



Institut de Formation en Ergothérapie

-TOULOUSE-

L'équilibre occupationnel chez la personne souffrant d'anorexie mentale

Pertinence et mise en place de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

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

Directrice de mémoire : Sabrina TECHENE-MAUREL

Alice BODO

Promotion 2018-2021

Juin 2021

Engagement et autorisation

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

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

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

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à **Toulouse**,

Le **10/05/2021**

Signature du candidat : Alice BODO

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alice BODO', written over a horizontal line.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

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

Pour faciliter votre lecture nous utiliserons le terme client pour parler de la population et non le terme patient puisque nous nous basons sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnels (MCREO). De plus, pour limiter les répétitions le terme personne sera également employé.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'avancée de mon mémoire ainsi qu'à mon parcours de formation.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Mme Sabrina TECHENE-MAUREL pour son aide, ses conseils et son implication tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie également toute l'équipe des formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Au travers de leur disponibilité, leur bienveillance et leur créativité, ils ont su faire évoluer mes réflexions et ma pratique professionnelle.

Merci aux ergothérapeutes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, notamment pour le temps qu'elles m'ont accordé et le partage de leur expérience.

Je remercie aussi Pauline, de m'avoir communiqué l'envie de travailler sur ce sujet, pour ses conseils, ses relectures attentives et son soutien.

Un grand merci à ma promotion, pour toute la bienveillance et l'entraide dont nous avons fait preuve durant ces trois belles années ainsi que pour ses conseils et sa joie de vivre au quotidien.

Je remercie mes proches pour leur aide pendant la conception de ce mémoire et leur patience.

Et surtout, merci infiniment à ma famille et à Mario pour avoir toujours cru en moi. Merci à eux de faire en sorte que mes souhaits se réalisent.

*« Dis-moi et j'oublierai,
Montre-moi et je me souviendrai,
Implique-moi et je comprendrai pour toujours ! »*

Confucius

Table des matières

1. Introduction	1
2. Cadre théorique.....	3
2.1. L'anorexie mentale	3
2.1.1. Définition de l'anorexie mentale	3
2.1.2. Epidémiologie	4
2.1.3. Les différentes phases de l'anorexie mentale	4
2.1.4. Traitements	6
2.1.5. Pronostic	6
2.2. Conséquences de l'anorexie mentale sur les occupations	6
2.2.1. Le concept d'équilibre occupationnel.....	7
2.2.2. Le déséquilibre occupationnel chez la personne anorexique	8
2.2.3. L'engagement occupationnel de la personne anorexique.....	9
2.3. CO-OP et l'anorexie mentale	11
2.3.1. La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF).....	11
2.3.2. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO).....	12
2.3.3. L'approche et la méthode CO-OP	13
3. Méthode de recherche.....	19
3.1. Réalisation du focus groupe	19
3.1.1. Constitution de l'échantillon.....	19
3.1.2. Présentation des variables de l'échantillon.....	20
3.1.3. Considérations éthiques.....	22
3.1.4. Anticipation des biais dus à la méthodologie choisie.....	22
3.2. Analyse des résultats de l'étude.....	22
3.2.1. L'influence de CO-OP sur l'équilibre occupationnel.....	23
3.2.2. Un changement de paradigme	25
3.2.3. CO-OP, un vecteur favorisant le changement ?	26
3.2.4. Les limites du focus groupe.....	28
3.3. Discussion.....	29
4. Conclusion.....	32
5. Bibliographie.....	34
6. Annexes	37

Glossaire

ADP : Analyse Dynamique de Performance

AM : Anorexie Mentale

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

CO-OP: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement occupationnels

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

PQRS : Performance Quality Rating Scale

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

1 Introduction

L'anorexie mentale fait partie des troubles du comportement alimentaire (TCA). On estime que les TCA concernent entre 500 000 et 850 000 personnes de 12 à 35 ans en France (Association Anorexie Boulimie, s.d ; Santi et Cabut., 2021.), ce qui constitue un réel problème de santé publique. De plus, la crise sanitaire que nous traversons actuellement n'est pas sans conséquence sur ces différentes pathologies. En effet, « La crise sanitaire provoque une hausse inquiétante des troubles alimentaires chez les jeunes adultes. » (Raybaud, 2021) provoquant une surcharge au niveau des centres spécialisés dans la prise en soin de ces maladies.

L'anorexie mentale est régulièrement associée à l'image de maigreur corporelle. Au-delà de cette apparence, les personnes atteintes d'anorexie mentale rencontrent bien d'autres problématiques comme la difficulté à gérer leurs activités de vie quotidienne, ainsi que leurs relations sociales.

Mon intérêt pour ce sujet est né à travers les différents cours sur CO-OP dispensés au cours de mes trois années au sein de l'institut de formation d'ergothérapie de Toulouse et tout particulièrement de l'intervention d'une étudiante lors de ma première année. En effet, cette dernière était venue nous présenter son expérience auprès de la population anorexique lors d'un stage préprofessionnel en hôpital. Elle nous avait exposé sa démarche d'intervention auprès de trois adolescentes souffrant d'anorexie mentale. Elle avait choisi d'utiliser la méthode CO-OP afin de travailler sur les objectifs, définis avec les patientes grâce à la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Parmi les différents objectifs, nous retrouvons par exemple la cuisine et le maquillage. Ainsi, j'ai eu la chance de pouvoir échanger davantage avec elle sur cette intervention et conforter mon choix de faire mon mémoire de recherche sur ce sujet.

L'objectif de cette étude est de déterminer quel pourrait être l'intérêt de l'utilisation de CO-OP auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, et comment cette méthode pourrait permettre de favoriser l'équilibre occupationnel de ce public.

Nous consacrerons notre première partie à une recension des écrits afin de définir l'anorexie mentale et les différentes conséquences occupationnelles de cette pathologie avant de présenter la méthode CO-OP. Nous traiterons ensuite de la question de recherche suivante : comment l'intervention CO-OP peut-elle influencer l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'anorexie mentale ? Afin de poursuivre notre réflexion et traiter cette problématique,

nous réaliserons une étude auprès d'ergothérapeutes pour recueillir leurs opinions sur l'intérêt de cette méthode auprès du public anorexique et son influence sur l'équilibre occupationnel. Enfin, à la suite de l'analyse des résultats, nous discuterons de ces derniers à la lumière des éléments bibliographiques étudiés.

2 Cadre théorique

2.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale fait partie des troubles du comportement alimentaire (TCA). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) ce sont des conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les TCA touchent une part importante de la population. En effet si l'on englobe toutes les formes de troubles des conduites alimentaires, on estime que 10% de la population pourrait être concernée (Fondation pour la Recherche Médicale, s.d.). Ainsi, les TCA constituent un réel problème de santé publique. Les trois principaux TCA sont : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie.

2.1.1 Définition de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire avec une origine multifactorielle (psychologique, biologique, génétique, facteurs d'environnement, familiaux mais également socioculturels) qui est définie dans le DSM-V (Cf. Annexe I) selon 3 critères :

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. (DSM-V, 2013)

C'est l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui détermine le degré de sévérité de l'anorexie mentale chez l'adulte. Chez les enfants et les adolescents il faut se référer au percentile de l'IMC. Ce dernier se calcule en divisant le poids en kilogrammes par la taille de la personne en cm au carré soit : Poids (kg) / Taille (cm)².

- Léger : IMC ≥ 17 kg/m²
- Moyen : IMC 16-16,99 kg/m²

- Grave : IMC 15-15,99 kg/m²
- Extrême : IMC < 15 kg/m²

Il est nécessaire de différencier deux types d'anorexie mentale. La première dite « restrictive » se traduit par un contrôle continu de la personne sur ses prises alimentaires. La seconde nommée « anorexie avec crises boulimiques et conduites de purges » est une forme mixte avec une alternance d'épisodes restrictifs et de périodes boulimiques. Les phases boulimiques consistent en l'ingestion d'une grande quantité de nourriture sur une période très courte suivie de vomissements provoqués ou d'autres techniques de purge comme les laxatifs. Les symptômes de cette maladie sont multiples et varient d'un patient à l'autre. En effet, les symptômes les plus couramment observés sont des angoisses et des phobies principalement liées à la nourriture et les repas ainsi que la prise de poids avec notamment une hyperactivité physique et une dysmorphobie. Celle-ci est définie selon le Larousse comme une « Préoccupation exagérée manifestée par quelqu'un au sujet de l'aspect disgracieux de tout ou partie de son corps, que cette crainte ait un fondement objectif ou non ». Outre ses symptômes, de nombreuses comorbidités existent comme l'infertilité, les troubles de la personnalité, les addictions, l'isolement social ou encore un syndrome anxiodépressif pouvant conduire à la dépression. De plus, dans le cas du recours aux mécanismes de purges, certains risques sont majorés comme les risques bucco-dentaires, cardiaques ou encore rénaux.

2.1.2 Epidémiologie

L'anorexie mentale est une maladie avec une prévalence de 0,9 à 1,5 % pour les femmes et 0,2 à 0,3 % pour les hommes (Ameli, 2020 ; HAS, 2010). Il est important de noter que la prévalence serait en augmentation dans les pays industrialisés en lien avec les idéaux de minceur actuels. Cette pathologie touche en grande majorité les filles (au moins 80 % des cas) et affecte tous les milieux sans distinction socio-culturelle ou éducative. Les pics d'apparition de la maladie se situent entre 13–14 ans et 16–17 ans, période de vulnérabilité liée à l'adolescence. Toutefois, l'anorexie mentale peut apparaître dans l'enfance ou à l'âge adulte. (Ameli, 2020)

2.1.3 Les différentes phases de l'anorexie mentale

L'évolution de l'anorexie mentale peut se décrire en 4 phases successives qui mènent généralement à une prise de conscience.

Lors de la première phase apparaissent les premiers symptômes dû à l'auto-restriction alimentaire qui entraînent la chute pondérale. La personne éprouve alors un sentiment de toute puissance et de bien-être engendré par ce sentiment de contrôle. Elle s'oppose ainsi aux inquiétudes de son entourage et se conforte dans sa décision. Cette première phase s'étend de trois à six mois et coïncide généralement avec la première consultation médicale encouragée par la famille.

La deuxième phase débute quand la personne a atteint son poids minimal et peut durer de quelques semaines à plusieurs années. Le jeune anorexique est très affaibli et devant l'urgence vitale, l'hospitalisation est souvent nécessaire. Malgré l'acceptation de l'hospitalisation, le client refuse de recevoir de l'aide de qui que ce soit. Les échanges avec l'équipe soignante porteront d'abord sur des thèmes superficiels afin d'éviter toute confrontation. Puis peu à peu la personne perd le contrôle de son corps et de sa maladie. Cette perte de contrôle favorise la reprise progressive de poids et amène à la troisième phase.

La troisième phase, marquée par cette reprise pondérale, va bouleverser l'identité de la personne anorexique entraînant l'apparition d'une souffrance accompagnée d'un sentiment de gêne ou de honte. Selon Wilkins, trois comportements peuvent alors être observés chez la personne anorexique (Wilkins, 2011). Le premier est l'acceptation de la reprise pondérale et l'apparition des formes. Le deuxième est la résistance aux changements avec une lutte vaine contre cette reprise pondérale. Ce comportement est accompagné d'une souffrance immense due à cette lutte intense mais sans résultat. Enfin, le dernier comportement est la résistance aux changements par le contrôle de la reprise du poids avec notamment la prise de laxatifs ou par le recours aux vomissements. Cette phase est souvent accompagnée d'idées suicidaires et de comportements autodestructeurs. Le suivi psychologique est alors primordial dans la prise en soin et doit trouver sa place parmi les différentes prises en charge médicales.

Enfin, la dernière phase annonce la fin de la maladie et en général l'entrée dans l'âge adulte. Il reste cependant difficile de définir la fin de cette maladie au vu de son pronostic alarmant. « Ce stade développemental sera marqué, d'une part, par la prise de décisions vocationnelles qui s'avèrent difficiles pour les anorexiques. En effet, leur faible connaissance de soi et leur identité diffuse ne les disposent pas à faire des choix en fonction de leurs forces, de leurs faiblesses, de leurs qualités et de leurs habiletés. Devant ce vide identitaire, les anorexiques ont tendance à faire des choix de carrière qui, au final, sont basés sur ce qu'elles perçoivent comme étant valorisés par leur entourage et où la rigueur et la nécessité de performer seront mises en avant (Chabrol, 2004). » (Cité par Frenette, 2020)

Plus que la perte d'identité, c'est tout le champ occupationnel qui sera impacté par le comportement en lien avec l'anorexie mentale et cette recherche obsessionnelle de perte de poids durant ces différentes phases. L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation aura alors toute son importance dans la prise en soin. En effet, « les ergothérapeutes possèdent des compétences uniques en matière d'identification et de résolution de problèmes par le biais de l'occupation et peuvent offrir un large éventail d'interventions thérapeutiques centrées sur le client, aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation. » [Traduction libre] (Gardiner et Brown, 2010).

2.1.4 Traitements

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement pour guérir l'anorexie mentale. Cependant des traitements sont utilisés dans la prise en soins pour traiter les comorbidités notamment le syndrome anxiodépressif avec l'aide d'antidépresseurs afin de faciliter l'accompagnement des clients. En effet, l'accompagnement de ces personnes se fait par une prise en charge pluridisciplinaire avec un objectif commun qui est la renutrition. (HAS, 2010)

2.1.5 Pronostic

Le pronostic de cette maladie est préoccupant avec 50 % de rémission, 20-30 % de symptômes résiduels, 10-20 % de chronicisation, et enfin 5-10 % de mortalité. En effet, l'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé avec un risque de complications somatiques et psychiques nombreuses ainsi qu'un risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale important (INSERM, 2014).

A la suite de la présentation clinique de l'anorexie mentale, on peut à présent s'interroger sur l'impact occupationnel de cette pathologie ?

2.2 Conséquences de l'anorexie mentale sur les occupations

Une occupation peut être définie comme un « groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs. » (Morel-Bracq, 2017). « Les êtres humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être

en relation. Ces occupations affectent la santé et le bien-être des personnes, donne un cadre temporel et structurant, donnant un sens à la vie. (M.C Morel-Bracq, 2017)

Les occupations sont propres à chaque personne. En effet la personne est experte de ses occupations qui seront divergentes d'une autre personne tant dans leur but que dans leur accomplissement. Les occupations peuvent promouvoir la santé mais à l'inverse le manque d'occupation ou un déséquilibre occupationnel peut être préjudiciable pour le bien-être de la personne. (Godfrey, 2013)

L'anorexie mentale a été considérée comme ayant une incidence sur le sens des occupations. De plus, elle a des répercussions sur la motivation occupationnelle ainsi que sur l'engagement qui peut être défini comme le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (M.C Morel-Bracq, 2017).

En effet, les différents domaines occupationnels, à savoir la productivité, les loisirs et les soins personnels sont impactés comme le montre l'article de Nicky Godfrey en 2013 « Occupational impact of anorexia nervosa : occupational meaning, motivation and engagement ». Dans cet article, l'auteure recense, auprès d'ergothérapeutes exerçants avec ce public, le fait que certaines occupations vont être facilitées tandis que d'autres seront inhibées par l'anorexie mentale. Elle explique que les patients souffrant de cette pathologie ont tendance à surinvestir la sphère de productivité et complètement délaisser les loisirs, domaine que les patients visualisent comme incompatible avec leur pathologie. Cette situation créé un réel déséquilibre occupationnel.

2.2.1 Le concept d'équilibre occupationnel.

La notion d'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie qui soutient le lien entre l'occupation (ou l'activité) et la santé (Cité par Martins, 2015). Wagman (2012) définit ce concept comme « la perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations. » (Wagman et al., 2012). De nombreux auteurs ont décrit le concept d'équilibre occupationnel mais comme l'écrit Backman « malgré sa longue histoire, l'équilibre occupationnel reste une notion abstraite et en constante évolution » (Cité par Martins, 2015). Wagman a alors groupé les définitions existantes en trois approches.

La première définit un équilibre entre les différentes catégories d'activités à savoir les soins personnels, la productivité/le travail, le jeu/loisir et enfin le repos/sommeil.

La deuxième approche aborde la manière dont la personne s'investit dans son activité et donc les caractéristiques de l'activité : choisie/obligatoire, exténuante/relaxante, faire/être.

Enfin la troisième approche se focalise sur le niveau d'activité, la façon dont il correspond aux besoins de la personne ainsi que la combinaison entre ce que fait réellement la personne et ce qu'elle aimerait faire. Cette dernière approche prend en considération la notion de temporalité. Nous pouvons alors nous demander quelle est la différence entre ce concept et celui de l'équilibre de vie ?

Certains auteurs, comme Westhorp, considèrent ces concepts comme synonymes du fait de leurs similitudes telle que la subjectivité définie par la personne. En revanche, Wagman va les dissocier. En effet, l'auteure va expliquer que bien que l'équilibre de vie inclut l'équilibre occupationnel, cette notion intègre de nombreux autres critères. Elle définira ainsi l'équilibre de vie comme « la perception de sa vie comme ayant la bonne quantité et variété entre les activités de différentes catégories et différentes caractéristiques, et le temps passé dans ces activités » (Cité par Martins, 2015). De plus, Wagman évoquera que la profession d'ergothérapeute se focalise davantage sur le concept d'équilibre occupationnel. Nous nous focaliserons ainsi sur l'équilibre occupationnel des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Comment se caractérise le déséquilibre occupationnel chez les personnes souffrant d'anorexie mentale ?

2.2.2 Le déséquilibre occupationnel chez la personne anorexique

La sphère de productivité prend une place très importante dans la vie des personnes anorexiques avec notamment un travail devenu obsessionnel mais également les études ou les activités associatives. De plus une activité physique est pratiquée de façon excessive. En effet, bien que l'activité physique ait pu être un plaisir auparavant, l'anorexie mentale va pousser au surentraînement jusqu'à la rendre obsessionnelle et malsaine.

Au contraire, comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines occupations vont être fortement limitées. Les activités autour de l'alimentation (planification, préparation et alimentation) vont être inhibées en grande partie en raison des difficultés et angoisses engendrées lors de leur réalisation.

De plus, le domaine des loisirs est le domaine le plus délaissé par les personnes souffrant d'anorexie mentale. En effet, il est rapporté que de nombreux patients cessent leurs activités

bien que les activités de loisirs étaient significatives pour eux auparavant. Les clients étant préoccupés par la productivité et les obsessions liées à l'anorexie mentale, ne participent plus aux loisirs ni même aux moments de repos et de détente.

Certains mentionnent que les loisirs peuvent être supprimés dans le but de limiter les tentations (de nourriture) présentes lors des activités en question. La suppression de nombreuses activités de loisir est responsable d'un isolement social. Les activités créatives peuvent également être bannies par peur de ne pas faire assez bien. En effet l'anorexie mentale accentue un trait perfectionniste chez de nombreux patients.

A l'inverse des deux domaines précédents, le domaine des soins personnels est un domaine très variable pouvant aller d'un extrême à l'autre. En effet, certaines personnes vont surinvestir cette sphère avec une obsession pour leur apparence et à contrario, d'autres vont complètement la délaisser par rejet de leur allure ou par un manque de motivation. De plus certaines limitations physiques comme la perte ou la faiblesse musculaire peuvent compromettre davantage les activités liées aux soins.

2.2.3 L'engagement occupationnel de la personne anorexique

Comme nous venons de le voir, l'anorexie mentale bouscule l'équilibre occupationnel de la personne mais a également de fortes répercussions sur l'engagement occupationnel. Ce dernier qui fait donc référence à la participation et à l'implication tant psychologique que physique de la personne dans une activité qui a du sens pour elle, est influencé par de nombreux facteurs comme le contexte socio-culturel dans lequel est réalisé l'occupation, le sens donné à celle-ci ainsi que la temporalité.

Dans son travail de recherche, Godfrey souligne que les participants estimaient que l'engagement occupationnel était affecté par l'anorexie mentale par une motivation modifiée, des capacités physiques limitées ainsi qu'une image corporelle perturbée (Godfrey, 2013). En effet, dans le concept d'engagement, rentre en compte la notion de motivation. Cette dernière peut être définie comme un « élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins » (Mignet, 2015) ou bien comme le décrit Fenouillet en 2012 « une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminantes internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, ainsi que la persistance et l'intensité du comportement et de l'action. » (Cité par Boyer, 2015)

Dans son article, Godfrey met également en avant les difficultés que rencontrent les ergothérapeutes à faire participer des personnes anorexiques aux ateliers ergothérapeutiques pour diverses raisons ; parmi lesquelles la difficulté à se mêler à un groupe, les limitations physiques et cognitives et enfin l'absence d'intérêt ou de motivation pour les activités proposées (Godfrey, 2013).

Il semble alors nécessaire de prendre le critère de motivation en compte dans le parcours de la personne anorexique puisqu'il est souligné que l'absence de motivation est une difficulté importante dans la prise en soin de cette population et également que « le travail sur la motivation pourrait être fonctionnel et probablement efficace dans la prise en charge de pathologies pour lesquelles l'action thérapeutique doit viser un changement de comportement » (Boyer, 2015). De plus, Boyer appuie sur le fait que désormais de nombreuses techniques dites « motivationnelles » sont utilisées dans les différents domaines de médecine « où l'acquisition par le patient d'un haut niveau de motivation au traitement est indispensable au succès thérapeutique, et où le changement de comportement dans les habitudes de vie sont déterminants pour l'amélioration du patient, voire sa survie » (Boyer, 2015).

Cela met en lumière l'importance de travailler autour d'activités signifiantes et significatives pour la personne dans le but de favoriser son engagement dans son projet de soin. Les activités signifiantes peuvent être définies comme des activités ayant un sens psychoaffectif spécifique tandis que les activités significatives sont des activités qui répondent à des attentes, des exigences ou même des obligations au vue de la vie sociale et collective. Ainsi, une activité peut être à la fois signifiante et significative si elle répond à un désir personnel avec un objectif collectif et réciproquement.

En effet, « la croyance fondamentale de l'ergothérapie est que l'engagement dans une occupation significative est fondamental pour surmonter les effets des problèmes de santé mentale (Mee et Sumison 2001). » [Traduction libre] (Cité par Gardiner et Brown, 2010).

Afin de définir avec le client ses activités signifiantes et significatives, il est nécessaire d'adopter une posture client-centré. Cette dernière permet de rendre le client acteur de sa prise en soin et de lui concéder un rôle actif dans la résolution de problèmes et ce grâce à une relation de confiance thérapeute-client. « La pratique centrée sur le client fait appel à des approches fondées sur la collaboration qui visent la promotion de l'occupation chez le client qui peut-être une personne, un organisme, le gouvernement, une association ou autre. L'ergothérapeute démontre du respect envers le client et l'invite à participer à la prise de décision. Il revendique

les droits du client dans le but de répondre à ses besoins et il met en valeur l'expérience et les connaissances du client. » (Cité dans Polatajko et Madich, 2017).

Pour permettre de garder cette vision client-centrée il est essentiel d'utiliser des approches dites « top-down ». En effet, ces approches plus récentes que les approches « bottom-up », sont centrées sur les habiletés dont la personne a besoin et souhaite accomplir afin d'améliorer son rendement occupationnel et non sur le développement humain et la déficience. Parmi les approches « top-down », nous retrouvons l'approche CO-OP que nous allons à présent développer.

2.3 CO-OP et l'anorexie mentale

L'approche CO-OP (Cognitive Orientation of daily Occupational Performance) s'appuie sur des modèles conceptuels : un modèle interprofessionnel, la CIF et un modèle spécifique à l'ergothérapie, la MCREO que nous développerons davantage.

2.3.1 La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

La terminologie de CO-OP s'appuie sur la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). L'intervention CO-OP se situe au niveau des interactions entre l'activité et la participation en intégrant les facteurs environnementaux et personnels de la personne. « La reconnaissance de l'importance de l'interaction entre l'enfant [la personne] et son environnement, et l'impact de cette dernière sur une participation réussie est au cœur même de l'approche CO-OP dans son intégralité. » (Polatajko et Mandich, 2017)

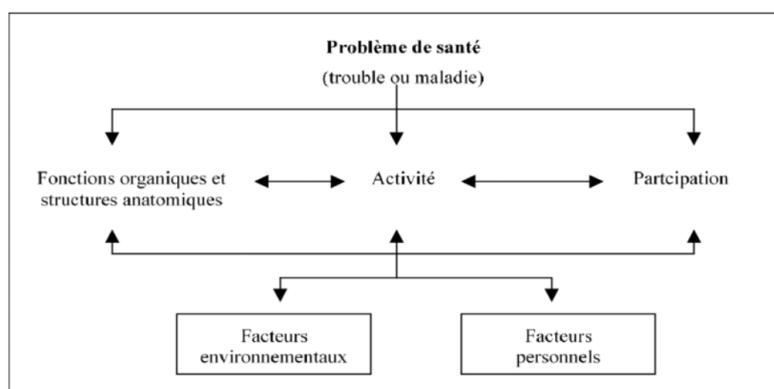


Figure 1 : Le modèle La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé issue de (Morel-Bracq, 2017)

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

L'approche CO-OP découle du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes.

En plaçant la personne au centre du modèle, il permet à l'ergothérapeute de définir ses objectifs de traitement et de faire une évaluation de l'évolution de la performance et de la satisfaction occupationnelle du patient. Le MCREO met en lumière les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé.

Les occupations sont classées en trois grandes catégories qui sont les soins personnels, les loisirs et la productivité. Différentes dimensions définissent la personne ; il s'agit des dimensions affective, physique, cognitive et spirituelle. L'environnement peut être divisé en un environnement physique, social, culturel ou encore institutionnel.

La personne, les occupations et l'environnement sont donc des éléments qui interagissent entre eux pour établir le rendement. Ainsi, tout changement dans une des catégories influence les autres et impacte le rendement.

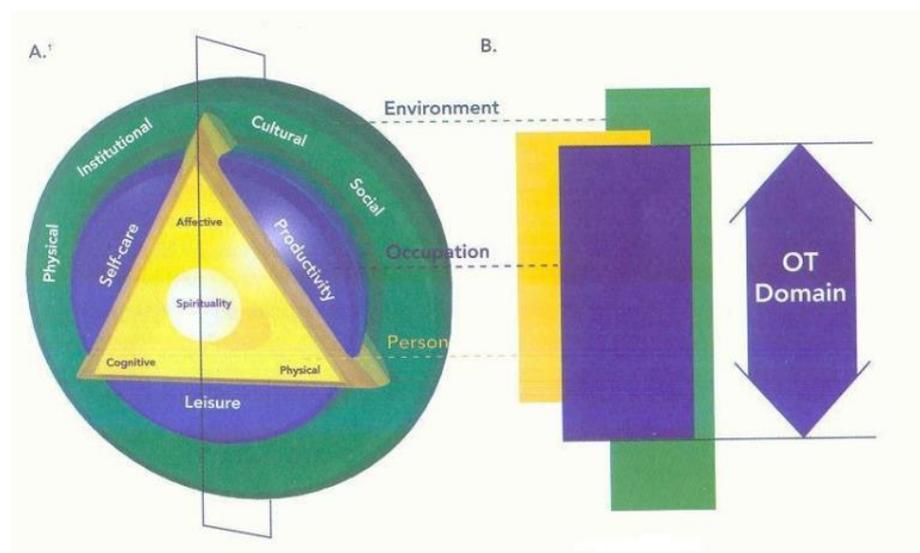


Figure 2 : Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels issue de (A. E. Townsend & Polatajko, 2013)

Ce modèle peut s'utiliser avec tout type de personnes ou groupe de personnes qui rencontrent des difficultés occupationnelles. Il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec le client, relation dite horizontale favorisant la collaboration ergothérapeute-client afin de faciliter la prise de décision du client vis-à-vis de ses propres problématiques occupationnelles.

« L'évaluation des résultats est subjective et se fonde sur la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO), prenant en compte l'évaluation et la réévaluation subjective de la performance et de la satisfaction du client dans les occupations qui sont importantes pour lui. » (Morel-Bracq, 2017)

Ainsi, le rendement et l'engagement sont deux concepts clés de ce modèle. Nous avons vu précédemment ce qu'était l'engagement. Le rendement occupationnel quant à lui évoque « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté » (CAOT, 1997 à 2002) (Cité dans E.Townsend et H.Polatajko, 2013).

Afin que le client surmonte ses difficultés occupationnelles et retrouve un équilibre occupationnel conduisant à la santé et au bien-être, l'ergothérapeute œuvre avec ce dernier en s'appuyant sur ses ressources personnelles et environnementales.

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la personne atteinte d'anorexie mentale dans ses activités quotidiennes, pour retrouver un équilibre occupationnel ?

2.3.3 L'approche et la méthode CO-OP

L'approche CO-OP est une approche et une méthode mise en place dans les années 2000 par les ergothérapeutes canadiennes Mandich et Polatajko.

C'est une approche dite « top-down » c'est à dire orientée sur l'activité. De plus, elle est centrée sur le client avec une vision hautement individualisée et un réel partenariat collaboratif entre le thérapeute et le client. « Les interactions sont structurées de manière à favoriser le plus d'autonomie, de responsabilisation, de choix et de contrôle que le client est en mesure d'assumer et de gérer » (Polatajko et Mandich, 2017). Cette notion de client-centré est une partie intégrante de CO-OP.

Cette approche tient une place importante et a depuis longtemps fait l'objet de données probantes (Cf. Annexe II). Développée à l'origine pour les enfants présentant un trouble développemental de la coordination, elle est aujourd'hui utilisée auprès de nombreuses populations. En effet, elle est validée auprès des enfants Dys, TDC, autistes, chez les adultes traumatisés crâniens ou ayant eu un AVC mais également chez les personnes âgées en début de démence. Désormais, elle tend à être généralisée à de nouvelles populations.

Le but ultime de l'approche CO-OP est d'habiliter le client qui expérimente des enjeux occupationnels à acquérir les habiletés et les stratégies nécessaires pour le rendre apte à accomplir ses activités et ainsi optimiser sa participation dans sa vie quotidienne (Polatajko et Mandich, 2017). CO-OP est une approche de résolution de problèmes qui habilite le client à acquérir des habiletés par l'utilisation de stratégies cognitives et par la découverte guidée.

Les prérequis de CO-OP

La mise en place de CO-OP demande un certain nombre de prérequis chez les différents acteurs à savoir l'apprenant, le thérapeute et l'entourage. L'apprenant doit être doté d'habiletés de communication et de capacités cognitives suffisantes. En effet, CO-OP s'appuie sur les habiletés cognitives de la personne et s'effectue au travers de nombreux échanges entre le thérapeute et la personne.

Au niveau de l'entourage, pour s'assurer que l'approche soit mise en œuvre au-delà du contexte de l'intervention, il est nécessaire que l'entourage s'engage pleinement dans l'approche et qu'il ait la volonté d'apprendre dans le but d'accompagner la personne à développer ses stratégies, à les transférer et les généraliser dans la vie quotidienne. Il sera ainsi demandé aux personnes significatives d'assister au processus CO-OP sur plusieurs séances pour se familiariser avec cette approche.

Enfin, le thérapeute se doit d'adopter une philosophie centrée sur le client afin de créer une relation de partenariat avec cette personne. Il devra posséder les habiletés d'analyse d'une activité avec la compréhension des différentes incapacités et être expérimenté dans l'administration de la MCRO. Il est nécessaire que le thérapeute acquière des capacités de communication efficace, de gestion des comportements des clients ainsi qu'une connaissance approfondie des théories et des principes d'apprentissage.

Les objectifs de CO-OP

Les 4 objectifs de CO-OP sont l'acquisition d'habiletés, l'utilisation de stratégies, la généralisation et le transfert.

L'acquisition d'habiletés est l'objectif principal de CO-OP. Dans cette approche, la personne apprend à réaliser 3 habiletés précises qui appartiennent à son quotidien, qui lui sont nécessaires, qu'elle souhaite faire ou qui sont attendues d'elle. Ces habiletés sont déterminées par la personne elle-même. Afin de parvenir à acquérir ces habiletés il est nécessaire d'enseigner à l'apprenant l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes. Enfin, dans le but de pérenniser ses apprentissages, les deux derniers objectifs sont la généralisation et le transfert. « La généralisation des apprentissages se réfère à la mesure selon laquelle une habileté spécifique – apprise dans un contexte tout aussi spécifique – peut être exécutée dans un autre contexte tandis que le transfert des apprentissages renvoie à la mesure selon laquelle l'apprentissage d'une habileté influence l'apprentissage d'une autre habileté. » (Polatajko et Mandich, 2017)

« La généralisation et le transfert permettent à l'enfant de puiser dans ses expériences antérieures pour exécuter la même habileté ou une habileté similaire, dans un autre contexte. » (Polatajko et Mandich, 2017)

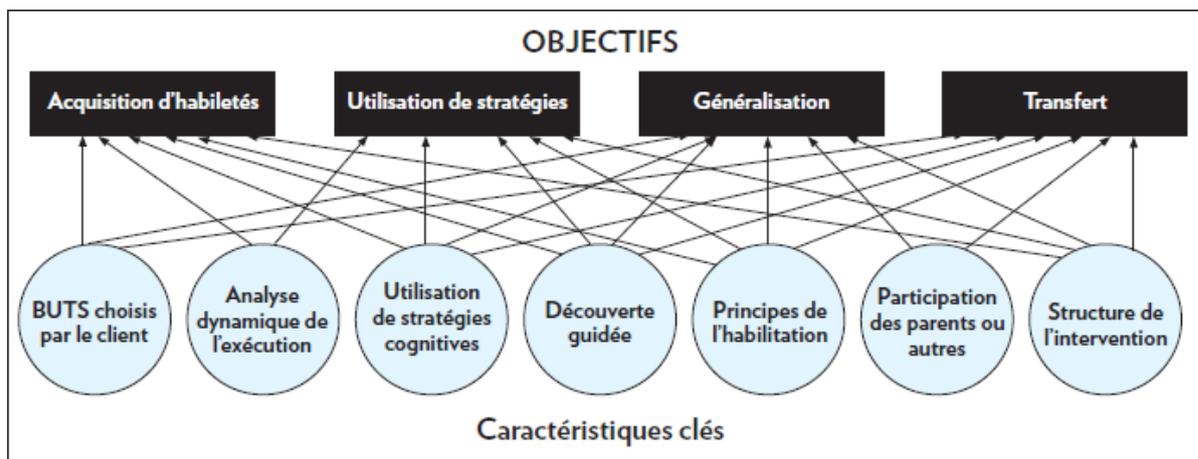


Figure 3 : Les caractéristiques clés de CO-OP issue de (Polatajko et Mandich, 2017)

Les éléments clés de CO-OP

On retrouve ainsi 7 composantes : chacune des caractéristiques favorise un des objectifs de CO-OP et est donc primordiale pour l'efficacité de cette approche.

- Les buts choisis par le client
- L'analyse dynamique de Performance
- L'utilisation de stratégies cognitives
- La découverte guidée
- Les principes de l'habilitation
- L'implication des parents et des autres personnes significantes
- La structure de l'intervention

A présent, nous allons détailler ces différentes composantes :

Les buts choisis par le client :

« CO-OP est une approche fondée sur les apprentissages qui demande à l'enfant [client] son engagement et sa motivation. Il est démontré que la motivation augmente lorsque l'exécution d'une tâche possède un but et une signifiante (Triombly, 1995) (cité par Polatajko et Mandich, 2017), et que lorsque la tâche devient extrêmement exigeante la motivation influence l'acquisition, le rendement et la volonté de continuer. Nous avons pu mettre en avant précédemment l'importance de travailler sur des activités significantes et l'impact sur l'engagement et la motivation.

Une approche centrée sur le client facilite l'identification des tâches qui ont une finalité et une signifiante et qui sont désirées par la personne. C'est en conversant avec le client et grâce à des outils (MCRO, OT'HOPE, etc) que l'on va déterminer les trois habiletés à acquérir (buts occupationnels). Les buts ne vont pas être seulement en fonction des envies du client mais aussi de ses besoins (activités significantes et significatives).

Nous établissons par la suite le rendement initial de chaque activité grâce à l'outil PQRS (Performance Quality Rating Scale). En effet cet outil permet de mesurer rapidement et objectivement la qualité de la réalisation d'une tâche à partir de l'observation dans le but de déterminer le niveau de départ de la personne.

L'analyse dynamique de performance (ADP) :

Le rendement occupationnel dans CO-OP : c'est sa modalité principale et son but ultime. L'analyse dynamique de performance, « l'ADE [ADP] est un outil CO-OP développé

pour évaluer le rendement réel et pour identifier les sources des points d'échec chez la personne, dans l'occupation et dans l'environnement. » (Polatajko et Mandich, 2017). Elle prend également en compte la motivation de la personne, ce qui comme nous l'avons vu précédemment est essentiel pour l'adhésion et donc l'engagement du client dans la prise en soin. L'ADP permet également au thérapeute de s'assurer des connaissances de base du client sur l'activité.

L'utilisation de stratégies cognitives :

Le client doit être un utilisateur de stratégies. Il y a une stratégie générale : BUT PLAN FAIRE VERIFIER (BPFV) et des stratégies spécifiques (ex : Mnémonique motrice, scripte verbale, sentir le mouvement, etc.). Cette stratégie BPFV, centrale dans la méthode, permet également l'autonomisation de la personne en plus de la métacognition.

La découverte guidée :

C'est la façon dont on va accompagner la personne dans un processus de découverte de stratégies lui permettant d'acquérir les habiletés recherchées. C'est un curseur qui se déplace entre l'instruction explicite (dire à la personne ce qu'elle doit faire) et la découverte pure (la personne apprend seule).

Les principes de l'habilitation

Ces principes sont : avoir du plaisir, favoriser l'apprentissage et préparer le succès, viser l'autonomie et enfin favoriser la généralisation et le transfert. L'ergothérapeute a pour objectif principal de rendre possible au client d'accomplir les occupations qu'il doit, souhaite ou veut réaliser seul dans son environnement.

« Nous pouvons alors considérer que l'ergothérapeute cherche à la fois :

- L'acquisition des habiletés à l'origine de la situation de handicap de la personne ;
- Mais également que la personne soit capable de transférer et de généraliser ses acquis en dehors de l'accompagnement par le professionnel. » (Rouault, 2018)

L'implication des parents et des autres personnes significantes :

CO-OP prend en compte l'entourage proche, les personnes significantes pour le client. Ce point est intéressant pour les personnes souffrant d'anorexie mentale afin de maintenir, généraliser et transférer les acquis de l'accompagnement, de la thérapie, à domicile.

La structure de l'intervention :

L'intervention CO-OP est structurée avec deux séances par semaine d'une durée de cinquante minutes chacune sur une période de dix semaines. Deux objectifs, dans la mesure du possible, sont travaillés par séance.

Après avoir défini l'anorexie mentale ainsi que le concept d'équilibre occupationnel et enfin présenté la méthode CO-OP, nous pouvons à présent formuler la problématique de ce mémoire d'initiation à la recherche :

Comment l'intervention CO-OP peut-elle influencer l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'anorexie mentale ?

3 Méthode de recherche

L'objectif de cette partie est de développer la démarche de recherche choisie, à savoir le focus groupe, afin de répondre à la problématique ci-dessus.

Le focus groupe est une méthode qualitative qui « met l'accent sur l'expérience des participants, mais surtout sur les échanges entre eux afin d'explorer différentes facettes d'une thématique. Il s'agit de rassembler des personnes qui ont des caractéristiques communes dans un même lieu et de stimuler la discussion à l'aide de questions ouvertes posées par un modérateur. Le focus groupe est un espace de parole, qui devient un milieu permissif où chacun s'exprime librement sur la thématique proposée. » (Tétreault, 2014)

Il ne recherche pas de consensus mais simplement le recueil d'opinions des différents participants sur une thématique. Ainsi il doit être réalisé en groupe restreint (4 à 10 personnes) afin de permettre aux participants de s'exprimer facilement.

Les étapes du focus groupe sont les suivantes :

- Définir l'objectif et élaborer le guide d'entretien
- Identifier et solliciter les participants
- Réaliser la rencontre et recueillir les données
- Analyser les données et produire le rapport.

3.1 Réalisation du focus groupe

3.1.1 Constitution de l'échantillon

Initialement nous avions prévu de réunir des instructeurs CO-OP et des professionnels exerçant auprès du public anorexique de diverses professions (médecins, ergothérapeutes, psychologues). A la suite de la création de la matrice et de la formulation des questions (Cf. Annexe VI) nous avons décidé de nous recentrer uniquement sur des ergothérapeutes. En effet, le vocabulaire spécifique à l'ergothérapie aurait pu freiner les interactions lors du focus groupe. Ainsi, nos différents critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants :

Critères d'inclusion : définis en fonction des caractéristiques à prendre en compte dans la constitution de l'échantillon

- Ergothérapeutes diplômés d'état

- Ergothérapeutes travaillant auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale et/ou étant instructeur CO-OP.

Critères d'exclusion : définis en fonction des caractéristiques à rejeter dans la constitution de l'échantillon

- Autres professionnels non-ergothérapeutes
- Ergothérapeutes ne travaillant pas auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale et/ou n'étant pas instructeur CO-OP.

Afin de constituer l'échantillon d'ergothérapeutes, je me suis appuyée sur différents réseaux professionnels, tels que les réseaux de l'IFE et de ma maître de mémoire. Je me suis également dirigée vers les réseaux sociaux (groupes dédiés à l'ergothérapie) où j'ai publié des messages stipulant l'objet de mon mémoire et de mes recherches.

Une fois les contacts recueillis via ces réseaux, les différents ergothérapeutes ont été sollicités par mail. Lors du premier mail destiné au recrutement (Cf. Annexe III), le déroulement de l'étude a été décrit brièvement. L'objet de notre recherche a été exposé dans le cadre de mon mémoire puis l'accord de participation a été demandé. Dans un second temps un Framadate (outil de création de sondages et de planification de rendez-vous) leur a été proposé afin de convenir d'une date pour la réalisation du focus groupe (Cf. Annexe IV). Celui-ci sera organisé en visioconférence afin de respecter les consignes sanitaires liées au COVID-19.

Enfin dans le but de ne pas influencer la spontanéité de l'échange, la problématique et les questions du focus groupe n'ont pas été dévoilées dans les différents mails avant le jour J.

3.1.2 Présentation des variables de l'échantillon

Finalement, 4 ergothérapeutes sur les 8 initialement contactés sont présents au focus groupe.

Les différentes informations d'ordre général, représentant l'identité et la pratique des différents ergothérapeutes interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Ergothérapeute 1 (P.)	Ergothérapeute 2 (M.)	Ergothérapeute 3 (A.)	Ergothérapeute 4 (C.)
Sexe	Femme	Femme	Femme	Femme
Année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute	1992	1983	2016	1990
Nombre d'années d'expérience auprès du public anorexique	7	38	0	0
Structure(s) d'exercice	Hôpital de Jour Adolescents en pédiatrie CHU	Service intra-hospitalier	Libéral	Hôpital Public
Populations / pathologies rencontrées	Adolescents de 11 à 16 ans, Troubles des conduites alimentaires, maladies chroniques, troubles somatomorphes, (toute pathologie somatique couplée à une difficulté psychologique)	Dépressions, anorexie, alcoolisme, psychoses, schizophrénie	Pédiatrie, TND, maladie génétiques	Neuropédiatrie
Approches utilisées	Psychodynamique, médiations d'expression et corporelle	Approche psychodynamique, thérapie corporelle, jeux thérapeutique, créativité	CO-OP, compensation par outil informatique, rééducation du graphisme	Approches Top-down, client-centré
Année de formation CO-OP	Non formée	Non formé	2016	2014

3.1.3 Considérations éthiques

Les ergothérapeutes présentes sont informées de l'objectif de ce focus groupe et de la publication de leurs réponses dans le cadre de mon travail de recherche. De plus, les différents participants ont pu signer une attestation (Cf. Annexe V) qui m'autorise à enregistrer la réunion. Je m'engage, dans cet écrit, à garantir l'anonymat des différents participants et à garder la confidentialité de certaines informations.

3.1.4 Anticipation des biais dus à la méthodologie choisie

La méthode utilisée, le focus groupe, peut induire des biais qu'il faut identifier en amont dans le but de les atténuer, à défaut de pouvoir les supprimer.

Le premier biais pourrait passer par la formulation des questions, pouvant conduire à une mauvaise interprétation ou encore à ne pas amener la discussion dans la direction souhaitée. En effet les questions sont ouvertes et larges pour que les participants aient une liberté dans les réponses et que l'échange soit facilité. Afin de limiter ce premier biais, nous avons dans un premier temps présenté les différentes questions à des ergothérapeutes ainsi qu'à des étudiants de troisième année d'ergothérapie afin qu'ils nous donnent leur point de vue sur la pertinence des questions. Dans un deuxième temps, nous avons également prévues des questions de relances pour éviter une trop grande déviation et permettre une reformulation des questions en cas de non-compréhension.

Les participants peuvent également ne pas adhérer à la réflexion sur la méthode CO-OP où ne pas voir l'intérêt qu'il peut y avoir à la mettre en place chez le public anorexique. Afin d'éviter ce biais, les participants seront invités à lire des articles sur les différents thèmes du focus groupe pour permettre de mener une réflexion individuelle avant l'échange collectif. Ces articles permettront de mieux cerner l'intérêt que peut avoir cette méthode pour les personnes souffrant d'anorexie.

3.2 Analyse des résultats de l'étude

L'analyse se fait à partir de la retranscription de l'enregistrement vocal (Cf. Annexe IX). Nous avons réalisé une analyse qualitative ainsi qu'une analyse quantitative afin de révéler les termes employés par les ergothérapeutes et leurs fréquences lors du focus groupe. Pour cela nous nous sommes servis du logiciel IRaMuTeQ® qui s'appuie sur des logiciels statistiques

comme R et sur le langage python. Cependant, les notions intéressantes abordées tout au long du focus groupe sont sous formes « d'idées », de « réflexions » et peu sur les mots redondants, donc nous nous appuyerons majoritairement sur l'analyse qualitative de la retranscription.

Pour ce qui est de l'analyse qualitative, qui n'est pas explicitée dans le livre de S. Tétreault, nous décidons d'analyser le verbatim (Cf. Annexe IX) par catégorie de thèmes en nous appuyant sur la méthode flottante (Bardin, 2013). La réalisation du focus groupe a pu faire émerger des thèmes différents et/ou complémentaires de ceux choisis ou évoqués par les questions. Ainsi, les trois thèmes sélectionnés pour l'analyse sont les suivants :

- L'influence de CO-OP sur l'équilibre occupationnel
- L'évolution de l'ergothérapie et de ses pratiques : un changement de paradigme
- CO-OP et l'anorexie mentale.

3.2.1 *L'influence de CO-OP sur l'équilibre occupationnel*

La première question du focus groupe portait sur l'influence de CO-OP sur l'équilibre occupationnel d'une personne ; comment selon vous, la méthode CO-OP peut-elle contribuer à l'amélioration de l'équilibre occupationnel ?

Pour aborder cette notion d'équilibre occupationnel, celle-ci a d'abord été mise au clair avec les différentes ergothérapeutes. En effet, nous avons bien précisé qu'il prenait en compte la satisfaction de la personne concernant la répartition de ses activités.

Une première ergothérapeute a mis en avant que CO-OP peut favoriser l'équilibre occupationnel à partir du moment où elle va favoriser la performance occupationnelle. En effet, elle mentionne que *« si une personne n'est pas, ne réalise pas ses activités de façon satisfaisante pour elle, elle ne va pas s'y engager plus que ça. Et comme CO-OP peut améliorer la performance occupationnelle, elle va par voie de conséquence pouvoir améliorer l'équilibre occupationnel. »* (l.24-27)

De plus, elle ajoute à cette idée d'engagement et donc de performance occupationnelle que CO-OP va favoriser l'équilibre occupationnel par le fait que les objectifs sont choisis par la personne elle-même.

« Comme CO-OP part des objectifs choisis par la personne, ça peut aussi à mon sens favoriser cet équilibre puisque par l'entretien de base on va pouvoir délimiter, voir ou sont les difficultés

dans les occupations de la personne, dans l'équilibre occupationnel et peut être pouvoir favoriser l'engagement de la personne dans ses activités moins investies. » (l.27-31)

Ensuite, pour des personnes qui présentent des défauts d'engagement, CO-OP peut être utilisée et alors le concept d'équilibre occupationnel est sous-tendu puisque finalement le fait de s'engager à nouveau dans ses activités bouscule l'équilibre occupationnel de la personne.

En revanche, C. a rappelé que l'équilibre occupationnel n'était pas l'objectif premier de CO-OP puisque que c'était avant tout de développer les habiletés des personnes grâce à la découverte guidée et aux différentes stratégies à travers un processus de résolution de problèmes mais qu'elle était en accord avec le fait que ça puisse le favoriser tout de même. Elle a ajouté à cette notion qu'il fallait y être vigilant, être en alerte par rapport à l'équilibre occupationnel. Il était nécessaire de vérifier que le client aille bien chercher ses difficultés et non des domaines où il recherche simplement l'amélioration de sa performance. Elle insiste ainsi sur le rôle du thérapeute à négocier, à faire le point. L'idée de questionner les proches aidants afin d'interroger davantage sur les difficultés rencontrées par le client a alors été mentionnée.

M. a alors transposé ces réflexions à la santé mentale et à la difficulté rencontrée par les personnes d'identifier leurs problématiques ou tout simplement de trouver leurs activités et elle inclut également les personnes qui auraient perdu toutes activités. Elle voit ainsi CO-OP comme un atout pour aider ces personnes-là. *« CO-OP, j'entends bien que c'est quelque chose autour de la résolution de problème, autour du cognitif, de la compréhension de certaines choses, donc je me dis comme ça vue de loin ça peut être potentiellement aider les gens à réfléchir sur le pourquoi ils ne s'engagent pas dans certaines occupations »*

Il est également ressorti que CO-OP pouvait aussi permettre à la personne d'être en réassurance et en réussite sur des activités plus facilement réalisables pour ensuite aller sur des occupations plus problématiques.

Ensuite, la discussion sur le concept d'équilibre occupationnel a fait émerger plusieurs réflexions. En effet, la notion d'équilibre occupationnel est en lien avec la satisfaction de la personne, mais jusqu'à quelle limite ?

Une ergothérapeute mentionne qu'en effet l'équilibre occupationnel est défini par la personne selon la notion de satisfaction et d'importance mais que parfois ce même équilibre, satisfaisant pour la personne limite également sa participation au sein de la société et de la communauté dans laquelle elle vit. Et elle ajoute également que même si « *ils sont bien comme ça, ils ne sont pas seuls, ils sont dans une société, on a des rôles à tenir, a minima, car on voit bien que ça peut entraîner une exclusion, un repli sur soi et générer de la souffrance derrière finalement.* »

Enfin, elle conclut en disant que la limite se situe dans la restriction de participation. S'il y a une restriction de participation alors il y a un problème avec l'équilibre occupationnel bien que la personne puisse en être satisfaite.

3.2.2 *Un changement de paradigme*

Le second axe de réflexion questionne les moyens et ressources utilisés aujourd'hui pour rétablir l'équilibre occupationnel des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Très rapidement dans l'échange, nous avons pu apercevoir l'écart de visions entre les différentes personnes présentes. En effet, les ergothérapeutes travaillant avec les personnes souffrant d'anorexie mentale nous ont présenté leur méthode de travail avec une approche psychodynamique.

Ainsi, elles ne prennent pas du tout en compte l'équilibre occupationnel de leurs clients. Elles passent alors par la créativité, la thérapie médiatisée pour faciliter l'expression et agir sur l'espace intrapsychique de la personne. Elles sont conscientes du déséquilibre occupationnel présent chez la personne anorexique avec notamment le surinvestissement de la sphère de productivité mais ne travaillent pas sur cette partie-là. De plus, elles n'agissent pas sur l'environnement de la personne.

« C'est vraiment une autre lecture, je ne travaille pas du tout sur l'environnement, voilà la médiation vient comme moyen d'expression, comme moyen de retrouver du plaisir, de prendre soin de soi » (l.191-193)

Elles sont pour autant obligées de constater que ces approches tendent à diminuer de plus en plus pour être remplacées par des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC). En effet, la société évoluant, les approches psychodynamiques sont de moins en moins pratiquées par les équipes soignantes et notamment les dernières générations de médecins,

pédiatres etc. Ces derniers ont une préférence pour les nouvelles thérapies, plus courtes, centrées sur les concepts de cognition incluant les théories de l'apprentissage ainsi que sur le comportement, avec une vision plus en surface.

La question de la recherche a alors émergé pour savoir où en étaient les études sur l'impact de ces nouvelles pratiques sur l'anorexie mentale. On ne peut que constater le peu de recherches sur cette pathologie avec un manque crucial d'écrits et d'études. Les ergothérapeutes notent tout de même que les différentes thérapies fonctionnent à court et moyen terme mais elles émettent l'hypothèse que sur le long terme l'approche psychodynamique aurait plus de résultats.

3.2.3 CO-OP, un vecteur favorisant le changement ?

En effet, CO-OP faisant partie des approches top-down, client-centrées et basées sur les théories de l'apprentissage est en phase avec l'arrivée des TCC. Cependant, est ce que cette méthode peut être pertinente dans la prise en soin de la population anorexique et à quel moment ?

Lors du focus groupe, l'idée de temporalité est apparue à de nombreuses reprises. Pour une des ergothérapeutes, CO-OP serait intéressante en deuxième intention, une fois que les clients ont passé l'acceptation de leur maladie avec la fin du déni et que leurs batailles avec leurs obsessions ont diminué. CO-OP interviendrait ainsi plus dans une phase de réelle rééducation.

« Je pense que c'est une méthode qui a vraiment toute sa place mais dans un second temps auprès de cette population. » (l.210-212)

Outre l'idée de temporalité, la notion de prise en soin personnalisée a également été mise en évidence. Effectivement, plusieurs ergothérapeutes ont appuyé sur le fait que cette méthode ne pouvait correspondre à toutes les personnes. Elles ont alors mentionné l'importance de l'entretien de départ pour déceler la pertinence d'utiliser cette méthode d'intervention pour le client en question.

« Je pense qu'il y a des jeunes filles anorexiques qui n'ont absolument pas de capacités d'introspection et qui dans ce cas-là si on va dans le comportemental et bah CO-OP ça ira très bien » (l.379-381)

« La, peut-être qu'il y aurait une ouverture, c'est possible, je n'en sais rien, mais j'entends bien ce que vous dites par rapport au corps et dans cet hyper-contrôle qu'elles ont et le cognitif sur lequel elles vont s'appuyer éventuellement hypertrophié au détriment du sensoriel, des ressentis, des aspects émotionnels et tout ça, mais voilà là je me dis tiens y aurait des choses à bosser sur justement comment je m'introspecte, comment je fonctionne et comment je pourrais trouver quelque chose qui permette, à partir du moment où le problème il est identifié bien évidemment [...] Mais peut être que, à un moment donné dans le soin, dans le parcours de soins, c'est quelque chose qui pourrait être proposé. » (l.287-295)

« C'est un outil dont on peut se servir à un moment donné pour une intervention ciblée mais encore une fois en fonction des besoins de la personne, dans son environnement. Ce n'est pas systématique en tout cas. » (l.727-730)

Une des participantes aborde également la nécessité de répondre aux différents prérequis de CO-OP que ce soit pour le thérapeute ou le client. De plus, l'adhésion de la personne est également mise en avant. En effet, il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance soignant-soigné dans le but d'obtenir une relation horizontale et ainsi rendre le client acteur de sa prise en soin.

« Mettre en œuvre la personne, qu'elle soit actrice, car c'est ça CO-OP, la personne elle est actrice de sa résolution de problème, des stratégies qu'elle va mettre en œuvre pour arriver à son objectif. » (l.249-251)

De plus, de nombreux liens ont pu être établis tout au long de l'échange entre des caractéristiques de CO-OP et la pratique actuelle des ergothérapeutes exerçant auprès du public anorexique. En effet, malgré qu'elles utilisent une approche psychodynamique, nous retrouvons des similitudes telles que l'utilisation d'une structure d'intervention, la notion d'apprentissage, etc. D'ailleurs cette notion a suscité de nombreux échanges et on peut s'apercevoir grâce à l'analyse quantitative (Cf. Annexe VIII) que les termes « cognitif » et « apprendre » sont très présents dans la discussion.

En effet, apprendre ça peut aussi bien être apprendre du contenu qu'apprendre une habileté. Dans CO-OP l'objectif c'est l'acquisition d'habiletés. Pour les personnes anorexiques, apprendre est un domaine qu'elles exercent de façon déraisonnable, mais c'est apprendre du contenu. Au travers de CO-OP, le but est de les amener à apprendre différemment, à apprendre autre chose.

Au travers de l'échange, une des ergothérapeutes pratiquant l'approche psychodynamique s'est aperçue de certaines similitudes avec CO-OP ; l'idée d'enseigner l'utilisation d'un outil que le client va pouvoir s'approprier par rapport à une situation. L'idée de transfert, un des quatre objectifs de CO-OP, est également présente puisque l'ergothérapeute mentionne la notion d'apprentissage de l'outil, dispensé sur quelques séances et ayant pour but de rendre le client indépendant avec cet outil lors des séances suivantes.

En revanche, une des participantes reste perplexe concernant l'utilisation de ce type de méthode par rapport au renforcement des mécanismes de défense de ces jeunes au niveau cognitif. Elle craint que le travail cognitif limite la découverte d'autres facettes de ce que les clients pourraient faire ou vivre (sensoriel, plaisir, lâcher prise.)

Une ergothérapeute rebondit alors en émettant l'idée qu'une approche top-down pourrait être utile auprès de ce public, sans forcément penser à CO-OP. Mais pour elle, il est nécessaire d'avoir une vision centrée sur la personne, ses besoins et son environnement pour lui permettre ses activités et ainsi avoir une meilleure qualité de vie. Elle fait également référence au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) afin de prendre la personne dans son être avec la notion d'agir, de capacités, de volition et autres.

3.2.4 Les limites du focus groupe

L'une des difficultés de la technique a été de constituer l'échantillon d'experts à interroger. En effet, malgré la naissance de l'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale, cette discipline dans ce domaine est encore peu développée et encore moins auprès du public anorexique. Il a donc été difficile d'obtenir des contacts d'ergothérapeutes exerçant auprès de cette population.

De plus, comme nous le montre le tableau qui recense les différents profils des ergothérapeutes présents au focus groupe (dans la partie « 3.1.2 Présentation des variables de l'échantillon »), l'échantillon de participants était très hétérogène. En effet, du fait de leurs carrières variées et de leurs cursus de formation différents, les ergothérapeutes présentes n'ont pas la même expertise concernant le public anorexique et les modèles ergothérapeutiques.

Nous avons pu ainsi recenser des difficultés de compréhension au niveau du vocabulaire spécifique de l'ergothérapie. En effet, cette profession paramédicale étant sans cesse en évolution, certaines notions ont changé avec le temps.

Ce constat met en évidence l'importance d'une veille professionnelle pour rester en lien avec l'évolution de l'ergothérapie et des nouvelles pratiques liées notamment au développement de la recherche dans le secteur de l'occupation.

Ensuite, certaines limites sont apparues du fait de la réalisation du focus groupe en visio-conférence en raison du contexte sanitaire actuel. Tout d'abord, des difficultés de qualité audio ont entravé certains échanges et ont nécessité la reformulation de propos, impactant la spontanéité du discours. De plus, certaines participantes n'ont pu activer leur caméra. Ce manque d'échange visuel était un réel frein à la compréhension déjà limitée par l'absence de présence physique. En effet, le comportement para-verbal a été amoindri du fait de la réalisation de ce focus groupe à distance.

Concernant les axes d'amélioration du focus groupe, la présence d'une ergothérapeute exerçant auprès du public anorexique et formée aux nouvelles approches telles que les TCC aurait pu être pertinente. Son expertise aurait pu faciliter les échanges entre les ergothérapeutes utilisant une approche psychodynamique et les ergothérapeutes instructeurs CO-OP.

3.3 Discussion

L'objectif de cette étude était de recueillir l'opinion d'experts sur l'utilisation d'une méthode comme CO-OP auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale et de réfléchir à son influence sur l'équilibre occupationnel.

Nous allons à présent mettre en lien les différentes idées obtenues durant le focus groupe avec les concepts de la partie théorique.

D'après la revue de la littérature ainsi que les données transmises par les ergothérapeutes au cours des échanges, nous pouvons mettre en avant le déséquilibre occupationnel présent chez la population anorexique. En effet, les clients pratiquent l'activité physique à outrance, et s'investissent plus que de raison dans les activités scolaires. Ils sont envahis par les activités en lien avec leur pathologie, impactant également leur qualité de vie.

Pour autant ce n'est pas une notion prise en compte directement par les ergothérapeutes présentes. En effet, elles abordent le public anorexique avec une approche psychodynamique, orientée sur les différents conflits psychiques du client. Ainsi, elles passent par différentes méthodes telle que la thérapie médiatisée. Aujourd'hui ces méthodes tendent à diminuer et sont

remplacées dans de nombreuses institutions par les thérapies comportementales et cognitives (TCC). En effet, ces thérapies, plus récentes, centrées sur les personnes sont plus rapides.

Il en résulte donc un changement de paradigme important, en lien avec le développement des recherches sur l'occupation. En effet, l'ergothérapie a beaucoup évolué et de nombreux modèles spécifiques à l'ergothérapie ont émergé. Le MCREO, sur lequel est basé CO-OP fait partie de ces modèles, orienté sur la personne et ses besoins. Cependant, nous connaissons l'importance d'un travail pluridisciplinaire autour de cette population. Par conséquent, il serait pertinent que les professionnels de santé intervenant auprès du public anorexique puissent baser leur pratique sur un modèle commun ; telle que la CIF, modèle transdisciplinaire, également un des fondements de l'approche CO-OP. D'après Morel-Bracq, « il est possible d'utiliser conjointement plusieurs modèles. » (Morel-Bracq, 2015)

Le focus groupe n'a pas pu permettre d'obtenir une réponse claire sur l'utilisation de la méthode CO-OP auprès de la population anorexique. Cependant, il a permis de faire du lien entre CO-OP et l'équilibre occupationnel. Effectivement, les ergothérapeutes ont montré que bien que ça ne soit pas l'objectif premier de cette méthode, elle permettait par l'amélioration de la performance occupationnelle et de l'engagement, concepts clés, de favoriser l'équilibre occupationnel.

Concernant son utilisation auprès du public anorexique, le seul point d'accord entre les participantes était qu'elle ne pouvait pas être utilisée dans la première phase du traitement. Certaines d'entre elles, pensaient qu'une approche top-down aurait son intérêt auprès de cette population, mais n'était pas en mesure de garantir que CO-OP était la méthode à privilégier. Cette difficulté à trancher pour les ergothérapeutes était certainement liée à l'absence de connaissances concernant l'un ou l'autre des domaines à savoir CO-OP ou le public anorexique.

Cependant, nous pouvons déceler dans le discours, de nombreux points communs entre leur pratique, leurs objectifs et ceux de CO-OP. Certains éléments clés ont pu être discutés comme les buts choisis par le client, l'implication des personnes significatives, la structure de l'intervention ainsi que la découverte guidée. En effet, même si cette dernière n'a pas été mentionnée directement, elle a pu être sous-tendue dans certains échanges.

Les difficultés de l'utilisation de CO-OP, abordées au cours de la discussion entre les ergothérapeutes, font pour certaines échos avec la littérature. Tout d'abord, une des ergothérapeutes mentionne la crainte du renforcement de mécanismes de défense par le biais du travail cognitif. Une deuxième difficulté réside dans la capacité pour le public anorexique à

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

Toutefois, nous pouvons rester optimistes quant à l'utilisation des approches top down dans le domaine de la santé mentale et tout particulièrement auprès du public anorexique. L'ergothérapie suit les tendances de la société et s'oriente de plus en plus vers les approches top-down, centrées sur la personne, au détriment des approches psychodynamiques. En effet, il semble de plus en plus évident de placer la personne au cœur de son parcours de soin, de la rendre actrice de son projet, en instaurant une relation de confiance thérapeute-client pour gagner en efficacité dans la thérapie et en liant la méthode utilisée aux objectifs et aux besoins de la personne.

Face à la diversité des clients, de leurs besoins, de leur environnement, de leurs objectifs, ainsi que de leurs méthodes d'apprentissage, l'ergothérapeute doit posséder un large panel de méthodes et visions pour s'adapter et répondre au mieux.

4 Conclusion

Comme nous l'avons vu lors de notre revue de littérature, l'anorexie mentale, maladie multifactorielle, a des répercussions majeures sur les différents domaines occupationnels avec un surinvestissement de la sphère de productivité et à l'inverse une absence importante de loisirs. Ce bouleversement au niveau des occupations entraîne un réel déséquilibre occupationnel chez les clients. De plus, cette pathologie a également des répercussions sur la motivation occupationnelle ainsi que sur l'engagement de la personne.

L'objectif de notre étude a été de déterminer auprès d'experts quel pourrait être l'intérêt de l'utilisation de CO-OP auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, et comment cette méthode pourrait permettre de favoriser l'équilibre occupationnel de ce public.

A la suite du focus groupe réalisé dans cette étude, nous ne pouvons prétendre donner une réponse claire sur l'utilisation de la méthode CO-OP auprès de la population anorexique. Cependant, nous pouvons mettre en avant la transition qui s'opère entre les approches psychodynamiques et les approches, plus récentes, à savoir les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC). Effectivement, la tendance sociétale s'oriente vers des thérapies centrées sur le client afin de le rendre acteur de son projet de soin. La méthode CO-OP répond à cette attente puisque c'est une approche de résolution de problèmes qui habilite le client à acquérir des habiletés par l'utilisation de stratégies cognitives. Elle place le client au cœur de sa prise en soin en s'appuyant sur une relation de confiance entre le thérapeute et le client. Malgré quelques réserves évoquées, elle pourrait s'avérer pertinente dans une seconde phase de la prise en soin de cette population.

Par ailleurs, CO-OP pourrait peut-être venir s'ajouter aux méthodes et outils déjà utilisés en anorexie mentale. En effet, il a été mis en lumière la singularité de la personne et donc l'importance pour l'ergothérapeute d'être force de proposition grâce à un large panel de méthodes afin de s'adapter à la diversité des clients, des besoins et de leurs environnements.

Outre l'absence de réponse claire sur la pertinence de cette approche auprès du public anorexique, cette étude met en avant une nouvelle vision de notre profession basée sur des modèles conceptuels et appliqués en ergothérapie pour promouvoir les approches top-down, centrées sur les habiletés dont la personne a besoin et/ou qu'elle souhaite acquérir afin d'améliorer son rendement occupationnel. Ainsi, les approches et outils occupationnels centrés

sur la personne et ses besoins, en incluant son environnement, pourraient peut-être s'avérer pertinents dans la prise en soin de cette pathologie.

Il serait intéressant de continuer les recherches, de recueillir des informations complémentaires sur l'utilisation des différentes méthodes et modèles (Psychodynamique, TCC) auprès d'un nombre plus important d'ergothérapeutes exerçant auprès du public anorexique. En effet, le domaine de la santé mentale, mais principalement le secteur de l'anorexie manque de recherches. Effectivement, il semblerait qu'aucune étude n'ait été réalisée autour de l'utilisation de l'approche et de la méthode CO-OP auprès des personnes souffrants d'anorexie mentale. Il nous paraîtrait judicieux d'approfondir l'utilisation des approches top-down et client centré auprès de la population anorexique en France.

Par ailleurs, en ce qui concerne la méthodologie de recherche choisie, à savoir le focus groupe, nous pouvons dire qu'elle est d'une grande richesse. Effectivement, elle apporte de nombreuses connaissances autant pour le chercheur que pour les différents participants. Elle permet au travers des échanges, de prendre de la hauteur sur sa pratique professionnelle, de la partager avec des pairs, de s'interroger sur de nouveaux sujets et ainsi de contribuer à la recherche. Cette méthode mériterait d'être étendue à davantage de sujets dans le domaine de la recherche.

5 Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (éd. 5e).
- Anorexie mentale. (s. d.-a). Inserm - La science pour la santé. Consulté 10 juin 2020, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- Anorexie mentale : Définition et causes. (s. d.-b). Consulté 10 juin 2020, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- Association Anorexie Boulimie Ouest. (s.d.). Les TCA en quelques chiffres. Récupéré sur Association Anorexie Boulimie Ouest: <https://association-anorexie-boulimie-ouest.com/les-tca-en-chiffres/>
- Balsan, G., & al. (2014, Avril). Anorexie mentale. La revue du praticien médecine générale, pp. 285-291.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presse universitaire de France.
- Boyer, C. (2015). La motivation et ses théories. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp. 89-96). De Boeck Solal.
- Elliot, M. (2012). Figured world of eating disorders: Occupations of illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 15-21.
- Ferland, F. (2015). L'activité au coeur du développement de la personne. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 35-41). De Boeck Solal.
- Fondation pour la Recherche Médicale. (s.d.). Quelques chiffres sur les troubles des conduites alimentaires. Récupéré sur Fondation pour la Recherche Médicale: <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires#chiffres-cles>
- Frenette, J.-F. (2020, juin 29). L'ANOREXIE : les différents stades d'évolution de la maladie et le rôle des conseillers d'orientation - Deuxième parti. Récupéré sur Psycho-experts: http://www.psych-experts.com/sujets-actualite/anorexie/anorexie_partie2
- Gardiner, C., & Brown, N. (2010). Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health disorder service. *British Journal of Occupational Therapy*, 1-6.

- Godfrey, N. (2013, août). Occupational impact of anorexia nervosa : occupational meaning, motivation and engagement. pp. 1-23.
- Kloczko E, Ikiugu MN (2006) The role of occupational therapy in the treatment of adolescents with eating disorders as perceived by mental health therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22, 63-83
- Martins, S. (2015). Agissez... pour votre santé ! L'équilibre occupationnel : un concept clé en ergothérapie. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp. 43-51). De Boeck Solal.
- Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du modèle de l'occupation humaine. Dans *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (pp. 97-107). De Boeck Solal.
- Ministère des solidarités et de la santé, et Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2012). Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011—2015.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck.
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018, Janvier-février). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé publique*, pp. 1-10.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). Habilitier les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 655–660.
- Raybaud, A. (2021, Avril 27). Anorexie, boulimie... La crise sanitaire provoque une hausse inquiétante des troubles alimentaires chez les jeunes adultes. *Le Monde*.
- Reco_anorexie_mentale.pdf. (s. d.). Consulté 29 avril 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- Rouault, L. (2018, février). Science de l'occupation : de la théorie à la pratique. La découverte guidée : un outil pour habilitier la personne. *Le Monde de l'Ergothérapie*.
- Santi, P., & Cabut, S. (2021, Mars 15). Anorexie, Boulimie... chez les jeunes, ces troubles du comportement alimentaire explosent avec la pandémie. *Le Monde*.
- Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., & Beaulieu, K. (2007). The occup of Binge Eating Disorder on Occupation : a Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 1-9.

- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. De boeck supérieur.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Turcq, A. (2016). Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. 216.
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011, Juillet). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, pp. 1-7.
- Wilkins, J. (2011). *Adolescentes anorexiques : Plaidoyer pour une approche clinique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal

6 Annexes

Table des annexes :

Annexe I : Critères du DSM V.....	I
Annexe II : Données probantes CO-OP.....	II
Annexe III : Mail type de prise de contact.....	III
Annexe IV : Mail type 2	IV
Annexe V : Formulaire de consentement d'enregistrement.....	VI
Annexe VI : Matrice et questions du focus groupe.....	VII
Annexe VII : Padlet question 1 du focus groupe.....	XII
Annexe VIII : Nuage de mots IRaMuTeQ®	XIII
Annexe IX : Retranscription du focus du groupe.....	XIV

Annexe I : Critères du DSM-V

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

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

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

Annexe II : Données probantes CO-OP

Fondements théoriques

- Données probantes auprès d'autres populations (extrait) :

ENFANTS

- Pré-maternelles (Taylor et al., 2007; Ward, & Rodger, 2004).
- TC (Samonte et al., 2004, Dawson et al., 2009)
- Syndrome d'Asperger (Rodger, et al., 2007, 2009a, 2009b; Rodger et al., 2010; Wilson et al., 2018).
- PC enfants (Cameron et al, 2009, 2017; Ghorbani, 2017)
- PC jeunes adultes et spina bifida (Ohrvall et al., 2019)
- TC enfants (Missiuna et al, 2009) / Adolescents post-commotion cérébrale (Hunt et al., 2019)
et enfants présentant une lésion cérébrale acquise (Lebrault et al., in prep.)
- Utilisation de CO-OP après stimulation cérébrale profonde auprès d'enfants présentant des mouvements hyperkinétiques (Gimeno et al., 2019)

ADULTES

- TC adultes (Dawson, et al., 2009, 2014)
 - AVC (McEwen et al., 2009a, 2009b, 2010, 2015; Henshaw et al., 20011; Polatakjo et al, 2012; Skidmore et al., 2011, 2014, 2015; Boon et al, 2017; Mc Ewen, 2017; Poulin et al., 2017; Song et al., 2019)
-

Annexe III : Mail type de prise de contact.

Objet : Participation Focus groupe CO-OP et Anorexie – Mémoire IFE Toulouse

Bonjour *Mr.../ Mme...*

Vous êtes instructeur CO-OP / travaillez avec les personnes souffrant d'anorexie mentale, c'est pour cela que je vous sollicite.

Je suis Alice BODO, étudiante en 3^{ème} année à l'institut de formation en Ergothérapie de Toulouse. Je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur l'utilisation de CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) auprès des personnes souffrant d'anorexie mentale. Mon objectif est d'étudier les influences que pourraient avoir cette méthode sur l'équilibre occupationnel de cette population. Pour cela je souhaite réaliser un focus groupe en réunissant des professionnels spécialisés en anorexie mentale et des instructeurs de CO-OP.

Le focus groupe est utilisé pour recueillir l'opinion des personnes autour d'un thème grâce à une discussion animée par un modérateur. Il met l'accent sur l'expérience des participants mais surtout sur l'échange entre eux afin d'explorer les différentes facettes d'un sujet.

Il est ainsi demandé aux participants d'être disponible sur un créneau de 2 heures. Au vu du contexte sanitaire, le focus groupe sera organisé en visio-conférence d'ici mi-avril en fonction de vos disponibilités.

Accepteriez-vous d'y participer ? Si vous êtes d'accord, un Framadate vous sera proposé.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à mon travail.

Alice BODO

Annexe IV : Mail type 2.

Objet : Choix date du focus groupe anorexie mentale et CO-OP

Bonjour,

Je vous remercie de votre réponse favorable au focus groupe.

Il se déroulera sur Teams (si tout le monde est d'accord pour travailler avec cet outil) et idéalement entre le 12 et le 16 avril même s'il reste possible de l'organiser jusqu'au 20 avril. Selon les réponses au Framadate je choisirai le créneau le plus favorable pour vous tous afin d'enrichir les échanges.

Par ailleurs, afin de collecter le maximum de données et d'en faire une synthèse pour mon mémoire, je souhaiterais enregistrer l'échange en respectant l'anonymat.

Enfin, pour mieux connaître la population présente à ce focus groupe merci de répondre à ces quelques questions :

- En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'ergothérapeute ?
- Pour les professionnels spécialisés en anorexie mentale : Depuis combien de temps exercez-vous auprès de cette population ?
- Pour les instructeurs CO-OP : Quand avez-vous été formés à CO-OP ? Depuis combien de temps mettez-vous en pratique ce programme ?

Si vous êtes toujours disponible, je vous joins le formulaire de consentement à remplir ainsi que le lien du Framadate.

Merci de me répondre pour le **vendredi 9 avril** au plus tard afin que je puisse vous confirmer au plus vite la date retenue.

Je compte sur vous,

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

Merci pour votre temps et votre participation,

Ps : Pour toute impossibilité d'accès au Framadate, merci de me contacter.

Alice BODO

Etudiante en 3^{ème} année à l'IFE de Toulouse

06 ** ** ** **

Annexe V : Formulaire de Consentement d'enregistrement



Formulaire de **consentement** Pour films, enregistrements sonores, Magnétoscopiques et autres

Je soussigné(e) : _____

Accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante Alice BODO en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiante dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seule l'étudiante, pourra avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :



Personne Consentante



Etudiante réalisant l'enregistrement

Fait à : _____

Date : _____

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.
Ce document doit être imprimé en double exemplaires et est à conserver par les deux personnes concernées

Annexe VI : Matrice et questions du focus groupe

Comment l'intervention CO-OP peut-elle influencer l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'anorexie mentale ?

Concept	Dimensions	Indicateurs	Axes
Equilibre occupationnel	Définition	<p>« La perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations. » (Wagman et al, 2012)</p> <p>-3 Approches : (Wagman)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibre entre les différentes catégories d'activités • Les caractéristiques de l'activité • Le niveau d'activité, besoins de la personne ainsi que la combinaison entre ce que fait réellement la personne et ce qu'elle aimerait faire. <p>-Concept en constante évolution (Backman)</p> <p>-Concept clé en ergothérapie (Wagman).</p>	
	Occupation	-L'occupation est un besoin biologique de l'être humain qui est un être occupationnel. (Polatjako, 2013) (Clark, 1997)	

		- « Les êtres humains ont besoin d’occupations pour pouvoir vivre et être en relation. Ces occupations affectent la santé et le bien-être des personnes, donne un cadre temporel et structurant, donnant un sens à la vie. (M.C Morel-Bracq, 2017)	
	Lié à la santé	-La santé d’un individu repose entre autres sur le besoin d’exercer, de manière équilibrée, les activités qui lui importent. -Amélioration de la qualité de vie	
	De la personne souffrant d’anorexie mentale	- L’anorexie mentale a été considéré comme ayant une incidence sur le sens des occupations. - les différents domaines occupationnels (productivités, loisirs, soins personnels) sont impactés (Godfrey, 2013). -Les patients souffrant de cette pathologie ont tendance à surinvestir la sphère de productivité et complètement délaissés les loisirs. Le domaine des soins personnels est un domaine très variable pouvant aller d’un extrême à l’autre (Godfrey, 2013) = déséquilibre occupationnel.	Anorexie mentale – Equilibre occupationnel Pour vous, quels sont à ce jour les moyens mis en place pour rétablir un équilibre occupationnel chez la personne souffrant d’anorexie mentale ?

Performance (rendement occupationnel)	CO-OP	<p>Définition de performance</p> <p>-Habiler le client qui expérimente des enjeux occupationnels à acquérir les habiletés et les stratégies nécessaires pour le rendre apte à accomplir ses activités et ainsi optimiser sa participation dans sa vie quotidienne (Polatajko, 2017)</p> <p>-Client centré : patient acteur dans son projet de soin.</p> <p>-Résolution de problème</p> <p>-Découverte guidée (Rouault, 2018)</p> <p>-L'acquisitions d'habiletés, l'utilisation de stratégie, la généralisation et le transfert.</p>	CO-OP - Equilibre occupationnel
	Participation / engagement	<p>-Engagement : sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (M.C Morel-Bracq, 2017).</p>	<p>Anorexie – Engagement ?</p> <p>Quels sont les facteurs qui favorisent l'engagement des</p>

		<p>-Motivation : « élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins » (Mignet, 2015)</p> <p>- « le travail sur la motivation pouvait être fonctionnel et probablement efficace dans la prise en charge de pathologies pour lequel l'action thérapeutique doit viser un changement de comportement » (Boyer, 2015).</p>	<p>personnes anorexiques dans leur projet de soin ?</p> <p>La prise de conscience des répercussions de la pathologie sur les AVQ (et leur équilibre occupationnel) est-elle un des facteurs permettant au patient anorexique de s'engager dans le projet de soin ?</p> <p>Motivation – Engagement.</p> <p>Comment favoriser la motivation et ainsi maintenir l'engagement de la personne souffrant d'anorexie mentale ?</p> <p>CO-OP – engagement</p> <p>Quels sont les principes ou les éléments clés de CO-OP qui facilite l'engagement de la personne dans son projet de soin ?</p>
--	--	---	--

Mes 3 axes pour la réalisation de mon focus groupe :

- Equilibre occupationnel / CO-OP
- Equilibre occupationnel – Anorexie
- CO-OP – équilibre occupation – anorexie

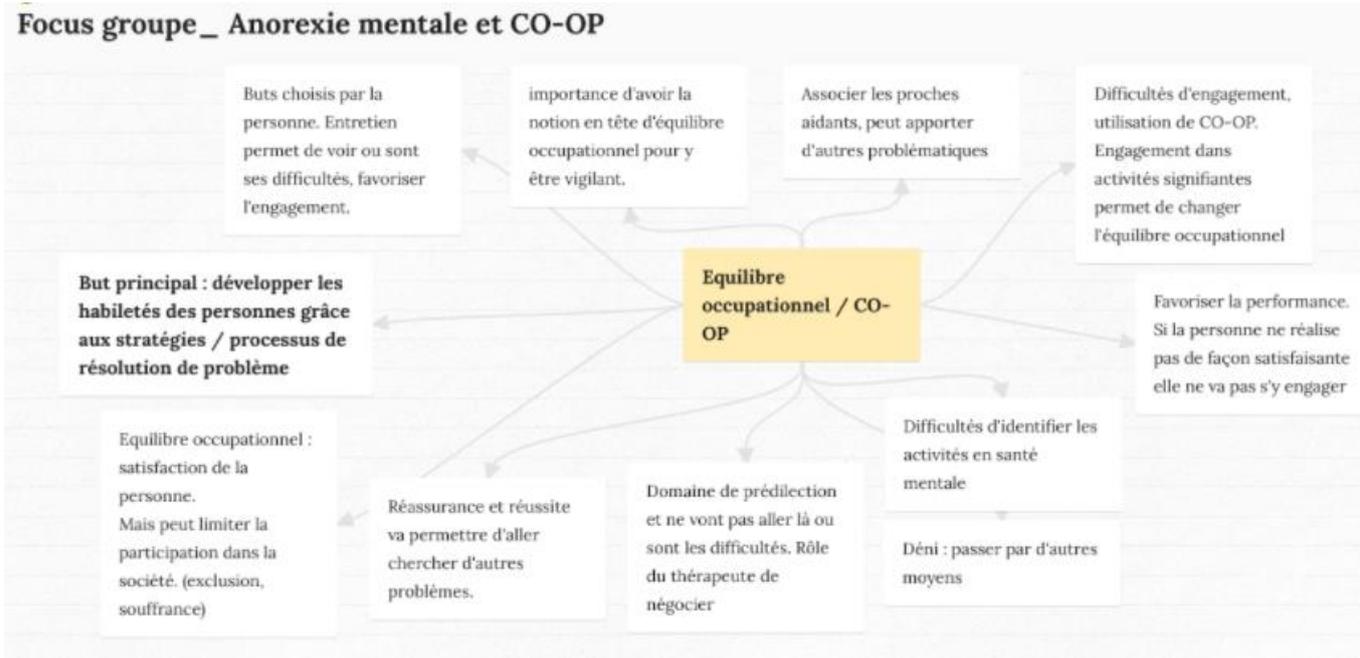
- **CO-OP / équilibre occupationnel** : Comment selon vous, la méthode CO-OP peut-elle contribuer à l'amélioration de l'équilibre occupationnel ?

Pour vous, quels sont les points forts de l'approche CO-OP pour rétablir un équilibre occupationnel chez un individu ?

- **Anorexie / équilibre occupationnel** : Pour vous, quels sont à ce jour les moyens / éléments / ressources mis en place pour rétablir un équilibre occupationnel chez la personne souffrant d'anorexie mentale ?

- **CO-OP / Equilibre occupationnel / Anorexie** : Selon vous, comment ce que vous m'avez dit dans CO-OP peut être transposables à l'anorexie ? Comment selon vous, les points forts d'une méthode comme CO-OP pourrait permettre de favoriser l'équilibre occupationnel chez la personne souffrant d'anorexie mentale ?

Annexe VII : Padlet question 1 du focus groupe



Annexe IX : Retranscription du focus groupe

- 1 Moi : Alors si vous êtes prêtes on va pouvoir commercer avec la première question que je vais
2 vous copier-coller dans la conversation de teams pour que vous l'ayez également sous les yeux
3 et après je vais vous partager mon écran pour que vous ayez accès au padlet que vous l'ayez
4 sous les yeux, pour que je puisse noter en même temps que vous échangez, vos remarques, vos
5 réponses à la première question. Donc déjà je vous lis la première question qui est comment
6 selon vous, la méthode CO-OP peut-elle contribuer de l'équilibre occupationnel ? Et là je parle
7 bien au sens de tous publics, ce n'est pas par rapport à l'anorexie mentale. La première question
8 est très générale.
9 Je vous la note dans la conversation teams.
- 10 M. ; je suggère une réponse des deux spécialistes de CO-OP en premier SVP
- 11 C. : est-ce que vous pourriez juste redonner une définition de l'équilibre occupationnel ?
- 12 Moi : Quand on parle de l'équilibre occupationnel, on parle de la répartition des activités, on
13 parle de la répartition des différentes sphères d'activités, donc souvent si on pense à la MCREO,
14 on va penser au pôle de productivité, de loisirs et au pôle des soins personnels, est ce que c'est
15 équilibré ou pas ou alors est ce que la personne va avoir que des loisirs et ne pas avoir du tout
16 d'activités de productivité. Enfin voilà, c'est comment sont réparti ses activités et il faut que la
17 personne soit satisfaite de la répartition de ses activités. Et donc on va surement le voir après
18 mais chez le public anorexique c'est vraiment mis à mal cet équilibre occupationnel. Est-ce que
19 ça vous va comme explication ?
- 20 M. : oui tout à fait
- 21 C. : oui c'état pour savoir ce que vous mettiez un peu derrière, pour qu'on parle bien de la même
22 chose.
- 23 A. : Pour moi CO-OP peut favoriser l'équilibre occupationnel à partir du moment où il va
24 favoriser la performance, c'est-à-dire que si une personne n'est pas, ne réalise pas se activités
25 de façon satisfaisante pour elle, elle ne pas s'y engager plus que ça. Et comme CO-OP peut
26 améliorer la performance occupationnelle, il va par voie de conséquence pouvoir améliorer
27 l'équilibre occupationnel. Ça serait un point et comme deuxième point, comme CO-OP part des
28 objectifs choisis par la personne, ça peut aussi à mon sens favoriser cet équilibre puisque par

29 l'entretien de base on va pouvoir délimiter, voir ou sont les difficultés dans les occupations de
30 la personne, dans l'équilibre occupationnel et peut être pouvoir favoriser l'engagement de la
31 personne dans ses activités moins investies.

32 Moi : on a déjà deux premières idées sur l'engagement et la performance. Alors que ça que C.
33 vous avez des choses à rajouter ?

34 C. : je rejoins Alex sur le fait que ça puisse favoriser l'équilibre occupationnel, sorti de là ce
35 n'est pas le but de CO-OP. Initialement le but de CO-OP c'est de développer les habiletés des
36 personnes grâce à la découverte guidée et à des stratégies, c'est de pouvoir favoriser les
37 habiletés et les occupations dans une approche centrée sur la personne, a travers un processus
38 de résolution de problème. Ça c'est la définition de CO-OP et c'est vrai que ça favorise la
39 performance et avec l'entretien ça nous permet de voir avec les personne ce qu'elles ont comme
40 problème qu'elles veulent résoudre. Maintenant, je m'interrogeais quand vous avez posé la
41 question, si justement parfois, ça peut, parce que les gens ils nous disent bien ce qu'ils veulent
42 dans les activités qui veulent résoudre et réussir, et peut être que ça peut être au détriment d'un
43 certain équilibre occupationnel, c'est possible aussi.

44 Moi : est-ce que vous pouvez préciser cette idée, nous donner un peu plus d'informations par
45 rapport à cette réflexion.

46 C. : eh bien, voilà j'imagine qu'avec les jeunes qui vont vouloir résoudre, réussir des activités,
47 des occupations dans leur domaine de prédilection pour être d'autant plus performants et qui ne
48 vont pas aller là ou il se sentent plus en échec, peut-être. Si je prends un enfant avec un trouble
49 du neuro-développement peut être développer des loisirs, des soins personnels mais pas du tout
50 la scolarité, et ne pas aller là-dedans non plus. Alors après bien sûr c'est à nous en tant que
51 thérapeute de revoir les choses, de négocier aussi, mais ça pourrait pourquoi pas ne pas favoriser
52 l'équilibre occupationnel. D'où le fait de quand on fait les entretiens sur l'état occupationnel
53 des personnes c'est important d'avoir en tête la question d'équilibre occupationnel. Donc je
54 dirais que ça favorise mais c'est aussi un petit clignotant.

55 A. : ça peut aussi être d'associer les proches, ça donne des éléments extérieurs. Moi quand je
56 fais mes entretiens, il y a aussi le parent et il peut aussi amener des problématiques qui ne
57 seraient pas spontanément exprimé par le jeune si on est en pédiatrie.

58 C. : comme tu dis, ça peut être un conjoint, des parents, des descendants aussi, des enfants,
59 l'environnement humain, auxiliaire de vie, les proches aidants quoi.

60 Moi : Est-ce que vous avez des remarques ?

61 M. : moi je suis assez d'accord avec la personne qui a dit qu'on pouvait favoriser l'engagement
62 dans une occupation ou dans une activité, mais ce n'est pas le domaine de prédilection, enfin
63 moi je vois en santé mentale de façon globale, les gens ne vont pas là où ils ont des difficultés.
64 Donc je suis assez d'accord avec ça, voir même c'est compliqué pour les gens d'identifier en
65 santé mentale, d'identifier leur domaine d'activités, les activités dans lesquels ils s'engagent.
66 Je pense à des gens qui n'ont plus aucune activité, quel que soit la pathologie.
67 Donc CO-OP, j'entends bien que c'est quelque chose autour de la résolution de problème,
68 autour du cognitif, de la compréhension de certaines choses, donc je me dis comme ça vue de
69 loin ça peut-être potentiellement aider les gens à réfléchir sur le pourquoi ils ne s'engagent pas
70 dans certaines occupations, après je ne sais pas trop je ne connais pas bien.

71 Moi : et justement est ce qu'on peut revenir sur cette idée du rôle de thérapeute de négocier par
72 rapport à cette difficulté d'identifier les activités en santé mentale. Comment l'ergothérapeute
73 il peut justement amener à trouver les difficultés ?

74 M. : Si tu as une personne en déni, ça va être très compliqué, et ce n'est pas de façon cognitive
75 qu'on va pouvoir travailler.

76 C. : ce n'est pas qu'en santé mentale finalement. On a de personnes, qui ont des incapacités
77 quelles qu'elles soient physiques, cognitives, physiques j'ai envie de dire, et comme vous dites
78 soit ils sont dans le déni soit ils sont sur des mécaniques de défense importants parce que faire
79 des activités qui font appel à des capacités qui ne sont pas à la hauteur, peut les mettre en
80 situation d'échec, ou du moins c'est comme ça qu'ils vont se projeter et ils ne vont pas dire que
81 c'est un problème pour eux. On a une collègue qui est Formatrice MCREO qui cite souvent un
82 monsieur tétra, qui était depuis un an en HDJ qui avait comme objectif avec la MCRO de faire
83 de la plongée sous-marine et de la pêche sous-marine alors que la problématique elle était au
84 quotidien. Dans les soins personnels il était très en difficultés, et le fait de l'avoir accompagné
85 sur on va faire ça, on va chercher ce qu'on peut faire quand on est tétra, et bah à la e veux dire
86 c'est que n'est pas qu'évaluation, il a pu dire en fait mon épouse ça serait bien que je puisse
87 mettre mes chaussettes tout seul car ça soulagera aussi un peu mon épouse. Donc il a fallu cette

88 temporalité pour qu'il puisse élaborer lui aussi quelque chose, et souvent on a ça et dans coop
89 il me semble qu'on peut répondre comme ça à la première chose qui permet d'être en
90 réassurance et en réussite de la personne pour ensuite aller sur des problèmes plus
91 problématiques.

92 Moi : je note l'idée de réassurance et de ressayer.

93 C. ; qui va permettre d'aller chercher les vrais problèmes, qui sont parfois qui pousse au
94 déséquilibre occupationnel. Après j'entends que sur certaines personnes, le déni ou les
95 mécanismes comme ça sont trop fort et il faut passer par autre chose. Ce que je veux dire c'est
96 que ça n'est pas qu'en santé mentale, on peut l'avoir quelle que soit la problématique de la
97 personne, que ça soit une problématique physique, on a des situations de familles très
98 vulnérables. La hiérarchisation des problèmes ce n'est pas simple, ça demande du temps. Et
99 CO-OP je le rappelle c'est une méthode d'intervention mais en amont de CO-OP, comme le
100 disait A., il y a toute un entretien occupationnel à faire, et on verra si CO-OP répond ou ne
101 répond pas, si c'est une approche potentielle ou pas. Mais ça permet, ça peut favoriser
102 l'équilibre occupationnelle comme attention ça peut aussi ne pas y répondre.

103 Moi : Et justement, sur comment voir l'équilibre occupationnel, qu'est ce qui va faire que dans
104 l'entretien pour savoir si on a utilisé CO-OP ou pas, comment on va voir que l'équilibre
105 occupationnel est impacté ? Par quels moyens ?

106 C. : alors moi j'ai rarement vu associer CO-OP et équilibre occupationnel.

107 A. : moi non plus, effectivement, ce n'est pas le premier objectif de CO-OP, en tout cas c'est
108 intérêt secondaire. Des fois j'ai utilisé CO-OP pour des personnes qui avait du mal à s'engager
109 dans leurs activités, où elles n'avaient pas de limitation motrice par exemple mais qui avait du
110 mal à s'engager. Donc on revoyait la planification et puis pour le coup l'engagement, mais il
111 n'y avait pas cette notion d'équilibre occupationnel. Mais après elle en découle forcément, la
112 dame que j'ai en tête, c'était une dame avec des séquelles d'AVC, ses objectifs c'était de refaire
113 certains loisirs, de pouvoir cuisiner un repas pour son mari, pouvoir aller marcher et puis
114 d'autres choses qu'elle avait délaissées et elle passait une grande partie de son temps devant la
115 télé. Finalement le fait de se réengager dans des activités qui étaient importantes pour elle, ça à
116 modifier l'équilibre occupationnel mais ce n'était pas la demande au départ.

117 M. : ce que je retiendrai beaucoup, c'est que par rapport à cette idée d'équilibre occupationnel
118 qui c'est qui décide quel est le bon équilibre ? Car j'ai quand même entendu dans le MCRO, je
119 n'utilise pas ce genre de pratique, mais dans ce que j'ai entendu et par rapport à l'IFE de Nancy
120 ou il semble l'utiliser pas mal, c'est le degré de satisfaction du patient aussi. Donc ne pas
121 oublier, que pour l'équilibre occupationnel c'est la personne qui va choisir quel est le bon
122 équilibre pour elle normalement, pour les adultes, pour les enfants et les ados je ne sais pas je
123 n'ai jamais bossé avec des enfants ou des ados car nous avait souvent des anorexiques de 16-
124 17-18 ans, donc pour moi c'était des jeunes adultes, en tout cas pour moi, peut-être pas pour
125 elles. En tout cas l'idée, c'est qu'effectivement, l'équilibre occupationnel soit défini par la
126 personne, et ça pour moi c'est important.

127 C. : je suis d'accord défini par la personne car effectivement c'est ce qu'elle souhaite, ce qui
128 est important pour elle avec la satisfaction mais parfois l'équilibre occupationnel qui semble
129 satisfaire une personne ne permet pas de participer enfin limite la participation dans les rôles
130 sociaux par exemple ou dans la participation qui doit être la sienne dans la société ou dans la
131 communauté dans laquelle elle vit.

132 M. : Et la question est et s'ils sont bien comme ça ?

133 C. : ils sont bien comme ça mais ils ne sont pas seuls, ils sont dans une société, on a des rôles à
134 tenir, a minima, car on voit bien que ça peut entraîner une exclusion, un repli sur soi et générer
135 de la souffrance derrière finalement.

136 M. : Cette idée que tu donnes, que ça génère de la souffrance pour moi c'est là-dessus que je
137 serais encline à bosser, si ça génère de la souffrance ok on bosse.

138 C. : oui c'est ça, bien sûr, si la personne ça lui va bien comme ça et que finalement ça ne crée
139 pas de situation de handicap, entre guillemet, quel que soit son handicap, bah ok et que ça ne
140 génère pas de souffrance. C'est vrai qu'il y a des gens qui s'en contente, pas les autres. La limite
141 pour moi elle est dans la participation.

142 Moi : Avez-vous d'autres remarques, ou est ce qu'on passe à la question suivante ?

143 On vient de faire un premier point CO-OP et sur lien avec l'équilibre occupationnel. Et là on
144 va échanger sur les moyens actuels mis en place pour améliorer l'équilibre occupationnel chez
145 le public anorexique, donc là on va vraiment se cibler sur l'anorexie mentale. Je vous mets la

146 question sous les yeux. Donc c'est : pour vous, quels sont à ce jour les moyens, éléments,
147 ressources mis en place pour rétablir un équilibre occupationnel chez la personne souffrant
148 d'anorexie mentale ?

149 M. : pour moi, personnellement, la question ne me parle pas parce que pour moi pour la jeune
150 fille anorexique la problématique n'est pas de rééquilibrer, pour moi la problématique, alors je
151 rappelle, j'ai une orientation psychodynamique donc les termes que vous utilisez toutes très
152 facilement d'ergothérapie, de performance, de rendement, etc, ce ne sont pas des termes que
153 j'utilise, je commence à me mettre à la notion d'équilibre occupationnel et à entendre un peu
154 ce que vous dites, c'est pour ça que ça m'intéressait d'être là mais pour moi l'équilibre
155 occupationnel n'est pas un angle d'abord de la jeune fille anorexique. Comme on est en mode
156 psychodynamique et qu'on est centré sur l'espace intrapsychique de la jeune fille, on va se
157 centrer sur les conflits intrapsychiques en thérapie médiatisé avec des objets de médiation, de
158 créativité. Donc si vous voulez je me sens extrêmement éloigné de cette question, parce
159 qu'effectivement la thérapie médiatisée avec des outils de créativité ou des outils de travail
160 corporel ça peut tout à fait faire partie de nos compétences à condition qu'on les réacquiert et
161 qu'on travaille là-dessus. Pour moi c'est vraiment la problématique de la souffrance psychique,
162 des conflits intrapsychiques de la jeune fille. Alors à la limite, comme je fais beaucoup de
163 travaux corporels, on pourrait peut-être tirés un peu là-dessus pour dire qu'effectivement ce
164 sont des jeunes filles qui ne prennent absolument pas soins d'elle, qui ne s'écoutent pas et
165 qu'effectivement y a trop de, j'ai lu les textes, qu'il y a trop de productivité dans ce domaine-
166 là et pas assez d'équilibre dans les soins personnels. Mais moi en tout cas quand je présente la
167 créativité, le plaisir de l'expression, la relaxation, ce n'est pas dans une intention de rééquilibrer
168 l'équilibre occupationnelle de la personne mais plutôt de lui faire découvrir des zones d'elle-
169 même, alors c'est peut-être juste la formulation et la distinction de termes. Je suis en train
170 d'essayer de comprendre un peu ces choses-là. Mais pour moi c'est essayer d'aider la jeune
171 fille à se comprendre elle-même, à se connaître elle-même, et ensuite seulement elle s'occupera
172 de ses activités de vie quotidienne à sa façon à elle. Pour moi l'intervention n'a pas lieu d'être
173 en termes d'occupation, au sens d'activité de la vie quotidienne, de productivité. Je ne me
174 situerai pas comme ça. C'est peut-être une paire de lunettes un peu différente

175 Moi : est-ce que vous le voyez comme dans un second plan, enfin comme un objectif à plus
176 long terme, qu'il y est un meilleur équilibre occupationnel derrière ?

177 M. : pour moi encore une fois je ne formulerai pas comme ça, pour moi c'est que la jeune fille
178 puisse retrouver le sentiment d'exister, le sentiment d'avoir un corps de femme, le sentiment

179 d'être elle-même, le sentiment d'avoir sa propre parole et après son équilibre occupationnel j'ai
180 envie de dire ça la regarde, surtout pour des jeunes filles anorexiques. Moi l'équilibre
181 occupationnel à la limite, vu la façon dont vous le décrivez, je suis en train de me dire que je
182 m'en préoccupe pour des patients psychotiques, qui ont effectivement des troubles cognitifs
183 massifs, des troubles d'identité personnelles aussi massifs, et là la résolution de problème me
184 paraît aussi un peu plus intéressante, là je glisse sur CO-OP. Mais la notion d'équilibre
185 occupationnel je la vois plus avec mes patientes psychotiques, avec mes autres patients y
186 compris les dépressifs ou d'autres personnes ils se débrouillent avec leur équilibre. Moi je ne
187 vais pas essayer d'agir sur l'équilibre des différentes zones mais plutôt d'agir sur l'espace
188 intérieur psychique de la personne. Donc c'est vraiment une autre lecture, je ne travaille pas du
189 tout sur l'environnement, voilà la médiation vient comme moyen d'expression, comme moyen
190 de retrouver du plaisir de prendre soin de soi, ce n'est pas les mêmes termes. Après encore une
191 fois, je pense qu'on pourrait le traduire, on pourrait traduire ça dans le sens on j'essaie de
192 redonner un équilibre occupationnel pour que la personne prenne plus soin d'elle dans les soins
193 personnels, ok mais ce n'est pas comme ça que je le formulerai. C'est pour ça que je suis là,
194 c'est effectivement ça m'intéresse de voir comment on peut faire des ponts à travers un discours
195 psychodynamique, qui commence à ne plus être trop utilisé et un discours ergo. J'essaie de
196 comprendre justement ce discours-là, me rapprocher un petit peu des ergos

197 P. : Je te rejoins complètement M., car je suis dans la même problématique, moi aussi j'ai une
198 approche psychodynamique et pour moi CO-OP c'est un outil qui serait très intéressant mais
199 en deuxième intention, ça veut dire qu'elles ont déjà fait tout un travail, ou elles n'y sont pas
200 encore, où elles ont encore à peine accepté leur maladie, elles se battent contre leurs obsessions,
201 elles se battent avec leur hyperactivité avec leur recherche de performance scolaire. Et en effet,
202 il y a un déséquilibre occupationnel mais elles n'en sont pas là. Et je pense que les deux façons
203 de travailler sont nécessaires mais dans une temporalité différente et avec une place accordée
204 aux ergo. Car comme toi M. j'ai été avec une orientation psy, qui est en train de diminuer très
205 fortement, et mon approche elle n'est plus du tout entendue par les pédiatres. Et j'entends bien
206 que la méthode CO-OP qui est une méthode beaucoup plus compréhensible et acceptable par
207 ce public-là, avec la façon dont évolue notre société, je pense que c'est une méthode qui a
208 vraiment toute sa place mais dans un second temps auprès de cette population.

209 Moi : Est-ce que vous pouvez préciser justement dans quel temps interviendrai cette méthode
210 CO-OP, vers quelle phase ? donner plus de précision sur les délais car c'est super intéressant
211 comme idée.

212 P. : en fait pour moi on est plus dans la rééducation, c'est-à-dire que toute la phase de déni de
213 la maladie, toute la phase où elles se battent avec leurs obsessions est fortement atténué et où
214 elles ont repris les rênes, c'est plus la maladie qui les mène mais c'est leur personnalité. Et donc
215 une fois qu'elles sont un peu moins malades on va dire, je pense qu'on pourrait travailler. Enfin
216 c'est un peu compliqué, car en effet le déséquilibre il est en lien avec la maladie, si elle passe
217 énormément de temps sur leurs leçons à apprendre par cœur alors qu'elles ont des 18 de
218 moyenne c'est dû à la maladie. C'est un peu compliqué, ça demande une grande réflexion. Fin
219 voilà où j'en suis en vous écoutant et en voyant comment je travaille. Je ne sais pas si je suis
220 très clair

221 Moi : si, si c'était très clair et très intéressant. Est-ce que les filles C. ou A. vous avez envie de
222 rebondir là-dessus ?

223 C. : ouais, moi ça m'interpelle aussi beaucoup, parce que j'ai été amené à rencontrer alors, là
224 où avez raison c'est que je pense qu'on parle de la même chose, en tout cas sur des terrains
225 communs mais pas avec les mêmes termes, c'est un problème de communication tout
226 simplement, c'est reprendre comme tu disais des lunettes avec une approche top down et
227 occupation-centré et une approche plus psychodynamique, mais finalement notre objectif reste
228 le même, habiliter la personne à être satisfaite et à avoir une participation sociale acceptable
229 pour elle en tout cas.

230 M. : moi ce n'est pas la participation sociale qui me préoccupe, c'est l'être de la personne, son
231 bien-être.

232 C. : son bien-être peut-être. Enfin quand je parle de participation, c'est pouvoir s'inclure dans
233 la société dans laquelle vit la personne, mais avec une notion de bien-être et de qualité de vie.
234 Donc ça, c'était la première chose sur la façon dont on peut dire les choses. Moi j'entends qu'il
235 y a des choses très compliquées chez ces jeunes, ces personnes-là et qu'il y a d'abord des étapes
236 à faire. Et CO-OP je vous ai dit c'est une méthode d'intervention qui ne correspond pas à tout
237 le monde et ce n'est pas dit que ça correspond à cette population. Ça pourrait être intéressant il
238 me semble, une fois qu'il y a des choses qui se...un terrain qui pourrait accueillir CO-OP dans
239 comment je peux résoudre les difficultés que je rencontre dans mon quotidien, être moins
240 plongé dans mes devoirs, enfin moi je ne connais pas du tout cette population même si en a à
241 l'hôpital mais moi je n'y ai pas accès. Comment je pourrais faire pour être moins envahi par

242 ces aspects compulsifs, de vouloir toujours travailler, toujours apprendre, est ce que je pourrais
243 mettre en place des petites stratégies pour me dire que pendant tant de minutes je me consacrerai
244 à ça et pas à autre chose. Je ne sais pas ce sont des hypothèses que j'émet. Mettre en œuvre la
245 personne, qu'elle soit actrice, car c'est ça CO-OP, la personne elle est actrice de sa résolution
246 de problème, des stratégies qu'elle va mettre en œuvre pour arriver à son objectif.
247

248 M. : le problème qui se pose, je m'excuse de t'interrompre, mais le problème qui se pose c'est
249 que les jeunes filles anorexiques sont extrêmes intellectuelles, elles sont dans un contrôle
250 cognitif, elles sont généralement intelligentes, si tu leur propose de travailler de façon
251 intellectuelle et cognitive sur une résolution de problème tu vas renforcer leur mécanique de
252 défense à ce niveau-là. Donc de toute manière, le fait de passer par du cognitif pour les jeunes
253 filles anorexiques, pour moi le problème n'est pas là, du tout. Mais parce qu'en plus ça va
254 vraiment les renforcer, car moi j'en ai déjà vu qui allait lire leurs cours sous la douche, donc si
255 tu passes par un nouveau truc cognitif pour enseigner quelque chose. J'ai lu, je sais plus
256 participer, enfin les 4 étapes de CO-OP je me suis dit on va les rendre encore plus
257 obsessionnelles ou encore plus dans le contrôle qu'elles ne sont déjà.

258 A. : mais est ce que n'est pas aussi un moyen de s'appuyer justement sur leurs ressources, si
259 elles sont, moi non plus je connais pas du tout bien ce public, mais est ce que justement si c'est
260 dans leurs points forts de pouvoir être dans le cognitif, est ce qu'on ne peut pas utiliser ce talent
261 là au service de nouvelles soit habilités ou d'engagements différents ?

262 M. : mas le problème c'est qu'elle évite vite leur corps, donc si tu ne passes pas le domaine
263 corporel, sensoriel, du plaisir ou du lâcher prise, ça ne peut pas fonctionner. Parce que même
264 en psychothérapie, souvent elles tournent en rond sur des discussions, sur le comptage de
265 calories, sur est ce que je peux manger ça ou pas ça ; le nutritionniste d'ailleurs ne devrait
266 absolument pas intervenir, dans les études de mes étudiants ils ne peuvent pas s'empêcher de
267 mettre ça ou de l'éducation thérapeutique pour manger sain ou pour manger avec plaisir, on
268 n'est absolument pas dans ce domaine-là pour ces jeunes filles, autrement on renforce son
269 contrôle, son contrôle cognitif sur les choses. Elles justement, le domaine du cognitif est sûr
270 évaluer, et ce n'est pas en utilisant ce point-là, car ce n'est pas un point fort chez elle, c'est un
271 point excessif, massif, enfin je ne sais pas comment on peut dire ça, mais c'est un point hyper
272 développer donc si on va dans ce point-là, on ne l'aide pas à découvrir les autres facettes de ce
273 qu'elle pourrait être ou vivre

274 A. : d'accord

275 C. : ce qui est vrai, c'est que CO-OP ça a été fait au départ avec des enfants avec TDC, trouble
276 du développement de la coordination, s'est élargi aux adultes cérébrolésés et ça fonctionne très
277 bien, c'est l'acquisition d'habiletés nouvelles. Or, dans ce que j'entends ce n'est pas des jeunes
278 filles qui ont des problèmes d'habiletés, ce n'est pas des problèmes praxiques, moteur, on est
279 bien d'accord là-dessus. CO-OP aujourd'hui s'intéresse aussi à des problèmes cognitifs, par
280 exemple avec les personnes avec des traumatismes crâniens sans séquelles motrices, mais
281 vraiment avec des aspects mémoire, fonctions exécutives, tout ça. La, peut-être qu'il y aurait
282 une ouverture, c'est possible, j'en sais rien, sur, mais j'entends bien ce que vous dites par
283 rapport au corps et dans cet hyper-contrôle qu'elles ont et le cognitif sur lequel elles vont
284 s'appuyer éventuellement hypertrophié au détriment du sensoriel, des ressentis, des aspects
285 émotionnels et tout ça, mais voilà là je me dis tiens y aurait des choses à bosser sur justement
286 comment je m'introspecte, comment je fonctionne et comment je pourrais trouver quelque
287 chose qui permet à partir du moment où le problème il est identifié bien évidemment, si y a un
288 déni, si il y a des défenses massives ou je ne sais pas quoi c'est sur qu'on ne va pas y arriver,
289 c'est évident. Mais peut être que, à un moment donné dans le soin, dans le parcours de soins,
290 c'est quelque chose qui pourrait être proposé.

291 M. : Le problème c'est que l'introspection, ce n'est pas résoudre des problèmes. L'introspection
292 c'est essayer de comprendre comment on fonctionne. Donc si tu veux c'est souvent...moi j'ai
293 fait une formation de thérapie brève et j'entendais très fréquemment oui mais nous la
294 psychanalyste ce n'est pas problème et nous en thérapie brève on est orienté solution.
295 Maintenant, ce qui est psychodynamique c'est comprendre comment on fonctionne
296 psychiquement et donc ce n'est pas réfléchir sur j'ai un problème et comment j vais le résoudre
297 et l'arranger c'est comprendre comment on en est arrivé à ce qu'il y est un problème par rapport
298 à quelque chose. Et c'est seulement le changement, j'ai envie de dire, le changement n'est pas
299 visé. En psychothérapie on essaie d'aider la personne à mieux se comprendre et pas forcément
300 à changer. C'est-à-dire qu'il va y avoir un changement qui peut s'opérer mais ce n'est pas notre
301 intention. C'est ça qui fait toute la différence avec toutes les techniques qui sont plus
302 comportementales, ou à l'intention d'agir sur un comportement et de le changer. Alors que là
303 on aide la personne à se découvrir et si elle peut avoir un moment envie de changer, pourquoi
304 pas mais c'est un supplément. L'introspection ce n'est pas du tout cognitif c'est autre chose.

305 C. : d'accord, bon ça serait intéressant, de voilà c'est ce que je disais, à un moment donné, dans
306 un parcours, pour une personne, mais dans ce que j'entends ce n'est pas quelque chose qui doit
307 être proposé en première intention ça c'est sûr et certain.

308 Moi : la question de temporalité elle est importante par rapport aux différents discours, il y a
309 vraiment la notion de temporalité et que dans tous les cas CO-OP n'intervient pas dans la
310 première phase en tout cas

311 M. : moi je ne le vois pas dans la seconde phase non plus du tout, mais ça c'est une position
312 personnelle.

313 C. ; c'est ce que je disais, peut-être à un moment donné dans le parcours de soin, si y a des
314 phases, je ne sais pas si on peut parler de phases, et effectivement cette notion de temporalité
315 peut être, peut-être pas...

316 A. : Est-ce que ça pourrait être favorisant d'utiliser CO-OP quand on est à préparer un retour à
317 domicile ou quelque chose comme ça ?

318 M. : c'est des jeunes filles qui n'ont pas de problème de retour à domicile. Je veux dire,
319 normalement, c'est des jeunes filles à part leur anorexie, elles vont avoir le travail même auprès
320 de la famille, le travail qu'on propose à la famille c'est une psychothérapie. Je veux dire c'est
321 une thérapie de réflexion sur le sens de ce qui se passe. Moi, CO-OP je le vois bien, et ça
322 ressemble d'ailleurs à la psychoéducation qu'on fait aux psychotiques, parce qu'effectivement
323 ces patients psychotiques ont besoin de travailler cognitivement sur la résolution de problème,
324 de passer par différentes stratégies, y a des tas d'outils qui vont dans ce sens-là dans la
325 remédiation cognitive, et là pour moi ça du sens, mais la remédiation cognitive ou du travail
326 cognitive auprès des jeunes filles anorexiques, pour moi ça n'a pas de sens

327 P. : Souvent, dans l'anorexie, y a un pourcentage en tout cas qui peut rechuter à l'âge adulte, et
328 je me dis, qu'une fois qu'elles sont moins malades, qu'elles ont réussi à trouver un équilibre et
329 une vie sociale qui leur convient elles ne sont pas à l'abri lors d'une difficulté psychologique à
330 un moment de leur vie, un deuil, une séparation, ou je ne sais quoi, d'avoir des symptômes qui
331 reviennent. Et là je me dis que si elles se connaissant suffisamment, peut être que CO-OP peut
332 aussi, si elles ont rencontré un peu cette façon d'appréhender les choses, peut être que ça peut
333 les aider à ne pas rechuter.

334 M. : Bon je suis désolée, mais si elles rechutent c'est qu'il y a des trucs psychiques qui sont
335 travaillés et pas terminés, ce n'est pas cognitif. Si on passe par le cognitif, pour des filles pour
336 qui c'est efficace, tu renforces leurs défenses obsessionnelles.

337 P. : Je sais, mais on peut imaginer, je me dis que quand elles ont avancé un peu à ce niveau-là,
338 qu'elles se connaissent un peu mieux, peut-être.
339

340 M. : mais tu retournes dans les défenses cognitives alors que justement on essaie des éloigner
341 de ça pour qu'elle puisse être dans le plaisir. Si tu veux, moi la question que je poserais à une
342 jeune fille c'est cette activité-là est ce qu'elle vous fait plaisir, est ce que vous avez envie de la
343 faire par plaisir ? Enfin tu vois c'est du côté du plaisir, du désir, et pas du côté de la cognition.

344 P. : oui je sais, c'est comme ça que je travaille aussi. Mais je me dis, qu'au niveau du
345 comportement, il peut aussi y avoir des choses qui peut les aider à ne pas retomber dans leur
346 travers, à partir du moment où elles ont des petits signes d'alertes et qu'elles se connaissent un
347 peu mieux. Je ne sais pas c'est une hypothèse. Après je suis entièrement d'accord, que c'est ma
348 façon aussi de travailler sur la notion de plaisir, de créativité, apprendre à mieux se connaître.
349 Après on est plusieurs professionnels, y a la thérapie familiale qui sont un moyen aussi qui
350 apportent leur contribution de manière très efficace.

351 M. : vous avez des nutritionnistes qui interviennent

352 P. : on a une diététicienne

353 M : Et elle fait quoi ? elle intervient pourquoi

354 P : C'est très comportemental, c'est essayé de voir avec les jeunes filles comment diversifier
355 leur alimentation, avoir l'apport calorique nécessaire

356 M : C'est très comportemental. Si tu veux pour moi, si on travaille en psychodynamique, on ne
357 devrait pas s'occuper ni de l'alimentation, ni du cognitif, ni rien du tout. Faut savoir qu'en ce
358 moment, en psy, tout le psychodynamique passe un petit peu à la trappe et tout ce qui est TCC
359 et comportementale arrivent. Donc moi ma position elle est très psychodynamique, mais
360 j'entends bien que tout ce qui est comportementale arrive, et qu'on va arriver à de l'éducation
361 thérapeutique sur les symptômes, on va arriver à de la nutrition et du travail sur la nourriture,

362 on va arriver à quelque chose comme ça et dans ce cas-là CO-OP arrive parfaitement bien avec
363 toute cette prise en charge comportementale. Voilà c'est une prise en charge comportementale,
364 moi je pense que c'est pas du tout le problème, mais c'est pour ça que quand tu dis première
365 intention ou deuxième intention, moi je pense que tu as une prise en charge psychodynamique
366 et tu la poursuis jusqu'au bout et psychothérapie si elle rechute et bah on recommence et tu as
367 une prise en charge comportementale et pour moi ces deux prises en charges : la
368 psychodynamique est en profondeur et la comportementale est en surface. Et je ne pense pas
369 qu'on puisse faire les deux en même temps parce qu'on envoie des messages, ou même l'une
370 derrière l'autre, puisqu'on envoie des messages si tu veux contradictoires à la personne. Par
371 contre je pense qu'il y a des jeunes filles anorexiques qui n'ont absolument pas de capacités
372 d'introspection et qui dans ce cas là si on va dans le comportemental et bah CO-OP ça ira très
373 bien. Car ça va aller effectivement dans le sens qu'elles connaissent, ça va les rassurer, et puis
374 effectivement elles vont pouvoir parler des calories et des machins, ça va être une approche qui
375 va les rassurer mais ça ne pas changer le problème de fond. Mais en même temps si les gens en
376 sont là, et si les gens ça fonctionnent et ce qu'ils attendent, bah voilà on leur donnera ça. Moi
377 je ne suis pas prête à donner ça, pour les raisons que je vous ai expliquées mais en même temps
378 je peux comprendre. Et en ce moment, toute la société va faire ça et pourquoi ? parce que c'est
379 plus rapide, et que c'est plus compréhensible et qu'on est plus dans la résolution de problème,
380 la cognition, le contrôle, l'équilibre.

381 Pour moi c'est deux niveaux différents ? CO-OP irait dans le niveau comportemental si on
382 travaillait comme ça, moi celui-là je préfère l'utiliser pour les psychotiques parce qu'ils ont
383 vraiment des troubles cognitifs.

384 A. : et que dit la recherche là-dessus, est ce que les approches comportementales sur les jeunes
385 filles anorexiques fonctionnent ou pas ?

386 M. : ils n'ont pas encore fait des recherches sur ça. Et de toute manière, je me suis rendu compte
387 sur l'anorexie il n'y a pas beaucoup de trucs, il faudrait écrire car effectivement il n'y a pas
388 beaucoup de trucs. Alors ce qu'ils ont fait et pas que chez les jeunes filles anorexiques, mais si
389 tu veux c'est un peu partout, ils ont constaté que toutes les psychothérapies fonctionnent.
390 Simplement, il faut que le psychothérapeute soit dans cette élan-là, que le patient ou la patiente
391 en face cherche ça et que ça fasse alliance entre les deux et que ça fonctionne. Les thérapies
392 comportementales marchent aussi, tout aussi bien, sauf que souvent à long terme c'est la
393 psychothérapie, psychanalytique, psychodynamique qui marchent le mieux car on travaille la
394 profondeur. Donc si tu veux à court terme ou à moyen terme, tout marche mais à long terme

395 c'est souvent plus le psychodynamique sauf que ça n'est plus ni la mode ni l'engagement. Les
396 gens ne s'engagent plus le psychanalyse, ou les trucs comme ça.

397 P. : Mais les jeunes avec qui tu travailles M., elles ont 16-18 ans ?

398 M. : Oui à peu près

399 P. : et c'est en hôpital de jour ?

400 M. : Ah non, on est en hospitalisation complète.

401 P. : et quand tu les suis, tu les suis combien de temps ?

402 M. : Tout au début où j'ai commencé à bosser, ça pouvait être 6 à 8 mois le temps qu'elles
403 travaillent sur leur poids avec des isolements vraiment, jusqu'à ce qu'elles aient atteint des
404 paliers de poids, de machin, etc. Ça pouvait sembler parfois un peu contraignant et un peu
405 carotte et bâton mais bon ça marchait bien pour rétablir justement la notion de loi et de présence
406 paternelle un peu extérieure. Maintenant, on a moins souvent et elles restent moins longtemps
407 parce que le travail effectivement n'est plus aussi rigoureux qu'avant et aussi parce que
408 justement notre institution glisse vers les TCC, le médecin. On est deux vieilles ergos, on est
409 bientôt en retraite, donc nous on maintient encore la bannière, donner du sens à ce qui se passe
410 mais de plus en plus, on a changé de médecin chef et il forme toutes ses équipes en TCC donc
411 ça va de plus en plus vers ça, donc voilà.

412 P. : ok

413 M. : donc voilà, je ne sais pas du tout la dernière fois qu'on a eu une jeune fille anorexique, le
414 médecin qui travaille de façon un peu intermédiaire entre psychodynamique et TCC, enfin elle
415 comprend un peu des choses, elle fait un peu comme ça au feeling. Elle a mis une nutritionniste
416 dans le travail avec nous, ça n'a absolument pas marché, enfin je veux dire la nutrition n'était
417 pas du tout le problème de fond donc ça n'a pas marché. Enfin voilà c'est un cas tout à fait
418 ponctuel

419 C. : moi j'ai envie de dire qu'effectivement, j'entends ce que vous dites sur ces aspects
420 psychodynamiques qui sont importants, qui sont sur du long terme, qui est un travail beaucoup

421 plus profond et quelque chose qui est sur le symptôme qu'on va, avec les TCC par exemple.
422 Pour moi ce n'est pas incompatible, il faut un peu les deux, enfin il faut les deux, je ne sais pas
423 si c'est un peu, et je ne sais pas si c'est quantifié. Parfois en levant un symptôme ça permet
424 d'accéder à autre chose puis parfois on peut accéder au symptôme en travaillant différemment.
425 Et effectivement, dans les approches top-down, qu'on appelle, qui sont centrée sur la personne,
426 ses besoins et qui vont essayer de permettre l'activité, alors pour avoir une meilleure qualité de
427 vie, puisque participation c'était dans le sens s'engager en fait, moi c'est comme ça que je
428 l'entendais, mais disons avoir une meilleure qualité de vie, ça ne me semble pas incompatible.
429 Maintenant, je ne suis pas sûr que ça soit CO-OP qui soit la meilleure approche Top-down
430 auprès de ces personnes ayant cette maladie là

431 M. : effectivement, ce n'est pas centré qualité de vie. Tu as quel âge ?

432 C. : qui ? moi ?

433 M. : oui

434 C. : moi ça fait 30 ans que je suis ergo.

435 M. : parce que vous utilisez vraiment, moi c'est un truc qui m'interpelle, mais c'est
436 complètement autre chose, mais vous utilisez vraiment maintenant le vocabulaire des sciences
437 de l'occupation. Et justement c'est une question que je me posais. Car moi, il me vient par les
438 étudiants, comme je suis formatrice et enseignante, donc je ne l'entends pas par les étudiants.
439 Mais vous, vous l'utilisez vraiment bien et spontanément, alors que moi les gens avec qui je
440 bosse l'utilisent absolument pas, donc je suis un peu surprise car vous avez l'air très à l'aise
441 avec ça. Donc c'est bien.

442 C. : je ne l'ai absolument pas appris à l'école, je suis diplômée de 90 donc je ne l'ai pas appris
443 à l'école. Mais j'ai été très vite, dans le premier poste ou j'ai été, j'étais déjà baigné dans les
444 modèles, c'était la CIF et le PPH à l'époque et étant formatrice aussi à Créteil, j'étais dans cette
445 dynamique-là, je suis aussi très engagé à l'ANFE

446 M. ; d'accord

447 C. : mais ce que je veux dire, ce que je trouve intéressant c'est qu'on est sur cette pathologie on
448 va dire. Il y a deux choses qui m'interpelle, enfin il y a en tout cas une chose. Quand je parlais
449 des approches top-down qui sont centrées sur les besoins de la personne, parce que je pense
450 qu'il n'y a pas deux anorexiques comme on n'a pas deux TC identiques, comme je n'ai pas deux
451 syndromes de Joubert identique évidemment, et que c'est un ensemble de facteurs qui allient la
452 personne, les activités et l'environnement, on est bien d'accord. Et peut-être garder, ce que tu
453 dis de la psychodynamique, moi ça me semble essentiel, parce que travaillant avec des
454 psychologues, des neuropsychy, enfin des psy spécialisés en neuro, mais qui aussi sont
455 psychologues cliniciens, on ne peut pas se dédouaner des deux, ça c'est sûr et certain. Et c'est
456 vrai que là, cette approche, peut peut-être plus top-down mais pas CO-OP permettrait de
457 répondre de façon moins, enfin comment dire, c'est-à-dire qu'il y a deux façons de prendre les
458 choses. Il a un AVC donc on doit travailler le membre sup, dans un dérouler de traitement ou
459 c'est M. machin qui a fait un AVC, qui était boulanger et qui a besoin de ça, ça et ça. Et peut-
460 être que ça serait intéressant de re-réfléchir dans des approches top-down pour ces jeunes tout
461 en prenant en compte la personne dans son être, un peu comme dans le MOH où on parle de la
462 personne au sens même de l'agir et de ses capacités, de sa volition et tout ça. Ça serait peut-être
463 ce modèle-là qui serait plus proche pour ces jeunes femmes, ces adolescentes et ces jeunes
464 femmes que le MCREO sur lequel est basé la méthode CO-OP, peut-être à réfléchir.

465 M. : alors moi je ne connais pas encore assez bien ces deux méthodes. J'essaie progressivement
466 de les découvrir, mais c'est vrai que quand je t'entends parler de la personne, de l'activité, de
467 l'environnement. Quand on avait écrit un article avec X sur les modèles conceptuels à l'époque
468 pour l'ergo et la réflexion, moi j'étais complètement dedans, dans l'intrapsychique et elle, elle
469 était complètement dehors, dans le communautaire et l'inclusion sociale. Et on est arrivé à se
470 rejoindre, sur la médiation, sur l'interaction, sur l'entre deux mais on se rendait bien compte
471 que moi je ne m'occupais pas de l'environnement et qu'elle, elle s'occupait moins, enfin voilà,
472 on s'occupait chacune d'un espèce de bord, chacune de notre côté, on a fait un grand écart pour
473 pouvoir se comprendre et écrire ensemble. Mais c'est vrai que l'idée, moi je vois bien quand je
474 vous entends parler, je suis vraiment centré sur la personne mais sur l'intrapsychique,
475 complètement dedans. Donc j'entends bien qu'à un certain moment, pour moi l'activité c'est
476 une médiation qui sert à l'expression de l'espace intérieur donc ça reste encore, même ce qui
477 est intermédiaire ça reste encore au service du dedans. Donc le coté dehors, environnement etc,
478 je m'en préoccupe beaucoup moins. Je me dis une fois que la personne elle va mieux, après elle
479 se débrouille avec ça. Mais c'est vrai qu'après je me rends bien compte que je suis plus une
480 psychothérapeute à médiation, une art thérapeute, ou une psychomotricienne et que quand en

481 ce moment j'essaie de retrouver des compétences plus ergo, et notamment avec les patients
482 psychotiques, bah là je commence à comprendre à quoi peuvent servir CO-OP, l'éducation
483 thérapeutique ou des choses comme ça. Donc je commence à entendre ce langage-là. Mais bon,
484 pour le moment moi je suis encore du côté psychodynamique et il y a des choses qui me choque
485 mais ça se trouve dans 10 ans ça ne choquera plus personne parce qu'on travaillera sur le
486 comportement et pas la profondeur.

487 C. ; ce n'est pas antinomique, je pense qu'il faut garder, ce n'est pas excluant.

488 M. : et ça dépend de la personne et de ses compétences. Parce que je veux dire ça ne vaut pas
489 la peine d'essayer la, quelqu'un qui introspecte, qui a conscience d'elle et qui veut et à qui on
490 propose une méthode de résolution de problème, ça ne va pas aller quoi. Et inversement.

491 A. : moi je questionne sur CO-OP, concrètement comment je ferai CO-OP avec des jeunes filles
492 anorexiques ? Et en fait moi je me dis, bon déjà moi je ne serais pas capable de travailler sur le
493 fond, sur les difficultés intrapsychiques c'est certain et pour le coup si c'est des jeunes filles qui
494 n'ont pas de demandes particulières sur l'une ou l'autre de leurs occupations, je ne vois pas
495 bien ce que je pourrais faire en tant qu'ergothérapeute.

496 M. : bah c'est-à-dire qu'elles ont tendance à être centrées sur les activités intellectuelles, c'est-
497 à-dire que quand elles arrivent et qu'on leur dit : bah voilà vous avez de l'écoute de musique,
498 de la créativité ou de la relaxation et rien d'autre. Elles vont réclamer du tricot, du machin, des
499 bidules, du mandala histoire de bien colorier à l'intérieur obsessionnellement. Et quand on leur
500 dit et bah non nous on n'a pas ça et on vous propose ça, et bah c'est toujours très compliqué
501 pour elles. Elles choisissent souvent par défaut, elles font des découvertes et au bout d'un
502 moment elles aiment bien, elles apprécient, elles découvrent. Mais c'est un peu, au départ, nous
503 on n'est pas sur quelle est l'activité que vous préférez ? C'est pour ça, la dernière fois, mes
504 étudiants qui m'ont dit, bon évidemment j'avais mis il aime bien le tricot et les activités créatives,
505 il y a plein de groupes qui ont sauté sur le tricot, bah non quoi c'est un truc qui est très répétitif,
506 qui n'est pas très créatif, donc ce n'était pas ça forcément qu'il fallait développer. Mais eux ils
507 étaient partis toujours sur cette activité signifiante pour la personne, elle se fait plaisir donc on
508 va pouvoir renforcer ça. Mais bon il y a un autre effectivement, un autre niveau après.

509 A. : Donc du coup il n'y a pas possibilité non plus de faire une MCRO ? En tout cas pas avec
510 la personne, ça peut être avec son entourage

511 M. : Une MCRO, alors précise-moi ta pensée.

512 A. : pour faire CO-OP, il faut démarrer par délimiter les paramètres, savoir où sont les plaintes
513 occupationnelles et quels sont ses objectifs. Donc, en fait c'est un entretien motivationnel où
514 on va pouvoir aller voir quelles sont les activités que la personne souhaite faire ou à besoin de
515 faire et qui sont difficiles actuellement. Sauf que là, dans ce que j'entends, elles surinvestissent
516 déjà des activités qui sont très cognitives et où elles sont déjà très performantes et donc il ne va
517 pas avoir de plainte plus que ça. Donc je ne sais pas s'il peut y avoir des plaintes de par
518 l'entourage

519 M. : Alors la famille est assez curieusement très complice entre guillemet, il faut vraiment
520 qu'elle soit très maigre avant qu'elle déboule et donc elles ont continué à faire du sport sans
521 que ça inquiète tout le monde, non souvent dans les familles, la finesse, le sport et l'intellect
522 sont très survalorisés. Donc la famille, c'est pour ça d'ailleurs que souvent on les envoie en
523 psychothérapie pour qu'ils s'interrogent un peu sur ça.

524 C. : d'où l'intérêt de l'environnement pour le coup.

525 M. : mais nous on les expédié faire une psychothérapie. Mais tu vois quand je nous entends
526 parler, je me dis que nous on n'avait pas à l'époque de psychologue dans notre service c'est
527 pour ça qu'on a développé à fond la psychothérapie médiatisée. Maintenant qu'il y a des
528 psychologues, ça ne se passe pas de la même façon. Je vois mes étudiants confrontés à comment
529 on bosse, le dernier en date il s'est comporté comme un vrai ergo comme dirait mes collègues
530 car c'est devenu une plaisanterie un peu généralisée. Nous on est des ergos un peu bizarres et
531 il y a des vrais ergos, mais c'est vrai que je sens bien qu'il y a cette espèce de glissement, qui
532 est sociétale, et qui est général. Par contre ce que je trouve intéressant c'est que le langage
533 MCREO, le langage que vous employez pour la MCREO c'est très proche du langage
534 d'éducation thérapeutique Et effectivement quand je vois les patients une seule fois en
535 éducation thérapeutique pour leur transmettre quelque chose, par exemple en névralgie, ce
536 matin j'ai passé une heure et demi à leur montrer, à discuter avec eux de leurs activités, de
537 comment ils s'assoient, de comment ils se mettent, de comment ils bougent, de comment ils
538 font du sport, de la piscine, etc, on discute sur les positions antalgiques et les choses comme ça
539 et après je fais une séance de relaxation. Et pour moi toute la première partie, je ne dis pas
540 qu'elle est négligeable mais ce n'est pas ça pour moi le centre du truc, c'est qu'effectivement

541 ils prennent soin d'eux et qui s'écoutent au niveau de la relaxation après. Mais dans ce que vous
542 dites je me rends compte que l'éducation thérapeutique est très proche, je ne sais pas si vous en
543 faites

544 C. : bientôt

545 A. : Moi je n'en fais pas mais effectivement on est dans les mêmes outils

546 M. : c'est proche, oui. Et effectivement, quand on voit les gens qu'une fois et qu'ils sont en
547 capacité, car nous on est dans de la psy, et psychiquement moi je vois bien des gens qui ont des
548 névralgies ou qui sont en rhumato, je leur montre une fois une séance, ils savent qu'ils peuvent
549 aller sur le site chercher les autres séances et ils le font. Et quand je les revois un mois après ils
550 ont fait leurs séances entre les deux parce qu'ils ont mal, alors que mes déprimés je leur propose
551 de faire du travail corporel ou chez une fille anorexique de se faire du bien, de se masser, de se
552 détendre, si je ne suis pas là pour le faire avec et bah ils ne le font pas. Donc il y a un soutien à
553 la motivation, qui n'est pas le même qu'aux personnes qui ne sont pas attaquées
554 psychiquement.

555 Moi : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Non ? De toute façon la troisième
556 question va être compliquée dans le sens où ça porte réellement sur CO-OP, l'anorexie mentale
557 et l'équilibre occupationnel. Au vu des échanges, je ne sais pas si c'est pertinent d'arriver à la
558 troisième question.

559 M. : on en a déjà parlé

560 Moi : on en a déjà expliqué dans la deuxième on est déjà arrivé à la troisième sans forcément la
561 formuler tel quelle.

562 De toute façon, Le but de la dernière question est de reprendre les deux questions précédentes
563 et de mélanger les deux réponses précédentes. Et au final ça s'est fait au fur et à mesure de la
564 conversation

565 M. : par contre ce qui m'intéresserait vraiment, tu as dit qu'une de tes collègues avait fait CO-
566 OP avec les anorexiques. Moi j'aimerais bien savoir comment ça s'est passé et quels résultats ça
567 a donné ? ça, ça m'intéresse

568 Moi : alors c'était sur un stage, quand elle était en 3ème année, sur un stage préprofessionnel,
569 il n'y a avait pas d'ergothérapeute dans le service. Elle était supervisée par Sabrina, qui est aussi
570 instructeur CO-OP. Elles ont mis en place. Elle faisait passer la MCRO auprès, elle a travaillé
571 qu'avec des filles, c'était des jeunes des adolescentes, je sais que moi elle m'en a parlé de 3. Je
572 sais qu'elles ont travaillé sur des activités spécifiques, mises en avant grâce à l'entretien. Elles
573 avaient réussi à ressortir leurs difficultés dans leurs activités. Il y en avait une c'était le
574 maquillage, du coup elles ont travaillé sur l'activité maquillage grâce à CO-OP avec l'idée du
575 but plan faire vérifier et voilà ça a très fonctionné et elles en étaient très contentes les 3 jeunes.
576 Il y a eu l'activité maquillage, il y a eu une activité en lien avec la cuisine, c'était couper une
577 pomme, est ce qu'il y avait une idée par-dessus je ne sais plus mais je sais qu'il y avait couper
578 la pomme et la troisième activité je ne serais plus vous dire ce que c'était. Et voilà ça a bien
579 marché et elle faisait des retours avec Sabrina, et elle travaillait vraiment en collaboration avec
580 Sabrina, pour essayer de mettre en place cette méthode. Mais elle travaillait aussi beaucoup
581 avec les autres intervenants, la psychologue du service

582 M. : Et justement, qu'est ce qui en ont dit les autres ?

583 Moi : Je ne serais pas vous en dire beaucoup plus

584 M. : parce que là c'est pareil, moi dans ce que j'entends l'esthétique ce n'est absolument pas
585 une démarche, parce que les jeunes filles anorexiques, elles sont capables de retrouver une
586 dimension esthétique une fois qu'elles ont dans leur être profond. Et couper une pomme pour
587 une fille anorexique, je refuse de faire une activité comme ça, car là elle t'emmène le symptôme,
588 dans le symptôme et tu n'es absolument pas dans le décalage métaphorique et dans la prise en
589 position symbolique. Donc voilà quoi, après y a des choses que je ne pourrais pas après ça ne
590 veut pas dire que c'est la vérité, mais en tout cas tel qu'on travaillait, car voilà je pense que je
591 peux le mettre à l'imparfait car dans notre service on arrive sur d'autres choses, c'est pour ça
592 que ça se cherche un peu. Donc pour moi ça n'est pas des activités thérapeutiques, après encore
593 une fois, moi je fonctionne d'une manière un peu, je ne sais pas si on peut dire à l'ancienne
594 mais en tout cas psychodynamique, donc effectivement ça n'a pas de sens pour moi.

595 Moi : Oui je comprends tout à fait, moi j'entends parfaitement ce discours. Et c'est sûr que moi
596 qui suis encore à l'école, je vois bien que c'est des visions complètement décalées mais pour
597 moi en effet par rapport à ce qu'il a été dit, l'une ne va pas forcément sans l'autre, c'est vraiment
598 deux visions qui sont différentes mais qui ont chacune aussi leurs points forts et aussi leurs

599 points plus négatifs. Mais dans tous les cas, c'est sûr que nous n'avons pas été formé de la
600 même façons, mais pour moi le deux sont super intéressantes et voilà ce focus groupe m'aura
601 aussi permis de mettre plein de choses en avant et donc c'est très intéressant

602 M. : Et il y en a une entre nous 4 qui parlait de faire une MCRO, tu pourrais me le re-préciser ?
603 Je ne sais plus qui a dit ça.

604 A. : c'est moi. Le premier élément clé de CO-OP c'est de pouvoir avoir des objectifs choisis
605 par la personne et donc une des façons, fin il y a plusieurs outils pour faire ça, mais une fois
606 qu'on a recueilli les plaintes occupationnelles moi je fais la mesure MCRO où je vais pouvoir
607 aller demander à la personne de classer par ordre d'importance ses objectifs, et puis de mettre
608 une note de rendement et de satisfaction sur chacune des occupations ou des activités listées.
609 Par exemple, je veux pouvoir me maquiller, c'est important pour moi, c'est entre 1 et 10, donc
610 c'est important pour moi à 9 d'être capable de me maquiller et aujourd'hui je me sens capable
611 à 4 de pouvoir me maquiller et je suis satisfaite à 1 qu'être capable à 4. Et sur chaque plainte
612 occupationnelle et qui devient un objectif pour le coup, cette mesure est faite et elle est
613 réévaluée en fin, et c'est ce qui permet en autre de voir si l'intervention en ergothérapie à été
614 efficace.

615 M. : Et ça les patients ils arrivent facilement à remplir ?

616 A. : ils ne remplissent pas c'est sous forme d'entretien semi-directif donc ils ne remplissent pas.
617 C'est un entretien, et après on leur demande de donner un chiffre entre 1 et 10, si cette notion-
618 là elle est compliquée à comprendre on peut l'expliquer, on peut donner un exemple, ils ont
619 juste à donner un chiffre entre 1 et 10.

620 M. : c'est un peu comme la cotation douleur, ils y arrivent facilement alors

621 C. ; non, car là ce que dit A., c'est comment tu te sens capable de faire la tâche et comment tu
622 es satisfait de la faire, faire appel à ses propres compétences et à se juger soi aussi. Il y en ils
623 vont nous dire il y a aucun problème alors que l'environnement va nous dire non mais ça va pas
624 du tout, d'autres vont se sous-estimer et d'autres se surestimer. C'est aussi très intéressant, la
625 MCRO elle est là pour mettre en évidence les occupations prioritaires et problématiques de la
626 personne. Soit qu'elle est capable de voir toute seule, soit que l'environnement décrit. Et c'est
627 ça qui est intéressant là, et ça va un peu dans le sens de ces idées de comprendre de pourquoi je

628 fais ça. Parce qu'aussi ces entretiens semi-directifs, il faut aussi avoir ses techniques
629 d'entretiens comme tu les as, comme vous les avez en psychiatrie, est ce que c'est centré sur la
630 personne et ses besoins. Donc elle en a plus ou moins conscience, donc voilà, c'est important
631 tous ces entretiens-là avant d'être dans l'agir aussi finalement avec CO-OP. CO-OP après c'est
632 10 séances maximum, ou plus de 10 ça dépend, mais des fois en 3 séances le problème est
633 résolu finalement.

634 A. : Des fois même moins, moi j'ai eu une jeune femme qui avait 5 ou 6 objectifs et il y en avait
635 au moins deux ou trois où elle s'autorisait plus à les faire, une fois qu'on est passé dans
636 l'intervention, elle l'a fait une fois c'était le prétest et en fait elle était capable et en fait avant
637 elle avait l'impression de ne pas être capable de faire. Donc du coup l'intervention s'est arrêtée
638 là pour ces objectifs.

639 M. : quel est la différence, vous connaissez ELADEB

640 C. : oui

641 A. : un peu

642 M. : un peu, parce que nous c'est le seul bilan qu'on utilise, et c'est un auto-bilan pour les
643 patients et moi je l'utilise que pour les patients psychotiques pour essayer de faire un espèce de
644 petit point avec eux sur les activités sur lesquelles ils se sentent autonome ou pas et ceux pour
645 lesquelles ils ont besoin d'aide ou pas. Et nous on a retenu celui-ci, car c'était vraiment imagé
646 et qu'il n'y avait justement pas à côté et que ça nous simplifiait un peu les choses. Parce que
647 moi c'est la cotation qui souvent, enfin bon les gens pour la cotation douleur ils y arrivent tous,
648 mais c'est voilà rhumato, etc, névralgie, mes patients psychotiques, c'est presque métaphorique,
649 trop compliqué pour eux de mettre un chiffre, alors souvent l'image passe mieux. Par exemple,
650 dans ce qu'on fait les étudiants, il y a un seul groupe qui me la proposé, ELADEB, pour voir
651 un peu ses activités quotidiennes et pour une jeune fille anorexique souvent ça n'a pas, enfin
652 moi je n'y vois pas un intérêt dans le sens arrivez vous à faire ou pas vos activités, si elles n'y
653 arrivent pas ce n'est pas qu'elles ne savent pas le faire, c'est qu'elle ne se les autorise pas au
654 sens psychique. Donc tu vois quand je t'entends dire qu'une personne elle ne s'autorisait pas,
655 tu la vois une fois elle s'autorise, yahoo elle n'est pas déprimée. Parce nous avant que nos
656 déprimés ils s'autorisent.

657 A. : non mais moi ce n'était pas dans le même cadre, c'était une dame qui avait eu un AVC et
658 qui du coup il y avait eu un changement brutal dans sa vie.

659 M. : non mais c'est ça qui est génial, je sais que moi quand je bossais un peu en ETP, la première
660 séance que j'ai fait avec des gens obèses avec les techniques corporelles que je propose, moi
661 mes déprimés ça faisait des années que je changeais de technique tout le temps, que je trouvais
662 des trucs, etc, eux ils m'ont dit ouais c'est super, on est détendu et tout, moi ça faisait des années
663 que j'attendais d'entendre ça. Les patients dépressifs c'est pas du tout les mêmes personnes que
664 les gens qui n'ont pas de problème psychique.

665 P. : moi j'utilise en bilan le Kawa pour les anorexiques

666 M. : Ah ça oui, c'est qui qui dit ça ?

667 P. : c'est P.

668 M. : pour moi le Kawa, c'est le plus proche d'un truc psychodynamique

669 P. : et bah voilà, je fais mon entretien d'accueil en utilisant kawa et je trouve plein de bénéfices.

670 C. : Mais kawa c'est plus le parcours de vie, un peu comme le OCAIRS

671 M. : un peu comme le quoi ?

672 C. : le OCAIRS, c'est un des outils du MOH, c'est des parcours de vie c'est autre chose.

673 M. ; donc je pense que la question n'avait même pas lieu d'être parce qu'anorexie et équilibre
674 occupationnel ça n'allait même pas ensemble. Alors que quand elle dit Kawa et parcours de vie
675 là ça me parle, ça va plus, bien avec les personnes anorexiques.

676 P. : c'est d'une grande richesse

677 C. : c'est vrai que l'équilibre, le déséquilibre, dans ce que vous racontez il y a quand même des
678 choses qui sont envahissantes chez ces jeunes filles.

679 P. : oui c'est que ça, c'est que de l'envahissement chez ces jeunes filles.

680 C. : ça impacte cette qualité de vie et ce parcours de vie finalement.

681 M. : oui mais quand tu parles justement de déséquilibre, si tu imagines cet équilibre-là, est ce
682 qu'il faut arrêter ce qu'il pose problème où augmenter ce qu'il fait du bien, c'est ça aussi la
683 question ?

684 C. : je ne sais pas je n'ai pas la réponse là tout de suite. Mais peut être que, je vais revenir sur
685 la participation, mais la participation c'est que la personne fasse ses propres choix en adéquation
686 avec d'autres facteurs qui sont notamment l'environnement. Et voilà c'est là aussi la situation
687 de handicap, elle est large dans ces conditions-là. C'est pour ça on dit la même chose mais pas
688 forcément avec les mêmes mots, parce qu'effectivement c'est des prismes différents.
689 Aujourd'hui, en ergothérapie en tout cas, quand on parle de l'être occupationnel, de Kielhofner
690 en autre, il dit qu'on est des êtres occupationnels, des êtres de l'agir et ces jeunes demoiselles
691 avec leur maladie elles sont freinées ou contraintes par leurs problèmes psychiques, dans leur
692 bien-être, dans leur qualité de vie. C'est juste ce changement de paradigme, c'est ce que dit
693 Kielhofner, utiliser l'activité pour faire du bien et les neurosciences et là on revient, il y a un
694 rebasculement, prendre en compte plus l'occupation, mais l'occupation dans le sens faire du
695 bien

696 M. : Mais-moi si tu veux, ce que j'avais bien apprécié dans le MOH c'était être, agir, devenir
697 mais après on m'a expliqué que c'était pas du tout ce que j'imaginai à savoir quelque chose de
698 dynamique et que c'était juste un triplique de visions. Car quand tu me parles de l'agir, pour
699 moi il y a être et faire et les jeunes filles anorexiques elles sont dans le faire, et nous ce qu'on
700 essaie de leur proposer c'est d'être dans l'être. Occupation, rendement, ne faut pas oublier aussi
701 que c'est un truc que j'essaie de dire souvent, qu'on parle des Américains ou des Canadiens,
702 que là-bas ils ont des assurances, des remboursements, et que toute cette notion de rendement,
703 etc, il y a vraiment quelque chose de nécessaire dans le prouver qu'on est efficace. Nous on ne
704 parle pas des mêmes paradigmes non plus. C'est vrai que les modèles ergo sont en train de se
705 former, et moi je travaille plus sur des modèles interdisciplinaire ou transdisciplinaire, et je vois
706 bien, j'essaie de comprendre les modèles ergo et comment ça réagit et comment ça interagit
707 avec les anciens modèles, ce qui fonctionne ce qui peut encore être infiltré dans le modèle ergo.
708 Mais je vois bien qu'on y va et que c'est une nécessité.

709 C. : c'est des changements sociaux, des données probantes, des actes qui doivent être basés sur
710 des données probantes mais ne pas oublier qu'il n'y a pas que l'agir, que le faire

711 M. : Et le subjectif

712 C : Et même c'est flagrant sur ces jeunes demoiselles car c'est très psychique mais on le
713 retrouve sur d'autres domaines, en neuro pédiatrie, on peut, pas pour les mêmes raisons. Mais
714 la pour CO-OP je ne sais pas, je n'ai pas de réponse pure et dure autour de ça.

715 M : Je n'entends pas très bien

716 C. : Pour la réponse CO-OP, si CO-OP est. Moi j'ai envie de dire c'est un outil dont on peut se
717 servir à un moment donné pour une intervention ciblée mais encore une fois en fonction des
718 besoins de la personne, dans son environnement. Ce n'est pas systématique en tout cas.
719 CO-OP dit aussi que ce n'est pas pour tous les thérapeutes et que ça n'est pas pour tous les
720 clients non plus

721 A. : il y a des prérequis. Après, un des prérequis c'est que la personne veuille apprendre une
722 des habiletés, s'il n'y a pas cette demande

723 Moi : il faut la motivation, oui.

724 M. : encore une fois, les jeunes filles anorexiques, elles vont kiffer d'apprendre mais ça va
725 entrer dans leur défense, dans leur défense psychique, qui les empêchent d'être dans leur corps
726 de femme, d'être dans le plaisir et la sensorialité. Là, elles peuvent t'en amener des demandes
727 d'apprendre, moi je te dis j'en avais une elle apprenait, elle avait mis ses cours sous plastique
728 pour apprendre sous la douche, pour ne pas perdre de temps, pour ne pas perdre deux secondes
729 pour s'occuper de son corps.

730 A. : Après c'est apprendre, ce n'est pas apprendre du contenu, c'est apprendre une habileté ?

731 M. : Mais tu entends bien dans les termes que c'est apprendre une habileté. Même la
732 terminologie, en psy elle est importante. Tous les mots qu'on envoie sont importants

733 C : Mais c'est là que c'est intéressant, enfin il me semble, apprendre justement ça serait
734 apprendre à être avec son corps pour le coup, ce n'est pas forcément une demande qui émane

735 de la personne mais peut-être de son l'environnement, si l'environnement n'est pas complice,
736 comme tu disais ou si l'environnement perçoit le dysfonctionnement ou des choses comme ça
737 Et ça pourrait intéressant d'apprendre à ressentir ce que ce mon corps ressent

738 P. : et bah c'est ça oui qu'on fait.

739 C. : et là c'est ce qu'on disait tout à l'heure il faut d'abord qu'il y est une adhésion de la personne
740 à ça, autrement c'est un coup d'épée dans l'eau

741 M : Après je râle, mais quand je parle du mot apprentissage mais quand je propose des
742 techniques corporelles au patients, ils apprennent quelque chose, il y a une structure qui est
743 identique à chaque séance, pour qu'ils puissent se l'approprier, mais le ressenti intime et
744 personnel, la façon de faire est intime et personnelle mais c'est vrai qu'il y a une structure. Donc
745 il y a une notion d'apprentissage. Le jour où quelqu'un m'a dit que ce que je faisais il y a eu
746 une partie cognitive j'ai râlé comme un pou jusqu'à ce que je me rende compte qu'effectivement
747 il y avait une notion d'apprentissage pour que ça soit suffisamment ritualisé pour que ça soit
748 intégré, pour que l'inconscient après puisse prendre soin de soi. Donc après on peut passer, je
749 vois bien qu'effectivement c'est les deux.

750 C. : CO-OP Est basé sur les théories contemporaines de l'apprentissage. Une des approches qui
751 est développée dans CO-OP c'est que tout apprentissage fait d'abord appel au cognitif. Si tu
752 apprends une nouvelle tâche qu'elle que soit, tu fais d'abord, tu le conscientise dans un premier
753 temps. Pour après l'automatiser. C'est l'apprentissage, c'est une des définitions de
754 l'apprentissage. C'est plutôt l'apprentissage moteur au départ, mais tout apprentissage passe
755 par ces mêmes boucles-là en fait. D'abord on conscientise et après ça va être automatique, on
756 aura plus besoin d'y réfléchir. Et ce que tu dis dans des rituels, dans les structures des techniques
757 que tu leur apporte, et bah oui d'abord il y a du cognitif. Et le cognitif ne veut pas dire, enfin
758 cognitif c'est la connaissance tout simplement. Cognitif au sens connaissance.

759 M. : alors maintenant si vous me dites que ce je propose c'est tout à fait dans le même truc que
760 CO-OP (rire)

761 C. : ce n'est pas ce que je dis, il y a fond de réflexion commun. CO-OP emprunte à plusieurs
762 courants scientifiques, au neuroscience, aux sciences de l'éducation, au science du mouvement,

763 les théories contemporaines de l'apprentissage, enfin voilà. Les auteurs de CO-OP se sont
764 inspirés de plusieurs mouvements de recherches et de sciences

765 M. : c'est quoi les 4 mots ?

766 C. : CO-OP ça veut dire cognitive orientation to daily occupational performance.

767 M. : non mais les 4 mots que vous aviez mis dans le petit truc

768 A. : but plan fais vérifie.

769 M. : but plan fais vérifie. Oui c'est vrai que le but c'est d'aider les gens à se détendre, le plan
770 c'est la structure que je donne aux gens pour qu'ils puissent l'apprendre, fais ils réalisent et
771 vérifie, souvent je leur demande s'ils utilisent à l'extérieur. Ouin. (Rire)

772 A. : sauf que le but...

773 C. : c'est inspiré de d'autres approches

774 M. : non mais effectivement, et ça vous appelez ça une résolution de problème ?

775 C. : c'est la métacognition

776 M. : la métacognition, ok, d'accord, je viens d'apprendre quelque chose

777 C. : c'est les fonctions exécutives en fait

778 M. : oui mais moi je ne suis pas à l'aise avec ça. Je n'aime pas ça alors ces chose-là.

779 C. : J'ai fermé la porte, bon bah comment je fais pour fermer ma porte, je mets ma clé et tout,
780 et je vérifie que j'ai bien fermé ma porte. C'est de la planification, c'est de la flexibilité de
781 l'attention tout ça

782 M. : Oui je vois bien que en tout cas cette pratique-là, même si elle est corporelle, vu comment
783 je la propose, souvent je dis je fais du travail corporel mais je me comporte comme une

784 ergothérapeute. C'est-à-dire que l'enseigne on outil que les gens peuvent s'approprier. Et
785 effectivement si on la regarde sous un angle comme vous le proposez et bah ça peut aussi se
786 regarder sous cet angle-là. C'est vraiment ça que je cherche, je cherche des traductions pour
787 qu'on puisse coopérer (alors là ce n'est pas un jeu de mot) entre les fonctionnels et les psy. Je
788 vois bien maintenant que je bosse depuis quelques années avec des gens fonctionnels, ils voient
789 bien que je leur apporte quelque chose et qu'eux ils m'apportent quelque chose et qu'on est en
790 train d'essayer de trouver un terrain commun. Et c'est ça que je cherche.

791 C. : moi j'ai envie de dire qu'il n'y a pas de dichotomie entre le fonctionnel et le psy car dans
792 le cerveau les deux se passent au même endroit, et le psychique et le cognitif, c'est dans la
793 même boîte crânienne que ça se passe. D'une, et de deux on est là pour, enfin le terme qui est
794 employé par les Anglais ability enabling c'est habilité à l'occupation c'est faciliter, permettre
795 l'activité. Ça rejoint les notions d'empowerment. Et dans ce que tu racontes, tu outilles les
796 personnes à qui tu proposes les outils, mais tu leur mets quelque chose dans leur boîte à outils
797 ou tu leurs permets de mettre quelque chose dans leur boîte à outils dont ils vont pouvoir se
798 servir en fonction d'une situation. Et oui c'est vrai j'ai cet outil, et c'est ça le job de l'ergo

799 M. : et oui tout à fait, c'est pour ça que je dis souvent que je le fais en mode ergo, parce que je
800 ne cherche pas à utiliser telle séance ou tel machin pour qu'il reste 15 ans avec moi, je cherche
801 qu'en 3 ou 4 fois ils se débrouillent avec leurs trucs.

802 C. : et bah CO-OP est basé sur ce truc-là

803 M. : et oui c'est ce que je suis en train de comprendre, ça vient doucement mais ça vient.

804 C. : Au départ développer pour des habiletés motrices mais qui se dit que ça ne pourrait pas être
805 prolongé dans autre chose. Et par exemple aujourd'hui ça peut fonctionner, ils ont fait des
806 études, avec les personnes avec TSA

807 M. : avec quoi ?

808 C. : avec trouble du spectre autistique

809 M. : ah oui d'accord

810 C. : bien sur pas ceux qui sont ultra déficient on est bien d'accord mais ceux qui ont des
811 capacités de raisonnement quand même. Mais on peut imaginer aussi que chez ces personnes,
812 ce qui est compliqué c'est justement qu'ils sont dans une grande rigidité, des stéréotypies, des
813 choses comme ça et finalement ça peut fonctionner mais peut-être qu'il faut définir les objectifs
814 finalement, pour qu'ils soient bien ciblés et qu'ils répondent bien aux besoins de la personne.
815 D'où l'intérêt d'une approche top-down plutôt que comportementaliste ou psychodynamique
816 j'ai envie de dire. On pourrait retraduire un peu comme ça. L'un n'exclue pas l'autre.

817 M. : c'est pour ça je crois qu'on a vraiment intérêt à trouver notre ou nos modèles conceptuels
818 ergos, parce que ces mélanges comme ça avec des modèles transdisciplinaires, on sent qu'il y
819 a des proximités, des trucs comme ça mais moi les étudiants ça leur embrouille la tête
820 complètement, aussi bien à Nancy qu'ailleurs parce que par l'intermédiaire du site j'ai beaucoup
821 de demandes, de questions, de trucs comme ça. J'ai l'impression que rien n'est clair dans leur
822 tête. Alors dans la nôtre je ne sais pas si c'est plus ou moins, mais c'est compliqué à transmettre

823 C. : Parce qu'on est en plein début, la recherche sur l'occupation, c'est une discipline assez
824 récente et autant en Amérique du Nord c'est réservé aux ergos autant en Australie c'est ouvert
825 à plusieurs personnes, à plusieurs professionnels, on peut imaginer en socio, en anthropologie,
826 en psycho-social, fin voilà on a des frontières perméables mais en même temps on a une identité
827 professionnelle propre qui est habilitier les gens à faire des activités qui sont importantes pour
828 elles dans leur environnement. Et on peut revenir à nos jeunes demoiselles, finalement c'est ça
829 aussi

830 M. : Oui c'est pour ça, moi finalement en discutant avec vous, moi, encore une fois ma position
831 elle est plus de psychothérapeute à médiation que d'ergo, donc c'est pour ça que c'est important,
832 je pense que c'est important pour Alice que tu entendes bien ça. Moi j'ai une certaine position
833 dans un certain domaine.

834 P : et en même temps, moi je me rapproche de ta façon de travailler M., et je pense que c'est
835 vraiment générationnel. Je me sens un peu paumé, parce que quand on a fait nos études il n'y
836 avait pas toute cette méthodologie, on était vraiment dans une vision humaniste, qui fait qu'en effet
837 on se retrouve parce qu'on est tous ergos mais la société à changer, et la façon dont j'ai été
838 formée est différente de la façon dont toi tu es formée

839 Moi : Oui, je le vois bien moi aussi, je suis formée complètement différemment et là je le vois
840 bien qu'il y a un écart aussi. Mais c'est aussi pour ça que c'était intéressant de pouvoir échanger
841 parce qu'on a des visions complètement différentes et qu'on s'apporte tous aussi des choses.

842 M. : et bah moi, c'est ce que j'ai découvert et d'ailleurs je me suis empressé après le premier
843 focus qu'on a fait la semaine dernière, je me suis empressé d'aller parler de ça à l'école, à l'IFE
844 de Nancy, parlez-en aux élèves. Parce que là, nous on a un intérêt les professionnels, et ça c'est
845 vachement bien, parce qu'on a un intérêt à échanger entre nous, et au lieu de passer un
846 questionnaire avec juste un étudiant et d'amener un savoir et bah on échange entre nous, et ça
847 m'apporte vachement plus

848 Moi : oui là ça apprend à tout le monde

849 M. : ouais ça c'est génial

850 Moi : mais c'est vrai que ce n'est pas forcément facile à mettre en place mais c'est top derrière.

851 M. : oui

852 Moi : est-ce que vous avez autre chose à rajouter ?

853 A. : non pas pour moi

854 Moi : Et bah alors je vous remercie vraiment de votre participation, d'avoir été présentes
855 aujourd'hui et d'avoir bien voulu échanger, c'était au moins constructif et j'aurai appris plein
856 de choses et ça c'est très bien. Et c'était bien d'échanger sur les différents visons, maintenant il
857 me reste plus qu'à retranscrire ça

858 M. : bon courage

L'équilibre occupationnel chez la personne souffrant d'anorexie mentale

Pertinence et mise en place de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

Résumé

Introduction : L'anorexie mentale, maladie multifactorielle, a été considérée comme ayant une incidence sur le sens des occupations en impactant les différents domaines occupationnels. De plus, elle a des répercussions sur la motivation occupationnelle ainsi que l'engagement en bousculant l'équilibre occupationnel de ces personnes. L'ergothérapeute utilise l'activité humaine en tenant compte de la diversité infinie d'individus avec des valeurs et des motivations qui leur sont propres. Dans son panel de méthodes client-centrées, ergothérapeute peut utiliser CO-OP, approche de résolution de problèmes qui habilite le client à acquérir des habiletés par l'utilisation de stratégies cognitives. **Objectif :** Le but de cette étude est de déterminer quel pourrait être l'intérêt de l'utilisation de CO-OP auprès de personnes anorexiques et comment cette méthode pourrait permettre de favoriser l'équilibre occupationnel de ce public. **Méthode :** La technique du focus groupe a été réalisée auprès d'ergothérapeutes spécialistes de l'anorexie et des instructeurs CO-OP dans le but de recueillir l'opinion d'experts sur l'utilisation de cette approche et sa potentielle influence sur l'équilibre occupationnel. **Résultats :** Le focus groupe n'a pas pu permettre d'obtenir une réponse claire sur l'utilisation de la méthode CO-OP auprès de la population anorexique. Il met tout de même en lumière la transition qui s'opère entre différentes méthodes, la singularité des clients, l'importance des approches top down et client-centré. **Conclusion :** les approches et outils occupationnels centrés sur la personne et ses besoins, en incluant son environnement, pourraient peut-être s'avérer pertinents dans la prise en soin de cette pathologie. La poursuite des recherches dans ce domaine semble judicieuse.

Mots clés : Ergothérapie – Anorexie mentale – CO-OP – Equilibre occupationnel – Approche Top-down

Occupational balance in people with anorexia nervosa

Relevance and implementation of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance approach (CO-OP)

Abstract

Introduction: Anorexia nervosa, a multifactorial disease, has been found to affect the meaning of occupations by impacting different occupational domains. In addition, it affects occupational motivation and engagement by upsetting the occupational balance of these individuals. Occupational therapists work with human activity, taking into account the infinite diversity of individuals with their own values and motivations. In his range of client-centred methods, the occupational therapist can use CO-OP, a problem-solving approach which empowers the client to acquire skills through the use of cognitive strategies. **Objective:** The aim of this study was to determine the potential value of using CO-OP with people suffer anorexia and how this method could help to promote occupational balance in this population. **Method:** The focus group technique was carried out with occupational therapists specialised in anorexia and CO-OP instructors in order to gather the opinion of experts on the use of this approach and its potential influence on occupational balance. **Results:** The focus group could not provide a clear answer on the use of the CO-OP method in the anorexic population. Nevertheless, it highlights the transition between different methods, the singularity of the clients, the importance of top-down and client-centred approaches. **Conclusion:** Occupational approaches and tools centred on the person and his or her needs, including the environment, could perhaps prove relevant in the treatment of this health condition. Further research in this area seems to be advisable.

Key words: Occupational therapy - Anorexia nervosa - CO-OP - Occupational balance - Top-down approach

Alice BODO