



IPMR de Nevers
Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation

10 place du Général Pittié 58000 NEVERS
☎ 09.81.79.27.57 – www.ipmr-nevers.fr – ✉ secretariat@ipmr-nevers.fr



DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2020-2023

**Accompagnement précoce en
ergothérapie vers une amélioration de
la qualité de vie des adolescentes
atteintes d'anorexie mentale**

Étudiant : SOUFFLET Evane

Directeur de mémoire : Mme BONHOMME Sandrine

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

Sandrine BONHOMME, ma directrice de mémoire pour son accompagnement sur l'élaboration de ce travail de fin d'étude, ainsi que pour la disponibilité qu'elle a su m'accorder. Ses précieux conseils m'ont toujours permis de progresser tout au long de ce mémoire.

Les formatrices de l'institut de Formation de Nevers pour leurs conseils pendant ces 3 années d'études.

Les ergothérapeutes m'ayant permis de réaliser mes différents entretiens pour faire évoluer mon mémoire en répondant à mes nombreuses questions.

Mes parents, mes frères et ma sœur, ma famille et mes proches pour leur soutien inconditionnel, leur écoute même à distance et leur relecture.

Mes amies de promotion pour leur bienveillance, leurs sincères amitiés et leur soutien durant toutes ces années ensemble dans la joie et la bonne humeur.

À tous ceux qui ont contribué à ce travail, à leur manière.

Table des matières :

1. Introduction	1
1.1 Situation d'appel	1
1.2 État de l'art de la littérature.....	2
1.3 L'intérêt professionnel	2
2. Cadre théorique	3
2.1 L'anorexie mentale	3
2.1.1 Approche psychanalytique	3
2.1.2 Définition	4
2.1.3 Épidémiologie.....	6
2.1.4 Causes.....	7
2.1.5 Différentes anorexies	8
2.1.6 Conséquences	9
2.1.7 Diagnostic	10
2.1.8 Traitements	11
2.2 Qualité de vie	12
2.2.1 Définition de la santé.....	12
2.2.2 Définition de la qualité de vie	13
2.3 L'ergothérapie	15
2.3.1 Définition	15
2.3.2 L'ergothérapie et l'anorexie mentale	17
2.3.3 Modèle conceptuel	19
3. Problématique professionnelle.....	22
4. Question de recherche.....	22
5. Matériel et méthode	23
5.1 Méthode de recherche	23
5.2 Hypothèses	23
5.3 Outil de recherche	24
5.4 Les biais	25
5.5 Les limites	25
5.6 Population cible	26
5.7 Réalisation des entretiens	26
5.7.1 Élaboration de l'outil.....	26

5.7.2 Recrutement des participants.....	28
5.7.3 Déroulement des entretiens	28
6. Résultats	29
6.1 Présentation des personnes interrogées	29
6.2 Analyse.....	30
6.2.1 Analyse longitudinale	30
6.2.1.1 Entretien numéro 1	30
6.2.1.2 Entretien numéro 2.....	33
6.2.1.3 Entretien numéro 3.....	36
6.2.2 Analyse transversale.....	39
7. Discussion.....	42
7.1 Analyse théorique.....	42
7.2 Analyse réflexive	46
7.2.1 Choix de la méthodologie.....	46
7.2.2 Choix de la population.....	47
7.2.3 Ouverture éventuelle	48
7.2.4 Intérêts personnels et professionnels.....	49
8. Conclusion.....	50
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
RÉSUMÉ	
ABSTRACT	

Glossaire :

AM : Anorexie Mentale

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHQ : Child Health Questionnaire

DSM-5 : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux numéro 5

E1 : Ergothérapeute numéro 1

E2 : Ergothérapeute numéro 2

E3 : Ergothérapeute numéro 3

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PES : Prise En Soins

QDV : Qualité De Vie

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

1. Introduction

En médecine générale, les maladies psychiatriques sont les deuxièmes causes de consultation. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles toucheraient un quart de la population en France au cours de la vie et seraient parmi les maladies où le taux de morbidité et de mortalité sont les plus élevés. Cela représenterait une personne sur quatre en invalidité (1). De plus, depuis 2018, un réel axe a été mis en place au travers de la Feuille de Route santé mentale et psychiatrie sur la stratégie nationale afin de guider au mieux toutes personnes pouvant repérer des troubles mentaux.

1.1 Situation d'appel

La situation que j'ai relevée s'est déroulée en hôpital psychiatrique dans une unité d'admission. Cette unité d'hospitalisation complète accueille toute personne de 18 à 60 ans, qui présente des troubles du comportement psychique ou psychiatrique et qui nécessite, pour une durée variable, un suivi médical. Une admission peut se faire selon différents modes : libre, à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou encore sur décision d'un représentant de l'État.

Lors de ce stage, j'ai pu découvrir diverses pathologies psychiatriques comme la schizophrénie, la bipolarité ou encore les troubles du comportement alimentaire (TCA). J'ai eu l'occasion de rencontrer en prise en soin une jeune patiente atteinte de TCA et plus particulièrement d'anorexie mentale (AM). Cette patiente âgée de 16 ans était suivie par plusieurs professionnels (psychiatres, infirmiers) qui contrôlaient sa prise en soin, en imposant un certain indice de masse corporel (IMC) pour bénéficier d'un droit de visite, de sortie dans le parc et d'un droit pour pratiquer du sport. Ce mode de procédé m'a questionné en tant que future ergothérapeute. En effet, je me suis demandé si cette méthode de restriction était la bonne, si la patiente était actrice de sa prise en soin, si elle était en accord avec cela et notamment comment a-t-elle vécu cette situation ?

Par ailleurs, durant une réunion pluriprofessionnelle avec toute l'équipe soignante, le médecin a indiqué à l'ergothérapeute qu'il serait intéressant de créer avec la patiente atteinte de TCA un atelier de cuisine thérapeutique.

Par la suite, nous avons rencontré cette jeune patiente lors d'une séance où nous avons réalisé un bilan des activités quotidiennes. Ce bilan a pour but de graduer les difficultés de la personne et du besoin d'aide selon différents domaines de vie quotidienne. En la questionnant et en analysant ses réponses, nous n'avons pas trouvé pertinent de réaliser une cuisine thérapeutique comme nous l'avait proposé le médecin. En effet, cet atelier n'était pas significatif pour la patiente et n'aurait eu que peu d'impact sur la prise en charge. Pour finir, je n'ai pas pu suivre le reste de cette prise en soin, car mon stage a malheureusement pris fin. Je me suis alors demandé quel est le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population ? Qu'est-ce qui peut être mis en place ?

Tous ces questionnements m'ont amené à la question de départ suivante :

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

1.2 État de l'art de la littérature

Pour effectuer mon travail d'initiation à la recherche, je dois m'appuyer sur des articles scientifiques. Il existe un grand nombre d'articles décrivant l'anorexie mentale dans sa globalité, comme l'épidémiologie, le diagnostic ou encore le côté symptomatique de la maladie. Cependant, très peu d'articles s'interrogent sur le rôle de l'ergothérapie sur cette pathologie. C'est pourquoi mon mémoire d'initiation à la recherche pourra avoir un réel intérêt pour les ergothérapeutes.

1.3 L'intérêt professionnel

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour objectif de pouvoir développer la pratique professionnelle des ergothérapeutes auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale. Cette population est encore peu connue des ergothérapeutes ou du moins, peu de professionnels en ergothérapie exercent auprès de celle-ci.

Il est selon moi intéressant de guider les ergothérapeutes dans la prise en soin de personnes atteintes d'anorexie mentale afin de savoir repérer les attentes et les besoins de cette population. Il est également important de connaître leur rôle auprès de celle-ci et de savoir à quel stade de la maladie les ergothérapeutes peuvent intervenir.

Pour finir, cette recherche aura pour but de faire découvrir les axes de la prise en soin qui peuvent être mis en place.

Dans un premier temps, j'expliquerai l'intérêt de ce mémoire d'initiation à la recherche pour les professionnels en ergothérapie. Dans un deuxième temps, je définirai mon cadre théorique en décomposant les concepts suivants : l'anorexie mentale, l'ergothérapie et la qualité de vie, tout en apportant un lien entre ces différents concepts. Dans un troisième temps, à partir de ces recherches, j'annoncerai ma problématique professionnelle, ma question de recherche et plusieurs hypothèses. Pour finir, je présenterai ma méthodologie de recherche avec ses biais et ses limites ainsi que ses critères d'inclusion et d'exclusion.

2. Cadre théorique

2.1 L'anorexie mentale

2.1.1 Approche psychanalytique

L'approche psychanalytique de l'anorexie mentale s'est installée et s'est modifiée progressivement dans le temps.

Tout d'abord, Freud, fondateur de la psychanalyse, évoquera dans un premier temps l'AM à travers la névrose. Effectivement, dans ses premiers ouvrages en 1895, il ramènera l'AM à la dépression et à la mélancolie. Puis dans un second temps, Freud rapportera l'anorexie mentale vers l'hystérie comme un refus de s'alimenter et où il inclura, pour finir, la dimension corporelle et les conséquences de la pathologie sur la féminité (2). Ensuite, Lacan, psychanalyste, orienta ses pensées de l'anorexie mentale vers la triade besoin-demande-désir dans la relation prématurée de la mère et son enfant. Ce qui l'amènera à définir qu'une inadaptation dans les relations familiales peut être à l'origine de ce trouble des conduites alimentaires (3). À la suite de Lacan, Bruch, psychanalyste particularisée dans les troubles alimentaires, souligne l'impact de la famille dans la survenue de ces troubles. En effet, selon Bruch, c'est l'attention des parents portée à l'égard de leur enfant qui amènerait vers l'AM, « l'absence de réponse habituelle et systématique aux besoins de l'enfant, en particulier son besoin de nourriture, privant l'enfant en développement d'un travail de fond sur son identité corporelle » (4). Par ailleurs, plusieurs autres théoriciens retiennent cette influence familiale dans l'accroissement de l'AM.

L'approche actuelle :

C'est lors d'un congrès en 1965, que l'AM a été exprimée du point de vue psychanalytique comme « une incapacité d'assurer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté. Le conflit principal se situe au niveau du corps et non de la fonction alimentaire ; la structure de l'anorexie mentale est différente de celle d'une névrose classique. » (5). De plus, selon Corcos, Flament et Jeammet, l'AM se rapporte à des difficultés du rapport à l'objet et du narcissisme (6). Aussi, Maurice Corsos, met en lumière les déterminants des conduites addictives dans les troubles alimentaires. En effet, il constate le début précoce de ces troubles, c'est-à-dire lors de l'adolescence, ressenti de manque, de vide, d'impulsivité, de dépendance, entraînant des répercussions sur l'état psychologique, social, et physique, ou encore un état dépressif (7). C'est ainsi que Corsos, rapproche l'anorexie mentale et le trouble addictif.

2.1.2 Définition

L'anorexie mentale (AM) qui signifie littéralement « perte d'appétit névrotique » est une maladie mentale faisant partie des troubles des conduites alimentaires qui sont inscrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, numéro 5 (DSM-V). Les troubles des conduites alimentaires sont définis comme étant des comportements alimentaires distincts de ceux d'une personne habitant dans les mêmes conditions (8). Ce sont des troubles avec des effets physiques et psychologiques sur du long terme. Ces troubles regroupent trois pathologies, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et l'anorexie mentale. Cette dernière est, quant à elle, définie par une restriction des apports alimentaires durables entraînant une perte de poids conséquente ainsi qu'une peur intense d'en prendre. La personne atteinte d'anorexie mentale se considère constamment en surpoids et souhaite alors maigrir à tout prix, en contrôlant les calories des aliments ingérés ainsi qu'en pratiquant une activité physique intense (9).

En réalité, l'anorexie mentale peut se décomposer en deux sous-types. Tout d'abord l'anorexie mentale restrictive, qui se caractérise par une perte de poids causée par un régime, des jeûnes et par un exercice physique intensif. Alors que l'anorexie boulimique avec purge alterne des épisodes d'hyperphagie boulimique

(consommation de grandes quantités de nourriture en peu de temps impliquant un sentiment de perte de contrôle) et des épisodes visant à retrouver le contrôle du poids par vomissements, utilisation de laxatifs et de diurétiques ou d'une activité physique excessive (10).

L'anorexie peut s'expliquer par un trouble identitaire sur une fragilité narcissique dû à l'histoire de vie de la personne. En effet, l'adolescente atteinte d'anorexie mentale est sans cesse dans un questionnement identitaire. C'est pour cela qu'une simple question comme « qu'est-ce que devenir femme ? » peut susciter des angoisses en regard des fragilités narcissiques (11). Cela peut être mis en lien avec la remise en cause du sentiment de familiarité avec soi-même et son corps.

Par ailleurs, on constate plusieurs phases psychologiques dans l'anorexie mentale chez l'adolescente.

Tout d'abord, on observe la phase d'optimisme. Celle-ci est définie par différents états comme des sensations ou des sentiments positifs qui sont la conséquence de la faim d'après Hilde Bruch, psychiatre et psychanalyste américaine spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires. Durant cette phase, l'adolescente peut ressentir également un sentiment de fierté, de supériorité ou de puissance. Effectivement, pour certaines adolescentes anorexiques mentales, la faim peut provoquer un état de déréalisation, semblable à une drogue, marqué par un détachement de leur corps ou la sensation d'un corps moins lourd. Aussi, l'apparition de l'aménorrhée peut susciter un sentiment de délivrance puisque c'est un indicateur de la féminisation. De plus, la pratique d'une activité physique est très fréquente chez les jeunes anorexiques, elles peuvent découvrir des prouesses qui s'améliorent. Cela peut provoquer un sentiment de bien-être et d'euphorie suite à un sentiment de contrôle et d'amaigrissement de leur corps. Cette phase d'optimisme est très aléatoire dans sa durée puisqu'elle peut être mise à l'épreuve par les inquiétudes sur l'alimentation et les fringales qui menacent la perte de contrôle sur le poids, engendrées par les privations.

Deuxièmement vient la phase de déni, de désillusion et de détresse. Elle est marquée par des inquiétudes et des comportements de contrôle du poids et de la nourriture qui envahissent toutes les pensées, sans pour autant améliorer l'image du corps malgré les répercussions physiques et psychologiques. Ces conséquences psychologiques sont engendrées par des sensations de honte, de dégoût, de culpabilité envers elles-mêmes, causées par le fait de manger. Certaines personnes anorexiques ressentent du plaisir au sentiment de faim puisque cela signifie pour elles, la pureté et la légèreté de leur corps, selon Henri Chabrol (12) .

Bien qu'il soit difficile de trouver les causes exactes de l'origine de l'anorexie mentale, elle est toutefois d'origine multifactorielle, mais peut varier d'une personne à une autre. Il existe des facteurs environnementaux, psychologiques, familiaux, sociaux-culturels, comportementaux et génétiques.

2.1.3 Épidémiologie

La prévalence de l'anorexie mentale varie en fonction des pays. Selon des études réalisées entre 2000 et 2018, sa prévalence en France serait de 0.2 % chez les hommes contre 1.4 % chez les femmes (13). Nous constatons également que cette maladie mentale touche en grande majorité les femmes. En effet, on estime un ratio d'un homme pour dix femmes (14).

De plus, l'anorexie mentale débute généralement entre 15 et 19 ans avec une hausse maximale à 16 ans tout âge confondu. Cependant, l'âge de début apparaît plus précocement au fil des années.

Toutefois, on considère que 50 % des cas qui sont pris en charge à l'adolescence se rétablissent complètement, que dans 30 % des cas, la maladie s'améliore et que les derniers 20 % sont diagnostiqués chroniquement malades (15). En revanche, parmi ces cas, 5 % des patients décèdent selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Cette mortalité qui serait plus importante sur l'année qui succède l'hospitalisation, serait due à des aggravations physiologiques ou à des suicides.

Par ailleurs, au sein des maladies psychiatriques, l'anorexie mentale est la pathologie qui entraîne le plus fort taux de suicide.

2.1.4 Causes

Bien qu'il soit difficile de trouver les causes exactes de l'origine de l'anorexie mentale, elle est toutefois d'origine multifactorielle, mais peut varier d'une personne à une autre. Il existe des facteurs prédisposants, précipitants et pérennisants.

Les facteurs prédisposants peuvent être d'origine familiale comme par la génétique des parents, car nous savons qu'un IMC est plus ou moins héréditaire, l'anorexie mentale peut aussi être majorée par les troubles associés que peuvent avoir les parents (anxiété, troubles dépressifs, troubles bipolaires). Les relations familiales peuvent-elles être aussi des facteurs prédisposants d'origine familiale, que ce soient les conflits, la rigidité de l'éducation ou les critiques, à l'égard de l'enfant. Nous retrouvons également des facteurs d'origines environnementaux, par exemple l'idéal de la minceur qui peut être induit par l'environnement médiatique, social ou familial. Un événement stressant, une perte ou des traumatismes non résolus au cours de l'enfance peut aussi jouer un rôle sur l'origine de l'AM. De plus, des facteurs individuels entrent en ligne de compte, notamment des difficultés cognitives et émotionnelles, une faible estime de soi, des troubles de l'attachement ou encore des troubles de l'oralité.

Viennent ensuite les facteurs précipitants. Ils surviennent majoritairement lors de l'adolescence. En effet, c'est une étape de vie plus ou moins difficile à appréhender puisque c'est durant cette période qu'apparaît la puberté. C'est une période transitoire où la personne sort de l'enfance et entre progressivement dans la vie d'adulte. Cette dernière est marquée par différents changements corporeaux, hormonaux et psychologiques, tels que l'apparition des premières menstruations chez les jeunes filles, le développement des formes corporelles ou la modification de l'image corporelle. Ces différents changements habituellement normaux ne sont pas vécus positivement et provoquent donc les désirs, comme maigrir (12), elles ont alors un rapport sur la perception de leur corps qui est erroné. Aussi, c'est davantage lors de cette période que les interactions sociales se modifient. « Le phénomène adolescent est alors interprété comme un équilibre progressif ou comme une adaptation graduelle de l'individu au milieu et à lui-même » d'après Roux H (14). Par ailleurs, même si la survenue de l'anorexie mentale est plus probable lors de l'adolescence, il existe toutefois d'autres facteurs précipitants durant cette période ou non, comme des événements de vie inhabituels.

Ceux-ci peuvent être caractérisés par des séparations, des violences physiques, morales ou verbales, des agressions sexuelles, des incestes, qui peuvent être vécus à tout moment de la vie. Ces événements anormaux peuvent être à même de provoquer un objectif de lutte contre un corps qui est désirable pour l'autre. Nous savons que dans notre société, le corps féminin est un désir pour autrui. C'est suite à cela et par leur vécu que ces jeunes femmes veulent effacer toutes marques de sexualisation de leur corps. D'après ceci, nous pouvons nous questionner sur une instabilité narcissique. En outre, selon Jean Michel LEVY, l'AM peut survenir suite à des activités où des normes corporelles sont imposées, notamment les mannequins, des danseurs de ballet ou les athlètes (11). Tous ces facteurs sont de potentielles souffrances pour un individu, ce qui peut amener à une anorexie mentale.

Pour finir, il existe des facteurs pérennisants, c'est-à-dire qu'ils font durer la maladie dans le temps. Les effets négatifs de l'AM à long terme font partie de ces facteurs. Nous pouvons y retrouver une anxiété sociale, des symptômes dépressifs ou anxieux, ainsi que des difficultés interpersonnelles. Cependant, les personnes anorexiques mentales peuvent ressentir à l'inverse des effets positifs de cette maladie comme le sentiment de contrôle qu'elles ont sur elle-même, afin d'accepter et de rendre supportable ce qu'elles ont vécu. Houssier F décrit que ces personnes sont aussi entraînées dans une spirale incontrôlable qui consiste à avoir une crise de boulimie induite par une restriction alimentaire, qui va alors engendrer une hyperactivité plus ou moins intense, qui ensuite mènera de nouveau à une restriction alimentaire en souhaitant reprendre le contrôle (16).

2.1.5 Différentes anorexies

Il existe deux types d'anorexie, l'anorexie mentale et l'anorexie nerveuse atypique.

Tout d'abord, l'anorexie mentale qui est la forme la plus courante se caractérise par une attitude restrictive de nourriture déterminée par une envie de maigrir, tout en luttant contre la faim.

Ensuite, le deuxième type d'anorexie est l'anorexie nerveuse atypique. Celle-ci est définie également par un refus ou une limitation alimentaire, mais où le faible poids ne rentre pas en compte dans le diagnostic. Véritablement, une personne atteinte d'anorexie nerveuse atypique est une personne en surpoids ou en obésité qui présente une diminution importante de son poids corporel.

En confrontant les deux catégories d'anorexie, les similitudes sont davantage repérées que les différences, bien que le poids du patient soit la plus grande distinction entre les deux. La personne atteinte d'anorexie mentale va être émaciée, ce qui va alerter plus rapidement son entourage, tandis qu'une personne atteinte d'anorexie nerveuse atypique aura un poids dit normal, ou un surpoids, voire une obésité. C'est pour cela qu'il est difficile de savoir réellement lorsque la personne anorexique nerveuse atypique présente une image corporelle déformée puisque selon les normes d'IMC elle n'entre pas dans une maigreur (17).

2.1.6 Conséquences

Les conséquences de cette anorexie mentale sont multiples. Nous pouvons repérer dans un premier temps des signes cliniques qui apparaissent progressivement, comme un amaigrissement, des poils lanugo, une mauvaise dentition, une pâleur ou encore une aménorrhée qui est un symptôme typique. Cette aménorrhée était, dans le DSM-IV, un critère de diagnostic de cette maladie.

Par ailleurs, cette pathologie engendre des complications physiques. On y retrouve une rapide perte de poids ainsi qu'une insuffisance pondérale. On y trouve également une importante fatigue, des vertiges, des vomissements ou une sensibilité au froid.

De plus, les personnes atteintes d'anorexie mentale encourent des risques somatiques et psychiques, par exemple, de l'hypotension, une insuffisance cardiaque, une déshydratation, une infertilité ou encore une dépression.

À long terme, cette maladie, si elle n'est pas prise en soin rapidement, peut devenir chronique et amener à une désinsertion sociale, voir à un suicide.

Pour finir, même si la personne n'en est plus atteinte, il ne faut pas pour autant exclure une potentielle rechute.

Toutefois, bien que nous constatons en priorité tous ces signes cliniques, somatiques et physiques, l'AM a de nombreuses répercussions sur la qualité de vie de ces personnes atteintes. En effet, cette maladie peut provoquer des ruptures familiales, amicales ou amoureuses. Ou encore une rupture de scolarité. La qualité de vie est également modifiée par un changement de rôle, due par exemple à une interruption de l'enfance. Les conséquences sur la qualité de vie sont donc très multiples.

2.1.7 Diagnostic

Le diagnostic de l'anorexie mentale se fonde sur les critères du Manuel de Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux (DSM-V) où elle paraît dans le chapitre nommé « troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments ». Les trois critères de diagnostic sont les suivants :

- Restriction de l'apport énergétique par rapport aux besoins, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire de développement et de la santé physique.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou comportements persistants allant à l'encontre de 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 persistant de reconnaissance de la gravité relative à la maigreur actuelle (18).

Afin d'arriver à ces critères, il est primordial d'analyser la situation de la personne en réalisant une anamnèse. Cette dernière peut comporter toutes les questions qui lient la personne à la maladie, comme les mesures du poids et de la taille, ce qui va renseigner sur l'Indice de Masse Corporel, sa température, sa fréquence respiratoire, sa motivation à maigrir, ses comportements compensatoires (vomissements, jeûnes, etc.), son activité physique ainsi que tous les signes cliniques pouvant être repérés (pâleur, apparition de poils lanugo, mauvaise dentition, etc.)(15).

Par ailleurs, des analyses sanguines peuvent être réalisées, cependant elles ne révèlent pas toujours l'anorexie et peuvent sembler normales, même dans les cas les plus avancés.

2.1.8 Traitements

Tout d'abord, il est important de savoir qu'aucun traitement médicamenteux spécifique à l'anorexie mentale n'existe. Toutefois, des traitements peuvent diminuer les troubles associés, comme l'anxiété, la dépression ou les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Ensuite, durant la prise en charge, les objectifs seront divers et précis en fonction de l'évolution de la maladie. Effectivement, seront présents des objectifs de renutrition, par exemple, retrouver des apports énergétiques suffisants, adapter son comportement face à la nourriture, obtenir un poids convenable et stable, etc. Bien d'autres objectifs seront mis en avant au cours de la prise en soin, comme découvrir et améliorer sa réhabilitation physique et nutritionnelle, comprendre ses troubles et les symptômes liés à l'alimentation, ainsi que de connaître les conséquences de la dénutrition sur le plan somatique et psychique, développer sa confiance en soi et ses relations sociales et familiales, savoir repérer les facteurs de vulnérabilité et les facteurs déclenchants de la maladie, etc. Ces objectifs peuvent être menés par une intervention psychologique et psychiatrique qui peut se faire par une psychothérapie individuelle (thérapie cognitivo-comportementale), par une thérapie familiale ou encore une thérapie de groupe.

De plus, selon la gravité du stade auquel se trouve la personne atteinte d'anorexie mentale, des soins hospitaliers peuvent être recommandés. Cela peut être en hospitalisation complète pour les cas les plus graves (traitement par sonde nasogastrique lorsqu'il y a un danger physique) ou en ambulatoire, en hôpital de jour, ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (19).

In fine, au vu de la complexité des troubles du comportement alimentaire, où les symptômes sont de natures diverses (nutritionnel, psychiatrique, somatique et sociale), il est primordial que toutes ces prises en charge soient réalisées de manière pluri professionnelle et en coopération avec le médecin, le psychologue, la

diététicienne, l'infirmier, l'ergothérapeute, le psychomotricien, etc. Le médecin référent coordonne la prise en soin (20).

Il est toutefois primordial d'avoir une prise en soin précoce. En effet, nous savons que l'anorexie mentale survient majoritairement au cours de l'adolescence suite à de nombreux facteurs. De plus, nous sommes au fait que l'anorexie mentale peut affecter le développement psychomoteur de l'adolescent jusqu'à l'âge adulte, ainsi que le développement physique tel qu'un retard de croissance structural et d'une évolution pubertaire retardée (21). Prendre en charge précocement diminuerait alors les risques d'une évolution vers une forme chronique de la maladie ou vers des complications somatiques, psychologiques ou nutritionnelles et diminuerait le nombre de comorbidités. Effectivement, si la prise en soin ne débute pas dans les deux premières années suivant les premiers symptômes, la convalescence sera plus tardive. Il est alors nécessaire d'effectuer un repérage précoce de la maladie afin de commencer une prise en soin optimale.

2.2 Qualité de vie

L'AM étant une maladie entraînant des répercussions sur la santé, il me paraît est important de définir cette notion afin de mieux comprendre les répercussions de cette pathologie sur la qualité de vie. Car effectivement, nous avons pu constater, précédemment, dans les conséquences de l'AM, qu'il y avait de réels impacts sur la qualité de vie des personnes atteintes de celle-ci.

2.2.1 Définition de la santé

La définition de la santé a évolué au cours des décennies, passant d'une simple absence de maladie ou d'infirmité, avant les années 1945, à « La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. » d'après la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, par l'OMS en 1986. On constate que cette dernière englobe tous les aspects sociaux, psychologiques et environnementaux d'un individu et ne se restreint plus seulement à la maladie qui peut être responsable de l'état de santé de celui-ci.

En effet, un état de santé optimal n'est pas exclusivement une absence de maladie ou de handicap, mais bien, un état de complet bien-être physique, mental et social.

La santé est un droit fondamental que toute personne, peu importe sa religion, ses convictions politiques, son appartenance économique et sociale, a en ses acquis afin de recevoir le meilleur état de santé qu'il peut atteindre. Cela signifie alors que tous les services de santé soient accessibles à tout moment et à tous ceux qui en éprouvent le besoin, sans inégalités financières (22).

Il est évident que cette santé varie en fonction des caractéristiques de la personne, mais varie aussi tout au long de son existence. Elle est alors inconstante, puisque chaque individu recherche éternellement le meilleur équilibre pour sa santé. Enfin, cette notion de santé est subjective, car chaque individu a sa propre perception de celle-ci en fonction de ses capacités et de ses incapacités dans sa vie quotidienne et donc à sa propre définition. Par conséquent, on constate que la santé a un réel impact sur la qualité de vie de la population.

2.2.2 Définition de la qualité de vie

La qualité de vie (QDV) est définie en 1993 par l'organisation mondiale de la santé comme étant « la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations » (23).

Cette notion apparaît progressivement comme une évaluation au profit d'un accompagnement médical afin d'analyser l'impact de cet accompagnement ou de la maladie sur la vie du patient.

Cette qualité de vie est bien subjective. Effectivement, seule la personne elle-même peut définir son niveau de qualité de vie à partir de quatre grands critères selon Leplège :

- L'état physique : les capacités physiques de la personne, son sommeil, son repos, son énergie.
- Les perceptions somatiques : la douleur, les symptômes.
- L'état psychologique : l'estime de soi, l'image du corps, les émotions positives ou négatives, l'apprentissage, l'anxiété, la dépression.
- Les relations sociales, familiales et environnementales (24).

Nous pouvons aussi inclure dans la qualité de vie, d'après l'OMS, « le niveau de dépendance » qui fait référence à la mobilité ou encore aux activités de vie quotidienne, mais nous pouvons tout autant joindre la « spiritualité/religion/croyance personnelle ». De plus, cette qualité de vie se modifie sans cesse au cours de la vie de la personne, en tenant compte de son état de santé et de ses mécanismes d'adaptation. Face à cela, Formarier M remarque que toutes pathologies ou handicaps ont un impact sur cette dernière (25).

Par ailleurs, les prises en charge dans la médecine ou dans la rééducation tendent davantage à prendre en compte la qualité de vie du patient, en parallèle des traitements médicamenteux, afin de cibler l'intervention thérapeutique qui lui permettra d'accéder à une qualité de vie idéale, en fonction de l'impact de sa pathologie ou de son handicap sur sa vie. En outre, prendre en compte la qualité de vie dans la prise en soin du patient renforcera son adhésion dans celle-ci et lui permettra potentiellement de mieux accepter sa situation de handicap (24). Cependant, évaluer la qualité de vie reste difficile, car il n'existe aucune échelle pour quantifier la subjectivité de quelqu'un.

Ainsi, en confrontant tous les aspects de l'anorexie mentale, on observe que la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie est fortement impactée. En effet, elle peut être affectée par la dénutrition qui altère alors l'état somatique de la personne et peut alors être ressentie par de la fatigue, des sensations de froid, des troubles digestifs, mais aussi une mobilité physique moindre et des douleurs corporelles (musculaire et/ou articulaire) qui peuvent être contraignantes dans la vie sociale et au quotidien. Deuxièmement, certaines conséquences de cette anorexie mentale, comme la fatigue ou l'anxiété peuvent provoquer des difficultés dans le suivi de sa scolarité ou celui de son emploi, ce qui peut également provoquer un isolement social. De plus, la personne anorexique mentale peut être dans des incapacités fréquentes à se procurer du plaisir dans tous domaines. Effectivement, cela peut être ressenti lors des repas, où elle n'est pas dans un moment de partage, ni de bien-être puisque la peur de grossir envahit ses pensées. Ainsi, la perte de contrôle de l'alimentation et les comportements de purges dans le but de contrôler son poids contribuent défavorablement à la QDV.

Enfin, nous pouvons constater que les relations sociales, amicales, amoureuses ou sexuelles sont complexes, dues à un dégoût de soi, une estime de soi très altérée, des peurs de jugement, des complications face à son plaisir, mais aussi dues à un besoin de contrôle (25). Cela peut être la conséquence de troubles corporels ou des distorsions cognitives qui empêchent alors de percevoir la réalité de façon exacte. En outre, Rachel S met en avant l'impact négatif de l'AM sur la qualité de vie, dans les domaines de l'humeur, du bien-être mental, social et émotionnel (26). Cette maladie perturbe aussi la qualité de vie psychologique. En effet, l'AM peut aussi entraîner une humeur dépressive, qui conduit à des évitements interpersonnels et intrapersonnels ainsi qu'à une négligence de soi, puis petit à petit, vers un isolement social. Enfin, ce sont par toutes ces difficultés de la vie quotidienne, qui influencent négativement la qualité de vie des personnes atteintes d'anorexie mentale, que le désir de mort peut survenir avec des idées suicidaires. On peut le constater par des comportements d'autodestruction comme de l'automutilation. Il semble alors important de prendre en compte les habitudes de vie de la personne atteinte de cette pathologie pour contribuer à sa qualité de vie.

2.3 L'ergothérapie

2.3.1 Définition

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, diplômé d'état, dans l'unité des auxiliaires médicaux, qui pratique sur prescription médicale selon le code de la santé publique (27).

Au premier janvier 2021, d'après l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), la France métropolitaine et les départements d'outre-mer comportaient 14548 ergothérapeutes, dont 87 % de femmes. Ce nombre a presque doublé au cours des dix dernières années. La majorité de ces ergothérapeutes exercent en milieu hospitalier (28).

Ce professionnel prend en soins toute personne, quel que soit l'âge, en situation de handicap dans leur vie quotidienne. Sa pratique a pour objectif de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de

handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. » (29). Ce professionnel fonde alors sa pratique à partir du trio : personne, environnement et activité. En effet, l'activité humaine est la base de la profession, elle peut être définie par un déroulement de tâche ou d'actions qui amènent aux occupations. Les occupations peuvent quant à elles, être définies, selon Sylvie Meyer, 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. » (30). L'ergothérapeute élabore un projet de soins en collaboration avec le patient, en fonction des déficiences, des limitations dans les activités et des restrictions de participation, repérées par des évaluations. Ce dernier aura pour but de développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie ainsi que les capacités physiques, cognitives, sensorielles, psychiques et relationnelles, par le biais notamment d'aides techniques ou d'aménagements et ainsi pouvoir améliorer la qualité de vie, le bien-être et la santé du patient.

L'ergothérapeute peut exercer dans différentes structures, que ce soit dans des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, mais aussi en externe. Quelle que soit l'institution, il collabore avec l'équipe médicale et paramédicale, de même qu'avec les intervenants extérieurs.

En santé mentale, l'ergothérapeute est centré principalement sur un accompagnement vers un meilleur équilibre psychique. Pour cela, il axe sa prise en soin sur l'amélioration des capacités cognitives, affectives et émotionnelles, ainsi que sur les habiletés sociales et la qualité de vie. Ces champs d'intervention peuvent être amenés par un renforcement de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la communication, de l'organisation, de la gestion des émotions et bien d'autres. Tout ceci, à travers une activité proposée dans un cadre thérapeutique défini. D'après Hernandez H, l'activité en psychiatrie a un « effet bénéfique sur le plan somatique avec retentissement sur le plan intellectuel et psychique » (31).

2.3.2 L'ergothérapie et l'anorexie mentale

En regard des dix compétences que l'ergothérapeute dispose d'après l'arrêté du 5 juillet 2010 (29), il est en capacité de développer ses missions auprès de patients anorexiques mentaux.

Dans un premier temps, afin de cibler au mieux les déficiences ou les incapacités de la personne atteinte d'anorexie mentale, l'ergothérapeute va effectuer des évaluations, que ce soit des évaluations par le biais de bilans standardisés ou non, comme le questionnaire PedsQL version 4.0 sur la qualité de vie des adolescents de 13 à 18 ans. Il mesure 4 domaines : physique, émotionnel, social, et scolaire. Ce questionnaire n'est pas un outil dédié aux personnes AM, ni spécifiquement pour des ergothérapeutes, car sa passation peut être réalisée par tout professionnel de santé (32). Cependant, il me paraît intéressant du point de vue ergothérapique, puisque les aspects rencontrés dans cet outil peuvent orienter l'ergothérapeute dans la hiérarchisation de ses objectifs de prise en soin (PES) centrés sur la personne. De même pour le questionnaire le Child Health Questionnaire (CHQ), qui est également un auto-questionnaire reprenant tous les aspects de la qualité de vie liés à la santé, pour les enfants et les adolescents de 5 à 18 ans. Dans ce questionnaire, est aussi présente une partie consacrée au point de vue des parents sur le bien-être physique, émotionnel et social de leur enfant (33) (voir Annexe II). Ce professionnel va alors recueillir un maximum d'informations importantes par les évaluations manuscrites puis par des observations de mises en situation. Cela lui permettra de faire l'anamnèse, qui mettra en évidence l'origine de la maladie, comment celle-ci s'est installée, la variation de poids qu'elle a pu avoir et si elle a eu ou non des comportements compensatoires et à quelle fréquence. Aussi, cette anamnèse qui évoquera le profil occupation ainsi que le diagnostic ergothérapique évoquera la perception que la personne a d'elle-même et de son corps, ainsi que les difficultés dans ses activités de vie quotidienne, ses habitudes de vie (loisirs, travail ou scolarité, hygiène personnelle) et ses relations sociales et familiales. Tout ce recueil de données permettra d'établir les besoins, les intérêts et les objectifs par une approche centrée sur le patient. Parallèlement à ces objectifs de PES, il est primordial d'évaluer le souhait et le désir d'un changement de la part de la personne AM afin qu'elle adhère mieux à sa prise en soin et qu'elle soit ainsi motrice de cette dernière, car croire en un rétablissement, c'est déjà améliorer sa qualité de vie et contribuer à l'amélioration de celle-ci.

Les différents objectifs de la personne atteinte d'anorexie mentale recueillis lors des bilans guideront les axes d'interventions de l'ergothérapie. Le plan d'intervention suivant peut être une première approche en ergothérapie.

Tout d'abord, le premier objectif peut être de créer un lien de confiance entre le thérapeute et l'adolescente souffrant d'AM, ainsi que de permettre d'appréhender ses propres ressentis, en reconnaissant ses émotions et ses sentiments. Un médiateur comme la terre peut être un moyen dans l'aboutissement de cet objectif.

Ensuite, le deuxième objectif proposé est de reconnaître la transformation de son corps, pour tendre vers l'acceptation de celui-ci. Le médiateur utilisé peut également être la terre. Le thérapeute proposera des activités qui sollicitent une projection de son corps sur la matière.

Pour finir, le troisième objectif sera une reconstruction identitaire de la patiente, en améliorant l'estime et l'expression d'elle-même, ainsi qu'en se questionnant que sur la féminité. L'intégration d'un groupe et des activités créatives et projectives sont des moyens à la réalisation de ce dernier objectif.

Dans son parcours de soin, l'adolescente atteinte d'AM va rencontrer différents professionnels. Il est donc important qu'en parallèle de l'ergothérapie, une collaboration se crée avec tous les protagonistes qu'elle rencontre. Cette collaboration peut se faire sur de l'éducation thérapeutique pour savoir comment gérer la maladie au quotidien, mais aussi par le biais de la réhabilitation psychosociale.

Pour conclure, une fois que la prise en soin psychologique est améliorée, l'ergothérapeute redéfinira ses objectifs en les orientant vers la progression d'une meilleure qualité de vie des personnes atteintes d'AM. Pour diriger les nouveaux objectifs, l'ergothérapeute a en sa possession le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel. C'est un outil global prenant en compte tous les aspects de la personne, aussi bien personnels qu'environnementaux, nécessaires pour une qualité de vie satisfaisante.

2.3.3 Modèle conceptuel

Un ergothérapeute peut s'appuyer pour sa pratique professionnelle sur des modèles conceptuels qui émergent au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des courants de pensée. Les différents modèles se centrent plus ou moins, selon certains, sur la personne, ses occupations et son environnement, tout en les unissant. Un modèle conceptuel est défini selon Marie-Chantal Morel-Bracq comme « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». (34) D'après elle, ils ont pour but de « procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité ».

Suite à mes recherches, il me semble approprié d'exploiter le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO), puisque c'est un modèle centré sur la personne et ses occupations qui a pour but « d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation » (34). C'est un modèle qui selon moi est en corrélation avec la qualité de vie de la personne et est donc pertinent auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale. Ce modèle est présenté en Annexe I.

Le modèle canadien de rendement et d'engagement occupationnel est un outil utile pour l'ergothérapeute, car il a une importance toute particulière sur l'occupation qui est signifiante, significative et qui est une action fondamentale pour le bien-être, la santé et les relations de toute personne.

Ce modèle fait émerger trois grands domaines, qui sont, la personne, l'occupation et l'environnement.

Au sein de la personne, quatre dimensions apparaissent :

- Le spirituel

À l'intérieur du « spirituel » qui fait référence aux valeurs fondamentales, à la culture et aux croyances, nous pouvons inclure la perception que la personne anorexique a d'elle-même, qui peut être majorée par ses croyances. Ou encore l'influence de sa culture au regard des normes corporelles.

- L'affectif

Dans cette dimension, les sentiments et les émotions de la personne sont mis en avant. Ces derniers sont bouleversés dans une telle maladie mentale qui a un fort impact sur le psychique.

- Le cognitif

Il est représenté par les fonctions cérébrales et intellectuelles, c'est-à-dire les capacités de raisonnement, de jugement, de concentration ou encore de compréhension. Dans l'anorexie mentale, ces fonctions peuvent être altérées selon les répercussions qu'a la maladie sur la personne. Effectivement, nous sommes au fait que l'alimentation influence nos capacités, comme notamment la concentration, la compréhension ou la mémorisation. La privation de nourriture peut alors rendre ces capacités plus complexes à atteindre.

- Le physique

Le physique regroupe dans cette dimension, les fonctions motrices, sensorielles et sensori-motrices qui sont évidemment touchées dans l'anorexie mentale. En effet, les conséquences de cette maladie sur les capacités physiques d'un individu sont importantes, par exemple des difficultés musculaires ou articulaires.

Sur le domaine de l'occupation, trois paramètres sont présents :

- Les soins personnels

Ce paramètre se rapporte aux responsabilités de la personne, à sa mobilité fonctionnelle et à son organisation de l'espace et du temps. L'AM a des répercussions directes sur ce domaine notamment sur la mobilité fonctionnelle puisqu'une personne atteinte de cette maladie présente des douleurs et peut aussi causer des raideurs articulaires et donc des difficultés dans les déplacements.

- La productivité

Cette « productivité » est le fait de favoriser l'épanouissement social et économique. Cela fait référence, entre autres, au travail rémunéré ou non, à la gestion domestique comme les repas ou le ménage. Ici, la personne AM peut rencontrer des difficultés

dans la gestion des repas, car ceux-ci peuvent être source d'angoisse ou de peur à l'idée de grossir. De plus, sur le plan scolaire, les adolescentes AM sont très performantes, studieuses et perfectionnistes. Cependant, le surinvestissement scolaire lié à l'affaiblissement causé par l'amaigrissement mène vers un épuisement qui peut finalement conduire vers une déscolarisation.

- Les loisirs

Ce paramètre englobe tous les loisirs actifs comme le sport, mais aussi le jardinage, les loisirs créatifs, ainsi que les relations sociales. Dans l'AM, les loisirs deviennent de plus en plus rares au fur et à mesure de l'isolement social. Aussi, la personne AM tend à ne plus avoir les mêmes centres d'intérêt que ses pairs. Le sport peut toutefois être le seul loisir que la personne atteinte d'AM s'accorde, puisqu'elle trouve dans le sport un échappatoire, une façon de se retrouver elle-même, de retrouver des sensations qu'elle ne ressent pas ailleurs et ses prouesses l'encouragent à continuer.

Pour finir, l'environnement est le dernier domaine de ce concept. Il regroupe les aspects :

- Culturel

Cet aspect « culturel » fait référence aux groupes de personnes fréquentées. Ces groupes tendent à être de moins en moins présents auprès des personnes atteintes d'AM, du fait de l'isolement social que crée cette maladie et du fait des complications somatiques, psychiques et physiques de ces personnes.

- Institutionnel

Cela implique les pratiques sociales, les composantes économiques, financières, juridiques et politiques, ainsi que la prise de décision. Cette composante est peu impactée dans l'anorexie mentale mise à part le fait que l'adolescente AM n'est plus dans une prise de décision réfléchie, car le trouble mental est trop impactant.

- Physique

À l'intérieur de cette dimension, les environnements naturels et construits y sont décrits. Dans cette pathologie qu'est l'AM, la maison est un environnement qui peut être source de conflit avec les relations familiales. Nous pouvons y ajouter

l'environnement scolaire, car c'est un milieu dans lequel évolue l'adolescente et qui peut être impacté par cette maladie.

- Social

Ici, le domaine « social » évoque les conditions de vie, le niveau d'étude, les rapports sociaux, etc. Celui-ci est fortement impacté dans l'AM, notamment les conditions de vie puisque celles-ci sont amoindries par toutes les conséquences que peut avoir l'AM sur la personne, comme la dépression. De plus, les adolescentes atteintes d'AM excellent dans leur scolarité puisque c'est leur point de concentration. Cependant, nous sommes au fait que l'AM a un fort impact sur la santé et c'est lorsque la maladie progresse que leurs performances diminuent. Toutes ces conséquences amènent la personne à un isolement social.

Pour conclure, les points importants révélés dans ce modèle sont la subjectivité de la personne, son histoire de vie ainsi que la spiritualité et le domaine social. Au travers de celui-ci, les personnes atteintes d'anorexie mentale pourront faire émerger leurs difficultés pour ainsi trouver le meilleur axe de prise en soin en ergothérapie. Celui-ci aura pour but d'améliorer la qualité de vie en ayant un équilibre de vie satisfaisant entre la personne, ses occupations et son environnement.

3. Problématique professionnelle

Au vu des recherches faites précédemment, nous pouvons émettre une problématique qui servira à développer sa pratique professionnelle en ergothérapie :

En quoi l'ergothérapeute peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'anorexie mentale ?

4. Question de recherche

Toutes ces explorations me conduisent à ma question de recherche suivante :

Comment l'accompagnement précoce en ergothérapie peut améliorer la qualité de vie des adolescentes atteintes d'anorexie mentale ?

5. Matériel et méthode

5.1 Méthode de recherche

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est de définir le rôle de l'ergothérapeute dans un accompagnement précoce auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale, afin d'en améliorer leur qualité de vie. Pour répondre au mieux à cette recherche, il me semble plus approprié de choisir la méthode qualitative, car elle vise à décrire et à expliquer des phénomènes sociaux complexes, qui se produisent dans des milieux naturels et puisqu'elle va me permettre d'apprendre le sens d'une pratique subjective, ici la pratique de l'ergothérapeute face aux personnes atteintes d'anorexie mentale. De plus, cette méthode donne lieu à un développement de concepts pour mieux connaître les phénomènes en attirant l'attention sur des points de vue ou des expériences. C'est une recherche descriptive puisqu'elle révèle les déterminants du phénomène ou de la population ciblée, par un recueil de données. Cette recherche est de type phénoménologique, car elle vise à découvrir et analyser l'objectif d'une expérience (35).

Ce travail de recherche s'inscrit dans le paradigme hypothético-déductif. En effet, c'est une approche qui fait émerger le développement des compétences associé à un raisonnement scientifique, dans l'objectif de répondre à la question de recherche en validant ou en invalidant les hypothèses émises.

5.2 Hypothèses

Par le paradigme hypothético-déductif et à la suite de ma question de recherche proposée précédemment, plusieurs hypothèses peuvent être exploitées :

- L'utilisation du modèle MCREO peut permettre aux ergothérapeutes d'obtenir une approche progressive et centrée sur la personne atteinte d'anorexie mentale.
- Un accompagnement précoce en ergothérapie, centré sur les activités occupationnelles, améliore la qualité de vie des adolescentes atteintes d'anorexie mentale.

Enfin, pour répondre à ma problématique de recherche, ainsi que pour authentifier ou non mes hypothèses, il existe plusieurs méthodes de recueil d'informations. J'ai alors choisi d'effectuer ces recherches à partir d'un entretien.

5.3 Outil de recherche

D'après le guide pratique de recherche en réadaptation de Guillez P et Tétréault S, un entretien « est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. » (36). Nous utilisons un entretien lorsque l'on souhaite découvrir des expériences humaines afin de clarifier ou comprendre des comportements, et que les autres méthodes d'investigation ne peuvent fournir les informations nécessaires et adéquates à notre recherche.

L'entretien se décline de trois façons. Il existe l'entretien directif qui se rapporte à un questionnaire en face à face, c'est-à-dire que l'interviewé répond à des questions fermées ou courtes. Le deuxième type d'entretien est semi-directif. Celui-ci est plus ou moins structuré à partir d'un guide d'entretien. Le chercheur a la possibilité de relancer l'interviewé afin de construire un échange et de recueillir des informations précises. L'entretien non directif est le dernier type. Quant à lui, il permet d'étudier de nouveaux champs tout comme pour l'entretien semi-directif et d'améliorer ses connaissances sur un sujet pour ensuite appliquer un système de recherches plus précis.

Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, je vais utiliser l'entretien semi-directif. Celui-ci me permettra de récolter des informations précises et subjectives des interviewés sur les pratiques professionnelles, sur mon thème choisi. Ce thème étant l'ergothérapie et l'anorexie mentale, il me semblait nécessaire de faire ce type d'entretien. Par ailleurs, en raison d'une faible population d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes atteintes d'anorexie mentale, le nombre de réponses à un questionnaire n'aurait très certainement pas été suffisant, ce qui aurait pu biaiser les résultats finaux.

Cet entretien semi-directif sera dirigé par un guide d'entretien rédigé en amont, de façon à aborder les différentes notions de ma problématique comme la pathologie de l'anorexie mentale, l'ergothérapie, l'accompagnement précoce et la qualité de vie. La personne interviewée sera libre de ses réponses et sera orientée seulement par

ces quelques questions. Toutefois, il est possible pour la personne qui interroge de formuler différentes relances, telles que le résumé qui est un acquiescement et une reformulation sous forme de résumé, l'écho, qui est une reprise d'une phrase ou d'un mot clé émis par l'interviewé afin d'approfondir son raisonnement et enfin, le reflet qui est une reformulation de ce qui a été évoqué.

Durant cet entretien, il faut être disponible et à l'écoute de la personne interrogée.

5.4 Les biais

Nous pouvons définir les biais comme étant des « faits susceptibles de diminuer la qualité de représentativité de la réalité, d'un élément choisi par le chercheur ». Plusieurs biais peuvent être mis en avant lors d'un entretien :

- Biais de compréhension : l'interviewé ne comprend pas correctement le sens de la question émise.
- Biais environnementaux : l'environnement où se déroule l'entretien est important pour la concentration de l'interviewé. Celui-ci ne doit pas être trop exposé aux bruits et doit être lumineux.
- Biais comportementaux : l'enquêteur doit avoir une bonne posture, c'est-à-dire à l'écoute de l'interviewé et ne doit pas être refermé sur lui afin que l'interviewé ait confiance pour contribuer à sa recherche et permettre au chercheur d'obtenir les informations souhaitées.
- Biais méthodologiques : des questions mal formulées peuvent entraver le recueil de données.

5.5 Les limites

L'entretien semi-directif peut présenter des limites. Effectivement, nous pouvons relever plusieurs limites comme le manque de temps. Sur un mémoire d'initiation à la recherche, il est conseillé de réaliser des entretiens d'une vingtaine de minutes. Cependant, la personne qui guide l'entretien doit veiller au temps afin que l'interviewé puisse répondre à chaque question de manière équitable dans le temps. Il est aussi difficile de tendre vers une étude statistique en réalisant un entretien semi-directif puisque nous interrogeons qu'un trop petit nombre de personnes et d'autant

plus qu'une grande part de subjectivité apparaît. De plus, un entretien reste complexe à réaliser, car il est difficile pour le chercheur de suivre le même objectif tout au long de l'enquête. Enfin, il n'est pas toujours évident d'obtenir les informations souhaitées étant donné que l'interviewé est libre de ses réponses et que l'enquêteur doit se contenter de relances.

5.6 Population cible

En vue de sélectionner au mieux les personnes qui seront interrogées et pouvoir ainsi répondre précisément à ma question de recherche, il me faut définir des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute diplômé d'État exerçant en France.
- Ergothérapeute qui prend en soins ou ayant déjà pris en soins des personnes atteintes d'anorexie mentale et si possible, plus précisément auprès d'adolescents.

Critères d'exclusion :

- Étudiant en ergothérapie.
- Ergothérapeute n'ayant jamais pris en soins des personnes atteintes d'anorexie mentale.
- Professionnel de santé travaillant auprès des personnes atteintes d'anorexie mentale.

5.7 Réalisation des entretiens

5.7.1 Élaboration de l'outil

Comme évoqué précédemment, mon entretien semi-directif sera dirigé par un guide d'entretien. J'ai émis des questions pour répondre à ma question de recherche et ainsi pouvoir valider ou invalider mes hypothèses. D'une part, ma première question qui porte sur le parcours professionnel de la personne interrogée me permettra d'avoir une vue d'ensemble de son profil. D'autre part, toutes mes prochaines questions

seront en relation avec mon cadre théorique, ma question de recherche et mes hypothèses. Mes questions sont les suivantes :

1. Quel est votre parcours professionnel et votre expérience auprès des personnes anorexiques mentales ?

Cette question est une question de présentation. Elle me permettra ainsi de connaître la personne interrogée, son parcours professionnel et de vérifier si elle correspond aux critères d'inclusion.

2. Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?

Cette deuxième question servira à vérifier si la personne interrogée cerne bien le sujet défini et également savoir comment, selon elle, elle définit cette maladie.

3. Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

Cette question suivante va aider à approfondir les conséquences de la maladie sur les habitudes de vie.

4. Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

Cette question permettra de savoir comment l'ergothérapeute peut intervenir auprès de cette population et par quel moyen.

5. Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

Cette cinquième question permettra de recueillir comment et par quel moyen l'interviewé contribue à la qualité de vie.

6. Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

Cette question va aider à faire émerger l'importance de l'accompagnement précoce en ergothérapie.

7. Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

Cette dernière question permettra de faire le lien entre l'accompagnement en ergothérapie et le modèle conceptuel et comment celui-ci est utilisé.

5.7.2 Recrutement des participants

Pour répondre au mieux à ma recherche, je souhaite interroger entre 3 et 4 professionnels en ergothérapie. En effet, trois étant le nombre minimum pour pouvoir réaliser une analyse construite et je ne souhaite pas aller au-delà de quatre entretiens afin de me laisser du temps de les analyser correctement.

Après avoir défini mes critères d'inclusion et d'exclusion, j'ai pu débuter mes recherches auprès des ergothérapeutes répondant à mes données. Celles-ci ont débuté le 25 octobre 2022 et ont pris fin le 17 janvier 2023.

Tout d'abord, j'ai contacté des centres spécialisés dans les conduites alimentaires, par appels téléphoniques ou par mails, ainsi que dans des hôpitaux ou des services psychiatriques.

J'ai pris contact dans 20 structures différentes. J'ai pu recueillir 2 réponses positives au sein des hôpitaux psychiatriques, puis 1 réponse favorable par le biais de connaissances. Les autres réponses négatives sont dues à une non-prise en soin de la population souhaitée, soit 6. Les 11 autres réponses négatives viennent des centres spécialisés qui ne recrutent pas d'ergothérapeutes dans leur établissement.

5.7.3 Déroulement des entretiens

Après avoir obtenu 3 réponses favorables, j'ai pu leur envoyer un mail afin de m'assurer que ces personnes répondent bien à mes critères d'inclusions. Par la suite, nous nous sommes mis d'accord sur une date de rendez-vous selon les disponibilités de chacune. Enfin, un consentement éclairé leur a été joint afin de m'autoriser à enregistrer l'entretien, tout en garantissant leur anonymat lors de la retranscription de celui-ci. Tous les entretiens ont été enregistrés à partir d'un logiciel « enregistreur vocal ».

Les entretiens se sont déroulés dans un endroit calme et par visioconférence depuis l'application « WhatsApp ». Ils ont été effectués par ce moyen, car les éloignements géographiques ne nous permettaient pas de réaliser ces entretiens en face à face.

Ces trois entretiens se sont réalisés le 5 novembre 2022 à 17h30, le 17 et 24 janvier 2023 à 15h30 et 13h00. Ils ont débuté par une présentation de l'objectif de cet entretien, de son déroulement, ainsi qu'une mention sur le consentement de l'enregistrement qu'ils ont signé. Ensuite, j'ai posé mes 7 questions, une par une d'après ma grille d'entretien, en laissant du temps de réponse entre chacune. Puis pour finir, une conclusion en remerciant l'ergothérapeute interrogée pour ses apports. Tous les entretiens ont duré une vingtaine de minutes.

Je n'ai cependant pas réalisé de pré-test puisque je n'ai pas eu assez de participants pour en effectuer un. J'ai malgré tout fait vérifier mes différentes questions de ma grille d'entretien par ma directrice de mémoire, ce qui m'a permis d'en préciser certaines.

6. Résultats

À présent que mes entretiens se sont déroulés et après les avoir retranscrits rigoureusement, je vais pouvoir analyser les résultats. Dans un premier temps, à partir de l'analyse longitudinale qui consiste à retranscrire tel quel les données brutes de l'entretien, en faisant émerger les caractéristiques spécifiques. Et dans un second temps, à partir de l'analyse transversale qui met en avant les convergences et les divergences entre les entretiens. Ce sont des analyses d'après le protocole de Laurence BARDIN (37).

6.1 Présentation des personnes interrogées

Afin de garantir l'anonymat des ergothérapeutes interrogées, je les nommerai ainsi : E1 (entretien numéro 1), E2 (entretien numéro 2), E3 (entretien numéro 3).

La première professionnelle interviewée (E1) est une ergothérapeute diplômée depuis 30 ans. Dès l'obtention de son diplôme, elle a débuté en psychiatrie auprès

d'adultes. E1 a poursuivi auprès des enfants dans le même milieu. Elle est actuellement à temps plein en infanto-juvénile.

La deuxième professionnelle interrogée (E2) est une ergothérapeute diplômée depuis 2001. Elle a commencé sa carrière en libéral, puis a poursuivi en hôpital psychiatrique, en Allemagne, pendant 6 ans auprès d'adultes ayant tous types de troubles psychiques et psychiatriques. E2 est revenue en France et a développé son expérience en EHPAD, en hôpital public au service « état végétatif chronique » et en accueil pour personne atteinte d'Alzheimer, durant 1 an. Ensuite, elle est revenue en maison de retraite et a débuté son poste actuel, en 2011, au CATTP au sein d'un hôpital psychiatrique.

La troisième professionnelle interviewée (E3) est une ergothérapeute diplômée depuis 1999. Elle a commencé à travailler en psychiatrie, d'abord auprès des adultes puis auprès d'adolescents. E3 n'a pas cessé de travailler en psychiatrie.

6.2 Analyse

6.2.1 Analyse longitudinale

6.2.1.1 Entretien numéro 1

Questions 1 - Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?

Corpus	E1 : « Ha... Alors ce sont souvent des jeunes femmes, souvent des femmes, ou des filles . J'ai eu une formation il y a très longtemps sur l'anorexie, je trouve que ce sont des suivis de personnes qui souvent nous mènent dans une impuissance thérapeutique. C'est très subjectif, mais il y a un peu de ça. J'avais une formation il y a de nombreuses années, ça reste quelque chose de complexe, je trouve l'accompagnement de l'anorexie. Et j'en avais eu en stage quand j'étais ergothérapeute en formation. C'est pareil c'était...mais par quel biais, comment est-ce qu'on pouvait les aider, notre impuissance à pouvoir les aider, ou à les accompagner était très frustrant et questionnant et on avait une formation un jour sur l'adolescence, avec une médecin, une psychiatre de X, qui bossait auprès des anorexiques et de ce que j'en ai retenu de très fort, c'était qu'elle nous disait que une des obédiences, une des théories, c'est que les anorexiques dans leur petite enfance avaient à un moment manqué de portage ou avait eu un vécu de manque de portage . Ça ne veut pas dire qu'elles n'avaient pas été portées, mais en tous les cas, elles l'avaient vécu comme ça et elles disaient, du coup elles se construisaient et depuis j'ai eu des formations autour de l'attachement et je trouve que c'est assez éclairant. Elle se construit sur quelque chose où elle ne lâche pas prise où elles ne peuvent pas être en alliance avec l'autre , ou en tout cas c'est plus compliqué parce que ce manque de portage, l'autre n'est pas fiable dans leur représentation de la relation à l'autre. Je trouve ça assez éclairant, ce qui explique cette façon très verrouillée qu'elles ont et de verrouiller leur alimentation , mais pas que, et de verrouiller leur relation et de verrouiller leur travail scolaire par exemple ou professionnel en tout cas toutes ces énergies qu'elles mettent à vraiment tout maîtriser ou en tous les cas essayer de tout maîtriser. Et nous quand on arrive de front à leur expliquer qu'elles peuvent lâcher prise , ce n'est pas suffisant, faut être un peu plus souple dans l'accompagnement pour qu'elles puissent y voir de l'intérêt et d'être un peu à l'écoute d'où est-ce qu'elles en sont de leur figure d'attachement par exemple, si on prend l'obéissance attachementisme et si elles ont pu investir des figures d'attachement secondaire avec des modèles un peu plus souples, voilà. Je ne sais pas si c'est une définition, mais c'est en tous les cas, par ce
--------	---

	<p>biais-là que je les aborde et je trouve ça plus intéressant. Là, la petite que j'ai en ce moment c'est vraiment ça, elles peuvent nous amener à ça, à quelque chose d'assez frontal, d'avoir envie de répondre tout de suite et du coup c'est pas du tout productif. Et de prendre un peu des biais de travers parce qu'elles ont comme ça parfois quelque chose qui peut être vécu d'un peu provocant parce qu'elles y vont un peu abrupt dans la relation à l'autre. De pouvoir prendre des biais de travers ça fonctionne plutôt bien, et là la petite jeune, elle a 10 ans, ouais, et ça marche plutôt bien elle a testé le cadre un petit peu, puis j'arrive après avec un air un peu débonnaire en fait elle prend elle s'assouplit et elle va mieux psychologiquement et physiquement. De pouvoir nommer que dans ma démarche thérapeutique en tous cas, moi je ne suis pas toute puissante, mais par contre que je suis fiable et ça, elle n'a pas à douter de ça. Et ça vient rassurer. Alors ça ne se fait pas en trois minutes. Là moi je la suis depuis septembre, je dirais que ça fait 15 jours à peu près que voilà les choses se sont enclenchées. »</p> <p>Evane : « Oui donc il faut vraiment du temps à cette relation thérapeutique. »</p> <p>E1 : « Ouais, ouais, pour que le lien soit fiable. Parce que dans un premier temps, à chaque fois dans un premier temps elle attaque un peu et puis il est aussi je pense insupportable ce lien parce qu'elle ne maîtrise pas tout et du coup c'est compliqué ça leur fait violence, donc qu'elle puisse expérimenter le fait qu'il n'est pas là pour les contraindre et ce n'est pas en plus des jeunes filles qui à chaque fois demande de l'aide. La demande d'aide, elle n'est pas formalisée, enfin elle est complexe, et donc de pouvoir dire voilà, on n'est pas dans cette réponse-là, on comprend bien par contre on est dans autre chose on va faire un petit pas de côté et puis après on va récupérer l'objectif de soi, mais ne pas attaquer en frontal de toute façon. On ne fait pas le poids, elles ont tellement d'énergie, elles savent tellement faire ça. Elles le payent très cher d'ailleurs hein. »</p>
Codage	<p>« souvent des femmes, ou des filles »</p> <p>« dans leur petite enfance avaient à un moment manqué de portage ou avait eu un vécu de manque de portage »</p> <p>« elle ne lâche pas prise où elles ne peuvent pas être en alliance avec l'autre »</p> <p>« verrouiller leur alimentation »</p> <p>« verrouiller leur relation et de verrouiller leur travail scolaire par exemple ou professionnel »</p> <p>« vraiment tout maîtriser »</p> <p>« expliquer qu'elles peuvent lâcher prise »</p> <p>« d'être un peu à l'écoute d'où est-ce qu'elles en sont de leur figure d'attachement »</p> <p>« d'avoir envie de répondre tout de suite et du coup c'est pas du tout productif. »</p> <p>« qu'elles y vont un peu abruptes dans la relation à l'autre »</p> <p>« La demande d'aide, elle n'est pas formalisée, enfin elle est complexe »</p>
Catégorisation	Genre – Portage – Alliance – Alimentation – Relation – Travail – Maîtrise – Répondant – Attachement – Aide

Question 2 - Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

Corpus	<p>E1 : « Alors sur les activités courantes ou sur les rôles sociaux. Et bien le premier qui me vient c'est vraiment une relation à l'autre qui est...comment je pourrais la définir ? Qui n'est pas facile qui est souvent exclusive. Qui est avec leur famille dans quelque chose de très dur, parce qu'il y a aussi cette espèce d'espérance de vie. En tous les cas, d'impact sur leur vie biologique qui est sous-tendue avec des angoisses et des craintes de la famille. Donc ça rend une relation quand même qui n'est pas sereine. Dans la relation à l'autre, c'est vrai que la famille c'est jamais serein. Il y a souvent de la toute-puissance quand même, de la part de la jeune anorexique. Donc autour des relations, c'est ce qui me vient en premier.</p> <p>Autour des relations à l'école par exemple, puisque pour moi c'est des ados ou des pré-ado, avec une pression qu'elles se mettent, une exigence. C'est aussi parfois compliqué parce qu'elles veulent être parfaites et hyper performantes. Surtout dans le sport aussi le rapport avec le corps, qui est parfois particulier, et du coup pour gérer au gramme près ce qu'elles peuvent manger pour pouvoir être performant et quelle quantité de glucides machin et de protéines.</p> <p>Elles gèrent ce qu'elles mangent pour que le corps soit performant et hyper performant.</p> <p>Dans la vie, voilà, entre la relation avec leur père, mère ou à la famille, le scolaire et le sport. Ce qui arrive très très souvent »</p>
Codage	<p>« relation à l'autre [...] qui n'est pas facile, qui est souvent exclusive. »</p> <p>« avec leur famille dans quelque chose de très dur »</p> <p>« d'impact sur leur vie biologique qui est sous-tendue avec des angoisses et des craintes de la famille »</p> <p>« qu'elles veulent être parfaites et hyper performantes. Surtout dans le sport aussi le rapport avec le corps »</p> <p>« gérer au gramme près ce qu'elles peuvent manger pour pouvoir être performantes »</p>

Question 3 - Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

Corpus	E1 : « Eh bien justement on doit leur proposer une expérimentation différente où la garante du cadre, c'est l'ergothérapeute et où du coup elles vont expérimenter un autre rapport à l'autre et même à elles-mêmes. Et leur propre narcissique parfois et de lâcher prise, mais dans l'expérimentation, dans le vécu. Parce que quand on aborde ça et la jeune que j'ai actuellement, c'est vraiment ça. Dans les entretiens, elles ont toujours une pirouette, c'est souvent des jeunes filles intelligentes, donc elles savent utiliser le verbe, nous donner à voir ou à dire ce qu'elles pensent qu'on a envie d'entendre, mais dans le vécu là la jeune par exemple, je suis sur une médiation marionnettes avec elle et du coup ce groupe-là au même stade que les autres, elle va y mettre un peu d'elle, de qu'est-ce qu'elle va mettre dans sa marionnette, comment elle va travailler son rapport à l'autre, comment on peut reprendre ce qui s'est vécu entre les deux marionnettes, est-ce que ça pourrait se vivre autrement, d'écouter ce que les autres peuvent en avoir à dire, d'accepter de le revivre. Donc d'expérimenter c'est « papa winnicott », mais voilà, dans l'expérimentation, je trouve qu'on a un deal, c'est qu'on a cette réalité, il y a un moment où on partage quelque chose du vécu, et on n'est pas dans le frontal de leur dire « mais si tu pourrais ». Non là « souviens-toi, quand il s'est passé ça, comment tu l'as vécu toi. Ha oui, tu l'as vécu comme ça. Ben moi je pense que peut-être ça t'a permis de » et puis progressivement il y a du lâcher-prise. Il peut y en avoir. Ça nécessite un cadre bienveillant et bien contenant, bien posé. Quand je disais par exemple, les premières séances où elle vient attaquer le cadre, il faut pouvoir être clair, le tenir, le cadre, pas dans quelque chose de rigide. Mais dans quelque chose « tu peux être rassurée ce que je t'ai dit à l'entretien c'est bien ce qu'il va y avoir, c'est bien ce que l'on va te proposer ». De supporter cette attaque-là, sans monter en miroir, évidemment et une fois que ça s'est posé, une fois qu'elles ont testé et bien, on peut y aller, on peut leur proposer justement et elles sont souvent assez subtiles donc on a ce biais-là. Là en ce moment elle est sur des marionnettes, mais j'ai des collègues par exemple qui utilisent de l'esthétisme et du soin du corps, pour les plus grandes. C'est aussi possible. Je pense que c'est la même démarche. On est sur de l'expérimentation du vécu partageable et du coup à partir de ce vécu-là, on peut déplier jusque-là. »
Codage	« expérimentation différente où la garante du cadre, c'est l'ergothérapeute » « expérimenter un autre rapport à l'autre et même à elle-même » « médiation marionnettes » « elle va y mettre un peu d'elle, de qu'est-ce qu'elle va mettre dans sa marionnette, comment elle va travailler son rapport à l'autre » « est-ce que ça pourrait se vivre autrement, d'écouter ce que les autres peuvent en avoir à dire, d'accepter de le revivre » « « souviens-toi, quand il s'est passé ça, comment tu l'as vécu toi. Ha oui, tu l'as vécu comme ça. Ben moi je pense que peut-être ça t'a permis de » et puis progressivement il y a du lâcher-prise. » « cadre bienveillant et bien contenant, bien posé » « l'esthétisme et du soin du corps »
Caté.	Rapport– médiation – marionnette – écoute – partage – questionnement – cadre – soins

Question 4 - Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	E1 : « Alors, moi je ne contribue pas. Je permets à la jeune de... moi je suis un outil, en toute humilité. Elle s'en saisit ou pas. Je fais ce que je peux, je déplie au maximum, mais après je lui propose des pistes. L'amélioration de la qualité de vie, très clairement, encore une fois autour de sa relation, souvent la première chose qui peut se déplier, c'est autour de la relation avec la famille. Quand on refait les bilans des séances ergo le premier levier il est là. Après ça peut déplier sur du scolaire et la relation à ses pairs. Clairement il y a cet objet partageable de ce qui s'est vécu, ce qu'on a fait dans les séances. Ça vient donner aussi un éclairage différent de ce qui peut se vivre à la maison. C'est là que les parents peuvent dire « Ha ben oui ça fait penser à la maison quand ça se passe ». Du coup on peut déplier les choses et les accompagner dans l'assouplissement de la relation à sa famille. Et de même, du côté des parents, ça permet aussi aux parents de sortir du huis clos de ce biais quand même qui leur pourrit aussi la vie. Enfin il y a une grosse charge mentale aussi sur les parents et du coup de pouvoir faire ce pas de côté, où leur fille n'est pas à cœur, cette jeune fille, qui se prive et qui met son corps à mal et qui maîtrise tout. Elle est aussi une jeune fille qui dans un groupe a pu vivre des choses, a pu verbaliser les choses et a pu par moment être en difficulté. Mais aussi parce que c'est aussi mon obéissance, mais aussi avoir des ressources et mettre le focus sur les ressources qu'elle a pu mobiliser. C'est ce que je leur explique qu'après ça fait tache d'huile et que les ressources qu'elle a pu mobiliser dans des situations complexes, dans les groupes d'ergothérapie, elle puisse le faire après au quotidien, peut-être à la maison, peut-être à l'école. »
--------	--

Codage	« Moi je suis un outil » « autour de la relation avec la famille » « Après ça peut déplier sur du scolaire et la relation à ses pairs » « les accompagner dans l'assouplissement de la relation à sa famille » « ça permet aussi aux parents de sortir du huis clos » « avoir des ressources et mettre le focus sur les ressources qu'elle a pu mobiliser. » « ressources qu'elle a pu mobiliser dans des situations complexes, dans les groupes d'ergothérapie, elle puisse le faire après au quotidien, peut-être à la maison, peut-être à l'école »
Caté.	Relation familiale – scolarité – relation sociale – accompagnement – ressources

Question 5 - Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

Corpus	E1 : « Oui, évidemment, plus on y va tôt et moins les choses sont enkystées. Oui oui, indéniablement. »
Codage	« Évidemment, plus on y va tôt et moins les choses sont enkystées »
Caté.	Rapidité

Question 6 - Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	E1 : « Alors oui sûrement, en fonction de la tranche d'âge. Et c'est un peu là où j'ai des biais parfois. Ce modèle-là je peux l'utiliser avec les ados, mais les pré-ado, ils sont encore un peu jeunes. Voilà, j'entends mes collègues de psy adultes m'en parler régulièrement. En fonction de la tranche d'âge, on n'est vraiment pas sur les mêmes bras de levier, je trouve. » Evane : « Mais du coup dans mon cas à moi vu que je base vraiment mon mémoire sur les adolescentes, c'est un outil vraiment pertinent ? » E1 : « Oui..oui, oui. » Evane : « Qu'est-ce que ce modèle-là peut apporter du coup dans votre prise en soin ? » E1 : « Alors moi, je n'ai pas encore expérimenté parce que je n'ai pas eu d'anorexique aussi grande. J'aurais tendance à dire que si je me projette autour de l'implication, en étant un peu prudente sur les biais et la maîtrise. Je ne sais pas si je suis claire. On va travailler avec, mais du coup [...] ne pas être dupe de qui tient le cadre justement pour que ça ne fonctionne pas, en boucle. (Problème de connexion) Je disais, si je ne m'égare pas, c'est un modèle qui fait qu'on travaille avec, et, je pense, qu'il faut être un peu vigilant à qui tient le cadre, notamment, dans l'esprit que la jeune ne détourne pas ça pour être encore une fois dans la maîtrise. Ça serait le biais sur lequel je serai vigilante. Il faut remettre une place de c'est nous qui contenons, c'est nous qui tenons. »
Codage	« oui sûrement » « modèle là je peux l'utiliser avec les ados, mais les pré-ado, ils sont encore un peu jeunes » « oui. » « c'est un modèle qui fait qu'on travaille avec »
Caté.	Adolescentes – pertinence – support

6.2.1.2 Entretien numéro 2

Question 1 - Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?

Corpus	E2 : « C'est une bonne question. J'avoue comme ça je n'ai pas la définition comme ça. Après pour moi voilà, c'est un trouble alimentaire basé je vais dire sur des troubles psychiques. Ça peut être un... je cherche le mot... un grand manque de confiance en soi, tout en voyant dans le contexte familial, contexte de vie. Voilà. On peut trouver souvent des raisons pour. »
Codage	« trouble alimentaire basé je vais dire sur des troubles psychiques » « manque de confiance en soi, tout en voyant dans le contexte familial, contexte de vie »
Caté.	Trouble alimentaire – troubles psychiques – confiance en soi – facteurs familiaux

Question 2 - Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

Corpus	E2 : « Ce que j'ai retenu, si je mémorise bien, ils sont très fixés sur contrôler leur corps, et sur le contrôle tout court de leur vie . Ça passe par l'alimentation parce que l'alimentation est contrôlable. Alors ça leur donne le sentiment de pouvoir contrôler eux-mêmes . Après ce sont souvent des personnes qui font un sport excessif pour éliminer les calories . Ça peut être au détriment des contacts sociaux . Les personnes qui peuvent être très très performantes . Mais si elles dépassent un certain seuil, bien sûr, ça devient dangereux. Au lieu d'avoir une énergie, c'est quelque part contradictoire, parce qu'ils ne se nourrissent pas comme il faut, mais elles développent une grande énergie mentale . Il y a une bascule à un moment donné. »
Codage	« contrôle tout court de leur vie » « Ça passe par l'alimentation » « sentiment de pouvoir contrôler eux-mêmes » « des personnes qui font un sport excessif pour éliminer les calories » « au détriment des contacts sociaux » « personnes qui peuvent être très très performantes » « elles développent une grande énergie mentale »
Caté.	Contrôle – Alimentation – Sport excessif – retrait social – hyper-performante – Énergie mentale

Question 3 - Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

Corpus	E2 : « Alors déjà de créer un lien de confiance , je pense, c'est primordial comme d'habitude. Mais avec ces personnes il me semble, après chaque cas est individuel, bien évidemment. Mais pour créer un lien de confiance, ça leur demande peut-être plus de temps ou plus d'efforts. Après, on a un objectif important, c'est la confiance en soi, l'estime de soi, nourrir le narcissisme . Et aussi après ça peut être aussi le travail sur le schéma corporel . Souvent les personnes ont une fausse image de leur corps . Il se croit beaucoup plus gros qu'ils ne sont en réalité. Ça peut être un travail sur la prise de conscience de la réalité , tout en délicatesse dans le tempo de la personne, pour ne pas trop la perturber, la bousculer parce qu'elle est déjà beaucoup en souffrance, et en perturbations sur l'image d'elle-même. » Evane : « Cette prise en soin elle peut se faire comment ? Enfin, par quels moyens ? » E2 : « Les idées qui me viennent, ou ce que j'avais mis en place c'était par exemple un dessin, entourer le corps sur un grand papier par exemple . Ça peut être aussi un travail devant un miroir , mais je pense que c'est quelque chose qu'on ne fait pas tout de suite. Ce sont des idées après c'est à adapter ou pas. Ça peut être aussi un travail manuel pour aussi, peut-être prendre conscience de sa force, ou des réalisations créatives ou autres. Bien sûr ça nourrit la confiance en soi, mais au niveau schéma corporel, je pense, ça donne aussi des retours de ce que l'on est capable de faire. Ça peut être un travail manuel, ça peut être un travail corporel comme la gymnastique, la danse, une promenade . Je pense que c'est très vaste. On peut proposer dans quel thème on le met, je veux dire de quelle manière on propose. »
Codage	« créer un lien de confiance » « objectif important, c'est la confiance en soi, l'estime de soi, nourrir le narcissisme » « le travail sur le schéma corporel » « Souvent les personnes ont une fausse image de leur corps » « travail sur la prise de conscience de la réalité » « un dessin, entourer le corps sur un grand papier par exemple » « travail devant un miroir » « travail manuel pour aussi, peut-être prend conscience de sa force, ou des réalisations créatives » « travail corporel comme la gymnastique, la danse, une promenade »
Caté.	Lien de confiance – confiance en soi – estime de soi – narcissisme – schéma corporel – image du corps – prise de conscience de la réalité – activités manuelles et créatives – prendre conscience de sa force – activités corporelles

Question 4 - Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	E2 : « Déjà à travers les objectifs que j'ai nommé : la confiance en soi, l'image de soi, le schéma corporel , si ça peut s'améliorer pour vérifier mieux la réalité et prendre plus de conscience . Mais après on travaille en commun avec les métiers qui sont plus spécialisés au niveau alimentation. Après on peut contribuer aux idées, comment ça peut être présenté, comment ça peut être mis en place, comment on peut établir un planning. Je pense qu'on n'est peut-être pas les premiers à donner des
--------	---

	conseils alimentaires, mais on peut contribuer avec l'équipe pluridisciplinaire, comment aborder, comment mettre en place, comment proposer une médiation par rapport à ce sujet. Reprendre confiance pour apprendre à changer ses habitudes. Aussi une visite à domicile certainement ça peut être utile dans certains cas, pour vérifier sur place comment la personne est équipée, ce qu'elle peut mettre en place, améliorer, ou aussi l'accompagner dans des ateliers cuisine pour la rassurer, pour l'accompagner pour réaliser de manière plus adaptée, de réaliser le planning établi du médecin nutritionniste, etc. Aussi dans l'objectif de reprendre plaisir à la nourriture, soit en individuel, ou soit dans un groupe pour partager, aussi avoir des retours, des échanges. »
Codage	« la confiance en soi, l'image de soi, le schéma corporel » « vérifier mieux la réalité et prendre plus de conscience » « peut contribuer avec l'équipe pluridisciplinaire, comment aborder, comment mettre en place, comment proposer une médiation par rapport à ce sujet » « Reprendre confiance pour apprendre à changer ses habitudes » « visite à domicile certainement ça peut être utile dans certains cas, pour vérifier sur place comment la personne est équipée, ce qu'elle peut mettre en place, améliorer, ou aussi l'accompagner dans des ateliers cuisine pour la rassurer, pour l'accompagner pour réaliser de manière plus adaptée, de réaliser le planning établi du médecin nutritionniste » « l'objectif de reprendre plaisir à la nourriture, soit en individuel, ou soit dans un groupe pour partager, aussi avoir des retours, des échanges »
Caté.	Confiance en soi – image de soi – schéma corporel – prise de conscience – pluridisciplinarité – changement – visite à domicile – alimentation – accompagnement – individuel – groupe – échanges

Question 5 - Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

Corpus	E2 : « Je pense, de toute façon on trouvera toujours des choses à apporter (rire) on peut toujours trouver des choses à apporter parce que je trouve que l'ergothérapie, ça peut être très varié, ça peut apporter apporter des choses, des champs très diversifiés et en équipe pluridisciplinaire, on peut souvent apporter des idées ou des outils ou des médiations qu'ils peuvent attribuer. » Evane : « Quelle est la différence entre une prise en soin précoce auprès de ces personnes et du coup une prise en soin non précoce ? Est-ce que l'on peut faire une distinction ou pas ? » E2 : « Alors sans être sûr si je suis bien sur ce que je vais vous dire, mais spontanément, je dirais si une personne est déjà sur un terrain avec des troubles alimentaires, sans être déjà dans une anorexie pure et dure, on est sur un terrain précoce, je dirai, et une sensibilisation est la bienvenue. En accompagnement, pour éviter que ça s'aggrave et pour sensibiliser la personne et pour déjà proposer des solutions en soutien en accompagnement de toute façon pour aller vers un meilleur "être". Je pense que c'est ça. »
Codage	« En accompagnement, pour éviter que ça s'aggrave » « pour sensibiliser la personne » « proposer des solutions en soutien en accompagnement de toute façon pour aller vers un meilleur "être". »
Caté.	Éviter l'aggravation - Prévention – Bien-être

Question 6 - Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	Evane : « Je ne sais pas si vous connaissez le modèle M.C.R.E.O ? » E2 : « Oui. » Evane : « Pensez-vous du coup que ce modèle conceptuel peut-être un outil pertinent dans la prise en soin de ces personnes ? » E2 : « Pour être sûr, c'est le modèle canadien ? » Evane : « Oui. » E2 : « Oui, je pense que ça peut être bien, pour faire le questionnaire, je l'ai utilisé à une époque, pour l'instant je l'utilise moins auprès des personnes avec un certain niveau de réflexion et de capacité de réflexion. Je pense ces personnes, sans pouvoir dire vraiment si j'ai raison, mais je dirai ça peut être plus des personnes quand même avec une certaine capacité de réflexion, oui. Je peux imaginer que oui, ça peut être utile cette approche. » Evane : « C'est une approche. Et qu'est-ce qui pourrait apporter, du coup, dans cette prise en soin en ergothérapie ? » E2 : « Ce modèle-là ? »
--------	---

	<p>Evane : « Oui. »</p> <p>E2 : « Alors, si je m'appuie maintenant sur le questionnaire. La personne elle-même exprime les domaines où elle rencontre des difficultés. C'est l'approche centrée sur la personne qui est utile. On aide la personne à s'exprimer, à trouver les objectifs et à les évaluer. »</p> <p>Evane : « Vous utiliserez ce modèle conceptuel qu'au début de la prise en soin pour avoir la globalité en fait des besoins de la personne pour après identifier vos objectifs ou alors vous l'utilisez tout au long de la prise en soin ? »</p> <p>E2 : « Ça dépend toujours le cas. Parfois, c'est bien de le faire ou c'est possible de le faire au début de la prise en charge, la prise en soin. Parfois, c'est trop tôt pour le faire au début. Et il faudrait d'abord créer un bon lien et peut-être faire un début de travail avant que la personne soit capable de préciser plus d'objectifs. Ça dépend de la situation, je dirais. »</p>
Codage	<p>« ça peut être bien, pour faire le questionnaire »</p> <p>« des personnes quand même avec une certaine capacité de réflexion »</p> <p>« La personne elle-même exprime les domaines où elle rencontre des difficultés »</p> <p>« C'est l'approche centrée sur la personne qui est utile »</p> <p>« On aide la personne à s'exprimer, à trouver les objectifs et à les évaluer. »</p>
Caté.	Questionnaire – population ciblée – expression – difficultés – approche centrée sur la personne – objectifs – évaluation

6.2.1.3 Entretien numéro 3

Question 1 - Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?

Corpus	<p>E3 : « Et bien, l'anorexie mentale c'est un trouble des conduites alimentaires avant tout. Ça se définit comme ça. Ça fait partie des conduites alimentaires donc l'anorexie c'est avec une restriction de l'ingestion d'aliments. Donc la restriction est soit par un manque, enfin, une volonté de ne pas s'alimenter ou de s'alimenter très peu ou le peu qu'ils s'alimentent, ils peuvent le vomir. Donc c'est un contrôle permanent sur la moindre source d'alimentation. Je vais dire ça comme ça. Donc ça c'est la définition de l'anorexie mentale après bien sûr, il y a tout ce qui est les conséquences. Il y a une dénutrition, il y a ce qu'on appelle la règle des trois « A » je ne sais pas si on la définit encore comme ça parce que je crois que l'aménorrhée elle est moins considérée dans l'anorexie maintenant, tout simplement parce que des fois il y en a qui n'ont pas de règles parce qu'ils n'ont pas développé suffisamment leur puberté. Enfin ça dépend de plein de choses, mais ça n'empêche que ça reste quand même un signe. Tous les signes de féminité sont ... euh ... comment dire ... remis en question. Il n'y a pas de développement pubertaire, il n'y a pas de règles, ou il y a un arrêt des règles, heu voilà, donc Aménorrhée - Anorexie... Et le troisième A... je ne sais plus ce que c'est... je n'ai rien sous les yeux... je ne sais plus... bon bref, en tout cas, quoi qu'il en soit un trouble gravissime des conduites alimentaires. Le dernier "A" Maigrissement. »</p>
Codage	<p>« l'anorexie mentale c'est un trouble des conduites alimentaires »</p> <p>« l'anorexie c'est avec une restriction de l'ingestion d'aliments »</p> <p>« une volonté de ne pas s'alimenter ou de s'alimenter très peu ou le peu qu'ils s'alimentent, ils peuvent le vomir »</p> <p>« c'est un contrôle permanent sur la moindre source d'alimentation »</p> <p>« Il y a une dénutrition »</p> <p>« Il n'y a pas de développement pubertaire, il n'y a pas de règles, ou il y a un arrêt des règles »</p> <p>« Maigrissement. »</p>
Caté.	Trouble des conduites alimentaires – arrêt alimentation – vomissements – contrôle – dénutrition – absence de développement pubertaire – aménorrhée – amaigrissement

Question 2 - Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

Corpus	<p>E3 : « Et bien, en fait c'est des patients et souvent des patientes d'ailleurs qui sont toujours dans le contrôle et dans la maîtrise de tout. Donc quand elles sont, bah voilà, anorexiques quand la maladie est déjà diagnostiquée. En fait tout tourne autour de, de se nourrir ou ne pas se nourrir. Donc forcément, ça a un impact dans leur vie quotidienne, un impact très important parce qu'elles sont obnubilées par ça toutes leurs activités, tout va être en lien avec ça. Ça peut être caché, faire style qu'elle mange, mais elle ne mange pas, ça peut être allé vite vomir. Ça peut être faire du sport à outrance, parce qu'elles ont besoin d'éliminer un maximum tout est centré sur la problématique. Donc forcément quand tout est centré sur la problématique tout ce qu'il y a autour et bien évidemment mis de côté et pas essentiel mis à part le sport et ce qu'elle conserve en général c'est quand même les performances scolaires. Donc là on parle d'adolescentes, c'est forcément des mineurs, j'imagine que votre heu, fin ça tourne jusqu'à 18ans ? »</p> <p>Evane : « Oui je cible, j'ai vu que dans mes recherches l'anorexie débutait vraiment à</p>
--------	---

	<p>l'adolescence et qu'il y avait beaucoup de répercussions à cet âge-là. C'est pour ça que j'ai ciblé mon mémoire dessus. »</p> <p>E3 : « Voilà, donc, du coup, il y a forcément des répercussions au niveau scolaire parce que quand elles sont bien atteintes elles sont plus, non plus disponibles pour le scolaire, mais ça reste quand même très souvent des... elles sont performantes au niveau de leurs études, et de leur sphère intellectuelle, on va dire. Voilà. Après il y a aussi bien évidemment des conséquences sur leur relation sociale, amicale, familiale, bien évidemment parce que ça devient conflictuel au niveau familial. Et puis au niveau amical, elle s'isole de plus en plus. »</p>
Codage	<p>« qui sont toujours dans le contrôle et dans la maîtrise de tout »</p> <p>« tout est centré sur la problématique tout ce qu'il y a autour et bien évidemment mis de côté et pas essentiel mis à part le sport et ce qu'elle conserve en général c'est quand même les performances scolaires »</p> <p>« des conséquences sur leur relation sociale, amicale, familiale, bien évidemment parce que ça devient conflictuel au niveau familial. Et puis au niveau amical, elle s'isole de plus en plus. »</p>
Caté.	<p>Contrôle permanent – obnubilation – sport – scolaire – relation sociales – relations familiales – relations amicales – isolement</p>

Question 3 - Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

Corpus	<p>E3 : « Alors moi je travaille dans un lieu d'hospitalisation. Donc souvent, elles arrivent trop tard, il ne faut pas se leurrer. Parfois on arrive à prendre des jeunes au début de leur anorexie. Il y a des meilleurs résultats. Ensuite, nous on travaille en équipe pluridisciplinaire pour prendre en charge des adolescents et adolescentes anorexiques c'est indispensable. On ne peut pas être seul à s'occuper d'eux, parce que c'est une pathologie qui est quand même très compliquée, très difficile avec beaucoup de... Je ne vais pas dire manipulation, parce que ça veut dire que la personne volontairement est manipulatrice, mais c'est plus des actions de manipulation, justement, bah pour répondre aux êtres, pour alimenter leur maladie on va dire ça comme ça, donc du coup on travaille énormément en équipe pluridisciplinaire. Donc moi je ne m'occupe pas et je ne veux pas qu'elle me parle de la nourriture. Ça veut dire que comme c'est leur centre, c'est l'obsession, je laisse ça aux infirmiers, aux médecins, à la diététicienne, à la psychologue et moi, je me fixe sur les activités, sur les ressources qu'elles peuvent avoir, sur faire émerger un désir, faire émerger une créativité qui va leur permettre justement de s'exprimer, mais à travers des médiations, et bien, elles vont se décaler un peu, faire le pas de côté de ce qui est le centre pour elle autour de ce qui est lié à l'alimentation, le corps, la maigreur. Donc ça, elles vont l'exprimer malgré tout puisque c'est quand même leur centre de leur problématique. Elles vont l'exprimer, mais à travers une activité, une médiation et donc là c'est une sorte de pas de côté, un décalage. Ça va leur permettre d'accéder à leurs émotions plutôt et ne pas être juste dans le passage à l'acte, je ne mange pas, je vomis. Moi, ça va être plus quelque chose sur du long terme, d'expression de ses émotions, comment être avec les autres. On travaille plein plein de choses. Donc la place de l'ergothérapeute est centrale, mais décentrée de l'alimentation. C'est une vision globale, mais pas en lien direct avec les trois grains de riz. Voilà, on va essayer de ramener autour du corps, des relations, à travers la terre par exemple, à travers la thérapie, être en lien direct avec un cheval ou un poney, c'est la réalité de la vie quotidienne. »</p>
Codage	<p>« on travaille en équipe pluridisciplinaire pour prendre en charge des adolescents et adolescentes anorexiques c'est indispensable »</p> <p>« moi je ne m'occupe pas et je ne veux pas qu'elle me parle de la nourriture »</p> <p>« je me fixe sur les activités, sur les ressources qu'elles peuvent avoir »</p> <p>« sur faire émerger un désir, faire émerger une créativité »</p> <p>« leur permettre justement de s'exprimer »</p> <p>« faire le pas de côté de ce qui est le centre pour elle autour de ce qui est lié à l'alimentation, le corps, la maigreur »</p> <p>« va leur permettre d'accéder à leurs émotions plutôt et ne pas être juste dans le passage à l'acte, je ne mange pas, je vomis »</p> <p>« la place de l'ergothérapeute est centrale, mais décentrée de l'alimentation. C'est une vision globale »</p> <p>« on va essayer de ramener autour du corps, des relations, à travers la terre par exemple, à travers la thérapie, être en lien direct avec un cheval ou un poney, c'est la réalité de la vie quotidienne »</p>
Caté.	<p>Pluridisciplinarité – ressources – désir – créativité – expression – détourner le centre d'intérêt – émotions – approche globale – médiateur – vie quotidienne</p>

Question 4 - Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	E3 : « et bah du coup, euh, elles font l'expérience. C'est comme un petit laboratoire, un atelier. Elles font l'expérience d'un instant, petit à petit, ça vient pas... de penser à autre chose que leur principal centre d'intérêt qui est lié à l'anorexie. Et donc elles font cette expérience-là, et après ça a forcément un impact sur leur quotidien sur leur équilibre de vie, euh.. sur leur euh.. aussi sur l'organisation de leur quotidien. On peut réfléchir sur plein de choses. "Ce que tu fais le matin, est ce que tu peux faire différemment, est-ce que ", fin voilà. C'est tout un échange, un travail en collaboration, soignant et soignée donc ergothérapeute et patiente anorexique. Et puis forcément ça a un impact derrière, on espère, des fois c'est positif, des fois il retombe, il y a des échecs, mais ça ne fonctionne jamais du premier coup du coup c'est un long processus. »
Codage	« Elles font l'expérience d'un instant, petit à petit, ça vient pas... de penser à autre chose que leur principal centre d'intérêt qui est lié à l'anorexie » « aussi sur l'organisation de leur quotidien » « On peut réfléchir sur plein de choses. "Ce que tu fais le matin, est ce que tu peux faire différemment, est-ce que " » « C'est tout un échange, un travail en collaboration, soignant et soignée donc ergothérapeute et patiente anorexique »
Caté.	Se décentrer – organisation - questionnement – échange – collaboration

Question 5 - Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

Corpus	E3 : « Oui parce que quand ce n'est pas déjà ancré, l'accompagnement précoce, précoce dans l'âge, enfin si on pouvait accompagner ses jeunes dès les premiers symptômes les premiers signes, et bien ce serait super. Après c'est pas toujours possible parce qu'ils arrivent souvent en hospitalisation, parce qu'ils ont un indice de masse corporelle qui est catastrophique, voire dangereux, donc c'est souvent tard. Mais l'accompagnement précoce c'est-à-dire, oui, de cibler d'emblée un changement du fonctionnement, d'attitude et de ressources d'activité. Essayer de retrouver un rééquilibrage de tout ça avec des contraintes aussi et un lâcher-prise surtout. Ça peut leur permettre bien évidemment d'avoir un meilleur équilibre de vie ou une meilleure vie à l'extérieur après. » Evane : « Et vous pouvez travailler du coup ses composantes là, comment en ergothérapie ? » E3 : « Et bien d'abord, la première chose c'est l'observation, comment il fonctionne, et petit à petit, peut-être d'abord en individuel parce qu'il faut qu'il y a une relation de confiance qui s'établisse d'abord. Une fois que la relation de confiance est établie et bien la personne, elle va pouvoir être sincère, être authentique, pouvoir verbaliser ce qui va, ce qui ne va pas, ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas, ce qu'elle aimerait. Voilà en fait plein de choses. Et puis on crée ensemble des objectifs de prise en soin en ergothérapie. Suivant comment ça se passe, ce n'est pas tout le monde pareil, c'est une personne à part entière, avec des qualités des défauts. On crée ensemble en fonction de ce que la personne veut. On parle souvent aussi du désir de cette personne essayer de concrétiser un projet, de susciter des envies, autour de la création, de la production, ça peut être produire un écrit, mais en tout cas qui va forcément permettre de s'exprimer. Ça évolue au fur et à mesure de l'hospitalisation donc très souvent d'abord en individuel, et puis après très rapidement, aussi intégré au sein d'un groupe parce que leur difficulté c'est aussi leur place, quelle est leur place au sein d'un groupe. Est-ce qu'ils vont accepter c'est souvent une grande difficulté aussi de leur part elles sont beaucoup dans la maîtrise, dans le contrôle, donc du coup elles veulent toujours que ce soit comme elles ont décidé. L'idée aussi, c'est de pouvoir accueillir les idées des autres, accueillir la différence des autres, pouvoir faire avec l'autre, faire des concessions. Il y a plein de choses à travailler. Ça avance au fil du temps, mais l'important c'est toujours revoir les objectifs en accord avec le patient les suggérer, les créer ensemble, voir vers où on va aller. On va travailler plus au bout de deux mois d'hospitalisation. Ta place au sein du groupe, est-ce que tu es leader, est-ce que tu peux laisser ta place de leader, est-ce que tu peux être à l'écoute des autres, est-ce que tu peux critiquer positivement, négativement, toi ou aussi les autres. Enfin voilà, plein d'outils qui sont multiples et variés pour atteindre ces objectifs. »
Codage	« quand ce n'est pas déjà ancré, l'accompagnement précoce, précoce dans l'âge, enfin si on pouvait accompagner ses jeunes dès les premiers symptômes les premiers signes, et bien ce serait super » « cibler d'emblée un changement du fonctionnement, d'attitude et de ressources d'activité » « Essayer de retrouver un rééquilibrage de tout ça avec des contraintes aussi et un lâcher-prise surtout » « leur permettre bien évidemment d'avoir un meilleur équilibre de vie ou une meilleure vie à l'extérieur après » « d'abord en individuel parce qu'il faut qu'il y a une relation de confiance » « créer ensemble des objectifs de prise en soin en ergothérapie » « essayer de concrétiser un projet, de susciter des envies, autour de la création, de la production »

	« d'abord en individuel, et puis, après très rapidement, aussi intégré au sein d'un groupe » « L'idée aussi, c'est de pouvoir accueillir les idées des autres, accueillir la différence des autres, pouvoir faire avec l'autre, faire des concessions » « l'important c'est toujours revoir les objectifs en accord avec le patient les suggérer, les créer ensemble, voir vers où on va aller »
Caté.	Rapide – début – changement – rééquilibre – équilibre de vie – confiance – objectifs – projet de vie – individuel – groupe – échange – point de vue – collaboration

Question 6 - Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

Corpus	E3 : « Oui ben bien sûr, puisque c'est un outil qui qui englobe plein de choses. Donc, il a tout ce qui est volition, tout ce qui est engagement de la personne aussi. Ça englobe plein de choses. Après moi je n'utilise pas d'outil spécifique. C'est plus une prise en soin humaniste, globale, et on utilise des outils plutôt psycho dynamique, mais également on adapte nos outils à la population adolescente. On est pas fermé, on travaille la systémie aussi, enfin voilà, il y a plein de choses. » Evane : « Vous n'utilisez pas ce modèle ? » E3 : « Non. Mais c'est un modèle pertinent. »
Codage	« c'est un outil qui englobe plein de choses »
Caté.	Global

6.2.2 Analyse transversale

Cette partie d'analyse compare les résultats de l'analyse longitudinale des 3 ergothérapeutes entre eux, afin de mettre en évidence les accords et les désaccords. Cette analyse est présentée sous forme de tableau en Annexe III.

Question 1 : Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que l'AM est un trouble alimentaire basé sur un contrôle permanent de l'alimentation. E3 peut spécifier que ce contrôle se fait soit par un arrêt ou une restriction alimentaire, soit par des vomissements volontaires ou encore par du sport excessif d'après E2. E1 précise que se sont majoritairement les femmes qui sont atteintes d'AM et ajoute que la cause à cela pourrait être un manque de portage durant l'enfance. E1 et E2 déclarent que l'AM entraînerait des répercussions sur les relations sociales et le travail. E2 complète par la dénutrition, l'absence de développement pubertaire, l'aménorrhée et un amaigrissement comme conséquences à cette maladie.

Question 2 : Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

D'après les trois professionnelles, l'AM a de nombreuses répercussions sur les habitudes de vie. Toutes les trois s'accordent à dire, que cette maladie à des

conséquences sur les relations sociales, familiales et amicales. E3 ajoute que cela crée un isolement. Dans les répercussions, le contrôle permanent de la vie des personnes souffrantes d'AM revient dans le discours de E2 et E3. E1 et E2 décrivent plus spécifiquement un contrôle de l'alimentation par une restriction d'injonction d'aliments. Pour finir, les trois ergothérapeutes déclarent que le sport, en particulier l'excès de sport, est obnubilant dans leur vie quotidienne.

Question 3 : Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

Les trois personnes interviewées ont une prise en soin différente des adolescentes en situation d'AM. Tout d'abord, E1 pose un cadre où l'ergothérapeute est le gérant de celui-ci. Cette prise en soin passe par des questionnements, une écoute et un partage de situation. Ensuite, E2 évoque une approche sur l'image du corps, le schéma corporel, l'estime de soi, le narcissisme, une prise de conscience de sa force, mais encore, prendre conscience de la réalité. Avant tout, E2 précise qu'il faut créer un lien de confiance avec la personne en situation d'AM et un travail pluridisciplinaire est nécessaire pour une meilleure prise en soin. Puis E3 aborde une approche globale de l'ergothérapie, auprès de cette population, dans leur vie quotidienne, par exemple, l'expression de soi et de ses émotions afin de détourner leur centre d'intérêt de la nourriture. In fine, l'ensemble des professionnelles se rejoignent pour émettre qu'un médiateur ou une activité créative est nécessaire pour répondre aux objectifs.

Question 4 : Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

Pour E1 et E2, l'amélioration de la qualité de vie passe par un accompagnement, c'est alors que E2 précise qu'elle commence par un accompagnement en individuel puis en groupe. E2 et E3 s'accordent pour exprimer le bénéfice de l'échange dans la relation thérapeutique et dans la relation à l'autre. De plus, en tant qu'ergothérapeute, E1 pense améliorer la qualité de vie des personnes souffrantes d'AM en développant leurs relations familiales et sociales ainsi que les aspects scolaires tout en s'appuyant sur leurs ressources. Concernant E2, un travail pluridisciplinaire est nécessaire pour tendre vers une amélioration globale de la qualité de vie. En ergothérapie, E2 choisit de mobiliser la confiance en soi, l'image de soi, le

schéma corporel ainsi qu'une prise de conscience de la réalité, tout en proposant des mises en situation dans l'environnement écologique. Enfin, selon E3, une collaboration soignant/soigné est primordiale. Cette dernière évoque le fait de se décentrer de l'AM, de se questionner et d'organiser le quotidien.

Question 5 : Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

D'après les trois ergothérapeutes, plus la prise en soin est mise en place rapidement, moins les choses sont encreées. E2 et E3 se rejoignent pour expliquer qu'il faut intervenir dès le début afin d'éviter toutes dégradations sur la qualité de vie. E2 ajoute qu'il est nécessaire de prévenir cette maladie et proposer des solutions pour améliorer le bien-être de la personne accompagnée. E3 poursuit en mentionnant qu'il faut cibler des objectifs, des changements et un projet de vie en collaboration pour retrouver un rééquilibrage de vie. Enfin, E3 termine en expliquant qu'une prise en soin en groupe permet de recueillir les différences et les points de vue divergents des autres.

Question 6 : Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

Les trois personnes interviewées sont coordonnées pour dire que ce modèle est un outil que peut utiliser l'ergothérapeute. E2 précise que ce modèle est pertinent sous forme de questionnaire où la personne atteinte d'AM pourra s'exprimer sur ses difficultés, créer des objectifs en lien avec ces dernières et les évaluer. Par ailleurs, E2 et E3 déclarent que c'est un outil global, centré sur la personne. In fine, E1 et E2 sont en accord sur le fait que ce modèle conceptuel ne peut pas être utilisé pour tout le monde. E2 spécifie qu'il doit être utilisé avec des personnes qui ont une « certaine capacité de réflexion ».

7. Discussion

Dans cette dernière partie qui est la discussion, deux analyses seront menées. D'une part, l'analyse théorique qui confronte les données recueillies lors de mes entretiens, avec les données de la littérature exploitées dans mon cadre théorique. D'autre part, l'analyse réflexive de ce mémoire. Lors de cette dernière, je réaliserai une introspection de ma méthode de recherche et de la population choisie pour mes entretiens et pour finir, l'intérêt personnel et professionnel de cet écrit.

7.1 Analyse théorique

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, je me consacre à l'anorexie mentale. Les recherches et les entretiens que j'ai menés inscrivent cette maladie dans les troubles des conduites alimentaires, affiliés à des troubles psychiques. E3 a pu spécifier que cette anorexie mentale se caractérisait par des restrictions alimentaires et ceci selon différentes formes. Soit par un refus total de s'alimenter ou d'une diminution d'ingestion d'aliments, ce qui se rapporte à la forme restrictive de l'anorexie mentale, soit par des vomissements qui est la forme boulimique de cette maladie. Les trois ergothérapeutes interrogées ainsi que mes recherches, démontrent que les personnes atteintes d'AM ont un besoin constant de contrôler leur vie.

De plus, E1 a pu justifier que la population la plus touchée par l'AM était des femmes. Effectivement, d'après des études, le ratio serait de dix femmes touchées pour un homme.

La première ergothérapeute interviewée semble affirmer que la cause à cette AM serait un manque de portage lors de l'enfance. Cependant en confrontant ces données avec mon cadre théorique, j'ai pu indiquer que les causes de cette maladie étaient multifactorielles. On y retrouve des facteurs environnementaux, psychologiques, familiaux, sociaux-culturels, comportementaux ainsi que génétiques. Ainsi, je suppose que l'AM ne peut être que dû au manque de portage lors de l'enfance, il faut prendre en compte divers facteurs et pousser les recherches plus loin.

Les conséquences de l'AM sont multiples. La littérature fait émerger des conséquences cliniques, physiques, somatiques et psychiques, tandis que E3 a simplement référencé la dénutrition, l'amaigrissement, l'aménorrhée (qui ne fait

actuellement plus partie du diagnostic dans le DSM-V, mais qui reste toutefois un indicateur, lorsque les règles sont déjà apparues) et une absence de développement pubertaire. E3 se base sur les critères physiques et biologiques, en oubliant de prendre en compte les critères psychologiques, psychiques, sociaux.

Au cours des différents entretiens, les trois professionnelles en ergothérapie ont pu exprimer les répercussions de l'AM sur les habitudes de vie des patients. Effectivement, E3 confirme que tout est centré autour de la perte de poids. L'INSERM indique à son tour que l'anorexie entraîne « une rigidité des attitudes » (13). On en déduit que tout le reste est délaissé au détriment de la santé, mis à part le sport et la scolarité. Un paradoxe important est présent, puisque ces jeunes filles souhaitent avoir une grande énergie, néanmoins le fait de peu s'alimenter entraîne une fatigue importante et provoque donc des répercussions notamment sur le plan scolaire. Sur ce dernier point, les trois ergothérapeutes ainsi que mes recherches ont démontré que les adolescentes atteintes d'AM ont une certaine exigence envers elles-mêmes sur la scolarité, elles visent l'hyper-performance. Cette hyper-performance se retrouve également dans le sport. D'après E2 c'est une façon pour elles de pouvoir contrôler leur vie. Selon la littérature et d'après Beumont, la pratique du sport ne serait plus, pour ces personnes, une quête de bien-être, mais une intention de maigrir (38). En outre, tout le monde s'accorde à affirmer que ce sont les relations familiales, amicales, sociales et amoureuses qui en pâtissent. Les personnes atteintes d'anorexie tendent progressivement vers un isolement et un retrait social ce qui impacte donc leur qualité de vie.

Une prise en soin en ergothérapie est nécessaire pour tendre vers une amélioration de la qualité de vie des adolescentes atteintes d'AM. Dans un premier temps, selon E1 un cadre bienveillant et contenant doit être mis en place pour le bon fonctionnement de la PES. Une fois que ce cadre est posé, E2 poursuit par la création d'un lien de confiance entre le thérapeute et le patient. En effet, selon mes recherches, ce lien de confiance est primordial pour l'adhésion du patient dans la PES. Ensuite, E1 et E3 indiquent le fait de s'appuyer sur les ressources de la personne tout au long de la PES. Ces ressources qu'elle a pu mobiliser ou qu'elle mobilisera de son passé, mais aussi des séances d'ergothérapie vont lui permettre de gérer au mieux les situations complexes du quotidien. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), soutenir les

ressources de la personne, favorise une démarche centrée sur cette dernière et rend la personne actrice de sa prise en soin (39).

Les objectifs de l'ergothérapeute vers l'amélioration de la QDV selon E2 sont : reprendre confiance en soi pour changer ses habitudes, améliorer l'estime de soi, nourrir le narcissisme, prendre conscience de la réalité de son corps par un travail sur le schéma corporel et de reprendre plaisir face à la nourriture. E3 ajoute, l'accès aux émotions et E1, l'amélioration des relations familiales et des relations avec ses pairs. Ces différents objectifs retracent le plan de traitement que j'ai pu exposer dans ma partie « L'ergothérapie et l'anorexie mentale ». Parallèlement, l'ergothérapeute devra rassurer et accompagner la personne dans ces objectifs.

Pour tendre vers ses objectifs, l'ergothérapeute peut proposer plusieurs médiateurs. Les trois professionnelles interviewées ont chacune des médiateurs différents. E1 propose la création de marionnettes afin de se questionner sur son vécu et offre la possibilité de s'exprimer. E2 met en avant le dessin, des travaux manuels et créatifs, des travaux corporels comme la danse ou la gymnastique ou encore des exercices devant un miroir. E3 peut proposer quant à elle de l'équithérapie ou encore de la terre comme médiateur.

Par ailleurs, E1 et E3 font valoir l'expérimentation. Pour E1 cela permet d'avoir un rapport à l'autre et à soi-même différent. Pour E3, cela favorise le fait de se décentrer de l'anorexie. En effet, d'après Winnicott, la psychanalyse permettrait de « parvenir à un degré d'intégration, de socialisation et de découverte de soi »(40).

De plus, le cadre selon E2 commencera en individuel puis basculera vers le groupe pour favoriser l'échange, le partage et prendre conscience des points de vue divergeant. E3 aborde le groupe comme moyen de communiquer sur « comment faire autrement au quotidien ».

Pour finir, afin de prendre en compte toutes les composantes de la personne pour améliorer sa qualité de vie, il est indispensable selon mes recherches et selon E2 et E3 de travailler en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires qui entourent le patient, ainsi qu'avec son entourage pour un meilleur accompagnement à domicile.

Au cours de mes différents entretiens, une question était orientée vers la prise en soins précoces de l'ergothérapie. E2 a tout de suite orienté ses propos vers la sensibilisation de l'AM auprès des personnes ayant des troubles alimentaires, mais ne se trouvant pas dans une anorexie. Lors de mes recherches, j'ai pu constater que

l'HAS développe des guides à destination des professionnels de santé et plus spécifiquement aux équipes médicales, afin de repérer plus précocement cette maladie (41). L'ergothérapeute a tout de même sa place pour accompagner les personnes face aux troubles des conduites alimentaires afin que cela ne s'aggrave pas. Cependant, E2, qui exerce en hôpital psychiatrique, explique qu'il est bien souvent trop tard lorsque les personnes atteintes d'AM arrivent en hospitalisation. La littérature décrit qu'au-delà de 5 ans cette maladie est caractérisée comme chronique. Il faut donc agir rapidement. Les trois professionnelles déclarent alors que plus l'accompagnement en ergothérapie intervient précocement, et moins sont les répercussions sur la qualité de vie. Cet accompagnement précoce, c'est-à-dire, dès les premiers signes de la maladie, aura pour objectif de retrouver un bien-être et un meilleur équilibre de vie au quotidien. Il faudrait donc peut-être étendre la prévention auprès des établissements scolaires, mais aussi des familles, en plus des professionnels de santé.

Par ailleurs, dans ma démarche de recherche, je me suis questionnée sur la pertinence du modèle conceptuel MCREO dans la prise en soin en ergothérapie. Les trois personnes interviewées ont affirmé ce questionnement. E2 a pu mettre en avant que c'est un outil qui s'utilise comme un questionnaire afin de recenser les difficultés des personnes atteintes d'AM. Cela permettra par la suite de définir des objectifs de prise en soin et de les évaluer. Il permettra également selon E2 de mettre en lumière l'engagement et la motivation de la personne. En outre, E2 et E3 s'accordent pour affirmer que c'est un outil centré sur la personne. En effet, d'après mes recherches dans mon cadre théorique, ce modèle conceptuel regroupe plusieurs domaines qui sont : la personne, ses occupations et son environnement. Enfin, E1 et E2 restent vigilantes sur la population avec laquelle elles utiliseraient ce modèle.

Réponse aux hypothèses et à la question de recherche :

Les analyses longitudinales, transversales et la mise en commun de l'analyse théorique de mes entretiens avec mon cadre théoriques m'ont permis de répondre à ma question de recherche et de valider ou d'invalider mes hypothèses. Pour rappel ma question de recherche était : **Comment l'accompagnement précoce en ergothérapie peut améliorer la qualité de vie des adolescentes atteintes d'anorexie mentale ?**

Après avoir défini cette question de recherche, j'ai pu formuler deux hypothèses qui sont les suivantes :

La première est que l'utilisation du modèle MCREO peut permettre aux ergothérapeutes d'obtenir une approche progressive et centrée sur la personne atteinte d'anorexie mentale. Au vu de mon étude, cette hypothèse semble être validée puisque tout le monde se rejoint à affirmer que c'est un modèle global qui reprend tous les aspects de la personne, de ses occupations et de son environnement donc une approche centrée sur la personne. Aussi, au regard des entretiens, ce modèle permet une approche progressive, car la personne atteinte d'AM va pouvoir recenser ses difficultés, puis formuler ses objectifs et enfin les évaluer.

La deuxième hypothèse est qu'un accompagnement précoce en ergothérapie, centré sur les activités occupationnelles, améliore la qualité de vie des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. D'après la littérature et mes entretiens, mon hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, aucune des trois professionnelles interviewées n'a fait ressortir les occupations de l'adolescente dans la prise en soin précoce. Cependant, il semblerait que la précocité de la PES améliore la qualité de vie, par la reconstruction d'un bien-être et par un meilleur équilibre de vie.

Cette dernière explication peut répondre à ma question de recherche, car l'ergothérapeute améliore la QDV des adolescentes atteintes d'AM, par une PES précoce, en agissant rapidement sur les difficultés de la personne. Cela permettra ainsi, que les répercussions sur la QDV soient moindres et que le bien-être et l'équilibre de vie soient améliorés. Mais aussi que l'individu puisse s'épanouir dans sa vie personnelle pour éviter un mal-être et limiter l'apparition de développement de TCA.

7.2 Analyse réflexive

7.2.1 Choix de la méthodologie

La méthodologie que j'ai choisie pour la réalisation de ce travail de fin d'étude s'intègre dans la méthode qualitative qui inclut des entretiens semi-directifs. C'était, il me semble, la méthode la plus appropriée selon mon sujet, d'une part car le nombre

d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes atteintes d'AM étant trop faible, un questionnaire n'aurait pas pu aboutir à des résultats fiables. D'autre part, il existe que trop peu de ressources qui confrontent mes deux sujets principaux (l'ergothérapie et l'anorexie mentale) ce qui rendait complexe la méthode quantitative par des revues de la littérature.

Dans une partie précédente « matériel et méthode », j'ai décrit quelques biais et limites auxquels je pouvais faire face lors de ces entretiens. Certains d'entre eux se sont avérés réalistes.

Tout d'abord, le premier biais rencontré au cours de mes entretiens a été le biais méthodologique. En effet, certaines de mes questions étaient soit trop vastes, soit aux contraintes trop fermées pour que les ergothérapeutes puissent développer leurs idées. Il m'a donc été primordial de formuler des questions de relances afin de guider davantage les interviewées pour avoir des réponses plus précises et réussir à avoir les informations nécessaires à l'avancée de mon étude.

Ensuite, les trois entretiens se sont effectués par visioconférence par souci d'éloignement géographique. Cependant cela a fait émerger un biais dans la compréhension dans nos discours. Effectivement, le fait d'être à distance permet difficilement de percevoir la communication non verbale. D'autant plus que des difficultés de connexion internet sont apparues ce qui a parfois été compliqué pour suivre distinctement le discours de la personne interrogée.

Enfin, j'ai pris conscience que le nombre d'ergothérapeutes interviewé lors de mes entretiens ne pouvait pas me permettre de symboliser objectivement la pratique de cette profession auprès des personnes atteintes d'AM.

7.2.2 Choix de la population

La population que j'ai choisi d'interviewer pour mes entretiens semi-directifs est des ergothérapeutes diplômées d'état. J'aurais, néanmoins, dû spécifier davantage mes critères d'inclusion pour que les réponses à mes questions soient plus précises. En effet, des ergothérapeutes prenant en soins et non ayant pris en soin des personnes atteintes d'AM et encore plus précisément des adolescentes auraient été

plus pertinent. Aussi, j'aurais dû centrer mes recherches vers des ergothérapeutes qui utilisent le modèle MCREO dans leur pratique.

Par ailleurs, réaliser plus d'entretiens aurait permis de mieux présenter la pratique de l'ergothérapie en santé mentale. Cependant je suis consciente que le nombre d'ergothérapeutes travaillant auprès de cette population est minime et qu'il m'a déjà été difficile de trouver les professionnelles interviewées.

Enfin, il aurait pu être intéressant d'étendre mes recherches auprès de différents professionnels exerçant auprès de la population ciblée. Ceci, afin de faire émerger d'autres points de vue et pouvoir les retrancher avec les informations recueillies par les ergothérapeutes. Et donc en faire un comparatif des pratiques.

7.2.3 Ouverture éventuelle

Au cours des entretiens, toutes les professionnelles en ergothérapie ont mentionné la famille de la personne atteinte d'AM. Plus précisément, lors des répercussions sur les habitudes de vie, toutes les trois ont évoqué des relations familiales conflictuelles. D'après Solange Cook-Darzens, « les familles d'anorexiques tendent à être moins satisfaites de leur vie familiale et plus en détresse que les familles non cliniques » (42). L'anorexie mentale entraînerait alors des conséquences sur l'ensemble de la famille.

Par ailleurs, lors de ma situation d'appel, cette jeune adolescente atteinte d'AM avait eu des droits de visite et des permissions avec le droit de rentrer chez elle un week-end. Cependant, au retour des permissions, les équipes soignantes constataient une rechute de son IMC et lors des visites, les parents ramenaient de la nourriture à leur fille, qui ne lui était pas recommandée. La famille de cette dernière la conditionnait dans l'anorexie mentale et n'était donc pas soutenante dans son hospitalisation. Ici, c'est la famille qui continuait d'entraîner l'anorexie mentale.

De plus, dans mon cadre théorique, j'ai pu notifier la thérapie familiale comme traitement complémentaire à l'AM. Cette thérapie familiale aurait pour but selon Catherine Doyen de « combattre le vécu d'isolement et de culpabilité familiale, de créer une dynamique de solidarité, d'introduire de nouvelles perspectives et techniques dans

la gestion du refus alimentaire, et de favoriser des passerelles entre le monde hospitalier et le monde familial »(43).

Pour continuer mes recherches je me demande alors, quelle serait la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la famille d'une adolescente atteinte d'AM ?

7.2.4 Intérêts personnels et professionnels

Cette démarche de recherche m'a permis, après l'entièreté des cours théoriques et des temps de stage, d'assimiler de nouvelles connaissances et compétences lors de cet écrit de mémoire. Les capacités que j'ai pu développer ont été rédactionnelles et organisationnelles. J'ai également pu mettre en avant mes habiletés d'analyse et de persévérance tout au long de cette étude.

L'élaboration de ce mémoire m'a laissé admettre que la qualité de ma rédaction et particulièrement l'orthographe, doit être un point de vigilance constant de ma part lors de mes écrits.

Par ailleurs, lors de cette démarche j'ai acquis des notions sur la fiabilité des sources scientifiques, sur la réalisation d'une méthode de recherche, qui était pour moi inconnu, ainsi que sur l'interprétation des résultats.

Toutes mes recherches m'ont permis de découvrir une pathologie spécifique. En confrontant ces dernières avec les échanges des trois ergothérapeutes, ceux-ci m'ont permis de mettre en lien l'anorexie mentale et l'ergothérapie et donc d'enrichir ma pratique professionnelle.

Cette initiation à la recherche met en avant l'intérêt de l'ergothérapie dans le parcours de soin de l'adolescente atteinte d'anorexie mentale. Même si cette pathologie est encore peu connue auprès de cette profession, de nombreuses interventions sont à pourvoir pour améliorer la qualité de vie de cette population. Cette étude aura aussi pour but de sensibiliser les autres professionnels médicaux et paramédicaux, les familles, mais aussi les professionnels du milieu scolaire, à cette pathologie et au bénéfice que peut apporter l'ergothérapeute.

8. Conclusion

Cette initiation à la recherche avait pour objectif d'étudier l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrantes d'anorexie mentale. Premièrement, lors du cadre théorique j'ai pu définir la pathologie et mettre en avant les notions importantes de cette étude. Deuxièmement, afin de répondre à ma question de recherche, une recherche qualitative a été réalisée au travers d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes.

L'ensemble de mon écrit met en avant la complexité de l'anorexie mentale et les nombreuses répercussions de cette pathologie sur la vie quotidienne des personnes atteintes. Leur qualité de vie est donc fortement impactée. De plus, j'ai pu faire émerger la période dans laquelle l'incidence de l'AM était la plus élevée ; celle de l'adolescence. L'ergothérapeute joue donc un rôle important dans l'accompagnement de cette population au quotidien vers une amélioration de la QDV. Elle peut le faire à partir de divers objectifs comme reconnaître ses émotions, prendre conscience de la réalité, retrouver confiance en soi ou encore améliorer les relations familiales, sociales et amicales. De plus, l'accompagnement précoce était une notion importante dans ma question de recherche. Les personnes interviewées ont pu mettre en lumière que plus l'ergothérapeute intervenait précocement dans l'AM, moins le trouble avait de répercussions sur la QDV. Enfin, pour cibler les objectifs le plus précisément en fonction de la personne atteinte d'AM, l'ergothérapeute a en sa possession le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
2. Freud S. La naissance de la psychanalyse. 1956. 424 p. (Presse universitaire France).
3. Lacan J. Le Séminaire. Livre IV : La Relation d'objet. 1956. 512 p.
4. Garner, D. M. et Garfinkel, P. E. Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia. 1985. 592 p.
5. DECOBERT. S. Survol historique de la notion d'anorexie mentale. 2000.
6. Maurice Corcos, Martine Flament, Philippe Jeammet. Les conduites de dépendance. 1er éd. Masson; 2003. 440 p.
7. Corcos M, Dupont ME. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. Nutrition Clinique et Métabolisme. déc 2007;21(4):190-200.
8. Pathologies Anorexie Anorexie mentale [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <http://ergopsy.com/anorexie-mentale-a573.html>
9. Anorexie mentale : définition et causes [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
10. Serra R, Di Nicolantonio C, Di Febo R, De Crescenzo F, Vanderlinden J, Vrieze E, et al. The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. Eat Weight Disord. avr 2022;27(3):857-65.

11. Lévy JM. 3. Repérage des enjeux psychiques dans l'anorexie. In: Anorexies et boulimies à l'adolescence [Internet]. Doin; 2013 [cité 31 oct 2022]. p. 39-50. (Conduites; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/anorexies-et-boulimies-a-l-adolescence--9782704013760-p-39.htm>
12. Chabrol H. Clinique, classification et diagnostic, évaluation, épidémiologie, évolution. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004 [cité 13 nov 2022]. p. 7-74. (Que sais-je ?; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-anorexie-et-la-boulimie-de-l-adolescente--9782130545606-p-7.htm>
13. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
14. Roux H, Chapelon E, Godart N. [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *Encephale*. avr 2013;39(2):85-93.
15. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med*. 2 juin 2020;81(6):1-8.
16. Houssier F. Décorporation et impersonnalisation dans l'anorexie mentale post-pubère. *Le Carnet PSY*. 2020;231(1):32-5.
17. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. avr 2017;47(4):70-84.
18. Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*. nov 2013;26(6):532-6.
19. Haute Autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. juin 2011;25(2):57-74.
20. Minier L, Bréan C, Godart N, Équipe de l'unité de jour Michel-Ange. Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires. *Enfances & Psy*. 2021;90(2):124-34.
21. Haute Autorité de Santé. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Anorexie Mentale à début précoce. 2022.

22. OMS | La santé est un droit humain fondamental [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/fr/>
23. WHO Quality of Life Assessment Group. Quelle qualité de vie ? Forum mondial de la Santé 1996 ; 17(4) : 384-386 [Internet]. 1996 [cité 27 sept 2022]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>
24. Formarier M. Qualité de vie. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 27 sept 2022]. p. 260-2. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-260.htm>
25. Formarier M. La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. Recherche en soins infirmiers. 2007;88(1):3-3.
26. Rachel S, Kimberly Ponton, Patricia De Marco, Sarah, Pi & Waguih William IsHak. Quality of Life in Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. 2013;37-41.
27. Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4) - Légifrance [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140627/#LEGISCTA0000031929964
28. La profession [Internet]. ANFE. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
29. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique - ministère de la santé et des sports. Diplôme d'État d'ergothérapeute - Arrêté du 5 juillet 2010. In 2010. p. 170 à 248.
30. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur; 2013. 291 p.
31. Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation. De Boeck Supérieur; 2016. 288 p.

32. PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations | 10.1097/00005650-200108000-00006 [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/00005650-200108000-00006>
33. HealthActCHQ | CHQ: Child Health Questionnaire™ [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.healthactchq.com/survey/chq>
34. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux. 2ème édition. 2017. 262 p.
35. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Recherche en soins infirmiers. 2005;81(2):21-7.
36. Guillez P, Tétreault S. Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur; 2014. 558 p.
37. Bardin L. Chapitre IV. Analyse d'entretiens : vacances et téléphone. In: L'analyse de contenu [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013 [cité 7 mai 2023]. p. 93-124. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-93.htm>
38. Moscone AL, Leconte P, Le Scanff C. L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. Movement & Sport Sciences. 2014;84(2):51-9.
39. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. 2015.
40. Sédat J. Du bon usage de l'objet chez Winnicott. De la spatule à la relation analytique. Figures de la psychanalyse. 2009;18(2):23-38.
41. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. 2011.
42. Cook-Darzens S. Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives. Thérapie Familiale. 2013;34(1):39-67.

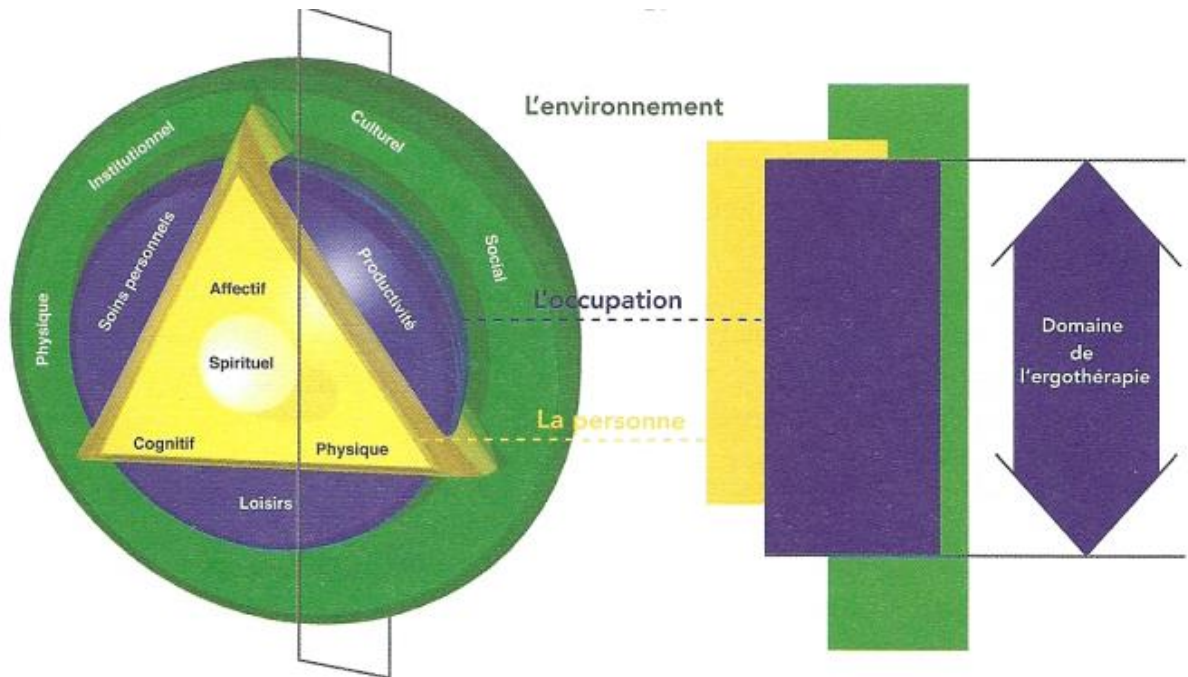
43. Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet MJ, Bergametti F, et al. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale*. 2005;26(3):223-45.

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES :

Annexe I : Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).....	I
Annexe II : Child Health Questionnaire.....	II
Annexe III : Tableaux d'analyse transversale.....	III

Annexe I : Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)



Annexe II : Child Health Questionnaire

- In general, how would you say your health is ?
- Has it been difficult for you to do the following activities due to health problems - doing things that take a lot of energy, such as playing soccer or running ; doing things that take some energy such as riding a bike or skating ; walk several blocks or climb several flights of stairs ; ability (physically) to get around the neighborhood, playground, or school ; do your tasks around the house ; bend, lift or stoop ;
- Has it been difficult to spend the usual amount of time on schoolwork or activities with friends ; get schoolwork done at all or do any activities with friends because of problems like feeling sad or worried or with your behavior ?
- Has it been difficult to spend the usual amount of time on schoolwork or activities with friends ; get schoolwork done at all or do any activities with friends because of problems with your physical health ?
- How much bodily pain or discomfort have you had ? How often have you had bodily pain or discomfort ?
- How often did each of the following statements describe you ; acted too young for your age ; argued ; had a hard time paying attention ; did not do what your teacher or parent asked you to do ; lied/cheated; acted mean or moody or got really mad if you did not get what you wanted ?
- Compared to other children your age, in general how would you rate your behavior?
- How much of the time did you : feel sad ; feel afraid or scared ; worry about things; feel unhappy ; feel happy ; feel cheerful ; enjoy the things you do ; have trouble sleeping ; have headaches ?
- How good or bad have you felt about : your friendships ; the things you can do ; the way you get along with others ; your body and your looks ; your ability to be a friend to others ; the way others seem to feel about you ; your ability to talk with others ?
- I seem to be less healthy than other kids I know ; I think I will be less healthy when I get older ; I think I will be very healthy when I get older ; I think I am healthy now.
- Compared to one year ago, how would you rate your health now ?
- How often has your health or behavior - limited the types of activities you could do as a family ; interrupted various everyday family activities ; limited your ability as a family to "pick up and go" ?
- In general, how would you rate your family's ability to get along with one another ?

Annexe III : Tableaux d'analyse transversale

Question 1 - Comment définissez-vous l'anorexie mentale ?			
	E1	E2	E3
Codage	<p>« souvent des femmes, ou des filles »</p> <p>« dans leur petite enfance avaient à un moment manqué de portage ou avait eu un vécu de manque de portage »</p> <p>« elle ne lâche pas prise où elles ne peuvent pas être en alliance avec l'autre »</p> <p>« verrouiller leur alimentation »</p> <p>« verrouiller leur relation et de verrouiller leur travail scolaire par exemple ou professionnel »</p> <p>« vraiment tout maîtriser »</p> <p>« expliquer qu'elles peuvent lâcher prise »</p> <p>« d'être un peu à l'écoute d'où est-ce qu'elles en sont de leur figure d'attachement »</p> <p>« d'avoir envie de répondre tout de suite et du coup c'est pas du tout productif. »</p> <p>« qu'elles y vont un peu abrupte dans la relation à l'autre »</p> <p>« La demande d'aide, elle n'est pas formalisée, enfin elle est complexe »</p>	<p>« contrôle tout court de leur vie »</p> <p>« Ça passe par l'alimentation »</p> <p>« sentiment de pouvoir contrôler eux-mêmes »</p> <p>« des personnes qui font un sport excessif pour éliminer les calories »</p> <p>« au détriment des contacts sociaux »</p> <p>« personnes qui peuvent être très très performantes »</p> <p>« elles développent une grande énergie mentale »</p>	<p>« l'anorexie mentale c'est un trouble des conduites alimentaires »</p> <p>« l'anorexie c'est avec une restriction de l'injection d'aliments »</p> <p>« une volonté de ne pas s'alimenter ou de s'alimenter très peu ou le peu qu'ils s'alimentent, ils peuvent le vomir »</p> <p>« c'est un contrôle permanent sur la moindre source d'alimentation »</p> <p>« Il y a une dénutrition »</p> <p>« Il n'y a pas de développement pubertaire, il n'y a pas de règles, ou il y a un arrêt des règles »</p> <p>« Amaigrissement. »</p>

Catégorisation	Genre – Portage – Alliance – Alimentation – Relation – Travail – maîtrise – répondant – Attachement – Aide	Contrôle – Alimentation – Sport excessif – retrait social – hyperperformante – Énergie mentale	Trouble des conduites alimentaires – arrêt alimentation – vomissements – contrôle – dénutrition – absence de développement pubertaire – aménorrhée – amaigrissement
----------------	--	--	---

Question 2 - Quelles sont les répercussions de la maladie sur les habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) des patients ayant une anorexie mentale ?

	E1	E2	E3
Codage	« relation à l'autre [...] qui n'est pas facile qui est souvent exclusive. » « avec leur famille dans quelque chose de très dur » « d'impact sur leur vie biologique qui est soutenue avec des angoisses et des craintes de la famille » « qu'elles veulent être parfaites et hyper performantes. Surtout dans le sport aussi le rapport avec le corps » « gérer au gramme près ce qu'elles peuvent manger pour pouvoir être performant »	« contrôle tout court de leur vie » « Ça passe par l'alimentation » « sentiment de pouvoir contrôler eux-mêmes » « des personnes qui font un sport excessif pour éliminer les calories » « au détriment des contacts sociaux » « personnes qui peuvent être très très performantes » « elles développent une grande énergie mentale »	« qui sont toujours dans le contrôle et dans la maîtrise de tout » « tout est centré sur la problématique tout ce qu'il y a autour et bien évidemment mis de côté et pas essentiel mis à part le sport et ce qu'elle conserve en général c'est quand même les performances scolaires » « des conséquences sur leur relation sociale, amicale, familiale, bien évidemment parce que ça devient conflictuel au niveau familial. Et puis au niveau amical, elle s'isole de plus en plus. »
Catégorisation	Relation sociale – Relation familiale – Impact – Hyperperformance – Restriction	Contrôle – Alimentation – Sport excessif – retrait social – hyperperformante – Énergie mentale	Contrôle permanent – obnubilation – sport – scolaire – relation sociales – relations familiales – relations amicales – isolement

Question 3 - Quelle prise en soin peut avoir l'ergothérapeute auprès de cette population ?

	E1	E2	E3
Codage	« expérimentation différente où la garante du cadre, c'est l'ergothérapeute » « expérimenter un autre rapport à l'autre et même à elles-mêmes » « médiation marionnettes » « elle va y mettre un peu d'elle, de qu'est-ce qu'elle va mettre dans sa marionnette, comment elle va travailler son rapport à l'autre »	« créer un lien de confiance » « objectif important, c'est la confiance en soi, l'estime de soi, nourrir le narcissisme » « le travail sur le schéma corporel » « Souvent les personnes ont une fausse image de leur corps » « travail sur la prise de conscience de la réalité » « un dessin, entourer le corps sur un grand papier »	« on travaille en équipe pluridisciplinaire pour prendre en charge des adolescents et adolescentes anorexiques c'est indispensable » « moi je ne m'occupe pas et je ne veux pas qu'elle me parle de la nourriture » « je me fixe sur les activités, sur les ressources qu'elles peuvent avoir »

	<p>« est-ce que ça pourrait se vivre autrement, d'écouter ce que les autres peuvent en avoir à dire, d'accepter de le revivre »</p> <p>« « souviens-toi, quand il s'est passé ça, comment tu l'as vécu toi. Ha oui, tu l'as vécu comme ça. Ben moi je pense que peut-être ça t'a permis de » et puis progressivement il y a du lâcher-prise. »</p> <p>« cadre bienveillant et bien contenant, bien posé »</p> <p>« l'esthétisme et du soin du corps »</p>	<p>par exemple »</p> <p>« travail devant un miroir »</p> <p>« travail manuel pour aussi, peut-être prend conscience de sa force, ou des réalisations créatives »</p> <p>« travail corporel comme la gymnastique, la danse, une promenade »</p>	<p>« sur faire émerger un désir, faire émerger une créativité »</p> <p>« leur permettre justement de s'exprimer »</p> <p>« faire le pas de côté de ce qui est le centre pour elle autour de ce qui est lié à l'alimentation, le corps, la maigreur »</p> <p>« va leur permettre d'accéder à leurs émotions plutôt et ne pas être juste dans le passage à l'acte, je ne mange pas, je vomis »</p> <p>« la place de l'ergothérapeute est centrale, mais décentrée de l'alimentation. C'est une vision globale »</p> <p>« on va essayer de ramener autour du corps, des relations, à travers la terre par exemple, à travers la thérapie, être en lien direct avec un cheval ou un poney, c'est la réalité de la vie quotidienne »</p>
Catégorisation	Rapport – médiation – marionnette – écoute – partage – questionnement – cadre – soin	Lien de confiance – confiance en soi – estime de soi – narcissisme – schéma corporel – image du corps – prise de conscience de la réalité – activités manuelles et créatives – prendre conscience de sa force – activités corporelles	Pluridisciplinarité – ressources – désir – créativité – expression – détourner le centre d'intérêt – émotions – approche globale – médiateur – vie quotidienne

Question 4 - Selon vos expériences, dans quelle mesure pensez-vous contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes anorexiques mentales ?

	E1	E2	E3
Codage	<p>« Moi je suis un outil »</p> <p>« autour de la relation avec la famille »</p> <p>« Après ça peut déplier sur du scolaire et la relation à ses pairs »</p> <p>« les accompagner dans l'assouplissement de la relation à sa famille »</p> <p>« ça permet aussi aux parents de sortir du huis clos »</p> <p>« avoir des ressources et mettre le focus sur les</p>	<p>« la confiance en soi, l'image de soi, le schéma corporel »</p> <p>« vérifier mieux la réalité et prendre plus de conscience »</p> <p>« peut contribuer avec l'équipe pluridisciplinaire, comment aborder, comment mettre en place, comment proposer une médiation par rapport à ce sujet »</p> <p>« Reprendre confiance</p>	<p>« Elles font l'expérience d'un instant, petit à petit, ça vient pas... de penser à autre chose que leur principal centre d'intérêt qui est lié à l'anorexie »</p> <p>« aussi sur l'organisation de leur quotidien »</p> <p>« On peut réfléchir sur plein de choses. "Ce que tu fais le matin, est ce que tu peux faire différemment, est-ce que " »</p>

	ressources qu'elle a pu mobiliser. » « ressources qu'elle a pu mobiliser dans des situations complexes, dans les groupes d'ergothérapie, elle puisse le faire après au quotidien, peut-être à la maison, peut-être à l'école »	pour apprendre à changer ses habitudes » « visite à domicile certainement ça peut être utile dans certains cas, pour vérifier sur place comment la personne est équipée, ce qu'elle peut mettre en place, améliorer, ou aussi l'accompagner dans des ateliers cuisine pour la rassurer, pour l'accompagner pour réaliser de manière plus adapté, de réaliser le planning établi du médecin nutritionniste » « l'objectif de reprendre plaisir à la nourriture, soit en individuel, ou soit dans un groupe pour partager, aussi avoir des retours, des échanges »	« C'est tout un échange, un travail en collaboration, soignant et soignée donc ergothérapeute et patiente anorexique »
Catégorisation	Relation familiale – scolarité – relation sociale – accompagnement – ressources	Confiance en soi – image de soi – schéma corporel – prise de conscience – pluridisciplinarité – changement – visite à domicile – alimentation – accompagnement – individuel – groupe – échanges	Se décentrer – organisation – questionnement – échange – collaboration

Question 5 - Pensez-vous que l'accompagnement précoce en ergothérapie a un impact sur la qualité de vie de ces personnes ?

	E1	E2	E3
Codage	« Évidemment, plus on y va tôt et moins les choses sont enkystées »	« En accompagnement, pour éviter que ça s'aggrave » « pour sensibiliser la personne » « proposer des solutions en soutien en accompagnement de toute façon pour aller vers un meilleur "être". »	« quand ce n'est pas déjà ancré, l'accompagnement précoce, précoce dans l'âge, enfin si on pouvait accompagner ses jeunes dès les premiers symptômes les premiers signes, et bien ce serait super » « cibler d'emblée un changement du fonctionnement, d'attitude et de ressources d'activité » « Essayer de retrouver un rééquilibrage de tout ça avec des contraintes aussi et un lâcher-prise surtout »

			<p>« leur permettre bien évidemment d'avoir un meilleur équilibre de vie ou une meilleure vie à l'extérieur après »</p> <p>« d'abord en individuel parce qu'il faut qu'il y a une relation de confiance »</p> <p>« créer ensemble des objectifs de prise en charge en ergothérapie »</p> <p>« essayer de concrétiser un projet, de susciter des envies, autour de la création, de la production »</p> <p>« d'abord en individuel, et puis, après très rapidement, aussi intégré au sein d'un groupe »</p> <p>« L'idée aussi, c'est de pouvoir accueillir les idées des autres, accueillir la différence des autres, pouvoir faire avec l'autre, faire des concessions »</p> <p>« l'important c'est toujours revoir les objectifs en accord avec le patient les suggérer, les créer ensemble, voir vers où on va aller »</p>
Catégorisation	Rapidité	Éviter l'aggravation - Prévention – bien-être	Rapide – début – changement – rééquilibre – équilibre de vie – confiance – objectifs – projet de vie – individuel – groupe – échange – point de vue – collaboration

Question 6 - Pensez-vous que le modèle conceptuel MCREO peut être un outil pertinent dans une prise en soin en ergothérapie auprès des personnes anorexiques mentales ?

	E1	E2	E3
Codage	<p>« oui sûrement » « modèle là je peux l'utiliser avec les ados, mais les pré-ado, ils sont encore un peu jeunes » « oui. » « c'est un modèle qui fait qu'on travaille avec »</p>	<p>« ça peut être bien, pour faire le questionnaire » « des personnes quand même avec une certaine capacité de réflexion » « La personne elle-même exprime les domaines où elle rencontre des difficultés » « C'est l'approche centrée sur la personne qui est utile » « On aide la personne à s'exprimer, à trouver les objectifs et à les évaluer. »</p>	<p>« c'est un outil qui englobe plein de choses »</p>
Catégorisation	Adolescentes – pertinence – support	Questionnaire – population ciblée – expression – difficultés – approche centrée sur la personne – objectifs – évaluation	Global

RÉSUMÉ

Introduction : L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires intégré aux troubles psychiques, caractérisé par une restriction alimentaire entraînant une perte de poids conséquente et une peur intense d'en prendre. Cette pathologie concerne essentiellement les femmes et débute en grande majorité durant l'adolescence où elle a de nombreuses répercussions sur la qualité de vie. Cette étude a pour intérêt de définir le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement précoce des adolescentes atteintes d'anorexie mentale dans l'amélioration de leur qualité de vie.

Méthode : Pour cette recherche une méthode qualitative a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs. Les ergothérapeutes répondant à cette étude sont diplômées d'état ayant une expérience auprès des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Résultats : Les résultats ont démontré que cette pathologie a de forts impacts sur la qualité de vie des adolescentes. Cela affecte donc leur scolarité, ainsi que leurs relations sociales et familiales et elles tendent progressivement vers un isolement social. L'accompagnement précoce en ergothérapie de toutes personnes ayant des troubles alimentaires joue donc un rôle important pour les sensibiliser à cette pathologie. L'objectif étant dès les premiers signes, de tendre vers un bien-être et un meilleur équilibre de vie, en permettant à la personne d'appréhender ses ressentis, de reconnaître la transformation de son corps, d'accepter son corps et d'améliorer son estime d'elle-même. Enfin, pour guider les ergothérapeutes dans l'élaboration de leurs objectifs de prise en soin, le modèle MCREO est un outil pertinent, centré sur la personne.

Conclusion : Mes résultats ont montré que la famille joue un rôle dans la prise en soin de l'anorexie. Je me demande à présent, quelle serait la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la famille d'une adolescente atteinte d'anorexie mentale ?

Mots clés : Ergothérapie - Anorexie mentale - Qualité de vie - Accompagnement précoce.

ABSTRACT

Introduction : Anorexia nervosa is an eating disorder that is part of mental health disorders, characterized by food restriction leading to significant weight loss and intense fear of gaining weight. This condition primarily affects women and typically begins during adolescence, where it has many repercussions on the quality of life. This study aims to define the role of occupational therapists in the early support of adolescent girls with anorexia nervosa to improve their quality of life.

Method : For this research, a qualitative method was conducted through semi-structured interviews. The occupational therapists participating in this study are state-certified and have experience working with individuals suffering from Anorexia nervosa.

Results : The results have demonstrated that this pathology has a significant impact on the quality of life of adolescent girls. It affects their schooling, as well as their social and family relationships, and they gradually tend to become socially isolated. Early occupational therapy support for all people with eating disorders therefore plays an important role in making them aware of this condition. The aim is to achieve well-being and a better life balance from the very first signs, by enabling the person to understand their feelings, to recognise the transformation of their body, to accept their body and to improve their self-esteem. Finally, to guide occupational therapists in developing their care objectives, the MCREO model is a relevant person-centred tool.

Conclusion : My results have shown that the family plays a role in the care of anorexia. I now wonder what the occupational therapist's role would be in supporting the family of an adolescent girl with anorexia nervosa ?

Key words : Occupational therapy - Anorexia nervosa - Quality of life - Early support