un peu en faisant ce qu'il y a à faire pour faire tourner la maison. Peut-être un peu plus de plaisir à faire tourner un jardin que la maison. Il y avait toute une partie de l'entretien, c'était un peu ça. Après, je lui ai proposé un body scan parce que dans le body scan qui est cette pratique qu'on va visiter chaque partie du corps, il y a de la présence. Et puis, c'est tout un travail, de l'attention aussi, de pouvoir déplacer son attention donc d'être plus flexible. Il se passe quelque chose de très profond dans la reconnexion qu'on peut avoir avec soi-même. Et c'est un peu dans cette intention là que je lui ai proposé ce temps-là qui était un temps pour elle, pour se reconnecter à elle-même. Et elle a vécu une grande détente alors que spontanément, je pense qu'elle n'a pas beaucoup d'expérience comme ça peut bien être de son corps. Donc l'intention c'était aussi un petit peu, un petit peu ça, même si le but du body scan n'est pas forcément la détente, en tout cas-là, c'est ce qui est arrivé. Après, si je repense à des patients que j'ai accompagné il y a plus longtemps. Il y avait tout un travail de reconnaissance aussi de mieux en mieux repérer, de nommer, un peu comme des photos, les sensations corporelles, les associer à une ambiance émotionnelle. Et puis de

reconnaître aussi, à ce moment-là, les pensées est-ce qu'elles m'emmènent plutôt vers le passé, plutôt le futur, est-ce que ce sont des commentaires, de voir un petit peu. Et du coup, ce travail de reconnaissance de ce qui se passe en soi, ça se fait aussi dans le body scan. On va être plus fin dans les ressentis corporels pour après travailler un peu dans les moments d'envie. Qu'est ce qui? Quel est le besoin qui est sous-jacent? Du coup, je pars du principe que quand il y a une envie, pour les boulimies, je parle aussi d'envie. Il y a une envie de prendre une alimentation de manière compulsive, souvent rapide. D'essayer de faire un pas de côté et de sentir, tiens, mais qu'est ce qui se passe pour moi et est-ce que je peux rester avec ça ? Est-ce que je peux voir de quoi j'ai besoin ? Peut-être prendre soin de moi autrement qu'en mangeant, qu'en retrouvant peut être cette sensation de ventre rempli. D'aller soit vers une pratique de méditation qui permettrait de retrouver le calme et de laisser passer ce moment-là, soit d'aller vers une occupation qui serait signifiante, et qui permettrait de prendre soin de soi. Je pense que je garde ma casquette d'ergo tournée vers les sciences de l'occupation et en même temps, j'ai comme ça, les outils de la méditation qui vont m'aider à repérer qu'est ce qui se passe à un moment donné, à plus être tranquille avec soit même. Je réalise en groupe tout le programme MBSR, enfaite dans les 10 semaines, y'a vraiment quelque chose. Au départ, il y a justement des sensations, la manière de percevoir un peu euh le fonctionnement en situation de défi. Il y a comme ça toute une installation un petit peu dans les choses, agréables aussi, ce qui me fait du bien pour poser un les bases sécure. Et ensuite, on va aller vers l'exploration du stress, dans toute la réactivité au stress. Et puis ensuite, on va essayer de voir comment je pourrais répondre en conscience plutôt que de rentrer dans sa réactivité au stress, les craving dans la boulimie vont déclencher les réactivités enfaite. Tout le travail va être comment je peux répondre en conscience et ensuite, il y a tout un travail, de la communication, la relation aux autres. Et ensuite, c'est le travail sur ces ressources et ensuite sur comment, dans quoi j'ai envie de m'engager pour continuer à bien vivre.   a c'est le programme MBSR c'est vraiment du groupe parce que l'expérience de l'un va r  sonn   avec ce que l'autre vit. Parfois, dans les témoignages, il va y avoir, dans les partages d'expériences des patients qui disent : ah ben oui, tiens ça, je l'avait pas remarqué mais je le vit aussi, ou alors je vis tout contraire, ça se répond un peu comme ça les expériences de chacun, et ça permet d'augmenter encore la conscience du vécu chacun. Et après, à l'hôpital de jour, ce sont des initiations plus modestes où là, ça va vraiment être des choses très basiques pour trouver des zones de stabilité dans le corps, des petites pratiques d'encrage de stabilité d'attention. Souvent, les patients remarquent bien quand leur attention est stabilisée un peu, tout ce qui peut partir dans tous les sens dans la tête, ou se posent, ou que la charge émotionnelle peut baisser, donc euh c'est des petits moments comme ça, mais

qui ont aussi leur importance. Et puis, de temps en temps, je fais un peu des liens avec la certaines choses de la vie. Enfaite dans les pratiques de méditation, on peut proposer parfois ce qu'on appelle des questionnements à répétition ou je vais poser plusieurs fois la même question. L'idée, c'est un peu de laisser émerger des réponses à des degrés de profondeurs différentes. Par exemple, ça va être qu'est-ce qui me motive dans la vie ? ce genre de choses. Où la quelque part, il y a quelque chose un peu hybride entre la méditation plus occidentale qui est plus de l'ordre de la réflexion et la méditation plus orientale où ça va être le fait d'être avec ce qui est, ce qu'il se passe en soi à un moment donné. Je fais des fois des temps de transitions un peu comme ça. Voilà

- Ok, merci. Après, j'ai une autre question c'est **quels sont les avantages, selon vous, de l'utilisation de la pleine conscience dans la pratique dans la pratique en ergothérapie ?**

- Enfaite, je pense qu'en santé mentale et en addicto, qui fait pas vraiment partie de la santé mentale mais je pense que la dimension du corps est vraiment vraiment importante et du coup, ça donne un outil de plus. Enfaite une personne qui va pas bien avec elle-même dans son corps, elle ne va pas bien dans le monde, il faut qu'elle puisse se sentir sécurisée à l'intérieur d'elle si on parle beaucoup des troubles de l'attachement et c'est vraiment un préalable à l'autonomie. Quand j'ai fait mes études, on parlait plus d'autonomie que d'identité occupationnel. On n'en parlait pas à l'époque mais pour moi pour s'engager dans le monde et c'est un peu notre travail d'ergothérapeute d'accompagner les patients à plus d'autonomie, à l'équilibre dans leur vie. Il y a vraiment besoin de cette sécurité intérieure et de fait, ça nous donne un outil en plus pour travailler ça, pour travailler la gestion des émotions, travailler plus d'estime de soi et une autre image de soi. Beaucoup de choses par rapport à la boulimie, on peut se sentir bien dans son corps tout en n'aimant pas son image. Ça, c'est déjà super important de pouvoir se sentir bien à l'intérieur. En addicto, il y a ce côté aussi, fin c'est pas vrai qu'en addicto parce que c'est aussi une histoire de personnalité. Il y a des personnalités qui vont se sentir vivantes quand elles vivent des sensations très fortes. Et avec la méditation, il me semble qu'on va baisser quelque chose de cette intensité et d'apprendre à se contenter peut être de petites expériences. Par exemple, on dit que les sensations agréables on les ressent quand elles sont à 5/10, alors que les sensations désagréables on les ressent quand elles sont à 1/10. Et du coup, on peut aussi apprendre à reconnaître qu'on vit des choses agréables qui passent inaperçues. Si on ne fait pas attention, alors qu'elles sont très légèrement agréables. Et du coup, pour les ergo qui quand même travaillent l'engagement dans le quotidien, c'est intéressant de pouvoir avoir un regard plus

sobre sur les expériences de la vie. Puis en même temps, c'est bon pour la planète parce que si on vivait tous de manière plus sobre, on aurait peut-être envie de moins consommer.

- Du coup, prochaine question **est ce que vous avez remarqué une différence dans le comportement de la personne dans son rapport à ses occupations après l'utilisation de cet outil ?**

- Pas tout de suite, après c'est compliqué de mesurer qu'est ce qui fait quoi. Parce qu'à l'hôpital de jour je travaille dans une équipe pluridisciplinaire, donc voilà, il y a les entretiens infirmiers, il y a des entretiens addicto, de psychothérapie, il y a une neuropsychologue, il y a des ateliers de groupe. Donc qu'est ce qui fait qu'à un moment le patient s'engage plus ? Pour certains patients, je dirais que oui il y a une réelle conscience des moments où il y a plus de stress, qu'il y a une réelle envie de s'engager autrement dans la vie. Pour ces patients-là qui semblent déjà quelque part en recherche, il y a une rencontre qui va faire. Ils vont trouver l'outil qui va les aider. Par rapport à ce qu'ils recherchent. Mais dans leur quotidien, il y a tellement de facteurs qui entrent en jeu dans les soins qu'ils reçoivent là où je travaille. Il faut garder, je ne sais pas s'il y a des études qui ont été faites sur la pleine conscience et l'engagement dans la vie, sur la qualité de vie, là, il y a des recherches qui ont été faites, qui montrent que la pleine conscience augmentent la qualité de vie. Comme ça dans le processus d'accompagnement à la pleine conscience, c'est vraiment quelque chose qui se fait doucement, c'est peu perceptible, oui avec des pas en avant et avec des pas en arrière, c'est pas linéaire comme processus d'apprentissage. Moi, je dirais qu'il y a plus d'engagement dans les occupations au bout d'un certain temps et quand il y a un vrai choix des patients. Et ça fait partie du processus de la pleine conscience où il y a ce choix de porter intentionnellement son attention. C'est comme si à un certain moment, les patients ils vont choisir d'être plus attentifs à comment ils vivent. Mais du coup ça demande déjà de s'engager dans un processus plus actif ou dans les initiations pas forcément. C'est-à-dire qu'il y a des choses qui se font d'elle-même. Et après, je pense qu'il y a un moment, il y a un vrai choix que font les patients pour vraiment introduire la pleine conscience dans leur vie quotidienne.

- Et du coup, ma dernière question : **est-ce que la pleine conscience apporte-elle une plus-value à la prise en charge en ergothérapie d'une personne boulimique?**

- Pour moi, oui, parce que c'est vraiment un outil pour mieux comprendre ce qui se passe en soi la pleine conscience. Et du coup, plus on comprend ce qu'il se passe en soi plus on peut avoir du contrôle et de fait une autre capacité d'agir. En ça, je dirai oui. Par exemple, il y a une

étudiante à Mulhouse qui a fait un très beau mémoire sur l'anorexie en parlant de l'estime de soi par des occupations. Du coup, qui amenait plus de conscience, de confiance et plus d'engagement dans le monde. C'est une autre approche pour arriver à plus d'estime de soi et plus d'engagement. Après, je pense que ça dépend chacun de nos sensibilités, moi c'est vrai que la méditation, ça me va bien. Ça m'a apporté des outils supplémentaires. Ça dépend aussi du contexte, l'ergothérapeute, qui est aussi dépendant de l'environnement dans lequel il agit, il faut composer avec aussi.

- Oui, du coup, **vous avez des choses à ajouter sur ce sujet, des remarques ?**

- J'ai rien qui me vient là.

Annexe IX : Retranscription entretien n°2

QUESTIONS SIGNALETIQUES :

- Du coup, la première question, c'est **quand est-ce que vous avez obtenu le diplôme d'ergothérapeute et à quel endroit ?**

- Oui, a l'IFE de Nancy en 1983.

- Ok, d'accord. Et **vous travaillez dans quelle structure actuellement ?**

- Actuellement, je travaille pour 80% de mon temps dans un milieu intra-hospitalier en santé mentale. Le reste du temps, peut-être un peu plus de 20%, fin pour une journée et demie, je travaille en éducation thérapeutique, pour des gens qui ont des rhumatismes, des névralgies pudendales, en cardio et en chirurgie bariatrique pour des gens obèses. Sachant que je fais de l'ETP en relaxation, en hypnose et en groupe de gestion des émotions. Donc ça reste dans mes compétences d'ergo en psy, il y a pas de travail en fonctionnel.

- D'accord et **avec quel type de patient vous utilisez la pleine conscience ?**

- Alors moi j'utilise le travail de pleine conscience avec tous les patients, aussi bien en santé mentale, qu'avec les patients que j'ai en ETP. Alors ce n'est pas de la méditation de pleine conscience officielle que je n'ai pas de formation de ce côté-là. Par contre, ce que je propose comme méthode c'est du travail de conscience de soi. La première partie des séances que je propose en santé mentale, c'est des auto-massages, donc en pleine conscience, justement, du fait que quand on va se masser, qu'est-ce qu'on sent qu'on sent que ça chauffe, que ça gratouille, que ça picote ou autre chose ? Les mouvements lents c'est du travail qui est dérivé de ce qu'on fait en Tai Chi Chuen ou Qi Kong, c'est des techniques chinoises de travail extrêmement lent. Qui dit que quand on fait du sport, on peut penser à autre chose. Quand on fait du mouvement lent, on est obligé de penser à ce mouvement, on est obligé d'être avec le mouvement. Le travail de respiration que je propose est dans la conscience de soi, parce qu'on va faire de la respiration, écoutez, compter. La cohérence cardiaque, peu importe la méthode, c'est de la conscience de la respiration. Et puis après, les deux autres méthodes que j'utilise, c'est de la relaxation. Là, on est aussi en pleine conscience de soi. C'est sûr qu'à un moment donné, j'explique souvent la différence en me disant que la méditation, ça se pratique en position assise et on n'a pas d'intention, on écoute. La relaxation c'est souvent en position allongée, semi-allongée, et on a l'intention de relâcher. Et puis l'hypnose, j'explique souvent qu'il vaut mieux être aussi en position assise. Et là, on va avoir des intentions, on pas sur

l'intention de relâcher mais on a l'intention d'utiliser l'esprit, soit pour faire des choses dans le corps, soit pour modifier des choses dans l'inconscient mais en tout cas, on a des intentions. Alors qu'en méditation, pour moi, la principale différence, c'est que méditation de pleine conscience c'est juste écouter ce qu'on est, ce qu'on ressent. La deuxième partie de la séance, c'est plutôt relaxation/hypnose, mais c'est vrai que c'est toute la première partie qui est active, qui se crée effectivement en conscience. Je demande aux gens d'écouter. Quand on bouge lentement, je demande aux gens d'écouter. Par exemple, si on se masse la paume des mains quand on se fait une pause après pour écouter la sensation. Donc c'est vraiment mettre l'esprit dans le corps.

- Est-ce que vous avez fait des formations ?

- Alors quand j'ai commencé, il y a un certain nombre d'années maintenant, je faisais déjà du travail corporel pendant mes études. Après, j'ai fait tout ce qui gymnastique douce, Tai Chi Chuen, Qi Kong, l'aïkido. Donc en moyenne j'ai pratiqué trois ans à peu près de chaque technique. Comme on a été embauché avec ma collègue dans notre tout premier poste pour faire du travail corporel. On s'est lancé toutes les deux, en commençant par de la gymnastique douce et du stretching, parce que c'était des choses qui me paraissaient assez faciles. On trouvait qu'il fallait approfondir donc on a approfondi avec d'autres méthodes. On a fait du Jacobson, du Feldenkrais. Au bout d'un moment, on s'est séparé parce que ma collègue a développé plutôt l'écoute musicale. Moi, j'ai commencé à développer les techniques chinoises, à pratiquer des techniques chinoises, de la relaxation, la sophrologie. Tout ça, c'était en formation didactique, on va dire ce n'est pas de la formation c'est plus de la pratique. Et à un moment donné, j'ai fait une formation en hypnose Ericksonienne, parce que c'était sur un an, plus deux ans de thérapie brève, de façon à pouvoir éventuellement m'installer. Pour moi, ça me paraissait, comme je connaissais déjà la relaxation, je n'avais pas envie de faire une formation de relaxologue parce que je connaissais déjà, ni les autres pratiques. Donc, je suis parti sur quelque chose du genre pour moi, qui pouvait légitimer au moins la possibilité de m'installer comme hypnothérapeute et utiliser d'autres pratiques corporelles. Voilà.

- D'accord. Est-ce que vous intégrez ces techniques de pleine conscience dans votre quotidien ?

- C'est vraiment parti d'une pratique personnelle, qui a fait qu'ensuite c'est devenu professionnelle, qui a fait que j'ai une formation. Et maintenant, moi, je suis pas loin de ma

retraite. Je commence à avoir des douleurs un peu à droite, à gauche, donc ces pratiques-là, elle sont de toutes manières intégrées dans mon hygiène de vie en permanence.

QUESTIONS D'OPINION :

- Ok.. On va passer aux cinq questions d'opinion. **Comment mettez-vous en place la pleine conscience auprès des personnes souffrant de boulimie dans votre pratique en ergothérapie ?**

- Alors en santé mentale, j'ai deux niveaux de pratique. J'ai un niveau pratique avec des patients psychotiques qui sont en unité fermée et avec ces patients-là, je vais rester sur les auto-massages les mouvements doux. Mais ça va être assis. On va être assis sur chaise et on va alterner les exercices de massage tout en répétant bien sûr les parties du corps : la main, le poignet, les doigts. Et en nommant, de manière à réparer un peu la notion de schéma corporel pour les gens psychotiques. Quelque part, je trouve que la boulimie ressemble à la psychose, par les troubles de l'image corporelle. Et puis, le travail de contenance, je travaille sur plan technique, mais aussi sur un plan psycho dynamique avec la notion de Moi. Donc je travaille vraiment la conscience pour les gens psychotiques. On travaille déjà ça en position assise sur tout le corps et une fois que ça c'est fait, j'ajoute des mouvements lents. Ce qui fait qu'on va alterner des petits mouvements de doigt, de poignées, de coude, de jambes, d'épaule, etc. Assis, debout, des mouvements de bassin. Tout est lent est doux, comme en Tai Chi Chuen sauf que je ne peux pas leur apprendre les exercices, c'est un peu trop compliqué pour eux. Je reste simplement sur le fait de bouger chaque articulation, je fais ça de la tête aux pieds, pour éviter que l'excitation, de manière à ce que ça reste des choses qui descendent. Moi, ça me permet d'amener des mots, des mots et des gestes qui vont dans le sens d'une descente et d'un apaisement. Donc avec les patients psychotiques, on va être plutôt sur un schéma corporel et assis /assis-debout sur une chaise. On va travailler aussi dans la vibration, la conscience de la présence osseuse, ou plutôt dans tenir et être solide. Donc à la limite je fini par un petit peu de respiration ventrale. Et encore. Mais ça reste plutôt sur ce qui est le massage et mouvements, donc le plus lent possible et le plus conscient possible. J'attire sans arrêt leur attention sur le fait que si on a bougé, il y a un résultat. Alors je m'arrête moins longtemps que pour les gens dépressifs parce qu'ils ont moins de capacités à essayer d'écouter ce qu'ils ressentent. Ce type de séances là, c'est plutôt pour les gens psychotiques. Pour l'unité ouverte où là, on accueille des patients dépressifs, addictés, des troubles du comportement alimentaire, borderline ou autre. Je vais partir sur le même type de séances, l'auto-massage et des mouvements lents. Sauf que là, ça va être en position allongée. Les auto-massages ne seront pas en visuel, c'est à dire qu'il ne s'agit pas

d'imiter ce que fait l'autre, mais de ressentir ce que l'on ressent. La terminologie va être : sentez-vous libre ? écoutez-vous la perception ? Si vous êtes tactile, vous allez peut être sentir les points de contact, si vous êtes, si vous vous sentez plus la proprioception vous allez plus sentir la profondeur, j'adapte en fonction de chaque personne. C'est en position allongée, ce qui fait que les massages et les mouvements vont avoir tendance à faire ralentir les choses. Et ensuite, on fait descendre la respiration petit à petit thoracique et pragmatique et une fois que tout cela est posé, descendu je pars à ce moment-là sur la relaxation. Et là, je leur propose donc un voyage de la tête aux pieds, je les prévient que c'est une ruse, de manière à ce qu'ils soient au courant parce qu'en fait quand on va de la tête aux pieds. Je leur explique que je vais utiliser un champ sémantique, je vais dire glisser, plonger et descendre, aller en voyage à l'intérieur de soi, de façon à ce que l'inconscient entende cette terminologie-là. Et on reprend en pleine conscience le travail de la tête aux pieds. Alors ce qu'on a fait avant, concrètement, en mouvement en exercices sont touchés. Par exemple, chauffer les oreilles, on écoute, ils sentent la chaleur. Quand on est dans la seconde partie, je leur dis souvenez-vous, on a chauffé les oreilles. Qu'est-ce que vous sentez maintenant ? Donc on travaille à nouveau la pleine conscience à relier le corps et l'esprit. Donc quand je vais aller comme ça, de la tête aux pieds. Alors au début, je leur dis on va crisper les sourcils froncés, serrer les mâchoires et relâcher. Plus on va plonger, plus on va descendre, plus je vais leur dire voilà, peut être que vous vous sentez l'arrière du corps en expirant, parce que ça relâche ou l'inspiration en avant, parce que ça se dilate. Et puis, plus on descend, plus je dis il y a la surface et il y a la profondeur. On a déjà écouté la chaleur de surface, après on passe à l'intérieur, à la profondeur. Et plus on va plonger, plus on travaille en profondeur, qu'est-ce que vous pouvez sentir ? Plus on avance, plus je leur demande ce que eux ils sentent, qu'ils écoutent ce qu'ils ressentent, s'ils ont l'intention de relâcher qu'ils utilisent l'expiration. S'ils ont l'intention de réchauffer, qu'ils s'auto suggèrent et là, j'essaie d'aider les gens expérimentés. Est-ce qu'ils se laissent aller ? Est-ce qu'ils arrêtent de penser ? Est-ce qu'ils ont envie d'oublier et de plus être là ? Ou est-ce que leur esprit reste conscient et ils ont envie d'induire ? D'induire la chaleur, l'expiration, etc. On cherche à induire quelque chose qui se passe dans le corps, alors qu'en relaxation, on cherche juste à lâcher. A la fin de la séance, les patients peuvent me dire moi, j'ai tout lâché, j'ai flotté, je vous entendez sans vous entendre, ça c'est de la relaxation profonde. Et ceux qui restent en présence et en vigilance, ceux-là, sont dans la pleine conscience. Moi, je cherche plutôt à développer chez eux la conscience. C'est d'ailleurs une des raisons qui font que j'ai développé la première partie parce.

- Et du coup, je voulais savoir **quels sont vos objectifs de prise en charge en ergothérapie avec ce type de personne ?**

- Il y a quelque chose qui est un peu particulier, c'est les patients que je vois en soins somatiques. Je travaille avec des obèses, mais qui sont là un parcours de chirurgie bariatrique. Donc moi je connais, les anorexiques en santé mentale et des gens boulimiques, je les connais plus à travers ce parcours de chirurgie bariatrique. Ça veut dire qu'ils ont un parcours de psychothérapie, tout un parcours de travail sur eux même. Et c'est là que j'ai découvert que les gens boulimique ont une inconscience très profonde d'un espace intérieur. Je les ai le matin en relaxation active et l'après-midi, je les ai en gestion des émotions que c'est souvent l'après-midi dans le groupe de discussion qu'ils disent des choses. Quand on travaille les auto-massages, généralement les mouvements ils aiment parce qu'ils ont l'impression de refaire un peu d'activité physique. Mais dès qu'on entre dans la pleine conscience de la respiration, c'est très compliqué de se focaliser sur la zone de l'estomac. Il est difficile pour eux d'avoir conscience de leur estomac, de la conscience de leur faim, de leur satiété pour ne pas mettre en place des restrictions cognitives mais plutôt être en conscience de leur faim et de leur satiété. Le problème, c'est que c'est réduit à la zone de l'estomac. Et le problème, c'est que si on les fait travailler uniquement sur cette conscience de la zone de l'estomac, tu as pas tout ce qui est autour. Alors ils se rendent compte qu'ils ne sent pas la zone de l'estomac, le mouvement du diaphragme. Alors on fait des exercices respiratoires, etc. Moi je leur dit que si l'esprit conscient et inconscient n'a pas conscience de la graisse, ça ne va pas marché, si ils sont dans un espèce de déni de cette zone-là. Donc on travaille en massage et en respiration. De façon à ce qu'ils réintègrent la zone extérieure du corps dans la conscience de la pleine conscience des limites corporelles. Et puis, on travaille la respiration et la conscience de façon à ce qu'il réintègre dans l'espace intérieur. Ce qui se passe souvent pour les personnes qui ont des problèmes de boulimie c'est qu'il y a une inconscience de la profondeur du corps. Et souvent, ce qu'ils expriment, c'est vide donc on remplit. Il y a vraiment quelque chose où avant même d'avoir une conscience d'eux même et de ce qu'il font, ils vont être dans j'ai une frustration ou quelque chose ne se passe pas bien donc je mange. Il n'y a pas d'espace comme ça entre les deux, pas d'espace de pensées ou d'espace de réflexion. On est sûr il s'est passé quelque chose donc je remplit.

- Alors, la deuxième question, du coup. **Quels sont les avantages, selon vous, de l'utilisation de la pleine conscience dans le cadre de séances d'ergothérapie ?**

- Alors oui, ça, c'est quelque chose qui est important parce qu'effectivement, quand je travaille sur ça, je me sens pas spécifiquement ergothérapeute. Je vais bientôt partir en retraite. La

question se pose. Mon chef m'a demandé si des ergothérapeutes qui allaient venir feront de la pleine conscience. Donc, on est en train de montrer à certains ergo ou infirmiers de mon service ce que je fais, si ça les intéresse qu'ils aillent se former à ces méthodes. Donc, il faut bien se rappeler que c'est des méthodes qui sont très transversales. Du coup, si tu veux, pour moi, c'est cette pratique-là, elle est fondamentale parce que c'est la base du travail. J'explique souvent aux étudiants qu'il y a des choses qui se passent dans le corps. Elles se mettent en représentation mentale et ensuite, elles se mettent dans l'élaboration du schéma de l'élaboration psychique. Pour moi, ce qui se trame dans le corps, c'est la base. C'est vraiment la base. Mais ça pourrait aussi être fait par d'autres thérapeutes. Donc, ce n'est pas vraiment une spécificité. Mais si on a une formation, c'est important et intéressant. Par contre, ce que ça a modifié dans mes pratiques, c'est que maintenant, même quand je travaille, quand je fais des jeux, quand je fais des groupes d'autonomie et de projet, quand je de l'ETP « vivre ses émotions » avec les gens obèses, je travaille dans cette notion de pleine conscience. Il nous arrive parfois de nous poser, de parler. La dernière fois, avec des patients qui parlaient beaucoup de nourriture, de, etc, d'addictions. Donc la par exemple, je leur ai proposé de faire une méditation de pleine conscience avec un grain de raisin, une amande et un morceau de chocolat. J'ai dit, là on va entrer en la pleine conscience spécisme, j'ai fait donc un temps comme un atelier du goût, avec des obèses, à savoir prendre le temps de manger quelque chose. Et donc ceux qui avaient choisi grains de raisin ils ont trouvé que c'était caoutchouteux, ceux qui ont choisi le chocolat ils ont trouvé que ça saturait en sucre. C'était très clair. Il y a une patiente obèse comme celle qui nous avait dit le jour où elle a mâcher du saucisson en pleine conscience elle à arrêter d'en manger derrière parce que c'était des petits saucissons. Elle ne s'était jamais rendu compte que le fait de mâcher se faisait sentir à quel point ce n'était pas bon et qu'il y avait du gras. Le simple fait de travailler sur ça et ça, c'était par rapport à mes patients qui, effectivement, avaient des problèmes d'addiction plutôt que d'aller droit dans le travail sur les addictions, on est passé par cet atelier du goût là. Après il a fallu quand même passer par un travail d'éducation thérapeutique, parce que ça n'a pas suffi. Mais on est sur des choses comme ça, de pleine conscience, de pleine conscience de soi. Dès que je peux le ramener quelque part dans mes séances, je le ramène. Que ce soit dans la parole ou dans le vécu de quelque chose, c'est toujours en pleine conscience. C'est vrai que c'est quand même plus facile dans le travail corporel direct, même si ce n'est pas une spécificité. De toute façon, c'est selon les compétences, même si on est sur des activités transversales, je me tue d'expliquer à tout le monde que nous sommes les spécialistes de l'activité. Alors moi, je n'utilise pas encore les modes d'occupation humaine, mais ça commence à venir. Et comme on est des

spécialistes d'activités thérapeutiques ou des médiations expressives, après j'ai envie de dire peu importe. On peut utiliser les claquettes, les dominos, les jeux thérapeutiques, le travail corporel et plus si affinité. Mais après, je pense qu'il est important de faire des formations complémentaires. Par exemple, j'ai une collègue elle a fait une formation musicale et la formation de musicothérapeute pour approfondir. Je pense qu'on est capable d'utiliser absolument tous les outils qui utilisent des médiations pour qu'elle soit impressives ou expressives. Simplement, quand on veut vraiment approfondir on a intérêt à faire un gros travail personnel. Mais moi, je suis tout à fait d'accord, qu'un ergothérapeute, peut utiliser toutes les occupations humaines. Juste, on peut pas nous tout seul les faire toutes, à un moment. C'est pour ça qu'on est très riche de notre polyvalence et que parfois, on peut aussi s'égarer à force de faire beaucoup trop d'activités. Pour moi, ça a profondément modifié ma pratique parce que je le fait plus doucement, je le fais plus à l'écoute. Dès que je sens une excitation qui monte un peu trop chez quelqu'un, j'amène un petit peu quelque chose dans le contact ou on passe sur un petit passage de main. Je leur demande d'écouter la respiration. Je peux l'utiliser aussi lors de séances de jeu lors d'autres séances d'ergothérapie. Effectivement je suis attentive à ça.

- Du coup, la troisième question, c'est **avez-vous remarqué une différence de comportement chez la personne boulimique suite à l'utilisation de la pleine conscience ?**

- Très souvent, notamment, les patients boulimiques me qui disent après qu'ils se posent, ils prennent le temps, ils écoutent leur faim, ils respectent leur corps et vont plus prendre le temps. C'est vraiment ce qui s'appelle se respecter et prendre soin d'eux. Souvent, quand je leur pose la question avant la séances, comment vous prenez soin de vous? Il me regarde avec des gros yeux. C'est quoi la question? Ils ne comprennent pas. La plupart me répondent : je me maquille, je me coiffe. Il y en a vaguement un ou deux qui me dit : je marche. Et puis, après les séances de travail de pleine conscience : je prends soin de moi, j'ai appris à ralentir, j'ai appris à m'écouter, j'écoute ma faim mais aussi mes sensations, j'ai plus de plaisir parce que je prends le temps. Il y en a plein qui m'ont dit manger une bouchée avec plaisir, en pleine conscience, ce n'est pas chiant. Donc, effectivement, les patients ont pu constater à quel point ça pouvait les aider dans ce domaine. Une autre patiente m'a dit, qu'elle avait trouvé son truc, elle écoute sa respiration avant de dormir, ça l'aide. Et souvent, il y en a qui ont des insomnies ils ont un petit truc qui font que ils font quelque chose en état d'insomnie. J'ai de nombreux patients qui font des crises d'angoisse, qui font des exercices de respiration régulièrement quand ils sentent leurs crises d'angoisse venir, comme ils sont habitués à faire cet exercices-là, soit les crises d'angoisse s'espacent et pour certains disparaissent. Mais ils ont fini par entendre que le fait de se prendre

en main propre comme au figuré, ça pouvait les aider à faire quelque chose pour eux. C'est surtout ça qui est important. C'est le fait que souvent, les gens arrivent en position passive. Je suis un objet de soin. J'ai été très étonné quand j'ai découvert le patient centré et des stratégies des patients pour leur donner la parole. Du coup, ça m'a vraiment intéressé parce qu'effectivement, je trouvais que ça se mariait finalement plutôt bien. Et en santé mentale, j'ai tendance à utiliser ce truc là pour laisser les gens parler d'eux-mêmes et d'une certaine manière être en pleine conscience d'eux-mêmes, de ce qu'ils sont et de ce qu'ils peuvent dire, et pas de leur donner des conseils sur ce qu'il faut faire ou pas faire. Je pense que ce travail sur soi de méditation, d'apaisement et de ralentissement, m'a aidé aussi. à les laisser se débrouiller. Il faut bien des intentions, des objectifs, comprendre processus, parce que c'est officiel. La première chose que j'enseigne c'est fichez la paix aux gens, laissez-les se déployer, c'est surtout le sentez-vous libre. C'est une phrase que je parsème à droite, à gauche. Sentez-vous libre ? Comment vous allez faire votre propre séance ? C'est une suggestion optique pour les inciter à la faire.

- Du coup, la dernière question d'opinion, c'est est ce que, selon vous, **la pleine conscience apporte une plus-value à la prise en charge d'une personne atteinte de boulimie ?**

- Je pense qu'il y a vraiment la de pleine conscience dans le sens être à l'intérieur de son corps. Je pense que quelqu'un qui est boulimique n'est pas du tout dans le respect de son corps. C'est-à-dire qu'elle va se remplir. Après les angoisses du vide, c'est à travailler aussi dans les représentations. Ce qui est intéressant pour ces personnes-là, c'est de commencer justement dans la sensation du corps, de faire quelque chose avec de l'argile ou avec quelque chose qui va permettre de mettre en forme leurs ressentis et ensuite de mettre des mots dessus, de pouvoir en parler, de comprendre ce qui se passe. Plus il va y avoir la pleine conscience de l'émotion et l'angoisse ou du ressenti, on va mettre en gribouillage, en peinture, un collage et ensuite en parler. Il y aura un sas de pensée possible. Au lieu d'avoir une réaction, une nourriture émotionnelle au lieu d'avoir une nourriture émotionnelle et une réaction quoi que ce soit comme émotions, frustration et gavage. Il va y avoir un temps ou une distance. Voilà ce que cette émotion-là m'a fait, je peux la dessiner, je peux en parler, je peux en parler à quelqu'un, je peux être en thérapie. Je peux te donner l'exemple d'une personne boulimique qui avait des pensées de frustration. Donc elle avait mis son frigidaire au bout du couloir et tout le long de son couloir elle avait écrit est-ce que t'as faim ? Qu'est ce qui s'est passé ? C'était quoi ton émotion ? Pourquoi tu vas le manger ? Est-ce vraiment tu en as besoin ? Arrivé sur la porte du frigidaire, elle c'était collé une liste de plaisirs.

Je raconte ça à tous les patients boulimiques. Une petite liste avec tous les plaisir à faire et elle s'obligeait à retourner faire en plaisir en pleine conscience, une lecture, un machin ou autre chose.

Et seulement ensuite se reposer la question est ce qu'elle avait vraiment faim et pourquoi elle avait besoin de ça? Alors elle, c'était un vrai rituel qu'elle avait été obligée de mettre en place parce qu'elle n'arrivait pas à faire autrement et qu'elle avait tout mis toute seule en place. Moi, j'avais trouvé ça génial parce que habituellement, les thérapeutes, surtout les cognitivo comportementaux, vous faites ça, vous nommez l'émotion, vous essayez de savoir quelle pensée vous avez. Fin il y a une espèce de décortilage assez intellectuel qui ne marche pas pour tous les patients. Mais voilà, elle a trouvé sa propre technique. Et comme je le raconte après, dans chaque groupe de discussion avec les patients comme ça vient d'une patiente, ils écoutent. Parce qu'effectivement je raconte souvent des histoires de l'une ou de l'autre et là ils écoutent. Quand on peut permettre effectivement des échanges comme ça de savoir et de stratégie, même si ça fait très éducation thérapeutique, ça marche parce que effectivement ils en parlent entre eux. Mais bon, après moi, je pense que mes orientations de base psychodynamique, même si ça change un peu, maintenant que ça devient pour moi un peu plus holistique, et que j'intègre des choses plus d'éducation thérapeutique, j'arrive à voir un petit peu les différentes choses et souvent ce qui manque, c'est effectivement cette dimension : la profondeur et l'inconscient. Mais si on pouvait déjà travailler avec le mettre à distance les compulsions alimentaires, pendant ce temps-là, la psychothérapie, l'introspection va pouvoir travailler plus en profondeur. Parfois certaines thérapies travaillent en surface mais moi, je pense que pour les gens boulimiques il faut aussi aller en profondeur et corporelle et psychothérapie. Il y a des choses très inconscientes. La boulimie est vraiment basée sur de la pulsion et on peut jouer à mettre les frigidaires au bout du couloir, etc. Mais voilà, je lui dis ça. Je le raconte un peu plus pour leur dire que c'est possible ce qu'elle fait. Il peut y avoir un sas et une distance pour les projeter dans un futur possible. Mais bon, pour moi, l'éducation thérapeutique travaille le comportement. En santé mentale, j'aime mieux qu'on travaille la profondeur corporelle et psychique. Dans la boulimie le lien entre le corps et l'esprit est fortement brisé. C'est comme s'il y avait une indistinction corps et esprit et que ça passe dans une espèce de médiatrice. Des fois ça m'évoque un peu les gens psychotiques qui n'ont aucune distance, comme ça.

- Oui, ok, **vous avez des choses à rajouter. Ou peut-être quelque chose que j'ai oublié de vous demander ?**

- J'en ai déjà dit pas mal.

Annexe X : Retranscription entretien n°3

QUESTIONS SIGNALETIQUES :

- Quand et où avez-vous obtenu votre DE d'ergothérapie ?

- J'ai obtenu mon diplôme en 2013 en Belgique à L'institut Supérieur Parnasse Deux-Alice.

- D'accord. Actuellement, tu travailles dans quelle structure ?

- J'ai un parcours un petit peu atypique. Je peux me permettre de dire, parce qu'on a été expatrié pendant quelques années avec mon mari à l'étranger et donc du coup, il fallait une équivalence de diplômes à l'étranger. Et voilà, c'était un choix personnel, de pas faire cette équivalence de diplôme, parce que c'était un coût énorme, sachant pas pour combien d'années on était là. Et puis, il y avait la langue, fin bref de quelque chose comme ça. Du coup, j'ai travaillé en tant que assistante ergo, dans le domaine sportif. En tout cas, je te passe tous les détails par rapport à ça. Moi, en tout cas, j'avais toujours une optique ergo. C'était en Australie et donc du coup, j'étais plutôt le sport adapté, paralympique tout ça, donc j'ai eu la chance de pouvoir assister à ce genre d'événement très enrichissants. Et le Covid a fait que nous sommes de retour en Belgique. Un retour très anticipée non prévu, donc, du coup j'ai dû en peu retomber sur mes pattes. Et en Australie, j'ai eu l'occasion de faire une formation de yoga, de 200 heures et dans l'optique d'utiliser cet outil pour le bien être des patients. Parce que depuis que je travaille, je me suis vraiment rendu compte, on donne des rééducations, mais j'étais très frustré par rapport au temps qu'on donnait, par rapport au bien-être général. Tous ces outils de yoga, de pleine conscience, de relaxation. C'est vrai que parfois, à l'occasion, on a l'occasion de pouvoir s'en servir mais c'est vrai que moi je voulais vraiment en faire un numéro un. Et j'ai fait cette formation de yoga, tiens à préciser que c'était personnel aussi cette formation de yoga. Donc suite à ma pratique et j'ai eu l'occasion de faire cette formation en Belgique et je me suis dit voilà, moi j'ai cette formation de yoga que j'ai envie d'utiliser, mais en numéro un je dirai mais en utilisant le statut d'ergothérapeute comme comme côté sérieux je dirai. Parce que malheureusement, en tant que professeur de yoga tout le monde s'y improvise. Et en étant paramédicale et professeur de yoga, voilà là ça donne un peu plus confiance aux personnes. Et donc, ici je suis indépendante et je travaille essentiellement avec des personnes présentant des maladies chroniques donc qui présentent des douleurs chroniques et donc c'est des personnes qui viennent me voir parce que dans leur quotidien elles sont complètement chamboulées. À la base, elles viennent me voir pour faire du yoga adapté, donc c'est vraiment du yoga personnalisé, à la demande, en fonction de la douleur, en fonction du jour, en fonction de l'humeur, des émotions. Et donc, quand on a

des séances ensemble, c'est vraiment : envie d'adaptation. Et c'est vrai que ça dénote vraiment des cours de yoga traditionnels, donc voilà ça c'est mon boulot actuel. Et alors, du coup, ça fait vraiment pas longtemps que je me suis vraiment installée avec le statut d'indépendante. Mon objectif vraiment, c'est d'apporter vraiment l'ergothérapie en numéro, enfaite c'est tout une question d'administratif malheureusement. Je travaille en tant que professeur de yoga avec une expérience ergo. Mais mon objectif, évidemment, en ergo dans l'âme, c'est vraiment d'être ergothérapeute, c'est juste une question d'administration, donc voilà, mais je tiens vraiment à le préciser, d'avoir mon statut ergo et utiliser le yoga comme approche et comme outil quoi. Et voilà, donc ça c'est ce que je fais pour l'instant et c'est le bouche à oreille, vraiment, je suis vraiment pas, réseaux sociaux, malheureusement, c'est la vitrine d'aujourd'hui. C'est travail vraiment de bouche à oreille, des personnes viennent me voir parce qu'elles ont entendu quelqu'un qui avait une hernie discale ça va jusqu'à, jusqu'à ce point-là, vraiment, avoir des douleurs au dos avec une réinsertion professionnelle. Et alors, effectivement j'ai rencontré dans ma pratique d'indépendante une personne présentant des troubles alimentaires c'est des outils que je sais que ça peut aider, c'est sûr que je ne suis pas du tout dans l'optique de dire que c'est miraculeux. Je suis quelqu'un de scientifique avec des bases de paramédical donc du coup, je vais pas aller inventer n'importe quoi. Et quand ça sort de mon domaine de compétences, que ce soit d'ergo ou de professeur de yoga, je revoie quoi. J'espère que ça répond à ta question.

- Oui, c'est bien ça. **Avec quel type de patient tu utilises la pleine conscience ?**

- J'ai des personnes très ciblées, je veux dire que si les personnes viennent chez moi, c'est parce qu'elles ont entendu parler que j'étais spécialisé dans le yoga adapté. Donc, du coup, c'est vrai que c'est pas monsieur et madame Tout le monde qui vient quoi. Donc c'est vrai que ça reste large. Mais, c'est vrai qu'on se regroupe vraiment dans la maladie chronique.

- Ok, d'accord. Et du coup, **as-tu une formation à la pleine conscience ?**

- Oui ma formation yoga, c'est pour ça que je l'ai choisi aussi. C'était hyper complet, j'ai pris des années avant de trouver la formation que je voulais. Et là c'était yoga Vinyasa Hatha mais enfaite dans la formation, s'était étalée sur 6 mois. Pourquoi en 6 mois? C'était parce que on avait le temps de pratiquer par nous-mêmes aussi et donc c'est 200 heures et dans les professeurs que j'ai eu, j'ai eu un professeur, un mentor si je peux dire ça comme ça, je ne suis pas du tout dans le spirituel ou quoi, mais vraiment une tête au niveau de la connaissance, de la pleine conscience et des techniques respiratoires. Et après mes 200 heures, j'ai suivi un stage de 5 semaines avec lui qui était spécialisé pleine conscience. L'intitulé du stage c'était « 5

semaines de pleine conscience » donc euh avec la formation de yoga j'ai quand même des bases bien solides.

- Pour toi, **quelles étaient tes motivations à faire cette formation ?**

- Oui à la base c'était vraiment personnel. A mon vécu du moment, je pense que c'était vraiment quelque chose que j'avais besoin pour aider les personnes dans ma sphère familiale donc c'était vraiment un outil que j'allais pouvoir apporter et ce stage je l'ai fait avec cette personne-là. En fait, j'ai décidé de faire ce stage en motivant la personne concernée, en disant je crois que ça peut vraiment te faire du bien et moi franchement ça m'intéresserait vraiment de le faire avec toi pour la motiver et pour moi aussi. Donc ça, c'était ma motivation. Et puis, de fil en aiguille, je me rends compte que dans ma prise en charge ergo/yoga, que j'utilise la pleine conscience. Mais je pense que c'est parce que je l'utilise moi-même.

- Oui. **Est-ce tu intègres la pleine conscience dans votre vie quotidienne ?**

- Clairement, ça c'est sûr, tous les jours, ça va de 2 minutes à une heure. Fin je veux dire, avec mon petit bout c'est un peu compliqué. Mais je veux dire, quand je donne cours ça peut vite monter dans les heures mais je le considère pas comme une pratique personnelle. Ça c'est ce que je dis aux personnes que j'accompagne, c'est vraiment une approche consciente de son mouvement et de son corps. C'est vraiment le mot conscience quoi, parce que la maladie chronique, c'est vraiment vécu aussi, on oublie comment on bouge, parce qu'on est constamment dans la douleur, on a un manque de confiance en soi. Donc c'est vraiment c'est vraiment se réapproprier son corps.

QUESTIONS D'OPINION :

- Ok. Merci. En tout cas, c'était les questions de départ. Et du coup, là, on va passer aux questions d'opinion. Et ma première question, **c'est comment tu mets en place la pleine conscience avec tes patients dans ta pratique en ergothérapie ?**

- Généralement, fin ça c'est vraiment un point intéressant, que j'ai remarqué que l'approche de la pleine conscience, directement dans le vif du sujet, quand on en parle aux patients, ça leur fait peur. Dans le sens où je leur dit, là on va travailler la pleine conscience, mais ils disent c'est quoi déjà ? Ils tombent directement dans des stéréotypes. J'adapté mon approche en donnant des exercices, de toute façon, ils ne vont pas tomber de haut. Ils savent très bien, voilà, qu'on fait du yoga et qu'il y a un côté pleine conscience. Mais voilà, on fait des exercices et après, si je vois que ça a bien adhéré, je leur dit voilà on vient de faire un exercice de pleine conscience.

Et alors, ils me disent : C'est ça, la pleine conscience ? Je pensais que c'était arrêter de penser des choses comme ça. Et du coup le fait d'approcher la pleine conscience de cette façon, mais en leur disant après, ça passe mieux et du coup, y'a pas de blocage. Et généralement, quand on parle de pleine conscience à des personnes ayant des douleurs chroniques, ça peut les irriter et les frustrer, parce qu'ils pensent plus dans le futur que dans le moment présent. Parce qu'ils sont dans la douleur ou dans un chagrin, ou voilà un tas de choses, elles veulent juste tourner la page. Et le fait de leur dire, voilà, on va faire un exercice de pleine conscience, parfois on arrive à du refus, a déjà une coquille qui se referme. Mais voilà. De mon côté, ce n'était pas une approche euh, c'était pas l'idéal de leur dire directement. Donc voilà c'est vraiment basé sur leurs objectifs. Du coup, un exemple, pour une personne atteinte de troubles du comportement alimentaire. L'exemple que je lui ai donné, son objectif qu'on travaillait ensemble, c'était de pouvoir se brosser les dents devant le miroir et du coup, c'est vrai que c'était assez confrontant pour elle, de vraiment s'examiner dans le miroir, elle trouvait tous les moindres défauts. Et donc, du coup, le travail qu'on a fait ensemble, c'était vraiment de travailler plus sur la sensation du brossage de dents. Donc finalement, finalement, l'objectif de se brosser les dents devant le miroir, elle, elle le voyait comme, ba je me brosse les dents et focalise pas sur mon apparence, mais. Et donc, du coup, moi, j'ai essayé, fin je vais dire essayé, parce que ça a abouti à des résultats. Maintenant, c'est vrai que je ne suis plus cette personne, donc j'espère qu'elle a continué. Vraiment on a travaillé sur la pleine conscience, plus au niveau buccal et au niveau de la posture. Mais, je lui demandait pas de fermer les yeux et de sentir les poils dans sa bouche non. Et donc c'était plus au niveau de sa posture, au niveau des mouvements qu'elle effectuait. Comment se concentrer sur l'activité en soit, en fait, du brossage de dents. Je lui ai demandé faire un journal, fin d'écrire vraiment ce qu'elle ressentait et clairement elle me disait qu'elle se focalisait sur le brossage de dents. L'activité la plus naturelle pour une personne lambda de se brosser les dents, ba ne plus penser à ce qu'on est occupé de faire dans le fait de vraiment se focaliser sur ce qu'elle faisait, si elle avait pas oublié tous les recoins de sa bouche. Mais voilà, j'espère que ça répond à ta question. En tout cas, là on est en pleine la pleine conscience du moment présent, de ce qu'on est occupé de faire comme activité, on ne se focalise pas sur son apparence mais plus sur l'activité de se brosser les dents et c'est vrai que ça fait son bonhomme de chemin. C'est vrai que c'est assez nouveau aussi. Malheureusement, avec les médias on a des idées préconçues sur ce que c'est la méditation, la pleine conscience donc ça peut être tellement de choses à la fois. Dans les activités de la vie quotidienne, je parle purement en tant qu'ergo, on est pris par le traintrain quotidien, parfois on n'a pas non plus l'occasion de se poser, mais ça passe par quelques instants, je veux dire, parfois, on attend quelqu'un dans la voiture, ba au lieu

d'être sur son portable, ba on prend le temps d'écouter les oiseaux par exemple. Et ça, ça a un côté très apaisant parce que dans les maladies chroniques donc également la boulimie, c'est beaucoup de stress et d'angoisses aussi. Et donc c'est des choses qui peuvent aider.

- D'accord. Du coup, **tu trouves quels avantages à utiliser cet outil dans une pratique en ergothérapie ?**

- Quels avantages ? Parce c'est tellement flagrant que j'ai du mal à expliquer. Mais déjà, je trouve que ça, les objectifs mis en place euh sont je pas dire plus vite atteints. Ça dépend des personnes, mais ça vient encore plus de la personne. C'est un avantage d'avoir vraiment la motivation de la personne. Donc quand j'utilise la pleine conscience, même si c'est de manière cachée, il a vraiment une prise de conscience de l'activité. C'est vraiment intéressant comme question. Pour moi c'est un outil vraiment précieux, parce que oui, comme je le disais, par rapport au comportement de la personne aussi, je trouve qu'en tant qu'ergo on doit faire face à beaucoup d'aspects, différents, il y a pas que l'aspect moteur, cognitifs et autre, il faut voir tout à la fois. Et je trouve que la pleine conscience ça nous permet vraiment d'avoir la personne devant nous c'est vrai. Je pense que ça, c'est un des avantages, c'est vraiment d'être présent en thérapie, présent parce qu'on leur donne des exercices vraiment concrets et qui leur parlent. Ok, c'est notre boulot d'ergo de faire ça, de mettre en lien dans leur quotidien, par rapport à leurs loisirs et autres mais ça les met directement dans l'action.

- Ok. **As-tu remarqué une différence de comportement chez les personnes que tu accompagnes suite à l'utilisation de la pleine conscience ?**

- De l'apaisement, énormément, vraiment ça c'est flagrant pour moi, c'est vraiment euh. Un début de séance pour la personne peut être hyper stressante, angoissante, à dire qu'est-ce que je vais faire ? Et à la fin de séance, je les sens vraiment apaisées et elles le disent d'elle-même, dans le fait d'avoir ralenti, de pas avoir l'esprit à penser à l'a To-Do liste qui nous attend. C'est vrai que c'est vraiment un point fort. Et oui, la pleine conscience, je l'ai utilisé aussi par rapport aux techniques respiratoires dans le yoga. Ça c'est clair et net aussi, de leur faire prendre conscience de comment leur corps respire c'est hallucinant à chaque fois ce que j'observe, mais hallucinant pour moi positivement dans le sens, mon boulot, je fais pas ça pour rien quoi. Finalement, cette capacité, fin ce fonctionnement vital, de notre corps de respirer, c'est tellement anodin, qu'on oublie comment on fait pour respirer et ça c'est vraiment hallucinant. Et ça c'est vraiment, l'apaisement aussi, au début, peut-être de l'angoisse mais après systématiquement. Oui, et voilà moi j'essaye vraiment de tendre vers de la conscience. Donc ça c'est ce que j'observe, de

l'apaisement et à long terme j'espère vraiment de la confiance, de retrouver confiance en eux dans leur activité. Et la pleine conscience a tout son rôle dans cet objectif prioritaire.

- Et, est-ce que le rapport aux occupations de la personne est différent après l'intégration de cet outil ?

- Je commence seulement à le voir, dans le sens où c'est quand même le plus difficiles dans notre métier, appart à être 24 heures sur 24. C'est de se dire mais qu'est-ce qu'elles font, quand elle ont quitté la prise en charge, littéralement ? Et parfois, même si propose de passer à domicile, mais c'est aussi rentrer dans la sphère privée tout le monde ne l'accepte pas. Mais dans les occupations, je vais prendre l'exemple d'une dame où la ça été vraiment flagrant. Son loisir c'était notamment cuisiner, face à sa pathologie chronique, elle ne pouvait plus travailler, donc elle s'est dit je vais continuer à au moins faire quelque chose que j'aime. Et elle m'a avoué récemment, la semaine passée, qu'elle avait réussi à dire ba voilà : je prends conscience que mon corps commence à me dire que je suis fatigué, donc je vais aller me poser et j'étais plus dans l'objectif, d'absolument finir ce que je voulais faire en cuisine. Donc elle a commencé à prendre conscience qu'elle commençait à aller dans ses réserves et que si elle avait continué, ça aurait fait effet boule de neige, qu'elle allait avoir des mots de tête et puis elle allait être de mauvaise humeur et puis elle allait vouloir dormir super tôt. Donc je pense que ça c'est un exemple que je donner parce que je l'ai reçu, parmi toute les personnes que je reçoit. Et je pense sincèrement, dans leur discours aussi, parce qu'on on commence à parler un peu plus de manière amicale, un peu plus de choses au fur et à mesure forcément et sans le savoir, elle me donne des informations comme quoi, ben elles ont adapté par elle-même leur train de vie, ou elles ont un peu ralenti parce qu'elle ont pris conscience de leur corps et qu'elles devaient pas surpasser pour dire de se surpasser. Je ne l'ai pas précisé en début de prise en charge, je leur demande d'établir une petite évaluation très rapide, rien de formelle, mais je veux dire qui leur permette, et pour moi aussi avoir une vision globale de la personne. Et dans ce petit questionnaire il y a une question de savoir s'endormir sereinement, ma capacité à savoir m'endormir sereinement, à bouger, à faire à respirer, fin des petits critères qui sont quand même indispensable aussi dans la pratique du yoga. Et clairement, je vois une évolution. Elles ne le remarque pas forcément, mais dans leurs résultats parce qu'elles me disent comme ça à voix haute et c'est moi qui note et elles ont déjà oublié ce qu'elles ont dit en début de prise en charge ce qui était logique. Alors qu'il y a une évolution, c'est clair et net quoi. Et c'est vrai que c'est assez positif au niveau prise de conscience de leur corps, dans la confiance en eux. Pour leurs occupations en tant que tels, l'avantage que je vois c'est qu'il y a d'office du progrès. Il y en a qui me dise : J'ai réussi à les

marchés, 20 minutes, ça m'a vraiment fait du bien, et surtout j'ai pris conscience de ma respiration, c'est une victoire, quoi.

- Ok. Est-ce que tu penses que la pleine conscience, ça apporte une plus-value, du coup, à la prise en charge en ergothérapie d'une personne atteinte de boulimie ?

- Moi, je pense que ça a un impact, vraiment. J'ai quand même l'impression que ça permet à attraper. Personnellement, c'est pour ça aussi que j'ai commenté le yoga et cette formation de pleine conscience. Parce que pour moi, dans l'ergothérapie, dans les prises en charge est beaucoup dans le rendement. Et ce n'est pas la faute de l'ergo, pour moi, c'est la faute de la structure dans laquelle on travaille. Il y a des exceptions, évidemment. Et donc du coup, c'est très automatisé malheureusement. Je ne remets absolument pas en cause le rôle de l'ergo, mais je parle vraiment d'une expérience personnelle, que je me retrouvais vraiment, ok j'ai un patient toute les demi-heure que ce soit en pédiatrie, ou en fonctionnel, c'est assez flagrant. Et je me dis, mais le bien-être de la personne, c'est notre boulot, fin que la personne si elle est fatiguée, elle a droit de nous le dire, elle a le droit de nous dire qu'elle a pas envie de faire de l'art thérapie ou autre. On peut prendre l'exemple de la personne souffrant de trouble du comportement alimentaire et elle a le droit de dire qu'elle est fatiguée, et qu'elle a juste envie de se poser. Je trouve que ça fait partie de notre boulot aussi d'écouter, de dire ba voilà. C'est aussi de l'ergothérapie, de permettre à ces personnes de ralentir et de dire ba ok mais qu'est-ce que tu veux faire aujourd'hui ? Qu'elle prennent conscience elles-mêmes de ce que leur corps a besoin, de ce que leurs émotions leur demandent. Et oui, moi, je trouve que c'est notre rôle en tant que paramédical, fin en tant qu'ergo en tout cas, fin ça fait partie de la vie quotidienne. Je veux dire, on ne peut pas être au top constamment. On ne peut pas toujours être motivé dans ses prise en charge. Et oui, je parle en tant qu'ergo finalement. Pour moi, c'est vraiment cette plus-value-là qu'on peut apporter dans notre métier. C'est vraiment de permettre à la personne de dire ce qu'elle veut faire. Je dis pas, fin parce qu'on a nos objectifs prioritaires en tant qu'ergo on doit rendre des rapports au médecin tout ça. Et je trouve que c'est important justement de promouvoir le fait que le bien-être de la personne ça passe par là aussi, ralentir, je pense que c'est autorisé pas que en thérapie, et c'est aussi autorisé dans la vie quotidienne et ça fait partie de notre boulot, on ne sera pas là tout le temps à leur chevet en disant : ba voilà, on va adapter planning ça te demande trop d'efforts. Non, elles doivent se prendre en charge elles-mêmes, c'est notre objectif qu'elles sont indépendantes et autonomes. Du coup, par la pleine conscience c'est se dire, voilà je suis responsable de moi-même., qu'est ce je peux mettre en place pour ? Déjà, qu'est ce qui ne va pas? Pourquoi je n'arrive pas à faire cette activité là aujourd'hui ? et prendre le temps de

s'observer, d'être curieux enfaite, envers soi-même. Je trouve ça hyper important pour moi c'est une plus-value. On ne va pas jouer dans le rendement quoi.

- Du coup, **est-ce que tu as quelque chose à rajouter par rapport au sujet. Quelque chose que je n'ai pas pensé à te poser, que tu voudrais ajouter ?**

- Si vous avez un cursus, un cours ou quoi. C'est vrai qu'on promouvait le bien être en long et en large, que ça soit par la prise en charge biomécanique ou quoi. Parce que le problème, c'est que le yoga ça devient un phénomène de mode et c'est bien triste parce que ça existe depuis des millénaires et on s'en rend compte maintenant que ça fait du bien. Je trouve que ça serait important quand même d'avoir un cursus dans les écoles, d'avoir cette outil supplémentaire, d'apporter cet outil supplémentaire. Parce que je sais pas si c'est le cas dans ton école, mais on a des tonnes d'activités manuelles ; très important, mais dans le monde dans lequel on vit aujourd'hui, à 3000 à l'heure par rapport à la crise sanitaire ça le prouve encore plus. Je trouve qu'il faut s'adapter un peu au goût du jour et revenir à l'essentiel quoi. Parce qu'on est pas toujours obligé de travailler des mains. Parfois, ça c'est l'exemple de la personne atteinte de TCA. Elle me disait que dans sa prise en charge ergo, elle était dans une structure psychiatrique avant, elle disait que on l'obligeait toujours à faire une activité pour se changer les idées, que ce soit de l'art thérapie, que ce soit tu théâtre ou quoi. Elle disait, je me sentais toujours obligée de faire quelque chose pour enfaite finalement oublier mon état. Et oui, elle disait : c'est vrai que j'étais peut-être pas prête à être en confrontation envers moi-même par rapport à la relation de son corps qu'elle avait, mais elle avait vraiment besoin de se retrouver, à avoir confiance par elle-même, pas par le biais d'une médiation. Bon c'est sûr que la pleine conscience, c'est aussi une médiation. Mais c'est vrai que ça m'avait marqué. Elle disait qu'elle avait besoin de quelque chose de plus terre à terre ou si je peux dire ça comme ça. Parfois, elle était un peu sur sa faim parce que ça répondait pas vraiment aux normes ou aux habitudes, en tout cas des paramédicaux donc c'est pour ça qu'elle avait fait appel à ces cours de yoga adaptés. C'était quelque chose que je voulais dire, que elle se me sentais toujours sollicitée, et elle disait c'est génial, c'est vrai qu'il faut trouver la motivation. Et les ergo ils ont vraiment des outils pour se motiver à retrouver de l'engouement dans ce qu'on fait, mais parfois, j'avais besoin de rien faire. Et c'est bien ça. Méditer ou faire de la relaxation ce n'est pas ne rien faire, mais juste être confronté à mes émotions et tout ça. Et c'est vrai que là, parfois je me disais est-ce que ça serait pas le travail d'un psy formé en hypnose, par exemple, ou former à l'interprétation des émotions. Mais après coup je me dis mais non, je trouve qu'on a tout à fait notre place par rapport à la conscience du corps et ça peut vraiment amener à ce moment-là à entamer l'activité. Et donc, par exemple,

dans le cas des TCA. La confrontation, justement, à se retrouver face à un miroir. OK, mais je me concentre sur autre chose, quelque chose de mon activité, de ce que je suis occupée de faire. Mais c'est vrai que ça fait quelque chose que je voulais dire. Les médiations utilisées sont parfois pendant à revoir.

Annexe XI: Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences

Compétences :

- Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique
- Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
- Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation de réinsertion psycho-sociale en ergothérapie
- Adapter et préconiser des aides techniques et des assistances technologiques
- Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
- Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
- Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
- Former et informer

Résumé

La boulimie est une affection chronique fréquente dont les répercussions multidimensionnelles sur les activités de la vie quotidienne peuvent entraîner un déséquilibre occupationnel. Pour cela, l'accompagnement ergothérapique est nécessaire et peut se baser sur l'outil de la pleine conscience. Ainsi, ce mémoire d'initiation à la recherche a pour but de montrer comment l'ergothérapeute peut favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne atteinte de boulimie avec l'utilisation de la pleine conscience.

Cette étude qualitative, fondée sur trois entretiens semi-directifs réalisés auprès d'ergothérapeutes, met en lumière les bénéfices de l'intégration de la pleine conscience dans l'accompagnement de personnes souffrant de boulimie. Cet outil permet la diminution des manifestations de la boulimie et leur impact sur les occupations. Dans cette prise en charge, il est fondamental de rendre la personne actrice et de lui donner les moyens nécessaires pour qu'elle puisse acquérir autonomie et indépendance.

Mots-clés : Ergothérapie – Boulimie – Pleine conscience – Equilibre occupationnel – Troubles du comportement alimentaire – Santé mentale

Abstract

Bulimia is a common chronic condition whose multidimensional impact on activities of daily living can lead to occupational imbalance. Occupational therapy support is necessary for this and can be based on the tool of mindfulness. The aim of this introductory research dissertation is to show how occupational therapists can support the occupational balance of a person with bulimia nervosa by using mindfulness.

This qualitative study, based on three semi-structured interviews with occupational therapists, highlights the benefits of integrating mindfulness into the support of people with bulimia. This tool allows the reduction of bulimic manifestations and their impact on occupations. In this care, it is fundamental to make the person an actor and to give him the necessary means to acquire autonomy and independence.

Keywords : Occupational therapy - Bulimia - Mindfulness - Occupational balance - Eating disorders - Mental health