

Institut de Formation en Ergothérapie de Paris



Association pour le Développement, l'Enseignement et la
Recherche en Ergothérapie

L'auto-évaluation du modèle Kawa : Un outil facilitant l'identification des objectifs thérapeutiques des jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le
cadre de la validation de l'UE 6.5

Maître de mémoire : Madame Catherine Bonnin

Glossaire :

AN : Anorexie mentale

ARS : Agence régionale de la santé

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins

E1 : Ergothérapeute 1

E2 : Ergothérapeute 2

E3 : Ergothérapeute 3

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MES : Mises en situation

MOH : Modèle de l'occupation humaine

TCA : Troubles des conduites alimentaires

VAD : Visite à domicile

Mes remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Madame Bonnin pour son accompagnement, ses précieux conseils et son grand professionnalisme tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie les professionnels qui se sont rendus disponibles pour participer à mes entretiens.

Je remercie également l'institut de formation pour la qualité de ses enseignements et l'encadrement reçu durant ces trois années.

Je remercie également mes tuteurs de stage, qui n'ont cessé de me soutenir, de me former, de m'apprendre et de me guider tout au long de mes expériences sur le terrain. Leur bienveillance et leurs conseils ont été essentiels dans mon parcours.

Un immense merci à ma famille, qui a toujours cru en moi et m'a encouragé avec constance et bienveillance.

Merci à Olivier pour ton soutien, ton amour, tes encouragements qui m'ont porté tout au long de cette année.

Enfin, merci à mes amis pour leur présence, leur écoute et leur générosité tout au long de ce parcours.

Sommaire

Introduction.....	1
I) Cadre conceptuel	3
A. L'anorexie mentale.....	3
1) Définition	3
2) Les critères diagnostics	4
3) L'épidémiologie	5
4) Les Causes	5
5) Les Conséquences	6
6) Les Traitements	7
7) Les préoccupations au quotidien	11
B. L'ergothérapie	12
1) Ergothérapeute en santé mentale	12
2) Processus d'intervention	13
a) Étape d'évaluation	14
3) Les objectifs ergothérapiques dans le cadre de l'anorexie mentale	16
4) Le cadre et les différents supports d'intervention en ergothérapie	18
5) La symbolisation de l'anorexie mentale en ergothérapie	20
1) Présentation	21
2) L'auto-évaluation du modèle Kawa	22
3) L'identification des objectifs thérapeutiques	25
4) Protocole de passation	25
5) Modèle centrée sur le client	26
6) Les critiques actuelles du modèle Kawa	26
7) Conclusion du cadre théorique	27
II) Méthode de recherche	28
A. Hypothèse	28
B. Choix et caractéristiques de l'outil d'évaluation	28
C. Méthodologie d'analyse des données.....	29
D. Population cible	29
E. Les thèmes de mon guide d'entretien.....	30
1) Thème: Présentation des ergothérapeutes interrogés	31
2) Thème: Profil des patients rencontrés (AN)	33
3) Thème: Les modalités d'évaluations	34

4) Thème: La symbolisation.....	40
5) Thème: Les objectifs thérapeutiques	42
6) Thème: Type d'activités thérapeutiques	45
7) Thème: Équipe pluridisciplinaire	47
8) Thème: Utilisation du modèle Kawa avec d'autres pathologies.....	49
9) Thème: Les critères d'hospitalisation.....	50
F. Discussion	54
1) Thème: Présentation des ergothérapeutes interrogés	54
2) Thème: Les modalités d'évaluations.....	55
3) Thème: La symbolisation.....	58
4) Thème: Les objectifs thérapeutiques	58
5) Vérification de l'hypothèse	60
6) Limites de l'outil.....	60
7) Limites et intérêts de l'enquête.....	61
8) Projection de l'étude.....	64
9) Intérêts professionnels.....	65
Conclusion	67
Bibliographie.....	69
Annexe I: Retranscription Ergothérapeute (E1)	75
Annexe II: Processus d'intervention en ergothérapie.....	80
Annexe III: Illustration du "Blob Tree"	82
Annexe V: Représentation du modèle Kawa	84
Annexe VI: Anorexie Mentale : Prise en charge	85
Annexe VII: Le protocole de passation	87
Annexe VIII: Tableau de synthèse du processus d'intervention en ergothérapie du modèle Kawa	87
Annexe IX: Structures et villes sollicitées	88
Annexe X: Grille d'entretien.....	88
Annexe XI: Formulaire de consentement pour l'enregistrement des entretiens	92

Introduction

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires (TCA), qui constitue un problème majeur dans la santé publique que l'on rencontre fréquemment chez les femmes. D'après la Haute Autorité de Santé, en 2010, les adolescentes, les jeunes femmes, les sportifs et les danseurs de haut niveau nécessitant un contrôle permanent de leur poids sont considérés comme les populations les plus à risques. Les personnes souffrant de TCA représentent aujourd'hui entre 500 000 et 850 000 personnes de 12 à 35 ans en France.

Dans le cadre de mon stage en psychiatrie, j'ai été amenée à me confronter à diverses pathologies psychiatriques (TCA, dépression, schizophrénie, addictions). Au cours de cette expérience, j'ai été particulièrement interpellée par une présentation autour de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA). On retrouve souvent chez les patients concernés des difficultés relationnelles dues à un manque de communication et à une gestion complexe de leurs émotions. De plus, le développement de TCA, et notamment l'anorexie mentale, s'accompagne d'une altération de l'estime de soi, de troubles récurrents liés à l'alimentation, ainsi que des épisodes de rechutes nécessitant parfois une hospitalisation complète couplée à une gestion quotidienne extrêmement complexe, marquée par un contrôle constant du poids et de l'apparence physique. Alors je me suis posée des questions concernant : quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de l'anorexie mentale ?

Le modèle Kawa est enseigné dans plus de 500 programmes de formation en ergothérapie à travers le monde et est intégré dans les pratiques ergothérapeutiques à travers six continents. Pendant mes trois années d'ergothérapie, j'ai eu l'opportunité de découvrir les différents modèles conceptuels utilisés au sein de la communauté ergothérapeutique. Parmi ces différents outils, le modèle Kawa a particulièrement attiré mon attention et suscité une réelle curiosité en raison de son utilisation dans les domaines d'intervention psychiatriques. N'ayant cependant jamais eu l'opportunité de travailler à partir de ce modèle au cours de mes stages, sa nature atypique a nourri l'intérêt que j'avais pour sa pertinence, ses forces mais aussi ses limites qui le démarquent des autres outils utilisés dans le cadre des interventions ergothérapeutiques. La singularité et la jeunesse du modèle Kawa m'ont conduit à m'intéresser de près à son fonctionnement auprès des patients dans le domaine psychiatrique, et sur la manière dont s'organisait le travail d'analyse et d'interprétation résultant de son application. De plus, j'ai souhaité axer ma recherche autour de l'utilisation et de l'application de ce modèle auprès de

patients atteints d'anorexie mentale et m'intéresser tout particulièrement au rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des jeunes adultes concernés.

Comment le modèle Kawa est-il utilisé ? En quoi consiste son interprétation ? Est-il pertinent pour les personnes souffrant d'anorexie mentale ?

Question de recherche : En quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique

I) Cadre conceptuel

A. L'anorexie mentale

1) Définition

L'anorexie mentale se définit comme un trouble de la conduite alimentaire se manifestant notamment par une importante perte de masse corporelle, couplée à une peur intense de prendre du poids, mais également par une perception déformée de son corps ainsi qu'à une sévère restriction. La personnalité des personnes souffrant d'anorexie mentale est souvent marquée par un perfectionnisme prononcé ainsi qu'à une forte rigidité psychique. **(HAS, 2010)**

Nous pouvons relever plusieurs facteurs caractérisant l'anorexie mentale. En effet, cette dernière se traduit chez les individus atteints par cette pathologie par un processus extrême de restriction alimentaire, marquée par un fort rationnement de nourriture ingérée, avec notamment des réductions de consommation de certains types de nourriture afin de freiner toute prise de poids. Ce processus restrictif peut ainsi conduire à une dénutrition sévère, pouvant conduire à un poids corporel très faible. **(HAS, 2010)**

Sur le plan psychique, les individus souffrant d'anorexie mentale entretiennent un sentiment de surpoids, entretenu par à une anxiété excessive liée à toute potentielle prise corporelle. Cette déformation de l'image corporelle est l'une des caractéristiques de ce trouble.

Parallèlement à la restriction alimentaire soutenue, l'anorexie mentale se caractérise également par une pratique excessive et compulsive d'exercices physiques. Les individus concernés peuvent en effet développer une obsession pour une activité physique et sportive intense afin de freiner ou de limiter toute prise de poids.

D'après la Haute Autorité de Santé, en 2010, les critères d'ordre clinique concernant l'anorexie mentale se manifestent notamment chez les individus âgés de 17 ans et plus, par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m².

L'anorexie mentale peut se décliner en deux différentes formes distinctes, que sont l'anorexie mentale typique et l'anorexie nerveuse atypique. Dans le cadre de l'anorexie mentale typique, nous allons retrouver une restriction soutenue dans la consommation alimentaire, combinée à une perte de poids résultant de régimes stricts, marqués notamment par de longues périodes de

jeûne ainsi qu'une activité physique excessive. Ce caractère se manifeste aussi chez les individus qui accordent une importance particulière à leur apparence physique (**Moskowitz et Weiselberg, 2017**).

L'anorexie nerveuse atypique concerne quant à elle plus spécifiquement les personnes ayant une masse corporelle équilibrée, voire en surpoids ou au contraire en léger sous-poids, mais qui ressentent cependant une profonde anxiété quant à une potentielle prise de masse corporelle. Elles peuvent alors adopter diverses restrictions dans leurs comportements alimentaires, qui s'apparentent fortement à ceux observés chez les personnes souffrant d'anorexie mentale dite « typique ». Nous retrouvons notamment les crises de boulimie, mais aussi des comportements de type purgatif, telle qu'une utilisation excessive de laxatifs ou encore des vomissements auto-induits (**Moskowitz et Weiselberg, 2017**).

2) Les critères diagnostics

Avant même qu'ils n'atteignent un stade critique, les signes d'alerte liés à l'anorexie mentale incluent principalement une préoccupation autour de l'alimentation, mais également une obsession excessive quant à l'image corporelle, des comportements restrictifs pouvant aller jusqu'à un contrôle minutieux des calories absorbées, la sélection des aliments ou le refus de consommation de certains groupes alimentaires. De plus, il est également courant de rencontrer chez certaines personnes le choix de manquer un ou plusieurs repas mais également le fait de jeter ou dissimuler des denrées alimentaires. Par ailleurs, nous pouvons également relever des habitudes de purge incluant notamment des régurgitations volontaires, ou encore une utilisation parfois excessive de laxatifs ou de diurétiques. (**HAS, 2010**)

Une fois le diagnostic établi, une analyse clinique complète est fortement recommandée, afin d'évaluer le degré de gravité de la situation, ainsi qu'un programme de traitements et de comportements à mettre en place. Cet examen passe notamment par une évaluation détaillée de l'état de santé général du patient, s'articulant autour du poids, de l'indice de masse corporelle (IMC), de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, ainsi que d'autres signes cliniques pertinents. Selon la Haute Autorité de Santé en 2010, cet examen clinique approfondi permet d'intégrer pleinement l'ensemble des impacts du comportement du patient, et plus particulièrement sur le plan alimentaire, sur sa santé physique et mentale.

3) L'épidémiologie

L'anorexie mentale constitue un trouble complexe qui concerne une part significative de la population, et plus particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Plus généralement, on estime à environ 20% la part de la population en France touchée par des troubles des conduites alimentaires (**Schlienger, 2020**). Dans le cadre de l'anorexie mentale, en 2024, 600 000 adolescents et jeunes adultes souffraient d'anorexie mentale, affectant davantage les femmes (0.9% à 1.5%) que les hommes (0.2% à 0.3%). (**Ameli, 2020 ; HAS, 2010**). L'apparition de la maladie se situe très majoritairement au cours de l'adolescence, entre l'âge de 13-14 ans et de 16-17 ans, période souvent marquée par une forte vulnérabilité, bien que l'on puisse également l'observer au cours de l'enfance ou de l'âge adulte. (**Ameli, 2020**).

Une autre dimension également importante à souligner est la fréquence des rechutes observées au cours du processus de prise en charge des personnes souffrant d'anorexie mentale, qui représentait environ 50 à 70% des cas en 2024 d'après l'agence régionale de la santé (**ARS**).

Le pronostic de cette maladie est par ailleurs préoccupant, avec environ 50% de rémission, 20-30% de symptômes résiduels, 10-20 % de chronicisation, et enfin 5-10% de mortalité (**INSERM, 2014**).

4) Les Causes

Les causes de l'anorexie mentale sont multiples et revêtent de facteurs à la fois génétiques, psychiatriques, familiaux ou encore socioculturels. (**Pham-Scottez, 2016**)

Sur le plan des facteurs d'ordre génétique, des anomalies biologiques ont pu être observées chez les individus souffrant d'anorexie mentale. En effet, la sérotonine, un neurotransmetteur clé dans la régulation de l'humeur, de l'appétit et de diverses fonctions physiologiques, semble jouer un rôle central dans ce trouble. Plusieurs travaux de recherche ont révélé que des niveaux de sérotonine peuvent être modifiés chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, pouvant expliquer certains des symptômes associés à ce trouble.

Des facteurs psychiatriques contribuent également au développement et à l'évolution de cette pathologie. Il a en effet été constaté que les personnes atteintes d'anorexie mentale peuvent présenter diverses comorbidités psychiatriques, parmi lesquelles nous pouvons retrouver l'anxiété, les phobies, les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) ou encore des addictions ou certains troubles de la personnalité. Ces facteurs peuvent nourrir divers comportements

alimentaires restrictifs ainsi que des préoccupations obsessionnelles liées à l'image corporelle. **(Inserm, 2017)**

De plus, les problèmes et difficultés liés à l'environnement familial jouent également un rôle important dans le développement de l'anorexie mentale. Les études ont en effet démontré qu'il existe un lien entre les familles dysfonctionnelles et l'apparition de troubles alimentaires. **(Ostermann, 2008).**

Enfin, l'image corporelle, et plus particulièrement l'omniprésence croissante des idéaux de beautés dans nos sociétés modernes, tendent à valoriser la minceur du corps, ce qui peut être perçu comme une forme de pression sociale liée à l'apparence physique et exercer ainsi une influence considérable sur le développement de l'anorexie mentale. Ces facteurs peuvent en effet favoriser certains excès dans les préoccupations liées à l'apparence physique et contribuer à développer des comportements alimentaires restrictifs en particulier chez les jeunes adultes **(HAS, 2010).**

5) Les Conséquences

La dénutrition provoquée par l'anorexie mentale n'est bien évidemment pas sans conséquence sur la santé physique. En effet, la sous-alimentation, ou la restriction alimentaire, constituent l'un des facteurs pouvant contribuer au développement de troubles cardiovasculaires. En effet, une réduction du volume sanguin, consécutive à des restrictions alimentaires continues, peut engendrer un ralentissement du rythme cardiaque, couplé à une baisse de la pression artérielle, et alimenter le risque d'arythmies cardiaques. Également, les personnes souffrant d'anorexie mentale peuvent être sujettes à une altération des fonctions cognitives du cerveau. En effet, la privation de nutriments, indispensable au bon fonctionnement et au développement cérébral, peut conduire à des troubles de la concentration et de la mémoire. **(Inserm, 2017)**

Sur le plan hormonal, les femmes atteintes d'anorexie mentale sont également sujettes à l'aménorrhée, constituant l'un des premiers signes physiques de l'amaigrissement. La production d'œstrogènes peut en effet être altérée par la perte de poids excessive, pouvant par la suite se traduire par une perturbation du cycle menstruel et générer des problèmes de fertilité sur le long-terme. **(Inserm, 2017)**

Les personnes atteintes d'anorexie mentale sont plus à risque de développer une ostéoporose précoce, qui se manifeste par une diminution de la densité osseuse et un risque accru de

fractures. De plus, les vomissements fréquents peuvent endommager l'émail des dents en raison de l'exposition répétée à l'acide gastrique, entraînant une fragilisation dentaire et augmentant le risque de caries. (**Inserm, 2017**)

D'un point de vue psychologique, la dénutrition contribue à une distorsion de la perception de sa propre image corporelle, la personne souffrant d'anorexie mentale se considérant fréquemment comme étant en surpoids, malgré une masse corporelle au contraire insuffisante.

Outre la perte de poids significative, plusieurs effets secondaires liés à l'anorexie peuvent survenir, à l'instar de conflits familiaux, pouvant survenir au cours de repas, mais également une perte d'énergie, combinée à l'isolement croissant face aux pairs, une humeur changeante, des idées suicidaires, de l'automutilation ou encore une mise en danger sur le plan physique pouvant aller jusqu'à la mort. Un autre des effets majeurs et pour le moins problématiques est celui du refus de la part de la personne de se faire soigner ou accompagner (**Wilkins, 2011 ; Chabrol, 2004**).

Enfin, l'anorexie mentale conduit sur le plan social à une perte croissante de confiance en soi, couplé à un isolement grandissant lié à un contrôle alimentaire restrictif, impactant ainsi les relations familiales et interpersonnelles, et pouvant également nuire au bon déroulement des études et de la vie professionnelle (**HAS, 2010**).

6) Les Traitements

a) Les traitements médicamenteux

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement d'ordre médicamenteux afin de pallier ou guérir l'anorexie mentale. Cependant, différents soins sont utilisés dans la prise en charge des comorbidités et notamment dans le cadre du syndrome anxio-dépressif avec l'administration d'antidépresseurs afin de faciliter l'accompagnement des clients. En effet, l'accompagnement de ces personnes se fait par une prise en charge pluridisciplinaire avec un objectif commun qui est la renutrition (**HAS, 2010**)

b) La prise en soin non médicamenteuse

Dans le cadre de traitements non médicamenteux, la Haute Autorité de Santé (HAS) a également souligné l'importance de la pratique de psychothérapies, parmi lesquelles plusieurs d'entre elles peuvent être mises en lumière.

Parmi elles, la psychothérapie psychodynamique est une technique qui analyse la manière dont la personne construit sa propre réalité, ainsi que les expériences qui l'ont poussées à développer sa perception du monde et de l'environnement dans lequel elle vit. Elle permet ainsi aux thérapeutes de comprendre et de faire comprendre à la personne comment son parcours s'est façonné, de manière consciente et inconsciente (**Prades, 2011**).

La thérapie comportementale se concentre quant à elle essentiellement sur la modification des comportements qui résulte, selon les thérapeutes, de l'apprentissage (**Beck, 2017**). On la distingue de la thérapie cognitivo-comportementale, qui consiste à substituer des pensées et des réactions adaptées à l'environnement dans lequel l'individu évolue à des comportements et des idées jugés comme négatifs ou non pertinents (**Laurent, 2007**).

Enfin, la thérapie systémique s'intéresse à approcher la personne d'une manière plus globale, en y intégrant l'ensemble des interactions sociales ainsi que les différentes caractéristiques relatives au milieu dans lequel elle évolue (**Trappeniers et Boyer, 2004**).

En outre, la Haute Autorité de Santé insiste sur l'intérêt des thérapies familiales, l'art-thérapie, ainsi que sur la musicothérapie dans le but de renforcer la motivation de la personne dans sa prise en soins. La prise en charge et le suivi des soins des personnes atteintes d'anorexie mentale sont un processus qui requiert une approche pluridisciplinaire ainsi que l'intervention de plusieurs métiers de la santé et de la médecine (**Rubin et Grasset, 2019**).

Dans le cadre de son intervention, l'ergothérapeute évalue les capacités physiques, sensorielles, cognitives, psychiques du patient, tout en y intégrant les habitudes de vie ainsi que l'environnement dans lequel il évolue. Il peut ainsi mettre en place tout un ensemble d'interventions d'ordre préventif, mais également des exercices de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale, en encourageant la pratique d'activités et optimiser l'autonomie dans la vie quotidienne (**Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021**).

Le psychiatre se présente comme le responsable de l'évaluation, de l'analyse ainsi que du traitement des troubles psychiatriques associés à l'anorexie mentale. Son travail l'amène à collaborer étroitement avec l'équipe afin d'élaborer un plan de traitement personnalisé et adapté au patient, prenant en compte les différents aspects psychologiques et médicaux du trouble (**Inserm, 2017**).

Le médecin est quant à lui chargé d'assurer le suivi de la santé physique du patient, impliquant notamment la prescription de soins médicaux nécessaires.

Le psychologue va intervenir dans le cadre de la thérapie individuelle et collective. Il accompagne ainsi le patient dans l'identification des origines de ses troubles et identifie comment l'aider à modifier les comportements qui contribuent à l'existence de son trouble, en utilisant des approches telles que la thérapie cognitivo-comportementale (**Inserm, 2017**).

Les infirmiers assistent quotidiennement le patient et l'accompagnent dans l'administration des soins. Ils suivent l'évolution de l'état de santé physique et mentale du patient, en s'assurant de l'administration des médicaments prescrits, tout en conservant une attitude bienveillante et attentive lors des repas et manifestent une forte présence dans la gestion des situations de crise. Enfin, les infirmiers sont souvent à la première place dans la détection de changements dans l'état de santé du patient et jouent un rôle majeur dans le soutien émotionnel et l'accompagnement tout au long du traitement (**Inserm, 2017**).

Les diététiciens interviennent dans l'évaluation nutritionnelle du patient et par conséquent dans la planification des repas. Ils apportent ainsi un plan nutritionnel qui répond aux différents besoins individuels et favorise la guérison. Ils contribuent également à l'éducation nutritionnelle du patient, en soulignant les enjeux d'une alimentation équilibrée et comment surmonter les obstacles liés à l'alimentation (**Inserm, 2017**).

Les psychomotriciens proposent une approche psychocorporelle aux patients souffrant de troubles des conduites alimentaires, avec notamment la possibilité de renouer avec leurs ressentis, les sensations et les perceptions de leur corps. La psychomotricité est essentielle dans ce processus en aidant les patients à se réapproprier leurs corps (**Metura M, 2016**).

Les différentes recommandations qui peuvent être émises ont pour objectif d'améliorer l'accompagnement du patient mais aussi de son entourage. Il est en effet souvent rappelé le rôle essentiel des membres de la famille dans l'accompagnement et le soutien, et contribuent également à la motivation du patient dans son parcours vers la guérison (**HAS, 2010**).

Il est ainsi primordial et fortement encouragé d'impliquer les membres de la famille du patient au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans le processus de traitement et de guérison, via notamment des sessions d'éducation et de soutien familial (**Sanchez et Delage, 2010**).

Le programme de guérison du patient peut aussi s'organiser par des sessions d'hospitalisation de jour, au sein de Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou encore auprès des soins ambulatoires, tout en permettant à la personne de rester vivre à son domicile. (**HAS, 2010**).

Nous avons pu voir les différentes difficultés rencontrées chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, et nous pouvons constater que deux préoccupations quotidiennes sont majeures.

7) Les préoccupations au quotidien

a) Préoccupation corporelle

Comme précédemment évoqué, la préoccupation corporelle constitue l'une des inquiétudes premières rencontrées chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, et plus particulièrement la difficulté du regard des autres sur soi.

Par ailleurs, les soins liés à l'hygiène et à l'entretien de son corps peuvent être surinvestis ou au contraire évités, en raison de la difficulté à s'exposer et plus particulièrement par manque d'acceptation de soi. (**Clark et Nayar, 2012**).

Les individus atteints d'anorexie mentale font également l'objet de tout un ensemble de facteurs qui relèvent d'une dimension d'ordre social. On observe en effet depuis plusieurs années un phénomène croissant s'articulant autour du culte de la beauté, qui serait conditionné par la minceur du corps, et alimenté par différentes pressions relatives à l'alimentation et à la pratique excessive d'activité physique (**Elliot, 2012; Lock et Pépin, 2019 ; Petersen et al., 2012**). Ces idéaux autour de la minceur du corps et de l'apparence physique sont d'ailleurs fortement soutenus et entretenus par l'omniprésence de différents canaux de communication, tels que les réseaux sociaux ou encore certains médias, contribuant ainsi à l'émergence de troubles des conduites alimentaires (TCA) (**Lock et Pépin, 2019**). L'obsession liée à l'apparence physique, développée par les personnes souffrant d'anorexie mentale, peut ainsi nourrir une forme d'insatisfaction permanente à l'égard de leur poids et de leur image corporelle. Enfin, les différentes attentes pouvant provenir de l'entourage familial ou amical de la personne peuvent conduire à une remise en question permanente de ses propres croyances autour de son image ou de son apparence, et mener à des dérèglements dans les habitudes alimentaires. (**Gardiner et Brown, 2012 ; Lock et Pépin, 2019 ; Singlehurst et al., 2007**).

b) Préoccupation alimentaire

Au cours de la prise de repas, l'une des caractéristiques majeures que l'on rencontre chez les personnes atteintes d'anorexie mentale est le besoin de justifier la non-alimentation ou la non-consommation de nourriture par d'autres occupations, qu'elles considèrent comme prioritaires ou plus importantes. Les pensées liées à l'alimentation peuvent occuper une place prédominante dans le quotidien de la personne, pouvant la conduire à s'abstenir d'exercer une quelconque activité et impacter ainsi ses relations sociales et interpersonnelles (**Singlehurst, 2007**).

Plusieurs comportements dits d'évitement social peuvent être relevés, tels que la prise de pauses prolongées au cours de l'alimentation, ou encore le fait de privilégier l'isolement à l'heure des repas. Enfin, nous pouvons soulever des situations de simulations de maladies afin d'éviter toute consommation d'aliments et ainsi toute interaction sociale et interpersonnelle.

Le déséquilibre alimentaire chez les individus atteints d'anorexie mentale se caractérise également par un contrôle permanent des quantités de nourriture ingérées, ainsi que par la pratique répétée et excessive d'activités physiques. (Clark et Nayar, 2012 ; Gardiner et Brown, 2012 ; Pettersen et al., 2013). D'autres comportements relatifs aux restrictions alimentaires telles que des crises de boulimie ou des habitudes compensatoires et inappropriées peuvent également se manifester (vomissements, comportements purgatifs).

Plusieurs des auteurs cités mettent ainsi en lumière le déséquilibre généré par les problèmes psychologiques ainsi que les difficultés relationnelles de la personne, en raison de ces préoccupations corporelles, et qui se traduisent par une baisse de l'estime de soi, couplée à une certaine émotivité mais aussi à des distorsions dans ses interactions sociales. (Crouch et Alers, 2014 ; Elliot, 2012).

Nous avons parlé de l'anorexie mentale dans cette première partie, les différentes caractéristiques de l'anorexie mentale, comment cela impacte sur le quotidien, tant sur le plan physique, social et mental. L'accompagnement des individus atteints d'anorexie mentale appelle aux différents métiers du corps médical qui interviennent dans la dimension psychique de l'individu sur le plan psychique et physique de la personne. Nous allons décrire l'intervention de l'ergothérapeute en santé mentale.

B. L'ergothérapie

1) Ergothérapeute en santé mentale

“L'ergothérapie est une profession de santé reconnue par les sociétés comme ayant une expertise pour aider les individus à résoudre des problèmes pratiques dans la vie quotidienne, afin qu'ils puissent s'engager et participer à des rôles, des processus et des activités qui sont importants et de valeur pour eux. Les ergothérapeutes s'intéressent aux conséquences de ces pathologies et problèmes sur les expériences et les besoins de la vie quotidienne, y compris la manière dont ils affectent les interactions avec les autres personnes et l'environnement physique.” (Iwama, 2015)

L'arrêté ministériel recensant les différentes compétences acquises au cours de la formation atteste que l'ergothérapeute est habilité à pratiquer auprès de patients souffrant d'anorexie mentale. (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique - ministère de la santé et des sports, arrêté du 5 juillet 2010). L'ergothérapeute agit dans le but d'accompagner les personnes concernées pour leur permettre de vivre leur quotidien de manière satisfaisante et accomplie, à travers notamment la pratique d'exercices ou d'activités répondant à certains besoins précis et pour lesquelles elles auront un sentiment de satisfaction ou d'utilité sociale. Ainsi, à travers l'ensemble de ces pratiques, l'ergothérapeute intervient pleinement dans le processus de rétablissement du patient, passant par la restauration des habiletés sociales et cognitives, mais également par l'autonomisation, sur la base des ressources propres à la personne. (**Ministère des solidarités et de la santé, 2021**)

Approche centrée sur la personne

Cette approche reste aujourd'hui commune et fortement utilisée au sein de la communauté ergothérapeutique (**Riou G, 2016**). De par sa dimension centrée sur la personne, elle consiste à s'intéresser, dans le cadre de son rétablissement de cette dernière, à ses besoins et aspirations. Cette démarche a pour objectif de prendre en compte les individus dans leur ensemble mais aussi leurs expériences, leurs valeurs et leurs croyances ainsi que leurs objectifs sur le plan personnel qui est centré sur l'amélioration de leur qualité de vie et également sur un redéveloppement de leur l'autonomie (**Caire, J.-M., et Poriel, G, 2023**).

L'autonomie constitue l'un des piliers fondamentaux de l'activité d'ergothérapeute en santé mentale. En effet, le maintien et le développement de l'autonomie de l'individu dans tout un ensemble d'activités de la vie courante représente une des composantes majeures de l'ergothérapeute. De plus, il joue également un rôle dans le développement des interactions sociales de l'individu, incluant des domaines allant aussi bien de la vie professionnelle que des relations familiales et interpersonnelles (**Cerbai et Roch, 2023**).

2) Processus d'intervention

La profession d'ergothérapeute repose sur une approche et des modèles conceptuels ainsi que sur des techniques d'évaluation, dont les méthodes ont été validées et affinées au fil du temps et des différents travaux de recherches scientifiques, s'articulant autour de ce qu'on appelle la science de l'occupation humaine. Les pratiques utilisées s'inscrivent quant à elles dans une logique axée sur l'évidence-based. Les valeurs professionnelles de l'ergothérapie s'inscrivent

une logique à trois dimensions que sont l'individu, l'activité et son environnement ; l'objectif étant que chaque personne doit pouvoir se développer et s'épanouir en pratiquant des activités donnant du sens à leur vie et à leur quotidien, mais qui constituent surtout une manière de s'exprimer, d'éprouver du bien-être et de renouer avec un fort sentiment d'appartenance sociale (**Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021**).

Nous pouvons ainsi distinguer trois étapes majeures constituant le processus d'intervention, incluant un premier temps consacré à l'évaluation, suivi par la mise en place d'un plan d'actions, donnant en dernier lieu à une nouvelle observation et réévaluation.

a) Étape d'évaluation

D'après le ministère des Solidarités et de la santé en 2021, la première étape se concentre sur l'évaluation de la souffrance de la personne, ainsi que sur ses différents troubles psychiques et cognitifs et leurs impacts sur son quotidien ainsi que ses interactions avec son environnement. Cette démarche implique tout d'abord un diagnostic ergothérapique complet, réalisé à partir d'un ensemble de données, incluant le dossier médical, ainsi que d'informations recueillies auprès des professionnels de santé, du patient lui-même ou encore de membres de sa famille. De plus, différentes évaluations ou auto-évaluations, pouvant être par ailleurs standardisées, permettent de mesurer les capacités de la personne et son degré de participation à des activités, collectives ou individuelles.

Enfin, ce diagnostic nécessite également la réalisation d'entretiens directement avec le patient afin de déterminer son choix dans les activités entreprises, leurs fréquences ainsi que le sens porté.

Nous allons décrire les différentes évaluations en santé mentale dans la prochaine sous-partie.

Les évaluations en santé mentale :

Les méthodes d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes sont multiples et font aujourd'hui l'objet d'applications concrètes en santé mentale. Découlant du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) développé dans les années 1970 par Gary Kielhofner, le modèle MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) va se concentrer sur l'analyse des forces et des faiblesses du patient, et s'intéressant à la dimension occupationnelle de sa vie. En effet, ce modèle va regrouper et analyser les différentes informations qui ont trait à la

motivation, aux habitudes, aux habiletés, ainsi qu'à l'environnement de l'individu dans son ensemble et leurs impacts sur sa participation occupationnelle.

Dans la démarche de réintégration au sein d'un environnement social, l'ELADEB (Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins) est une approche qui va chercher à mettre en évidence les obstacles et les difficultés auxquels fait face l'individu dans sa vie courante. À l'aide d'une vingtaine de fiches réparties en quatre thèmes, l'individu va être invité à classer et prioriser ses objectifs et ses besoins. Il s'agit d'un modèle plus standardisé et pluriprofessionnel, s'adressant à différentes professions de la chaîne thérapeutique, particulièrement adapté aux individus rencontrant des difficultés dans l'expression verbale de leur ressenti et de leurs problèmes. (Pomini, V., Reymond, et. al, 2019).

Le modèle Kawa est une approche de Michael Iwama créée dans les années 2000, qui peut être assimilée à une forme de complémentarité à l'ELADEB, bien qu'il présente des particularités et des objectifs bien distincts de ce dernier. Il va en effet s'intéresser au contexte global de la vie de l'individu, et va inviter à une discussion ouverte et collaborative. On parlera en effet d'une approche holistique, centrée sur la personne, prenant en considération l'ensemble de ses valeurs, ses croyances mais également ses difficultés et les obstacles rencontrés. Il met également en évidence les ressources d'où la dimension globale dans l'analyse de la vie de l'individu. La particularité de ce modèle réside ainsi dans la nature auto-évaluatrice de la part du patient, qui va ainsi représenter de façon schématique les différentes caractéristiques et éléments qui façonnent son environnement.

b) Étape d'intervention

Sur la base du diagnostic ergothérapique réalisé au cours de la phase d'évaluation, axé autour de la personne, son environnement mais également ses besoins en matière d'activités et d'expression, différents objectifs sont définis en étroite collaboration entre le patient et le professionnel de santé. Suite aux différents échanges, un plan d'intervention est alors élaboré, comprenant les modalités les plus adaptées aux besoins du patient, pouvant se concrétiser par des thérapies de type individuelles ou collectives. Par ailleurs, d'autres paramètres sont également décidés, tels que la fréquence ou encore la durée des séances (**Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021**).

c) Fin de l'intervention et réévaluation

Suite à l'application du plan d'intervention élaboré entre le patient et l'ergothérapeute, une nouvelle phase d'évaluation est alors entreprise, visant à mettre en lumière les résultats générés, les différents points positifs mais également les axes d'amélioration, pouvant donner lieu au développement de nouveaux objectifs et à la mise en place d'une dynamique d'accompagnement (**Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021**).

3) Les objectifs ergothérapeutiques dans le cadre de l'anorexie mentale

Les objectifs thérapeutiques en santé mentale :

Plusieurs thérapeutes ont défini de manière globale différents objectifs thérapeutiques pluridisciplinaires qui peuvent être exposés. Cela implique notamment d'établir une relation thérapeutique à l'occasion des premiers échanges, mais également de relever des symptômes et attitudes observables chez l'individu, afin d'établir un cadre thérapeutique en adéquation avec les besoins du patient. Les objectifs thérapeutiques sont ainsi explicités dans les différents projets établis pour chacun des patients.

Les objectifs thérapeutiques, et plus spécifiquement ceux relatifs à l'ergothérapie, peuvent être déclinés en quatre piliers bien distincts. Nous avons en effet tout d'abord les intentions thérapeutiques qui sont tout d'abord orientées vers les capacités cognitives et comportementales, et celles qui adoptent une approche psycho-dynamique. Dans un autre registre, les objectifs ciblant l'hygiène de vie de l'individu et ses capacités psychiques, visant à permettre à l'individu de réconcilier ses choix de vie et ses décisions avec ses préférences constitue également une dimension importante de la démarche thérapeutique. Enfin, l'interaction avec un groupe, le besoin d'appartenance ainsi que le sentiment d'utilité sociale représente le quatrième axe fondamental des objectifs thérapeutiques établis par les ergothérapeutes en santé mentale (**Muriel Launois, 2015**).

- **Objectifs d'ordre psycho-dynamique**

L'approche psycho-dynamique va s'intéresser à faire ressortir les conflits inconscients de l'individu, les analyser et les résoudre en vue d'améliorer sa santé mentale et son bien-être. Ces objectifs impliquent une introspection complète, qui peut se dérouler dans un environnement de groupe ou bien de façon individuelle et amène l'individu à développer ses capacités pour se reconstruire de lui-même sur le plan psychique et à prendre soin de soi. On peut alors parler

“d'auto-réparation”. L'approche psychodynamique appelle ainsi le patient à renouer avec la notion de symbolisation; qui consiste à redonner du sens à sa vie, aux activités entreprises mais également renouer des liens avec notre environnement familial et social (**Muriel Launois, 2015**).

- **Objectifs axés sur les capacités cognitives et comportementales**

Dans le cas où les individus ont peu, voire aucune capacité d'introspection et/ou sont dans une situation dans laquelle ils ne souhaitent avoir une connaissance profonde de leur fonctionnement interne, une approche axée sur l'appréciation de nouveaux comportements, de l'action et de la motivation sera alors privilégiée. Les thérapies vont s'organiser autour des capacités cognitives de l'individu, et plus particulièrement sur les fonctions exécutives, incluant notamment la mémoire, la concentration mais aussi sur la motricité. De plus, tout un ensemble d'activités peut être mis en place afin de travailler sur les capacités fonctionnelles et motivationnelles, afin de permettre au patient de se sentir exister et reprendre le contrôle sur sa propre vie ou encore de développer une capacité d'adaptation à des situations nouvelles. (**Muriel Launois, 2015**).

- **Objectifs axés sur l'hygiène de vie**

Le travail autour de l'hygiène de vie vise à développer une certaine forme d'autonomie dans son quotidien, de s'accomplir en effectuant des choix et des décisions en adéquation avec ses préférences et ses objectifs (auto-détermination). Plus exactement, il s'agit de permettre à l'individu de retrouver goût dans certaines activités créatives ou artisanales, dans une démarche visant à prendre soin de soi. Ces objectifs n'incluent pas en revanche l'autonomie au sens physique, impliquant les aptitudes fonctionnelles. (**Muriel Launois, 2015**).

- **Objectifs autour de la réadaptation sociale**

La réadaptation sociale constitue l'un des objectifs clé dans le processus thérapeutique. Il vise à accompagner l'individu dans un processus de socialisation progressif et développer ses capacités à interagir au sein de groupes. L'ensemble de ces différents travaux ont pour finalité de renforcer chez le patient le sentiment d'inclusion, d'utilité sociale et d'appartenance à un groupe mais également d'éviter toute forme d'exclusion ou d'isolement (**Muriel Launois, 2015**).

Dans le cadre du traitement de l'anorexie mentale, les objectifs et les champs d'intervention ergothérapeutiques s'articulent principalement autour de l'aide à la personne dans la

reconstruction de la confiance en soi et de son sentiment d'existence et d'appartenance. Les techniques employées tendent à favoriser les moyens de communication de ses sentiments ou de pensées refoulées par le patient grâce à des supports créatifs ou artistiques, afin de mieux exprimer ses ressentis. Cela passe également par un travail autour de l'abandon du besoin de contrôle permanent de la situation dans laquelle la patiente souffrant d'anorexie mentale peut se retrouver. Différentes activités sont ainsi mises en place visant à parvenir à ses objectifs, et des ateliers axés autour de l'expression corporelle (**Muriel Launois, 2015**).

Ainsi, nous pouvons constater que ces différents objectifs thérapeutiques permettent de dégager des axes d'intervention en ergothérapie, mis en place et adaptés selon les besoins spécifiques du patient. La réponse concrète à ces objectifs suppose l'utilisation de supports et de médiations thérapeutiques adaptés. Ces outils constituent l'un des modes d'interventions majeurs et invitent à une implication du patient à travers des activités significatives et de nature diverse.

4) Le cadre et les différents supports d'intervention en ergothérapie

La mise en place du cadre d'intervention passe par l'élaboration des différentes modalités afin de répondre aux objectifs fixés entre le patient et le professionnel de santé. Les choix concernant les modalités sont en effet tout aussi importants que les objectifs eux-mêmes. La personne ayant entrepris un parcours de soins peut avoir la possibilité d'être reçue de manière individuelle, ou bien dans le cadre de groupes de discussions ouverts, semi-ouverts, ou encore fermés. L'idée est ainsi de manifester auprès du patient une réelle flexibilité dans les options qui s'offrent à lui dans le cadre de la mise en application du plan d'intervention (**Riou G, 2016**).

Les différentes séances d'intervention peuvent prendre des formes diverses, pouvant en effet avoir lieu aussi bien au domicile de la personne, qu'au sein d'ateliers d'ergothérapie mais également au cours de médiations dites « hors les murs », s'inscrivant dans le cadre de mises en situation concrètes dans le quotidien du patient.

Tout d'abord, les médiations thérapeutiques, également nommés « ateliers d'ergothérapie » sont mises en place dans des espaces singuliers, bien différenciés des autres lieux du service hospitalier, au sein desquels se mêlent les ressentiments et la créativité de chaque personne et vise avant tout à être un espace d'interactions et d'échanges. Il constitue plus particulièrement pour le patient une opportunité d'exprimer ses inquiétudes, ses craintes vis-à-vis de la pathologie mais également ses désirs et ses aspirations. L'accent est particulièrement mis sur l'écoute et sur l'empathie de la part de l'ensemble du personnel soignant envers le patient afin

de créer un climat de confiance et d'échange au cours de ces ateliers. Ces derniers revêtent ainsi un caractère structurant et expressif, pouvant être adaptés et personnalisés selon la situation du patient (**Riou G, 2016**).

Les interventions dites « hors les murs » sont quant à elles des mises en situation dans la vie courante et ont pour objectif de transposer les compétences acquises au cours des séances vers l'environnement global de la personne. Cela peut par exemple prendre la forme d'un exercice pour se repérer et se situer dans son espace géographique, dans la réalisation de trajets ou dans l'utilisation des transports en commun. Nous pouvons également mentionner des exemples de la vie courante, telles que la réalisation d'achats au sein de commerces ou encore la planification de rendez-vous. L'exécution de ces tâches du quotidien est analysée par l'ergothérapeute, qui va notamment évaluer les difficultés rencontrées, telles que des craintes potentielles par le patient lors de leurs réalisations, mais également leurs réussites. Le professionnel de santé va enfin s'intéresser aux impressions du patient suite à la mise en situation de ces activités de la vie courante et proposer des compensations pouvant améliorer ou faciliter leur réalisation. Également, ce type de mise en situation peuvent aussi inclure des interactions sociales avec d'autres individus ou groupes d'individus, à travers la mise en place de jeux de rôles, adaptés sur la base de la connaissance de la pathologie du patient (éducation thérapeutique).

Ainsi, grâce à la connaissance globale de la personne et de sa pathologie, tant sur le plan psychique que physique, l'ergothérapeute peut s'impliquer dans des activités d'ordre sportif, relaxantes, mais également dans les programmes s'articulant autour de l'hygiène alimentaire. Ces différents modes d'intervention ont ainsi pour objectif une progression du patient dans sa réadaptation, tout en s'assurant qu'il maintienne une vision positive de lui-même (**Riou G, 2016**).

Dans le cas de l'anorexie mentale, ces supports d'intervention revêtent une dimension particulière, reposant sur la notion de symbolisation des actes, des ressources, des obstacles mais aussi des interactions sociales et qui occupe une place centrale dans le processus thérapeutique. En effet, cette approche axée sur la symbolisation représente pour l'ergothérapeute un point d'entrée dans la mesure où cela va lui permettre de mieux comprendre le parcours de vie du patient, ses difficultés mais aussi ses ressources. Il est ainsi essentiel de s'interroger sur la façon dont la symbolisation intervient dans la prise en charge ergothérapeutique et le processus de soin de l'anorexie mentale.

5) La symbolisation de l'anorexie mentale en ergothérapie

La symbolisation est un processus, relevant de l'inconscient, par lequel les idées, les ressentiments, les émotions ou encore les expériences de vie sont caractérisées par des symboles. Elle permet aux individus de conceptualiser et de donner un sens aux différents éléments constitutifs de leur vie, et d'intégrer à leur conscience ce qui relève de l'inconscience. Dans le cadre du modèle Kawa, la notion de symbolisation représente pour la personne le fait de donner du sens de donner un sens aux différents éléments constitutifs de leur vie, et d'intégrer à leur conscience ce qui relève de l'inconscience. La symbolisation peut aussi se définir comme un moyen d'expression, de manière visuelle et métaphorique, de ses ressources, ses difficultés, ses valeurs ou encore ses expériences (**Muriel Launois, 2015**).

En 2012, les auteurs de cet article décrivent un dispositif thérapeutique expérimenté sur une vingtaine de patientes dans un cadre strict, visant à leur permettre de s'extraire de leur besoin de contrôle permanent sur leur corps et sur eux-mêmes. Dans un premier temps, l'exercice consiste à placer la patiente contre un mur dans la position de son choix et tracer à la craie le contour de son corps. Ce tracé vise ainsi à dresser la réalité du corps de la personne et de lui donner une dimension objective. Par la suite, la patiente est invitée à réaliser une représentation de son paysage intérieur, à l'aide de matériels et de fournitures mis à sa disposition dans un délais qui lui semble nécessaire. Malgré la présence de l'ergothérapeute, ce dernier reste pour cet instant totalement en retrait dans ce processus créatif et laisse la patiente réaliser une représentation symbolique de façon totalement autonome, traduisant la perception qu'elle a de son corps. Cette étape s'inscrit particulièrement dans une notion de solitude et d'introspection pour la patiente, visant à retranscrire aux autres l'image que la personne a d'elle-même. Elle est ensuite invitée à échanger avec le thérapeute sur sa réalisation, à travers notamment tout un ensemble de questions sur le ou les éléments importants. Enfin, la patiente est invitée à réaliser son paysage extérieur, qui une fois terminé, fera également l'objet d'échanges et de discussions avec le soignant sur cette représentation et sur la dimension symbolique qui en ressort.

L'importance de la représentation symbolique dans le cadre d'une anorexie mentale en ergothérapie s'appuie sur différents témoignages et expériences relatifs aux difficultés rencontrées par l'ergothérapeute et les patientes dans les premiers contacts et échanges. L'objectif premier de la représentation symbolique est de permettre au patient de s'extraire de ce contrôle permanent de son corps, de son poids et son apparence physique et de promouvoir

une certaine créativité afin de faire ressortir la perception qu'avait le patient de son corps. (**Le Bras, Boutinaud, et Chabert, 2012**)

Les personnes atteintes d'anorexie mentale tendent à développer une certaine obsession liée à leur corps et à leur apparence physique. Tout en cherchant à maigrir davantage, ou tout du moins à limiter la prise de poids au maximum, cette quête permanente du contrôle de son apparence corporelle constitue l'une des caractéristiques majeures que l'on retrouve chez les patients atteints d'anorexie mentale. Ce contrôle systématique se retrouve également dans les discours et les échanges autour de son corps, ce manque de lâcher-prise constitue là encore une des caractéristiques souvent rencontrées chez les anorexiques. Il devient ainsi difficile, voire impossible, d'aborder le sujet avec la personne concernée.

Ainsi la forte corrélation entre l'anorexie mentale et une perception corporelle déformée et non conforme à la réalité. Le dessin, ou plus généralement la représentation imagée s'inscrit dans une approche thérapeutique palliant les difficultés que peut ressentir le patient. (**Le Bras, Boutinaud, et Chabert, 2012**)

Après avoir mis en lumière le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne atteinte d'anorexie mentale, impliquant un accompagnement axé sur la définition des objectifs thérapeutiques et les différentes méthodes d'intervention, nous avons pu constater l'importance de techniques s'articulant principalement autour de la représentation symbolique. En effet, cette dernière représente un moyen pour l'individu de caractériser de façon imagée les différents obstacles rencontrés dans sa vie, et constitue un moyen d'expression alternatif permettant de faciliter les échanges avec l'ergothérapeute. C'est ce qui va nous amener à nous intéresser au modèle Kawa, qui se caractérise comme une approche centrée sur le client et qui se manifeste notamment par une illustration métaphorique de la rivière, représentant le cours de la vie de l'individu.

C. Modèle Kawa

1) Présentation

Développé au début des années 2000 par l'ergothérapeute canadien d'origine japonaise Michael Iwama, le modèle Kawa est diffusé à partir de 2006 par Marie-Chantal Morel Bracq. Ce modèle présente la particularité de s'appuyer sur l'évaluation des besoins des patients en y intégrant les dimensions sociales et environnementales de leur quotidien, et offrant ainsi une perspective

culturelle et holistique. Le modèle Kawa s'illustre par tout un ensemble d'éléments de la nature représentant la vie et la santé de l'individu, mais également l'environnement global dans lequel il évolue ainsi les différents obstacles et difficultés rencontrés au cours de son existence. D'autres composantes sont utilisées afin de caractériser la nature et la personnalité de l'individu, ainsi que ses opinions, ses valeurs ou encore ses forces. Grâce à la représentation de la rivière symbolisant le cours de vie de la personne, nous pouvons ainsi explorer les obstacles qu'elle rencontre dans son quotidien et permet ainsi de déterminer les axes de travail ergothérapeutiques, en se basant sur la vision qu'elle a de sa situation. (Iwama, 2006, p. 148). Initialement élaboré pour être destiné à une population de culture japonaise, le modèle Kawa pourrait également être proposé et appliqué à des patients issus d'autres origines ou dans différents contextes, nécessitant une adaptation selon le type de clients auquel il s'adresse. (Turpin et Iwama, 2011, p. 174).

Le modèle Kawa a également pour particularité d'être un modèle systémique et collectiviste, dans la mesure où les membres de la famille, ainsi que l'entourage de l'individu au sens large peuvent intervenir dans ce modèle, lui conférant ainsi une dimension inclusive. (Teoh, 2010) Le cadre du modèle Kawa fait également la distinction entre l'évaluation subjective et l'évaluation objective. En effet, une fois réalisée, l'évaluation subjective va permettre de déterminer le choix de la méthode utilisée dans le cadre de l'évaluation objective poursuivie par l'ergothérapie. (Teoh, 2010).

Par son caractère métaphorique, via la représentation de la rivière, des rochers et de la montagne. Il a pour finalité de permettre au client d'expliquer concrètement comment il souhaite vivre sa vie et quel sens il souhaite lui donner et quels sont les moyens et les outils à mobiliser pour y parvenir (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015).

2) L'auto-évaluation du modèle Kawa

“Il a ainsi pour objectif de mettre en avant le point de vue de l'utilisateur, sa propre évaluation de la situation. Il doit ainsi permettre une véritable négociation du travail à faire en ergothérapie. Il s'agit d'une évaluation subjective, c'est donc la personne elle-même qui décrira sa situation à travers l'expression graphique et orale.” (J.Y. Teoh et M. Iwama, 2015).

Au cours de la mise en pratique du modèle Kawa, le patient est invité à réaliser deux dessins : l'un représentant l'écoulement d'un fleuve, qui symbolise la vie de la personne de manière

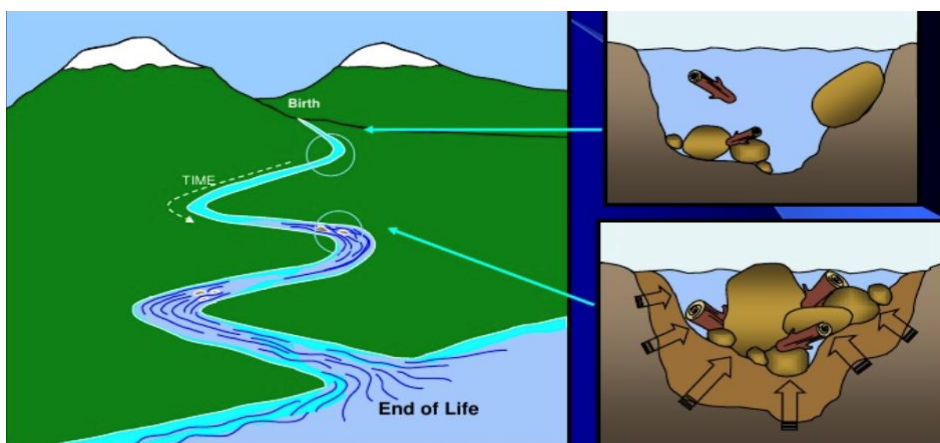
continue, c'est-à-dire symbolisant son passé, son présent et son futur, s'écoulant ainsi du haut de la montagne jusqu'à l'océan. Le deuxième dessin représente quant à lui un plan de coupe transversale de la rivière à un instant précis de la vie de l'individu et sur lequel figurent notamment les morceaux de bois qui symbolisent les facteurs personnels de l'individu et les rochers qui illustrent quant à eux les problèmes et difficultés rencontrées par l'individu à l'instant considéré.

Voici une description détaillée des différents éléments de la nature représentés ainsi que leur symbolisation (Lim, H. & Iwama, M.K. 2006) :

- L'eau (Mizu) illustre le flot de vie et de santé d'une personne. Le fleuve démarre du haut de la montagne, étape qui constitue le début de vie de l'individu tandis que l'étape d'écoulement de la rivière dans l'océan symbolise la mort. Une diminution du débit ou de la vitesse du flux de vie caractérise un état de mal-être pour le client. A contrario, une libération de la rivière des différents obstacles permettant ainsi au cours d'eau de retrouver un débit plus rapide, illustrant une résolution d'une partie ou de la majeure partie de ses problèmes, lui permettant de reprendre un cours de vie normal.
- Les rochers (Iwa) représentent les différents obstacles de la vie, qui constituent des freins à l'épanouissement ou au développement de son bien-être. Le fait que ces problèmes soient illustrés par des rochers reflètent l'idée selon laquelle ils sont difficiles à éliminer ou à neutraliser. De par leur poids et leur taille, ils peuvent constituer une obstruction du fleuve. Ces différents problèmes ou freins, représentés par les rochers peuvent inclure des troubles liés à l'enfance, un handicap ou encore une maladie ou un traumatisme. Dans le cadre d'une collaboration ergothérapeutique, le client doit ainsi pouvoir identifier les rochers et les difficultés qui y sont rattachées alors que le thérapeute a pour mission d'élaborer tout un ensemble de stratégies et de modes d'interventions visant à neutraliser ou retirer ces rochers.
- Les bordures de la rivière (Kawa no soku-heki) et le fond (Kawa no zok) représentent quant à eux l'environnement dans lequel l'individu évolue et qui peuvent être de nature physique et sociale. Cela peut concerner des éléments liés à la famille ou à l'entourage de façon plus générale. Ce cadre global peut définir l'ensemble du cadre de la rivière,

tel que sa forme, ou encore son débit. Il constitue un élément majeur dans la mesure où il relève de la nature de l'individu et de son expérience personnelle.

- Les troncs d'arbres flottants (Ryboku) comprennent l'ensemble des atouts et des facteurs personnels qui caractérisent l'individu. Cela inclut les ressources immatérielles telles que les compétences, les valeurs, mais aussi les craintes ou les peurs mais aussi les ressources matérielles telles que les finances, son foyer ou encore son entourage familial et amical. Ces éléments peuvent avoir un effet positif mais également négatif sur le quotidien de l'individu. Ces éléments revêtent d'une particularité majeure dans la mesure où ils peuvent être utilisés pour déplacer en partie les rochers et permettre ainsi une amélioration du débit de l'eau, signifiant une amélioration de la situation de l'individu et de son bien-être. Ils peuvent cependant également jouer un rôle inverse, c'est-à-dire complémentaires aux rochers et s'intercaler entre ces derniers, bloquant la bonne circulation de l'eau.
- Sukima, qui représente l'espace entre les différents éléments, dans lequel l'énergie de vie circule encore. Le travail de l'ergothérapeute consiste à permettre une amélioration de l'écoulement du flux de l'eau en éliminant certains des éléments perturbateurs tels que les rochers mais aussi ce qui a trait au lit de la rivière, avec pour finalité une meilleure qualité de vie du patient.



Ce sont particulièrement les échanges et les discussions engagées entre le patient et le thérapeute qui vont permettre de donner une signification à chacun des éléments constitutifs de la rivière. (M.C Morel-Bracq, M. Iwama, 2008)

3) L'identification des objectifs thérapeutiques

Avec une approche centrée sur le client, le modèle Kawa vise à permettre à ce dernier de réaliser une introspection et une auto-évaluation via cette représentation schématique de l'écoulement de la rivière et à faire ressortir les obstacles dans la vie du patient et identifier ainsi les objectifs thérapeutiques (J.Y. Teoh & M. Iwama, 2015). Il est ainsi primordial que l'ergothérapeute consacre le temps nécessaire à une écoute du client afin de relever toutes les informations nécessaires pour comprendre l'histoire de sa vie et ainsi mieux déterminer ses besoins et ses objectifs thérapeutiques que le patient considère comme une priorité d'intervention. (Ohman et Asaba, 2009)

De plus, l'idée que les clients réalisent eux-mêmes une représentation schématique de leur rivière les invite à se projeter vers l'avenir, ce qui constitue un facteur crucial dans la détermination des objectifs thérapeutiques. (Fieldhouse, 2008)

4) Protocole de passation

Le modèle Kawa se décompose en six étapes de passation (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015)

Étape 1: La première étape consiste à instaurer un climat de confiance entre l'ergothérapeute et le patient, dans un cadre extérieur et loin de quelque interaction. Des échanges autour de la personnalité et de l'identité du patient vont alors s'engager, avec un accent particulier mis sur ses interactions sociales et ses habitudes.

Étape 2: Au cours de la deuxième étape, le patient va entreprendre la réalisation de deux croquis représentant la rivière représenter ce qu'il souhaite exprimer. Le patient a par ailleurs la liberté d'effectuer une représentation graphique très simplifiée ou au contraire très détaillée et appliquée.

Étape 3: Cette étape constitue une partie majeure de la représentation graphique dans la mesure où elle va particulièrement s'intéresser à la mise en lumière des problèmes du patient. En étroite collaboration avec ce dernier, l'ergothérapeute va extraire et prioriser les différents problèmes illustrés dans le schéma et y dégager un ou plusieurs axes d'intervention possibles.

Étape 4: Une fois les problèmes de l'individu identifiés, l'ergothérapeute va mettre en place tout un ensemble d'actions élaborées afin de libérer le fleuve des obstacles rencontrés. Il définit non seulement le but mais également les modes d'actions nécessaires pour y parvenir.

Étape 5: Après élaboration par l'ergothérapeute du plan d'action et d'intervention, ce dernier va faire l'objet d'une mise en pratique concrète. Il est d'ailleurs tout à fait envisageable de réaliser des modifications des différentes actions au cours du processus, en adéquation avec les besoins du patient et selon son niveau de satisfaction.

Étape 6: Au cours de cette dernière étape, le patient va réaliser un nouveau schéma actualisé, prenant en compte les différents nouveaux éléments caractéristiques de sa situation.

Cependant, il convient de souligner que ces différentes étapes ne sont pas amovibles ou modifiables. En effet, il est tout à fait possible d'adopter une approche plus flexible quant à l'auto-évaluation du patient. En 2006 Michael Iwama insiste plus particulièrement sur la notion de processus de passation et non de protocole de passation.

5) **Modèle centrée sur le client**

Le modèle Kawa adopte une approche individuelle, dans la mesure où il intègre l'ensemble des caractéristiques et des expériences liées au client. En effet, l'accompagnement de chaque patient implique l'idée selon laquelle chaque personne possède une histoire de vie qui lui est propre, ainsi que des objectifs et des contrariétés qui lui sont spécifiques (**Boillat & Cattin, 2010**).

Le modèle Kawa s'adapte ainsi à la culture du patient. La représentation symbolique de la rivière permet à chaque individu de se l'approprier et de mettre en perspective ses propres expériences passées et ses problèmes qui s'en trouvent ainsi valorisés. De plus, les interactions entre l'ergothérapeute et le client font de ce dernier un véritable partenaire dans le cadre de l'élaboration des objectifs, et non comme un bénéficiaire passif du parcours thérapeutique. Enfin, le modèle Kawa constitue un moyen pour le client de s'exprimer librement (**J.Y. Teoh et M. Iwama, 2015**).

6) **Les critiques actuelles du modèle Kawa**

Bien que ce modèle soit aujourd'hui de plus en plus connu et discuté au sein de la communauté des ergothérapeutes, le modèle Kawa fait l'objet de plusieurs critiques, notamment en raison de son caractère jugé comme trop récent et reste peu exploité dans le cadre de travaux de recherches. En effet, reposant sur une approche subjective de la situation, sans pour autant fournir de véritables protocoles de passation, constitue l'une des limites majeures au modèle (**Morel-Bracq, 2017**).

De plus, les limites quant à la pertinence dans l'utilisation de ce modèle se retrouvent également auprès de clients pouvant manifester des difficultés d'abstraction. En effet, l'idée selon laquelle certains clients peuvent considérer le schéma de leur modèle comme simpliste voire infantile constitue une autre critique adressée au modèle Kawa. A l'inverse, d'autres patients pourraient au contraire manifester des inquiétudes quant à la dimension esthétique de leur représentation graphique (Richardson, Jobson et Miles, 2010).

7) Conclusion du cadre théorique

Cette première partie théorique nous a permis de dresser les différents éléments caractéristiques de l'anorexie mentale, mettant ainsi en évidence les facteurs favorisant le développement de ce trouble chez les personnes concernées, mais également les conséquences de nature diverses qu'elle pouvait engendrer. Nous avons en effet pu montrer que les impacts de l'anorexie mentale ne se limitaient pas uniquement à l'aspect physique, mais pouvaient au contraire revêtir des conséquences multidimensionnelles, sur le plan psychiatrique, psychique, cognitif ou encore comportemental.

Nous avons également pu montrer le rôle de l'ergothérapeute, ainsi que la pluridisciplinarité de sa démarche dans la prise en charge des individus souffrant d'anorexie mentale, et plus particulièrement chez les jeunes adultes. Son intervention s'articule notamment autour de l'identification des capacités, des ressources, mais aussi des difficultés et des problèmes que rencontre le patient dans son quotidien. Dans le cadre de l'évaluation en santé mentale, nous nous sommes donc intéressés au modèle Kawa, comme outil permettant, via le concept de symbolisation et la métaphore de la rivière, de faire ressortir les ressources du patient, mais également ses obstacles et les facteurs qui constituent un frein à sa vie courante. Ce support dit d'auto-évaluation invitant la personne à représenter, de manière schématique, les différents éléments qui façonnent son quotidien, constitue une base de travail importante sur laquelle l'ergothérapeute peut s'appuyer pour son axe d'intervention. Nous allons à présent voir si dans le cadre d'une intervention ergothérapeutique, cette caractéristique d'auto-évaluation du modèle Kawa constitue un élément de facilitation dans l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale.

Ainsi, il serait intéressant d'axer notre recherche afin de déterminer en quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-t-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique ?

II) Méthode de recherche

A. Hypothèse

En valorisant la symbolisation de la personne atteinte d'anorexie mentale, le modèle Kawa favorise la formulation des objectifs ergothérapeutiques.

B. Choix et caractéristiques de l'outil d'évaluation

Dans le cadre de l'enquête réalisée, la méthode adoptée s'appuie sur une approche qualitative, et plus particulièrement au moyen d'entretiens. Ces échanges directs avec les personnes interrogées présentent cet avantage de recueillir leurs retours d'expériences, leurs opinions et leurs idées (**Holstein et Gubrium, 2002**) et peuvent être réalisés en présentiel ou à distance. Dans le cadre de notre enquête, les entretiens réalisés ont ainsi pour objectif de recueillir tout un ensemble d'informations répondant à une grille de questions ouvertes et fermées, en vue de nourrir nos connaissances et notre compréhension du sujet sur la base des différents témoignages. Les entretiens sont ainsi conduits de manière semi-directive, grâce aux différentes questions permettant de cadrer le sujet et offrent également une plus grande flexibilité, indispensable à la conduite de travaux de recherche qualitatifs. Par ailleurs, compte tenu du nombre relativement limité d'ergothérapeutes intervenant sur les sujets liés à l'anorexie mentale et utilisant le modèle Kawa, la prise d'informations grâce à ces entretiens constitue l'approche la plus pertinente. L'ensemble des questions posées est bien organisé dans un ordre précis et partagé en différents thèmes, afin de structurer la conduite de l'entretien et d'y suivre une certaine logique, bien que des ajustements nécessaires puissent être apportés au cours des échanges (**Tétreault, 2014**).

Mise en œuvre de l'enquête

J'ai mené l'ensemble des entretiens par téléphone, car la totalité des ergothérapeutes. J'ai opté pour cette méthode afin de garantir des conditions d'analyse identiques, évitant ainsi les biais potentiels liés aux expressions faciales visibles en visioconférence. Chaque participant a préalablement reçu et signé un formulaire de consentement pour l'enregistrement. Afin de garantir une écoute attentive pendant toute la durée de l'entretien et d'être en mesure de réagir

et relancer la discussion au besoin, j'ai opté pour l'enregistrement de l'entretien, que j'ai ensuite transcrit manuellement et à l'aide d'un logiciel.

Caractéristiques et modalités de passation

Un consentement va être remis afin d'obtenir leur autorisation pour l'enregistrement des entretiens, tout en assurant leur anonymat lors de la retranscription. Tous les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un logiciel d'enregistrement vocal. Ceux-ci se sont déroulés dans un cadre calme et par téléphone (durée entre 20 min et 60 min) en raison des distances géographiques et des disponibilités.

C. Méthodologie d'analyse des données

Je choisirai l'analyse thématique avec les thèmes évoqués après la transcription manuelle ou avec un logiciel. Cette méthode a pour objectif d'identifier, d'analyser et de rendre compte des thèmes présents. Dans un premier temps de me familiariser avec les données (lecture des entretiens), ensuite je ferai des regroupements des unités par catégorie et enfin la rédaction d'un rapport organisé illustré sous forme de tableau (**Braun et Clarke, 2006**).

D. Population cible

Pour rappel, ma question de recherche initiale était « En quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique ? »

Critère d'inclusion	Critère d'exclusion
• Ergothérapeutes Diplômés d'Etat	• Ergothérapeutes intervenant auprès de patients incluant des enfants et des jeunes adolescents
• Ergothérapeutes intervenant auprès de patients grands adolescents et jeunes adultes	• Ergothérapeutes n'ayant pas travaillé sur l'anorexie mentale
• Ergothérapeutes ayant connaissance du modèle Kawa et travaillant sur l'anorexie mentale	• Ergothérapeutes n'ayant pas de connaissance sur le modèle Kawa

E. Les thèmes de mon guide d'entretien

- Recueil de données personnelles
- Profils des patients rencontrés
- Les modalités d'évaluation
- La symbolisation
- Les objectifs thérapeutiques
- Types d'activités thérapeutiques
- L'équipe pluridisciplinaire
- Utilisation du modèle Kawa avec d'autres pathologies
- Les critères d'hospitalisation

Récapitulatifs des entretiens

Après avoir sollicité plusieurs villes et structures, j'ai pu réaliser trois entretiens auprès des ergothérapeutes qui répondaient aux critères d'inclusion retenus pour cette étude.

Ergothérapeute 1 (E1)	Homme	Hospitalisation complète	Date : 23/04/2025	Temps : 19 min 43 seconde
Ergothérapeute 2 (E2)	Femme	70% en Hospitalisation complète et 30% en HDJ	Date : 24/04/2025	Temps : 25 min 28 seconde
Ergothérapeute 3 (E3)	Femme	Hospitalisation Intra hospitalier	Date : 21/05/2025	Temps : 58 min 07 seconde

Résultats, analyses et synthèse des entretiens

Je présenterai les diverses réponses obtenues des ergothérapeutes. Par la suite, une analyse thématique regroupe les réponses des trois entretiens afin de faire une comparaison des résultats obtenus. Chaque réponse correspond aux questions de la grille d'entretien, elles sont numérotées.

1) Thème: Présentation des ergothérapeutes interrogés

E1	1-2-3. → “Diplômé depuis 2020. Suite à une carrière de 12 ans dans une entreprise du secteur privé, reconversion et formation à l’ergothérapie. Spécialisation depuis 2020 sur les troubles du comportement alimentaire (TCA). Travaille actuellement au pôle de neuroscience, dans le service psychiatrie.” 4. → <u>Rôle de l’ergothérapeute</u> : “Aspect des émotions, aspect des besoins, aspect de la résilience et sur l’alliance thérapeutique. Travail autour de la vie quotidienne du patient afin que le savoir-faire et savoir-être intégré à l’hôpital puisse servir à l’extérieur. Investigation sur le vécu du patient, son parcours et comment l’accompagner à l’extérieur.”
E2	1-2-3 → “Diplômée et spécialisée en santé mentale depuis 5 ans. Expérience précédente dans un foyer d’accueil médicalisé, avec des adultes atteints de déficience intellectuelle, maladies génétiques et de troubles psychiatriques. Évolution par la suite en hôpital, en intrahospitalier, avec un service de psychiatrie générale, et un service spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires. Je travaille actuellement depuis 3 ans à 70% du temps en psychiatrie générale, et le reste du temps en TCA à 30% en HDJ.” 4. → <u>Rôle de l’ergothérapeute</u> : “Travailler sur l’équilibre occupationnel, la gestion du temps, les difficultés rencontrées sur les interactions sociales, le rapport à l’autre, le rapport aux loisirs, à la productivité, à la détente, ou encore au travail.”
E3	1-2-3. → “ Je suis diplômée depuis 2022. J’ai commencé à travailler d’abord en remplacement, pour découvrir différentes structures, pour savoir où avais-je envie de me spécialiser, et quelle structure répondait à mes aspirations. J’ai notamment travaillé durant environ un mois dans un SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), souvent post-opératoire ou post-AVC en gériatrie. Je travaille actuellement dans une clinique psychiatrique type soins-études, c’est-à-dire que les jeunes qui sont présents passent une partie de leur temps dans la structure d’enseignement (lycée), qui est un pôle de l’Education Nationale, qui est directement dans nos bâtiments. Ce n’est pas l’école à l’hôpital, mais il s’agit d’un bâtiment appartenant à l’Education Nationale avec un corps enseignant, qui donne des cours, mais en classe en effectif réduit.” 4. → <u>Rôle de l’ergothérapeute</u> : “L’ergothérapeute s’occupe des activités de la vie quotidienne. On va surtout évaluer et identifier l’impact de cette pathologie, que ce soit anorexie mentale ou autres types de pathologies psychiatriques, sur le quotidien des jeunes. L’ergothérapeute axe son analyse autour des activités quotidiennes. L’anorexie mentale fait partie de ces pathologies. Cela passe par exemple par la réalisation d’une frise de leur journée, de leur semaine, et éventuellement de leur mois. “Gardien du temps et du cadre.”

Analyse thématique :

Nous pouvons tout d'abord relever que bien que (E1) et (E2) ont la même longévité en termes d'années d'expérience avec une spécialisation dans le domaine de la santé mentale, nous pouvons néanmoins constater que les deux ergothérapeutes travaillent non seulement dans des structures différentes, mais leurs interventions varient également dans leur nature. En effet, alors que (E1) exerce en hospitalisation complète, impliquant notamment un suivi régulier et soutenu du patient, les interventions de (E2) sont réparties entre 70% du temps en psychiatrie générale et 30% dans un hôpital de jour (TCA). Après trois ans d'expérience au sein de différentes structures dont une en SSR gériatrique, (E3) s'est spécialisée et travaille actuellement dans une clinique psychiatrique.

De plus, dans le cadre de son intervention, (E1) adopte principalement une approche centrée sur le patient, ses ressources et son environnement. Cela inclut notamment la gestion des émotions, mais également les activités du quotidien, en y intégrant son parcours de vie, afin de l'accompagner vers l'extérieur, ainsi que la relation thérapeutique, l'invitant à interagir avec l'ergothérapeute et les autres patients. L'objectif consiste à placer l'individu au centre de sa prise en soin et de son parcours thérapeutique, et de permettre à l'ergothérapeute de développer une meilleure connaissance de son évolution personnelle, ses ressources et ses interactions sociales. (E2) concentre plus particulièrement son intervention autour de l'équilibre occupationnel et la gestion du temps, mais aussi sur les difficultés que peut rencontrer le patient dans ses interactions sociales, son rapport à autrui, ses loisirs ainsi que son rapport à la productivité et au travail. Sa démarche se concentre principalement sur la dimension organisationnelle, centrée sur les activités significatives du quotidien. Tout comme (E2), (E3) intervient principalement autour des AVQ, et les évaluations des répercussions de cette pathologie sur la vie courante des jeunes.

En résumé, nous pouvons relever que la démarche de (E1) s'articule principalement autour de la personne et de la gestion émotionnelle, lorsque les interventions de (E2) et (E3) vont être axées sur une approche occupationnelle et les activités du quotidien.

2) Thème: Profil des patients rencontrées (AN)

E1	5. → “Je n’ai que des adultes” 6. → “L’anorexie mentale peut se définir comme une perte de l’estime de soi. C’est une addiction qui impacte la perte de l’estime de soi. L’objectif est de pouvoir accompagner les patientes pour qu’elles puissent passer dans l’action. Il faut valoriser son estime de soi, lui permettre de créer et valoriser ses faits et leurs impacts sur sa vie quotidienne. Notre travail dépend du patient. L’anorexie est une addiction, ce n’est pas une maladie, ni un trouble. C’est une addiction liée à la perte de l’estime de soi.”
E2	5. → “Population d’adultes, âgée majoritairement entre 18 et 25 ans, mais pouvant aller jusqu’à 35 ans, voire 40 à 60 ans, bien que plus rare.” 6. → “L’anorexie mentale peut se définir comme le fait de se priver d’alimentation, avec des restrictions alimentaires et comportementales, qui ont un impact sur la prise alimentaire et le poids. De plus, il y a tout un travail autour de la compréhension des aspects rigides des comportements. Cela va avoir lieu notamment dans la gestion du budget, le choix des activités où tout va être extrêmement contrôlé, intellectualisé, et décidé très amont avec de l’anxiété majeure”
E3	5. → “Je travaille avec un public âgé entre 16 et 25 ans.” 6. → “L’anorexie mentale implique tout d’abord pour moi la notion de “restriction”, ou plus largement, un trouble des conduites alimentaires d’ordre restrictif. Elle est parfois associée avec une dysmorphophobie, mais ça n’est pas toujours le cas. Cela implique également une pratique intense d’activités physiques afin que le déficit calorique soit très prononcé. La plupart du temps, comme les jeunes atteints l’anorexie mentale cherchent à être performantes, que ce soit dans les activités de tous les jours ou même celles en cours en réalisation, cela implique également un trouble de la conduite. C’est le côté restrictions alimentaires, le côté dépenses énergétiques, de manière toujours excessive. Souvent, elles se cachent pour faire du sport dans leur chambre par exemple.”

Analyse thématique :

Concernant les personnes traitées, (E1) accompagne tout type d’adultes atteints d’anorexie mentale tandis que (E2) se concentre principalement sur une population âgée de 18 à 25 ans. (E3) travaille également avec des patients de cette tranche d’âge, mais intègre également des grands adolescents, âgés de 16 ans minimum.

Nous pouvons relever quelques divergences dans la définition que les ergothérapeutes interrogés ont de l'anorexie mentale. En effet, (E1) perçoit l'anorexie mentale comme une addiction liée à la perte de l'estime de soi, considérée comme un élément majeur du développement du trouble, tandis que (E2) et (E3) la définissent comme une limitation, voire une privation alimentaire, couplée à des restrictions d'ordre comportementale, impactant la prise de poids et l'équilibre nutritionnel.

Pour (E1), cette addiction liée à la perte de l'estime de soi se traduit notamment par des comportements répétitifs, compulsifs et difficiles à maîtriser, et nécessite une compréhension axée sur les origines profondes de l'anorexie, qui peuvent être une dévalorisation de sa personne, des souffrances émotionnelles ou encore des défaillances relationnelles. (E2) et (E3) se rejoignent davantage sur la définition de l'anorexie mentale, la caractérisant par des comportements alimentaires restrictifs, visant à empêcher la prise de poids, que ce soit par des privations mais également par la pratique excessive d'activités physiques. Elles mettent également en avant les notions de contrôle strict couplé à une certaine forme de rigidité dans les activités du quotidien ainsi qu'une forte anxiété. (E3) va encore plus loin en soulignant l'idée que ces comportements restrictifs et ce besoin de contrôle permanent, peuvent être associés à une dysmorphophobie, qui se définit par une perception déformée du patient quant à sa propre image corporelle.

Ainsi, nous pouvons souligner que (E1) axe sa démarche sur une dimension davantage psychologique, centrée sur la valorisation et l'estime de soi, alors que (E2) et (E3) privilégient l'aspect comportemental et fonctionnel, caractérisé par une anxiété et une rigidité récurrente de la part du patient. On constate ainsi que (E1) s'intéresse particulièrement aux origines du trouble du patient tandis que (E2) et (E3) se concentrent sur la manière dont l'anorexie mentale se manifeste au quotidien sur le plan physique et comportemental.

3) Thème: Les modalités d'évaluations

E1	7-8-9-10. → “J'utilise le modèle Kawa, qui signifie “rivière” en Japonais. C'est un modèle imaginé et imaginatif. Il permet aux patients de saisir les opportunités et de lancer les informations. C'est une approche très intéressante car généralement dans l'addiction, on subit les choses. C'est un modèle que j'ai découvert à l'école. Il est utilisé pour faire un gros travail d'introspection. C'est un modèle sur lequel je vais m'appuyer pour mieux connaître le patient, ce qui va me permettre d'aller chercher avec bienveillance et écouter ses difficultés et comprendre
----	--

	ce qui a engendré son addiction”. 11. → Phase d’analyse : “Explication au patient avec le minimum d’informations pour qu’il soit libre de l’interpréter comme il en a envie. On fait une analyse devant les autres patients par groupe de 4 et c’est le patient qui montre son dessin et on va travailler dessus.” 12. → “J’utilise en complément ELADEB, qui est une approche basée sur l’aspect de la vie quotidienne. Le modèle Kawa va être le point d’entrée pour la connaissance du patient lorsque ELADEB va être le point final de la prise en charge qui permet de se projeter vers l’extérieur et de pouvoir le confier à la nouvelle structure soit de continuer en passant en HDJ.” L’ELADEB, c’est souvent en individuel et le modèle Kawa se fait souvent en groupe. Car on va chercher le patient à s’exprimer dans des choses un peu psychiques et donc il va avoir besoin du soutien des autres. Sur le modèle ELADEB, il n’a pas besoin du soutien des autres. Il a juste besoin qu’on parle de lui-même.” 13. → “C’est souvent le patient. Le but en psychiatrie, c’est que c’est au patient de saisir les difficultés. Le patient doit réfléchir par lui-même quelles ont été les difficultés. [...] Le patient est l’acteur de sa prise en charge”
E2	7-8-9-10. → “Je connais le modèle Kawa, que j’ai découvert à l’école, mais je ne l’utilise pas spécifiquement en tant que modèle mais plutôt comme un outil pour travailler à la conceptualisation de l’histoire de vie et le parcours de vie des patients qui ont un rapport à l’image mentale des choses, qui correspond bien au modèle. Cela concerne les patients qui ont une capacité à se projeter dans des difficultés, mais aussi des facilités bien que plus rares. L’idée est de réussir à percevoir ce qui a pu être difficile dans le parcours de vie.” 11. → Phase d’analyse : “Comme je m’en sers comme un outil, je ne fais pas une passation très protocolaire. On réalise le dessin de la rivière et on échange sur ce que cela peut apporter sur le parcours de vie et sur les éléments de compréhension de la maladie. On va travailler sur la stigmatisation, l’auto-stigmatisation de la compréhension de son environnement qui peut avoir un impact sur sa perception, ainsi que de ces difficultés. Dans le cadre de mon travail, je ne l’ai utilisé que deux fois. Je note ensuite les informations qu’on a pu avoir pendant l’écrit, on vient faire la coupe sur la période d’hospitalisation et on la reprend après la sortie de l’hospitalisation du patient et sa reprise de vie à domicile.” 12. → “J’utilise davantage les outils qui viennent du MOH. Avec le BVQ qui permet d’évaluer les besoins de la vie quotidienne du patient, son environnement et ses occupations. Je leur donne un planning à remplir sur une semaine de la vie de tous les jours. Ensuite, on travaille avec la roue de l’équilibre occupationnel, qui permet de faire des constats au rapport à l’équilibre entre les activités productives, les loisirs, les soins personnels, l’activité physique, qui est un élément parfois très important chez ces patients. Il est donc nécessaire de faire ressortir aussi, les activités de repos et les activités sociales, parce qu’il s’agit de patients qui s’isolent énormément et qui ont tendance à ne plus savoir comment se positionner dans un groupe et comment vivre en collectivité. On travaille cet aspect-là ensemble aussi de manière approfondie pour les aider à se sentir libres de

	rencontrer du monde et de se reconstituer un cercle social.” 13. → “Le modèle KAWA va nous aider à comprendre quand il y a une patiente qui est en difficulté pour visualiser d'où vient la problématique. Cela fonctionne sur des patients qui ont une estime de soi qui est quand même restaurée, suggérant que tout un travail a déjà été réalisé avant. Ça fonctionne aussi sur des patients qui ont un équilibre qui est quand même relativement précaire et un entourage, ou en tout cas un environnement, parfois instable. Ainsi, cela permet de redéfinir un peu les objectifs et les axes de vie vers lesquels on veut tendre, vers lesquels la personne a envie d'aller.”
E3	7-8-9-10 → “J’ai découvert le modèle Kawa en IFE. Il nous a été présenté par une personne qui travaillait en psychiatrie dans le milieu carcéral, et j’ai beaucoup adhéré à l’approche qui nous a été proposée. Il y a donc deux coupes, où la première représente la rivière dans sa globalité, et puis la coupe transversale ensuite. J’utilise uniquement l’image de la coupe de la rivière et demande aux jeunes de la remplir en leur demandant de représenter ce qu’ils pensent être un frein, un obstacle, un levier, ou encore les ressources”. 11. → <u>Phase d’analyse</u> : “Étant donné je le leur fais remplir, c’est plutôt un support de discussion et un avis sur ce qu’ils pensent pouvoir être bougé, modifié ou neutralisé. Notre observation repose aussi sur les progrès qu’il ou elle a déjà fait ces derniers temps, ou sur ce qui a bougé par rapport au début de la thérapie. C’est plus un moyen de fixer des objectifs à venir ou bien de constater des changements récents qui ont pu avoir lieu, en faisant un parallèle entre les ressentis du patient, la vision de l’équipe, et ce qui a été discuté en transmission. Le patient a ainsi les deux visions qui lui sont proposées, sans jugement de valeur de l’une par rapport à l’autre, donnant ainsi de la matière à des échanges et des axes de travail pour la suite.” 12. → “Concernant l’utilisation de modèles conceptuels, en complément du modèle Kawa, j’ai des influences comme par exemple le MOH. J’utilise également systématiquement l’évaluation du Blob Tree. C’est la représentation d’un arbre avec des petits bonhommes dessus placés chacun de différentes manières sur les branches de l’arbre. En fonction des consignes que je donne, la personne colorie le bonhomme présent sur l’arbre qui reflète le plus la vision qu’elle a de soi. Par exemple, une fois, avec un Blob Tree, une patiente m’a montré sa vision qui était un bonhomme retourné. Pour elle, à ce moment-là, le bonhomme était trop faible et trop fragile pour pouvoir se retourner. Elle a désigné ce bonhomme placé de dos sur la branche pour représenter la perception qu’elle a de son état. Cet outil complète bien le modèle Kawa, dans la mesure où il s’inscrit lui aussi dans la représentation métaphorique. J’utilise ainsi le modèle Kawa en complément quand les jeunes ont une bonne identification de leurs freins, des différents facteurs et éléments qui les bloquent, mais aussi de leur environnement.” 13. → “Je dirais que le modèle Kawa est d’une grande aide pour établir un diagnostic ergothérapique clair, car comme on commence toujours par le contexte de la personne, par les facteurs personnels, et puis tout ce qui constitue un frein ou un atout qui est clairement établi et identifié par la personne. Cela rend le diagnostic ergothérapique plus proche de l’objectivation, de la situation. Ensuite, le plan d’action est toujours co-défini avec les jeunes sachant que les objectifs sont nombreux à l’intérieur, il n’y a pas beaucoup

	d'objectifs à l'extérieur. Je leur demande ce qu'ils souhaiteraient améliorer ce qui, par la métaphore de la rivière peut se traduire implicitement par "A quoi souhaiteriez-vous que la rivière ressemble à l'avenir ?", "Quels sont les cailloux qui, selon vous, bloquent l'écoulement de l'eau de la rivière ?". Le patient peut répondre "Je souhaiterais qu'il n'y ait plus rien". Compte tenu de sa réponse et de ses volontés, on peut interpréter ses objectifs soit comme une surestimation de ses capacités soit comme un déni de la réalité. Je lui demande aussi, via la représentation par les rondeaux de bois de la rivière, de me montrer les ressources qu'il pourrait mobiliser. Il est aussi primordial de bien connaître la personne en face, ce qui nous permet de dire si l'on va utiliser le modèle Kawa; car je ne vais pas l'utiliser d'office avec quelqu'un que je ne connais pas."
--	--

Analyse thématique :

Les ergothérapeutes interrogés ont tous les trois découvert le modèle Kawa au cours de leur formation et l'utilisent pour chacun avec des patients souffrant d'anorexie mentale mais à des fréquences différentes, et en complément d'autres outils et supports. En effet, le modèle Kawa constitue pour (E1) un outil majeur et récurrent de son intervention thérapeutique qui vise à réaliser un important travail d'introspection tandis que (E2) en fait une utilisation davantage ponctuelle, s'en servant comme un outil complémentaire pour une meilleure compréhension du parcours de vie du patient. (E1) utilise le modèle Kawa, qui est à la fois imaginé et imaginatif, car il offre à la personne un cadre symbolique permettant de projeter son vécu de manière libre et personnelle. Dans cette optique, (E1) considère que c'est le patient qui saisit l'opportunité, c'est aussi un travail d'introspection comme pour (E2). (E1) l'utilise d'abord pour connaître la personne et mieux saisir les difficultés qui ont engendré son addiction. (E2), qui utilise principalement le MOH, va s'appuyer sur le modèle Kawa pour conceptualiser le parcours de vie du patient, qui va avoir tendance à se projeter dans ses difficultés, et réussir à percevoir ce qui peut constituer un ou plusieurs obstacles. (E3) se concentre sur la coupe transversale du modèle Kawa, en se focalisant sur les difficultés rencontrées, mais également les ressources sur lesquelles le patient peut s'appuyer. Ainsi, (E3) n'aborde pas l'ensemble du parcours de vie de la personne, mais préfère au contraire travailler sur un instant présent de sa vie, la différenciant sur ce point de (E1) et (E2).

Pour la phase d'analyse, (E1) explique volontairement au patient avec le minimum d'informations afin qu'il soit ainsi libre de l'interpréter comme il l'entend. Une analyse a ensuite lieu au sein d'un groupe de 4 patients, ce qui va donner lieu à des échanges et permettre aux personnes de confronter leur vécu et leurs expériences à celles des autres. Compte tenu du fait que (E2) utilise le modèle Kawa comme un outil, il n'y a pas de passation protocolaire réalisée. La représentation de la rivière donne lieu à des discussions autour de l'histoire de vie

du patient et sur les différents éléments permettant de comprendre le développement de la maladie. Suite aux différents échanges engagés, le travail de l'ergothérapeute va s'articuler autour de l'autostigmatisation du patient de la perception qu'il a de son environnement, et sur les enjeux sur la vision qu'il a des difficultés rencontrées. Cette autostigmatisation peut affecter l'estime de soi ainsi que l'idée qu'il se fait de son potentiel à surmonter des obstacles ou des difficultés. (E2) va ainsi recueillir l'ensemble des informations pertinentes relevées au cours de la présentation du dessin et des différentes discussions au cours de la période d'hospitalisation, et vont être par la suite reprises à la sortie du patient, dès lors qu'il reprend le cours de sa vie à son domicile.

Dans le cadre de la phase d'analyse, (E3) utilise exclusivement la coupe transversale du schéma de la rivière comme support de discussion avec le patient. Bien qu'elle repose sur la métaphore de la vie du patient à un instant précis, (E3) va s'intéresser à la dynamique d'évolution de la situation du patient en analysant les progrès, ou les changements qui ont eu lieu depuis le début de la thérapie. L'idée est d'observer les progrès potentiels qui ont été effectués, ainsi que la perception de la personne sur ces éventuels changements, et vont servir de supports dans la détermination des objectifs à poursuivre pour la suite. (E3) s'intéresse particulièrement à la comparaison de la vision de l'équipe avec celle du patient concernant les changements réalisés, et vont venir ensuite nourrir les discussions et les objectifs à fixer. A la différence de (E1), (E3) privilégie des échanges en individuel avec la personne, plutôt qu'au cours de séances de discussions avec d'autres patients. De plus, durant ces échanges, (E3) va se focaliser particulièrement sur le ressenti de l'individu sur les progrès et les changements réalisés sur une période définie, plutôt que sur le parcours de vie du patient dans sa globalité. On peut ainsi considérer que (E3) adopte une approche moins holistique que (E1) et (E2) mais davantage centrée sur les éléments de vie du patient à un instant bien défini.

(E1) utilise le modèle Kawa en complément de l'ELADEB, qui est centré sur l'aspect de la vie quotidienne. Il considère en effet ce modèle comme le point d'entrée dans la connaissance du patient lorsque l'ELADEB va au contraire représenter le point final dans le parcours de prise en soin, et permettre de se projeter vers l'extérieur, et de pouvoir continuer en HDJ. L'ELADEB se fait en individuel alors que le modèle Kawa se fait généralement en groupe. Le modèle Kawa va appeler un soutien des autres patients alors que l'ELADEB se réalise dans un cadre bilatéral, entre l'ergothérapeute et le patient. (E2) utilise davantage les outils qui viennent du MOH, ainsi que le BVQ qui permet d'évaluer les besoins de la vie quotidienne du patient, son

environnement et ses occupations. Elle travaille ensuite autour de l'équilibre occupationnel, qui s'articule autour des activités productives, des loisirs, ses soins personnels mais également des activités physiques, qui peuvent représenter un élément important chez le patient. Il y a également tout un aspect concernant le repos et les activités sociales, dans la mesure où les patients ont une forte propension à l'isolement, et rencontrent des difficultés à se positionner dans un groupe et à évoluer au sein d'un collectif. A travers cette démarche, l'objectif est de les inviter à se reconstituer des liens sociaux et aller à la rencontre d'autres individus. Pour (E3), l'utilisation du modèle Kawa s'inscrit également dans une complémentarité par rapport à d'autres supports. En effet, comme pour (E2), (E3) s'inspire du MOH, mais utilise également d'autres supports visuels comme le Blob Tree, qui permet d'exprimer et de désigner, parmi plusieurs personnages présents sur l'arbre, le caractère qui le représente le mieux ou qui se rapproche le plus de son ressenti. Dans la même logique que le modèle Kawa, le Blob Tree constitue un outil permettant au patient d'exprimer son état émotionnel, qu'il n'arrive pas nécessairement à communiquer de manière verbale. On peut ainsi estimer que le modèle Kawa va plus loin que le Blob Tree dans l'identification des obstacles et des difficultés rencontrés par le patient, dans la mesure où il ne se contente pas de désigner un état émotionnel, mais également de mettre en lumière de façon schématique les problèmes à l'origine de cet état.

(E2) considère le modèle Kawa comme un outil de compréhension qui va lui permettre de visualiser l'origine des problèmes de la personne. (E2) insiste sur le fait que la pertinence de l'utilisation de ce modèle se retrouve particulièrement chez les patients pour lesquels un processus de restauration de l'estime de soi a déjà été amorcé, ce qui sous-entend la nécessité d'un travail préalable. Cependant, (E2) estime que des patients évoluant de manière plus générale dans un environnement précaire ou instable peuvent également être amenés à utiliser le modèle Kawa, en vue d'une redéfinition des aspirations et des objectifs de vie. (E1) considère le modèle Kawa comme un outil fondamental dans l'initiation de la prise en soin et du parcours thérapeutique, permettant au patient de s'exprimer dans une dimension de conceptualisation et de symbolisation mais aussi dans un cadre collectif. (E2) va en revanche l'inclure de manière plus ciblée, tel un outil d'analyse du parcours de vie, une fois qu'un certain travail autour du patient a déjà été engagé. Ces différences, dans l'utilisation du modèle Kawa, témoignent de sa souplesse en ergothérapie dans la mesure où il peut être utilisé pour réaliser un travail d'introspection, ainsi que dans la définition des objectifs thérapeutiques. (E3) considère que le modèle Kawa permet d'établir le diagnostic ergothérapique, et de réaliser une synthèse des différents facteurs personnels, tels que l'environnement, les ressources et les obstacles

rencontrés dans la vie quotidienne de la personne concernée, et donne lieu également l'établissement et l'identification des objectifs. A la suite de ce diagnostic, une collaboration entre le patient et l'ergothérapeute va permettre de dégager des pistes de réflexion et des axes de travail sur les buts recherchés et les moyens d'y parvenir. Ces derniers vont davantage se concentrer sur le soin psychique de la personne que sur le soin d'adaptation. A la suite de l'établissement des objectifs, (E3) va travailler sur la projection de la vie de la personne, c'est-à-dire sur les aspects qu'elle souhaite développer pour l'avenir. La réponse apportée par le patient dans le cadre des échanges avec (E3) vont inviter à évaluer le degré de réalisme de ces objectifs, et mesurer s'ils sont atteignables.

4) Thème: La symbolisation

E1	14. → “Certains le saisissent et d'autres ne le saisissent pas. Tout n'est pas symbolique. Certains vont le mettre à distance puisque c'est trop dur, d'autres vont le mettre de façon symbolique. Oui c'est un modèle clairement symbolique, mais c'est le patient qui saisit ou pas le truc.” La symbolisation de ce modèle ne rend pas son interprétation plus complexe dans la mesure où c'est le patient qui saisit ou non l'opportunité de l'expliquer. Nous, l'objectif en psychiatrie c'est juste que le patient puisse s'exprimer. Donc, s'il s'exprime non pas par la parole mais par le dessin, c'est déjà très bien. S'il n'a pas envie qu'on analyse ce qu'il a fait, on n'analyse pas. On lui donne juste l'opportunité. Mais il est rare qu'il n'en parle pas. Mais s'il veut en parler, il en parle. Ce qui est intéressant dans la notion de groupe, c'est que les gens se stimulent les uns les autres. C'est plutôt chouette. Quand quelqu'un échange, il peut y avoir un autre membre du groupe qui rebondit sur ses propos « ah bah moi aussi j'ai vécu ça » et ils discutent autour de ça etc...”
E2	14. → “Oui, le modèle KAWA peut aider la symbolisation parce que du coup on passe par l'image pour venir apporter une conceptualisation du courant de la vie. Donc oui je pense qu'on est sûr de la symbolisation. En tout cas moi quand je l'utilise en outil et pas en bilan. Ce que je vais rechercher, c'est vraiment la symbolisation et le travail autour de ce qui peut être dit à travers cette image. Il s'agit de mettre des mots sur l'intrapsychique, le fait de mettre les souffrances, les difficultés, l'histoire de vie, le parcours, sur des rochers et rondeaux de bois permet en fait de prendre du recul et pouvoir déjà les visualiser, les quantifier et du coup poser des mots dessus. Donc une symbolisation, s'inscrit vraiment dans la psychodynamique de l'analyse, cela désigne vraiment le fait de conceptualiser et de projeter ce qu'il y a dans son esprit sur du papier, et de pouvoir en dire quelque chose. Le modèle Kawa, est plus un outil que je vais utiliser pour aider la symbolisation du patient, la compréhension de son parcours de vie, plus qu'un modèle qui va cheminer ma pensée. La symbolisation va faire ressortir la compréhension de ses difficultés et ce qu'il veut en faire. C'est un moyen comme un autre. C'est comme si j'utilisais, par exemple, ELADEB ou l'AERES. Pour moi, c'est un outil que j'utilise de manière très spontanée quand il y a besoin, mais qui ne s'applique

	pas du tout avec tout le monde.”
E3	14. → “Oui bien sûr, c’est un modèle symbolique . Dans une discussion avec la personne, l’interprétation n’est pas difficile en soi , cependant l’interpréter seule, oui. Parce que quand on va interpréter soi-même quelque chose, comme on est avec nos filtres et nos propres représentations, de surcroît quand on n’a jamais été concerné par les TCA avant, cela peut être hyper compliqué à interpréter correctement. Je dirais donc que l’interprétation, pour qu’elle soit la plus neutre et du moins la plus complète possible , se fait nécessairement en corrélation avec la personne . Mais ce n’est pas forcément aisé de le proposer à une personne qui peut ne pas percevoir la pertinence de cet outil, voire le considérer comme hyper infantilisant ; avec les éléments tels que les “bâtons” et les “cailloux”. On peut entendre ce genre de propos de la part de personnes qui aiment avoir un contrôle sur un peu tout ce qui se passe, un contrôle sur soi et un contrôle sur ce qu’on est capable de faire ou pas. L’anorexie mentale peut être aussi par exemple un des symptômes du lien avec les parents.”

Analyse thématique :

(E1) approuve la dimension symbolique du modèle Kawa dans la mesure où ce sont les patients qui saisissent ou non l’opportunité de l’expliquer. De par cette possibilité qui est laissée au patient, la symbolisation du modèle ne rend pas son interprétation plus complexe. Le modèle Kawa constitue un outil pour le patient de s’exprimer par le symbole, et invite ainsi à l’analyse de son parcours de vie et des obstacles rencontrés. (E1) insiste aussi sur la notion du collectif, dans la mesure où la possibilité de discuter et d’analyser la situation du patient se fait dans le cadre d’un groupe, les invitant ainsi à une stimulation mutuelle et à un enrichissement par le partage. Ainsi, il est intéressant de relever que le modèle Kawa ne se limite pas uniquement à une démarche d’introspection mais invite à une dynamique de groupe. (E2) perçoit également la pertinence de la symbolisation apportée par le modèle Kawa dans la mesure où la conceptualisation et l’image vont permettre de mieux comprendre le parcours du patient, lorsque ce dernier peut éprouver des difficultés à s’exprimer par l’écrit ou la parole. La représentation imagée constitue un moyen de conceptualiser l’histoire de vie du patient, mais aussi de quantifier et mesurer ses ressources, ses problèmes et ses souffrances, via les éléments constitutifs du modèle (rochers, bois flottant,) et d’arriver à nommer ses maux. (E2) insiste notamment sur la dimension psychodynamique de l’analyse, dans le sens où le travail de conceptualisation ne se limite pas en une simple description de la situation actuelle du patient mais peut aller chercher dans son subconscient des pensées et des sentiments refoulés. (E3) affirme que la symbolisation du modèle Kawa reste difficile à interpréter seule. En effet, afin de s’assurer de la neutralité de l’interprétation, celle-ci doit être effectuée en collaboration avec

la personne. La dimension symbolique n'a de sens que lorsqu'elle garantit l'inclusion du patient dans la phase d'interprétation. (E3) et (E1) se rejoignent ainsi sur le fait que l'implication du patient est indispensable dans la compréhension de leur dessin.

D'après (E3), la dimension métaphorique proposée par le modèle Kawa peut paraître peu crédible pour certains des patients, qui peuvent considérer comme infantilisant l'idée de présenter leurs difficultés, leurs ressources à partir de ces différents éléments (bois, rochers.). La symbolisation ne suscite pas d'intérêt à tous les patients concernés, et peut même au contraire rencontrer l'effet inverse. La représentation imagée des obstacles rencontrés par le patient peut en effet sembler réducteurs par ces derniers. Comme il s'agit d'une représentation graphique, les personnes atteintes d'anorexie mentale qui ont tendance à tout intellectualiser, peuvent rejeter toute démarche liée à la créativité et considèrent l'idée de schématisation de leurs difficultés comme trop simpliste.

5) Thème: Les objectifs thérapeutiques

E1	15. → “Par exemple, on va aller faire une VAD (Visite à domicile). Car le patient est en grande difficulté dans sa vie quotidienne et c'est ce qu'il va mettre en avant. Par exemple, il a pu se rendre compte qu'il y a eu à un moment donné un attouchement sexuel lié à la relation avec un professeur. Ce type de révélations sont des éléments super importants qui vont permettre après de faire un travail dessus. Je travaille beaucoup sur l'aspect de la vie quotidienne. Quand on arrive à identifier les difficultés liées au fait par exemple que la maison de la personne soit symbolique de crises, on va lui demander d'aller faire une VAD et de changer son salon (qu'il n'y ait plus de crise dans le salon et/ou que son salon ne soit plus synonyme de crise). On va aller par exemple, l'accompagner ou l'aider pour prendre des transports en commun s'il souffre d'un isolement social et qu'il a la phobie de prendre les transports en commun. On va l'amener à prendre les transports en commun et ainsi de suite. La connaissance des trois piliers de l'estime de soi sont déjà de l'identifier et après analyser comment on peut l'aider. Tout le but de l'ergothérapie c'est de travailler sur l'estime de soi.”
E2	15. →”Alors des objectifs qu'on a pu dégager se concentrent plutôt autour du travail à l'extérieur . Cela va inclure du travail autour du domicile, de l'environnement et voir comment retirer les obstacles qui peuvent être dans l'environnement. Cela peut être autour de la reprise du travail, cela peut se traduire par l'envie de retrouver son poste ou à l'inverse de ne pas y retourner. On va également travailler sur l'interaction sociale et les habiletés sociales, le retour au travail ou non et l'environnement global. Ce travail va

	nous aider à définir des objectifs, mais au même titre que ELADEB ou l'AERES. L'utilisation d'une médiation pour vraiment travailler tout ce qui va être, capacité à lâcher prise, capacité à prendre du plaisir en dehors d'une activité de productivité, capacité à pouvoir répondre à une consigne sans maîtriser ce qui va se passer, réaliser les choses dans un temps réduit et ne pas terminer forcément et réussir à lâcher prise sur le fait que tout ne s'est pas terminé. La plus grande difficulté chez nos patients anorexiques, c'est le fait de pouvoir s'opposer, s'interposer et refuser. Souvent, ils s'isolent parce qu'ils sont incapables de pouvoir dire "non" ou "oui", ils n'ont ainsi pas besoin de répondre. On essaye de remettre ça en avant, c'est-à-dire apprendre à dire "non", apprendre à savoir quand on doit dire "non" et pas dire "non", apprendre à accepter aussi et apprendre à proposer. On va surtout travailler cela. Par la suite, en individuel, il faut travailler plus globalement sur l'estime de soi, la confiance en soi et après tout ce qui va être sur l'équilibre occupationnel, les stratégies de gestion du temps, l'organisation, la planification des AVQ."
E3	15. → "En fait, ça permet de co-construire des objectifs réalistes avec nous qui graduons en fonction des réelles capacités et incapacités perçues par le jeune, mais aussi selon le rythme du jeune. Cela implique de mettre en place des objectifs établis comme, par exemple "vous n'avez plus envie de vous peser aussi régulièrement", qui concernait le cas d'une personne qui avait une balance avec elle en permanence tout le temps. Ici, on peut avoir une approche un peu différente avec le KAWA sur l'analyse des échanges et d'établir des objectifs concrets, ce qui peut être : -E3: « Qu'est-ce qu'il vous faut ? Qu'est-ce qui vous manque comme but ? » -Patiente: « Là, pour l'instant, je manque trop de sécurité » (Cela sous-entend que la balance, et le fait de pouvoir contrôler son poids si fréquemment, représente une sécurité pour le patient). -E3: « Ok, comment est-ce qu'on peut travailler votre sécurité ? » -Patiente : « Par la confiance en moi ». (On détaille alors des objectifs un peu plus précis). « Moi, c'est parce que ma mère ou mon père m'a toujours balancé que j'étais grosse », ou alors « Ma relation avec mon frère qui fait que j'ai reçu beaucoup de réflexions de ce genre assez dégradantes à ce propos ». Donc en fait, pour moi, la balance est une sécurité parce qu'il s'agit de chiffres, c'est quelque chose de clair et factuel, un objectif intéressant. Mais cela nous amène également à proposer au patient de travailler le relationnel avec la famille. -E3: « Qu'est-ce qui vous aiderait à justement vous sentir plus sécurisée et d'avoir moins besoin d'aller consulter la balance pour avoir une réponse ? » La patiente peut répondre "Oui", "Non", "Pas tout de suite", et donne aussi la temporalité. On l'amène alors en équipe et on dit « Voilà ce qui a été identifié avec le plan d'axe d'amélioration. C'est le caillou de la balance, il réduit un petit peu, Comment pouvons-nous vous accompagner ? Et là, c'est le jeune aussi qui va à son rythme et qui, selon le degré de la relation de confiance, peut s'améliorer ou pas. »

Analyse thématique :

(E1) évoque la possibilité de réaliser des visites à domicile (VAD), qui vont permettre d'identifier les difficultés du patient liées à son environnement et qui peuvent être génératrices de crises, avec pour objectif de cibler ce qui revêt de son cadre de vie. De plus, des mises en situation (MES) peuvent également être réalisées afin d'accompagner les patients qui font face à des difficultés telles que le fait de se déplacer en transport en commun ou ce qui a trait à l'isolement social. En insistant sur cette dimension liée à l'estime de soi, il est suggéré que le travail centré sur l'environnement quotidien constitue pour le patient un moyen d'améliorer la perception qu'il a de lui-même. (E2) évoque également l'intervention thérapeutique autour de la vie quotidienne du patient, en y incluant notamment la dimension professionnelle, et plus particulièrement ses choix et ses envies dans la reprise du travail, avec pour objectif de retirer les obstacles présents dans son environnement. Les besoins liés à l'interaction sociale sont également fortement mis en avant afin de travailler sur les habiletés sociales. On retrouve pour (E2) la poursuite d'objectifs thérapeutiques à trois dimensions, incluant la créativité et le rétablissement du lien social, la capacité à s'exprimer et à s'affirmer en formulant des propositions, des refus ou encore des acceptations, et enfin l'autonomie dans les activités quotidiennes. (E2) va notamment travailler avec le patient sur la notion de lâcher prise et la perte de contrôle permanent, tout en essayant prendre du plaisir dans la réalisation de ces activités, parfois même dans un temps prédéfini, mais sans nécessairement parvenir à les terminer. Enfin, les objectifs ergothérapeutiques vont être axés sur l'équilibre occupationnel dans l'organisation du quotidien et trouver des stratégies quant à la mise en place des activités de la vie courante. Ainsi, (E2) considère également que le modèle Kawa va être utilisé au même titre que d'autres supports tels que l'ELADEB ou l'AERES dans la définition des objectifs thérapeutiques. (E3) confirme l'idée que les échanges avec le patient peuvent mener à l'établissement d'objectifs thérapeutiques concrets dans une dynamique de collaboration. Le patient est acteur du processus thérapeutique, dans la mesure où il est impliqué dans les moyens mis en œuvre mais aussi la temporalité. L'exemple cité par (E3) renvoie notamment à la notion d'abandon du besoin de contrôle permanent. Au fur et à mesure des échanges et des questions posées, (E3) arrive à faire ressortir les facteurs à l'origine de ce manque de lâcher-prise de la part du patient ainsi que l'impact des relations familiales dans le développement de ces difficultés.

(E3) et (E2) axent tous les deux les objectifs thérapeutiques sur le lâcher prise. Néanmoins, (E2) met également en lumière des buts liés au retour ou non à l'activité professionnelle, mais

aussi sur les habiletés cognitives et sociales. (E1) et (E2) vont intervenir sur la valorisation de l'estime de soi. (E1) va également se concentrer sur l'intégration et l'interaction sociale du patient au sein d'un groupe comme pour (E2). (E3) met en avant la notion de co-construction dans l'élaboration des objectifs en collaboration entre le patient et l'ergothérapeute.

6) Thème: Type d'activités thérapeutiques

E1	16. → “Chaque patient est défini par rapport à une activité. C’est avec le patient qu’on va aller créer l’activité. Par exemple, on avait des patients pour lesquels la plus grande difficulté était celle d’aller faire des courses. Alors on a mis en place une activité où il fallait aller faire des courses avec lui. Pour d’autres, c’était de cuisiner, aller cuisiner avec le patient. Pour d’autres c’est de manger, alors on va aller manger avec lui. On va décortiquer les étapes qui sont difficiles pour le patient et on s’y confronte.”
E2	16. → “Alors il y en a deux. Il y a du groupal avec un atelier plus axé sous la forme de la création. J’ai également un autre atelier où on discute autour d’un jeu de plateau avec des questions et chacun échange sur sa manière de voir les choses autour de différents thèmes, l’idée étant de créer des interactions avec les autres. Et puis ensuite, en individuel, on travaille autour des AVQ pour trouver des stratégies pour les mettre en place.”
E3	16. → “Concernant la patiente avec la balance et son contrôle de poids régulier à laquelle je faisais référence précédemment, elle s’effectue en individuel . Parce qu’elle avait besoin de beaucoup d’accompagnement, parce que le regard de l’autre n’était pas supportable , mais il y avait aussi beaucoup de frustration dans tout ce qui était fait ; le contrôle de son corps et de ses TCA était une manière d’arriver quelque part. L’ergothérapie a été prescrite en individuelle pour elle, pour apprendre à faire accepter l’imparfait , ce qui n’est pas souvent simple, ou accepter l’incomplet, ou alors persévérer quand on a envie d’abandonner, car la personne préfère aller se restreindre ou faire une hyperphagie que de se dire qu’elle a échoué à faire telle ou telle chose. Et donc là, il y a un travail en ergothérapie autour de l’estime de soi , et le travail que je fais avec elle, était une espèce de maison de l’estime de soi, dans laquelle on a créé une pièce par composante, incluant l’estime de soi, la vision de soi, la confiance en soi, l’acceptation et l’amour de soi . La patiente doit réaliser tout un ensemble d’activités distinctes pour réaliser cette maison et les différentes pièces (peinture des murs , le découpage des affiches qu’elle veut mettre, la pâte fimo pour faire son chien, découper du bois pour faire la structure du lit, coudre des tissus pour faire la couette). Elle voulait faire un panier avec de la nourriture, elle a fait la nourriture en fimo aussi, et elle a fait le panier en grillage et en plâtre. L’idée de réaliser plusieurs petites activités et d’arriver à faire des projets. Souvent, elles font des choses très complexes , et s’entêtent, elles sont très perfectionnistes , et l’idée de leur faire faire plein de petites activités est une façon de ne pas les laisser s’enfermer dans un seul médium. S’enfermer que dans l’argile, s’enfermer que

	dans la peinture, parce que souvent, on voit qu'elles sont très minutieuses.”
--	--

Analyse thématique :

(E1) organise les activités de la vie quotidienne en fonction des besoins du patient. Cela inclut notamment le fait de se déplacer, faire les courses, cuisiner ou encore s'alimenter. (E1) et (E2) évoquent des activités qui relèvent de l'ordre du pratique, en y incluant des tâches de la vie courante uniquement avec le patient. C'est une approche particulièrement axée sur la restauration de l'autonomie de la personne dans son environnement. On retrouve également dans la démarche entreprise par (E1) l'inclusion du patient dans le processus de réadaptation, dans la mesure où il va participer et contribuer aux activités à mettre en place, ce qui renvoie à cette idée d'approche centrée sur la personne. L'intervention de (E1) met davantage l'accent sur l'accompagnement de la personne dans la compensation des difficultés liées à la réalisation de tâches pratiques et nécessaires à la vie courante que sur les aspects psycho-sociaux. (E2) intègre au contraire davantage la dynamique de groupe, avec par exemple la mise en place d'ateliers faisant appel à la créativité à travers des médiations, mais aussi des jeux de plateau, invitant ainsi le groupe de patients à interagir autour de différents thèmes. (E3) adopte une approche plus individualisée dans les activités entreprises avec la personne, en insistant notamment sur la nécessité d'un parcours personnalisé, mais également sur l'idée que la présence ou le regard d'autres personnes peut représenter un frein au progrès et être difficile à supporter. Les ateliers qui peuvent être mis en place sont d'ordre artistique et multiple, afin de laisser au patient la possibilité de diversifier les activités et leur permettre de se détacher de leur caractère qui peut se révéler méticuleux, et dans un esprit de quête de perfectionnisme permanent.

Nous pouvons ainsi constater la multiplicité des d'activités thérapeutiques proposées. Certaines d'entre elles relèvent de la mise en situation (MES) personnalisée et concrète en lien avec la vie courante du patient pour (E1) et (E2). D'autres au contraire, ont lieu au sein des structures de soins en interne, au cours d'ateliers créatifs en groupe pour (E2). Pour (E3), il est important de diversifier les types d'activités en individuel pour éviter l'obstination du patient sur une seule et unique action ou projet.

7) Thème: Équipe pluridisciplinaire

E1	17. → “On va jusqu’à l’art thérapie. Oui, il y a diététicien aussi, aide-soignant C’est pluridisciplinaire. Il y a aussi des sports adaptés, il y a même un APA (Activité Physique Adaptée) et kinésithérapeute. Mais ce qui est intéressant en plus de l’objectif ergothérapique, c’est que ce modèle Kawa va servir à l’ensemble des patients et va leur permettre d’aller voir le psychologue, le psychiatre, le psychomotricien, pour expliquer « « J’ai rencontré tel problème, voilà comment je l’ai dessiné, et voilà les symboliques que cela peut engendrer. »” 18. → “Les psychiatres, les internes, car c’est la première chose que j’explique dans ma démarche. Pour les autres professionnels, non je ne leur présente pas. C’est le patient qui le présente, les psychiatres en sont un peu étonnés. On en discute ensuite au cours de réunions d’équipes ou entre nous.”
E2	17. →”Alors, autour de moi j’ai psychomotricienne, EAPA (Enseignant en Activité Physique Adaptée), diététicienne, psychologue, psychiatre évidemment, infirmier, aide-soignant aussi évidemment, assistante sociale. Je mets dans mes transmissions écrites mais comme elles ne sont pas lues, je parle plutôt des transmissions orales quand on travaille en équipe.” 18. → “On a des points sur les patients et vu que moi j’utilise vraiment le modèle MOH, c’est plutôt sur la forme du modèle MOH que je vais parler, plutôt que sur le modèle KAWA. Ils ne sont donc pas au courant de ce modèle-là”
E3	17. → “Je suis avec un médecin psychiatre. Nous avons également une cadre de santé qui est souvent là, parce qu’elle vient poser le cadre, surtout dans le cadre des TCA. Justement, le fait qu’il y ait une balance, le fait qu’on mange ou pas, qu’on aille au self ou pas, c’est aussi tenu. Il y a donc une autorité posée par ce cadre de santé. De plus, au quotidien, elles sont avec des infirmières-éducatrices, et des infirmières de nuit. Il y a aussi la possibilité de rencontrer, sous indication, des assistantes sociales. Nous avons aussi des psychomotriciens, des psychologues, des ergothérapeutes. Mais nous n’avons pas en revanche de diététiciens, ce qui est un gros point négatif.” 18. → “Non, je ne leur en parle pas du tout.”

Analyse thématique :

(E1) travaille au sein d’une équipe large et intégrée, composée d’art thérapeute, diététicien, aide-soignant, allant même jusqu’à l’intervention d’un APA (Activité Physique Adaptée), kinésithérapeutes, ainsi que les psychiatres, ce qui souligne une prise en soin pluridisciplinaire. Cette intervention d’un large panel de professionnels de santé témoigne des diverses formes que peut revêtir l’intervention thérapeutique, incluant une dimension physique, psychologique et sociale pour la personne. Selon (E1), en plus des objectifs ergothérapiques, l’utilisation du

modèle Kawa va également permettre d'impliquer d'autres professionnels (psychologues, psychiatre, psychomotricien) dans l'analyse et la compréhension des problèmes rencontrés par le patient. Par conséquent, de par l'implication des différents métiers, on peut assister à l'émergence d'objectifs thérapeutiques multiples, faisant du modèle Kawa un support d'échange entre les professionnels. Le patient parle de leur représentation de rivière devant les psychiatres, donnant lieu ensuite à des discussions en réunion avec les différents professionnels. Cette collaboration multiple autour du modèle Kawa favorise une compréhension plus globale et multiple des difficultés et des obstacles auxquels le patient fait face.

(E2) travaille en équipe pluridisciplinaire incluant une psychomotricienne, un EAPA (Enseignant en Activités Physiques Adaptées), une diététicienne, une psychologue, un psychiatre, un infirmier et un aide-soignant, et une assistante sociale. Les transmissions se font de manière verbale lors de travaux en équipe. Au cours des échanges, (E2) communique davantage sur les résultats obtenus avec l'utilisation du MOH plutôt que sur le modèle Kawa, qui n'est pas forcément connu des autres professions, limitant l'intégration de cet outil dans la dynamique thérapeutique, privilégiant des supports plus largement connus de l'équipe.

La structure dans laquelle travaille (E3) est également composée de plusieurs intervenants, et régie par un cadre de santé, qui fait figure d'autorité, autour de laquelle, des infirmières-éducatrices, des psychologues, des psychomotriciens et des ergothérapeutes interagissent. Il y a également la possibilité de rencontrer, sous réserve d'indication du cadre de santé, l'assistante sociale. (E3) relève néanmoins le manque de diététiciens au sein de la structure. (E3) ne communique pas la passation du modèle Kawa aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Bien que le modèle Kawa soit utilisé par les trois ergothérapeutes interrogés, on constate néanmoins des différences dans le degré d'échanges et de discussions, compte tenu notamment du fait qu'il soit encore moins connu ou répandu que d'autres supports et que les autres professionnels ne soient pas sensibilisés.

8) Thème: Utilisation du modèle Kawa avec d'autres pathologies

E1	19. → “Alors c’est un peu compliqué. Cela peut être moins intuitif dans le cadre de la schizophrénie car la personne ne saura pas à quelle phase elle est. Si elle est en phase stable, alors oui on peut tout faire.” Oui et puis il y a un aspect dissociatif. Mais oui, on peut en parler et l’aborder.”
E2	19. → “Je ne peux pas le proposer à n'importe qui parce que je pense que cela demande une compréhension aussi et une introspection importante avant de pouvoir comprendre et pouvoir déposer les cailloux, les rondaux de bois, le cours de la vie avec les flux d'eau.”
E3	19. →”J'utilise le modèle Kawa avec des patients souffrant de tout type de pathologie. Tout ceux qui ont du mal à identifier le sens des soins que l'on peut leur proposer, ou bien tous ceux qui ont du mal à tenir des conversations verbales uniquement. Donc, c'est assez compliqué de rentrer en lien. Mais pour toutes les autres personnes, j'utilise le modèle Kawa quand il y a des problèmes d'élaboration. Quand les longues discussions sont compliquées, j'utilise un support visuel, soit le Bloc Tree, soit le modèle Kawa.” Alors, la plupart sont des troubles anxio-dépressifs. Il y a aussi des patients qui n'ont pas été scolarisés depuis très longtemps et viennent ici pour passer le BAC et pour stabiliser quelque peu l'entrée dans la maladie. Donc, pour les comorbidités, en général, cela peut être de la bipolarité. Après, c'est de l'entrée dans la « patho-psy ». Donc, TCA, évidemment, mais également bipolarité, schizophrénie... Pour la schizophrénie, cela ne concerne pas les schizophrénies installées depuis beaucoup de temps, mais plus particulièrement l'entrée dans la maladie, à savoir les prémices. Ce sont les premiers épisodes de psychotiques. On ne va pas leur faire un modèle Kawa quand ils sont en pleine crise. D'ailleurs, ils ne sont pas chez nous quand ils sont en crise, de type aigu. Normalement, notre population est assez stabilisée. Alors, évidemment, il y en a qui passent à l'acte. Il y en a qui font des tentatives de suicide. Il y en a qui se scarifient, etc. Mais je propose surtout le modèle Kawa aux patients qui sont en état stabilisé.

Analyse thématique :

Selon (E1), l'utilisation du modèle Kawa avec des patients atteints d'autres pathologies semble moins évidente et n'est pas nécessairement universelle dans le domaine de la psychiatrie. En effet, dans le cas de la schizophrénie, la stabilisation de l'état de la personne constitue une condition préalable nécessaire pour la pertinence de l'utilisation du modèle Kawa. Les symptômes dissociatifs, tels que les hallucinations, peuvent altérer les capacités du patient à exprimer ses difficultés et ses obstacles de manière cohérente et ne permettent pas l'appropriation de la métaphore de la rivière, élément central du modèle Kawa, ne rendant ainsi pas la passation systématique. Par conséquent, dans le domaine de la psychiatrie, l'utilisation

du modèle Kawa ne peut pas s'appliquer à toutes les pathologies mais doit être appliquée au cas par cas.

(E2) estime qu'il y a des limites pour ce modèle. Au-delà de la pathologie du patient, l'utilisation du modèle Kawa appelle à une compréhension préalable de la notion de symbolisation et une introspection de soi. La notion de symbolisation, caractéristique majeure du modèle Kawa, peut donc constituer l'une des principales limites quant à son utilisation. En effet, une bonne compréhension préalable de la symbolisation est nécessaire en vue d'une représentation schématique pertinente et suppose une certaine capacité cognitive et émotionnelle de la part du patient, et dépend également de sa capacité à engager une introspection indispensable à sa compréhension (E2). (E1) et (E3) insistent sur la stabilisation de l'état de la personne pour que le modèle Kawa soit applicable à d'autres pathologies psychiatriques. (E3) l'utilise auprès des patients qui ont des difficultés à saisir le sens des soins qui peuvent leur être proposés.

9) Thème: Les critères d'hospitalisation

E1	20. → “Cela passe par plusieurs pôles. La personne est suivie par un généraliste la plupart du temps. C’est le généraliste qui alerte. En alertant, il envoie un courrier, qui s’appelle le centre expert. Il y a environ six mois d’attente entre le moment où la personne envoie et le moment où on le reçoit. Au centre expert, le patient va arriver et on va réaliser prise de sang, prise de poids et discuter des difficultés qu’il rencontre et ce qu’il en est. A ce moment-là, on définit s’il y a urgence, et s’il y a une hospitalisation qui doit être faite et si oui, de quel type. On peut proposer des HJD, une fois par semaine, ou HDJ intensive, qui a lieu tous les jours mais la personne rentre chez elle. Il y a aussi des hospitalisations où on va travailler le sevrage et qui va être sur une période courte, allant de trois semaines à un mois. Pour les cas les plus graves, il y a hospitalisation complète qui peut durer entre trois et six mois, voire même entre six et neuf mois. Dans le cas d’une hospitalisation complète, on gère toute sa vie. C’est un profil un peu typique. Après il y a des cas où ils ont fait des tentatives de suicides, ou ils sont dans des grandes difficultés et on les isole. On les enferme et on les force à manger pour qu’elles reprennent du poids parce qu’elles ont un IMC morbide, et qui reste le critère numéro un dans les démarches d’hospitalisation. Après cela on les envoie en hospitalisation complète.”
E2	20. → “Alors dans notre structure et dans mon service, parce que chaque endroit a une façon de faire différente, il y a trois sessions d'HDJ, qui sont réalisées avec une évaluation des différents corps de métier où on statue sur le besoin de la patiente à suivre un soin en hospitalisation complète ou sinon sa capacité à pouvoir le faire à la maison en autonomie pour elle. Après, c'est la patiente qui prend la décision finale avec une lettre de motivation, pas professionnelle mais une lettre

	qui vient dire qu'elle est motivée à poursuivre ce soin. Ensuite, elle rentre en hospitalisation, donc en soins libres avec l'accord du médecin. Une fois en hospitalisation, il y a à peu près 5 mois d'hospitalisation. C'est donc une démarche longue, c'est pour ça que l'on demande aussi une motivation importante parce que pour arriver au bout, il faut le vouloir. Il faut donc compter environ au moins 5 mois d'hospitalisation. Pendant cette période, elle va se voir accorder des permissions au bout d'un certain temps. Tout est contrôlé par le rapport au poids. Au début de l'hospitalisation, il y a un contrat de poids qui doit être atteint en rapport avec l'IMC qui est calculé et tout est orienté autour de ce contrat de poids. La prise en charge ergothérapique est indépendante du poids. Ainsi, peu importe ce qui se passe, il y a toujours le suivi en ergothérapie. Ensuite, je les accompagne avec les ateliers que j'ai pu aborder juste avant. Une fois l'hospitalisation terminée, c'est-à-dire qu'elles ont pu faire des permissions et qu'elles se sont bien déroulées, qu'il y a une stabilisation du poids, respectant le contrat, (car le contrat représente une échelle de poids, donc dans un poids en haut de l'échelle), on commence ce qu'on appelle les séquentielles. Les séquentielles, est une étape où elles sont la plupart du temps à la maison et deux jours par semaine à l'hôpital où elles font, les rendez-vous avec nous. C'est à peu près une dizaine, sur une période qui dure environ trois mois. Par la suite, on repart sur le fonctionnement de l'HDJ, où elles viennent tous les quinze jours en HDJ, à savoir une seule journée tous les quinze jours. Et là, dans la même logique, on continue les suivis dont elles ont besoin. Cela permet vraiment d'ajuster les difficultés au fur et à mesure du temps. Cela prend fin quand tout va bien et se stabilise. Après, il y a des situations où des petites adaptations sont nécessaires quand c'est difficile et qu'il faut revenir ensuite."
E3	20. → "Comme je l'ai évoqué, Ils sont en intra, Ils sont là la semaine et retournent chez eux le week-end. Ce n'est pas une hospitalisation complète, mais une hospitalisation ouverte, où ils sont libres de partir quand ils veulent. Ce n'est pas contrôlé. Il y a un lien qui est fait avec les équipes pour savoir quand est-ce qu'ils reviennent, etc. Mais ce n'est pas contrôlé. Ils sont suffisamment stables pour pouvoir être en dehors de la structure." "Les critères d'hospitalisation sont ici assez stricts. C'est une population quand même assez "ciblée". On y retrouve souvent un lien avec la déscolarisation, une entrée dans la maladie psychiatrique, avec des jeunes qui ont d'office un suivi extérieur par un psychiatre ou un pédopsychiatre. Il faut absolument qu'il y ait en amont un suivi extérieur avec ces personnes." <u>Le parcours d'hospitalisation :</u> "Ils passent généralement par l'UPA (Unité Post-Aigüe), c'est plus là qu'ils restent. Les patients que j'ai en intra, me sont souvent adressés par des confrères psychiatres, qui connaissent la structure ou qui connaissent des psychiatres qui travaillent ici. Ce n'est pas ouvert, dans le sens où il s'agit d'une admission. Ils doivent écrire une lettre de motivation pour venir ici. Il y a des préadmissions qui sont faites par l'équipe soignante. Il y a trois préadmissions avant qu'ils intègrent le service, avec environ un mois entre chaque préadmission. C'est donc un processus assez sélectif et souvent, c'est à la demande du jeune. On n'est pas un lieu d'hospitalisation sous contrainte. C'est vraiment la volonté du jeune. D'ailleurs, en préadmission, si on voit que cela relève

	plus de la volonté des parents que de la volonté du jeune, l'admission n'est pas forcément validée. Il faut que le jeune ait envie de venir ici, qu'il donne ses motivations. Par exemple, même s'il adhère ou elle n'adhère plus au projet de soins, ou si par exemple il transgresse trop le cadre, on met en place ce qu'on appelle une semaine de réflexion. Ce n'est pas une punition. On lui propose de retourner chez lui, comme c'était le cas avant, pendant une semaine, de prendre de la distance avec le lieu de soins et de réfléchir si elle souhaite poursuivre le parcours de soins ou bien arrêter et rester chez elle. C'est vraiment libre. Il y a un consentement. S'ils veulent réintégrer la structure, ils doivent le notifier à nouveau par une lettre de motivation pour revenir. Mais souvent, dans les motivations, ils manifestent leur désir de ne pas sortir du cadre, justement, scolaire. Ils veulent absolument avoir mon BAC pour pouvoir faire ce qu'ils veulent de leur vie. J'ai peur que ma maladie prenne trop le dessus. Ou alors, ils disent les bénéfices qu'il y a eu ici. C'est comme ils sont en communauté. Parce qu'ils sont tous sur un service. Il y a une vingtaine de jeunes. Entre dix et vingt jeunes, mais souvent vingt sur le même étage avec la même équipe soignante. Il y a une relation de confiance et de pair-aidance qui se fait, ce qui leur apporte souvent beaucoup. C'est des rencontres aussi simplifiées avec des pairs, des jeunes de leur âge, avec ou pas des troubles qui peuvent être similaires. Il y a une certaine compréhension de par les professeurs qui sont un peu plus formés, dans des classes beaucoup plus petites. Il n'y a ainsi que des avantages à être ici pour eux. Donc, le parcours d'hospitalisation, pour répondre à la question initiale, est souvent enclenché à leur demande."
--	--

Analyse thématique :

Dans le cadre du parcours et des critères d'hospitalisation, (E1) rappelle que le patient est la plupart du temps suivi par un médecin généraliste. C'est lui qui va déclencher l'alerte par l'envoi d'un courrier au centre expert, pour lequel un délai d'environ 6 mois peut être nécessaire avant d'être traité et donner suite. Ce centre expert va ensuite réaliser tout un ensemble d'examens auprès du patient, incluant prise de sang, prise de poids mais va également parler de ses difficultés et des problèmes rencontrés. Suite à ces résultats, le centre expert va définir la nature de l'intervention ; à savoir si elle s'inscrit dans l'urgence, dans le cadre d'une hospitalisation. Plusieurs types d'hospitalisations peuvent être proposées, telle que l'hospitalisation de jour (HDJ) de façon hebdomadaire, ou bien une HDJ de manière intensive qui a lieu tous les jours mais où le patient rentre à son domicile. De plus, d'autres hospitalisations de type plus spécialisées peuvent avoir lieu sur une période de deux à trois semaines, voire un mois, au cours desquelles ils vont travailler sur le sevrage. Enfin, pour les cas les plus graves, une hospitalisation complète va être privilégiée, pouvant aller de six à neuf mois, période au cours de laquelle l'équipe va gérer l'ensemble de la vie du patient. Dans les situations les plus extrêmes, incluant par exemple une tentative de suicide, la prise en soin va

se concentrer en priorité sur l'aspect du poids. Le patient est alors isolé et forcé à s'alimenter en raison d'un IMC trop faible, rendant la prise de poids prioritaire. Une fois cette étape complétée, le patient est ensuite emmené en hospitalisation complète. (E1) distingue ainsi dans le parcours de prise en soins les pôles traditionnels des pôles d'urgence. Bien que les critères d'hospitalisation soient larges et multiples, le principal critère reste le niveau de l'IMC dans les démarches d'hospitalisation.

Concernant la structure dans laquelle évolue (E2), le processus de prise en soin passe tout d'abord par trois sessions d'HDJ au cours desquelles il va être décidé si une hospitalisation complète ou bien à domicile en autonomie, selon l'état du patient, doit être privilégiée, soulignant une certaine variabilité des modes opératoires entre établissements. La décision finale concernant le type d'hospitalisation est cependant prise par la patiente elle-même, par lettre de motivation, qui justifie son envie de poursuivre le processus de soin. Compte tenu de la durée d'hospitalisation relativement longue, qui est d'environ cinq mois, la motivation de la patiente est nécessaire pour poursuivre la démarche de prise en soin, impliquant une véritable motivation de sa part pour aller au bout du parcours. Au cours de ces 5 mois d'hospitalisation, suivant l'évolution de l'état du patient et de son poids, des permissions pourront lui être octroyées. Le suivi de l'IMC du patient par un contrat de poids au début de l'hospitalisation va définir des objectifs de masse corporelle à atteindre par le patient. Selon (E2), la prise en charge ergothérapique s'effectue par la mise en place d'ateliers et ce, quelque soit la prise de poids de la personne. Dans un second temps, au bout de la période d'hospitalisation de cinq mois, que les permissions octroyées au patient ont été concluantes et que le poids s'est stabilisé, des séquentielles vont être mises en place. Au cours de ces phases, les patientes vont rester à domicile et avoir deux rendez-vous hebdomadaires avec l'ergothérapeute, sur une période d'environ trois mois. Cette étape des séquentielles est alors suivie d'une présence en hôpital de jour, qui a lieu une fois tous les 15 jours et qui vont faire l'objet de suivis réguliers. Quelque soit la nature et le mode d'hospitalisation adaptés au patient, nous pouvons constater que l'un des critères majeurs au déclenchement de tout processus est le niveau d'IMC du patient (Indice de Masse Corporel). C'est en effet cet indicateur et son évolution qui vont guider les décisions prises par les équipes. Il est par ailleurs intéressant de relever la place constante de l'ergothérapie dans le parcours de soins, quelle que soit la situation clinique du patient, soulignant l'importance de la reconstruction identitaire, occupationnelle et relationnelle.

Pour (E3) l'une des conditions pré-requises pour intégrer le parcours d'hospitalisation est un suivi extérieur de la part d'un psychiatre ou pédopsychiatre. De plus, l'admission s'effectue sous réserve d'une réelle volonté de la part du jeune qui doit formuler sa demande par la rédaction d'une lettre de motivation. Malgré un critère d'admission stricte, (E3) insiste que le fait que l'hospitalisation reste une démarche relativement ouverte et libre. L'admission se fait sous réserve de consentement de la part du patient. Compte tenu de la nature de soins-études de la clinique psychiatrique dans laquelle (E3) exerce, il y a également l'idée que le patient exprime son désir de ne pas sortir du cadre scolaire, et veuille assurer l'obtention de son Baccalauréat. Par ailleurs, une relation de confiance et de pairs-aidances peuvent s'instaurer entre les patients au sein du même service.

F. Discussion

Suite à l'analyse des données recueillies auprès des trois ergothérapeutes interrogés dans le cadre de notre enquête, qui nous ont permis d'avoir une meilleure connaissance de l'utilisation du modèle Kawa dans le cadre de l'anorexie mentale, il convient de nous questionner sur les similitudes et les divergences des réponses apportées par rapport au cadre conceptuel présenté précédemment. La discussion que nous allons amorcer a pour but de confronter les réponses obtenues au cours de nos entretiens aux apports théoriques que la littérature ergothérapique a produit au cours de ces dernières années. Il s'agira au cours de cette étape, de mettre en lumière certains éléments pouvant constituer de nouveaux apports et nourrir les travaux académiques existants. Une analyse critique de notre étude sera ensuite menée afin de mettre en évidence les limites et les biais identifiés au cours de notre enquête. Enfin, nous nous intéresserons à une réexamination de notre hypothèse, et envisageons différents axes de réflexion en vue de potentiels futurs travaux de recherche.

1) Thème: Présentation des ergothérapeutes interrogés

D'après le Ministère des solidarités et de la santé en 2021, le rôle de l'ergothérapeute s'appuie sur l'accompagnement des individus concernés dans la gestion des activités de leur vie quotidienne. Selon les trois ergothérapeutes interrogés, une part significative de l'intervention auprès du patient se concentre principalement autour de la gestion du quotidien. De plus, il joue également un rôle dans le développement des interactions sociales de l'individu, incluant des domaines allant aussi bien de la vie professionnelle aux relations familiales et interpersonnelles (Cerbai et Roch, 2023). (E1) va travailler sur les aspects émotionnels du patient en incluant la

notion de résilience et l'alliance thérapeutique. (E2) a une démarche multidimensionnelle qui intègre le travail autour de l'équilibre occupationnel, les interactions sociales mais également le rapport à l'activité professionnelle. (E3) rejoint la définition établie par le ministère des Solidarités et de la santé, en agissant principalement autour des activités de la vie quotidienne.

En 2024, 600 000 adolescents et jeunes adultes souffrent d'anorexie mentale (**Ameli, 2020 ; HAS, 2010**). Comme mentionné dans le cadre conceptuel, d'après Ameli en 2020, l'anorexie mentale est une pathologie qui concerne majoritairement des adolescents (entre 13-14 ans) et des jeunes adultes (16-17 ans). (E1) travaille quant à lui uniquement avec des adultes souffrant d'anorexie mentale, tout comme (E2) mais qui exerce principalement auprès de jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans. (E3) inclut des grands adolescents et des jeunes adultes (16-25 ans). Bien que les données statistiques fournies par Ameli en 2020 semblent montrer que la population atteinte d'anorexie mentale concerne spécifiquement des jeunes et grands adolescents, il semblerait au vu des trois ergothérapeutes interrogés, que les jeunes adultes occupent une part significative parmi les patients atteints d'anorexie mentale.

D'après les auteurs Moskowitz et Weiselberg (2017), dans le cadre d'une anorexie mentale typique, nous allons retrouver une restriction soutenue de l'alimentation, combinée à une perte de poids résultant de régimes stricts, et marquée par de longues périodes de jeûne ainsi qu'une activité physique excessive. Ce caractère se manifeste aussi chez les individus qui accordent une importance particulière à leur apparence physique. (E2) et (E3) définissent l'anorexie mentale comme une limitation, voire une privation alimentaire, couplée à des restrictions d'ordre comportemental, et s'exprime par une forme de rigidité, impactant la prise de poids et l'équilibre nutritif. Il se manifeste également par une pratique excessive d'activité physique. Enfin, on peut relever le besoin de contrôle permanent et une quête de perfectionnisme de la part du patient. Cependant (E1) propose une approche différente de l'anorexie mentale, mais sans l'assimiler à une maladie ou à un trouble, mais davantage à une addiction liée à la perte de l'estime de soi. Compte tenu de cette analyse, (E1) oriente son approche sur la valorisation de soi.

2) Thème: Les modalités d'évaluations

La profession d'ergothérapeute repose sur une approche et des modèles conceptuels ainsi que sur des techniques d'évaluation, dont les méthodes ont été validées et affinées au fil du temps et des différents travaux de recherches scientifiques, menés s'articulant autour de ce qu'on

appelle la science de l'occupation humaine (**Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021**). Le modèle Kawa est une évaluation subjective du parcours de vie de la personne et constitue donc une approche centrée sur le client (**J.Y Teoh et M. Iwama, 2015**). (E1) l'utilise comme un support imaginé et imaginatif qui invite le patient à saisir les opportunités et de réaliser un travail d'introspection sur lui-même. (E1) va s'appuyer sur cette réalisation pour mieux connaître le patient, ses difficultés. (E2) utilise le modèle Kawa pour conceptualiser le parcours du patient et son histoire de vie. (E1) et (E2) se concentrent sur la représentation de la rivière dans son environnement global tandis que (E3) travaille sur la coupe transversale donc sur un moment précis, un instant présent de la vie du patient. (E1) et (E2) se focalisent chacun sur le plan de la rivière globale, qui peut être complétée pour (E2) par le plan de la coupe, tandis que (E3) se concentre exclusivement sur le plan de coupe. Nous avons pu voir dans la partie théorique que Iwama et Teoh (2015) mettent en évidence deux dessins de rivières, ou l'un représente l'écoulement d'un fleuve, qui symbolise la vie de la personne de manière continue. Le deuxième dessin représente quant à lui un plan de coupe transversale de la rivière à un instant précis de la vie de l'individu. Chaque ergothérapeute interrogé le propose de manière différente et adaptée selon l'approche qu'ils souhaitent engager avec le patient.

Pour la phase d'analyse, (E1) privilégie une approche collective avec un groupe de quatre patients avec lesquels des discussions et des échanges vont s'amorcer autour du dessin réalisé, ce qui souligne la dimension inclusive du modèle, rejoignant la vision de Teoh en 2010. Si nous nous référons à l'expérience de (E2), nous pouvons constater que la passation protocolaire dans la démarche thérapeutique n'est pas systématique, ce qui rejoint le point de vue de Michael Iwama en 2006 qui insiste sur le fait que les étapes ne sont pas figées, mais suggère au contraire d'adapter cette auto-évaluation à la personne et à son état. Pour (E3), le modèle Kawa va servir de support de discussion, et va aider à l'élaboration des axes de travail ce qui valide la définition de Teoh et Iwama en 2015 sur la notion de l'auto-évaluation mais également comme un outil pour faire ressortir des obstacles et identifier les objectifs thérapeutiques à venir. (E3) met en évidence l'évaluation des potentiels progrès récents dans la conceptualisation et le ressenti du patient. De plus pour (E3), la phase d'analyse se caractérise par une mise en comparaison de l'auto-évaluation du patient avec la vision que l'équipe se construit, au cours de la phase de transmission, il y a un réel sens pour le jeune.

Dans le cadre du modèle Kawa, il est également établi la distinction entre l'évaluation subjective et l'évaluation objective. En effet, une fois réalisée, l'évaluation subjective va

permettre de déterminer le choix de la méthode utilisée dans le cadre de l'évaluation objective poursuivie par l'ergothérapie (**Teoh, 2010**).

En complément du modèle Kawa, (E1) va s'appuyer sur une autre approche qui repose sur l'aspect de la vie quotidienne (ELADEB), il précise que c'est le point final de la prise en charge, notamment dans le cadre de la projection de la vie à l'extérieur.

(E2) utilise également d'autres outils visant à évaluer les besoins de la vie quotidienne du patient tels que le MOH, le BVQ, ELADEB et l'AERES, qui sont également à disposition de l'ergothérapeute et peuvent s'appliquer au même titre que le modèle Kawa. Tout comme (E2), (E3) s'inspire également du MOH mais elle utilise systématiquement en complément le Blob Tree, un support visuel qui invite le patient à désigner la perception qu'il se fait de son état émotionnel. Le modèle Kawa constitue ainsi une approche complémentaire mais pas substituable dans l'analyse du parcours du patient et de ses difficultés.

Comme suggéré dans l'étape n°3 du protocole de passation, l'ergothérapeute va, en étroite collaboration avec le patient, faire ressortir les différentes difficultés et obstacles représentés dans la représentation graphique.

“Il a ainsi pour objectif de mettre en avant le point de vue de l'utilisateur, sa propre évaluation de la situation. Il doit ainsi permettre une véritable négociation du travail à faire en ergothérapie. Il s'agit d'une évaluation subjective, c'est donc la personne elle-même qui décrira sa situation à travers l'expression graphique et orale.”(**J.Y Teoh et M. Iwama, 2015**).

(E1) insiste sur l'idée que le patient joue un rôle central dans sa prise en charge, il est invité à réfléchir par lui-même sur ses difficultés. (E2) va également avoir des discussions avec la personne autour de ses objectifs de vie mais cela suppose au préalable qu'un processus de restauration de l'estime de soi a été engagé. Le modèle Kawa constitue pour (E3) une grande aide pour établir un diagnostic ergothérapique et le rendre le plus proche de l'objectivation. D'après le Ministère des solidarités et de la santé en 2021, l'ergothérapeute a la compétence d'établir un diagnostic suite à une évaluation de la personne. Le plan d'action repose sur une collaboration entre l'ergothérapeute et les jeunes. De plus, les interactions entre l'ergothérapeute et le client font de ce dernier un véritable partenaire dans le cadre de l'élaboration des objectifs, et non comme un bénéficiaire passif du parcours thérapeutique. (**J.Y Teoh et M. Iwama, 2015**)

3) Thème: La symbolisation

Le modèle Kawa représente l'écoulement d'un fleuve qui symbolise la vie de la personne de manière continue, c'est-à-dire symbolisant le passé, le présent et son futur, partant du haut de la montagne jusqu'à sa jetée dans la mer. (J.Y. Teoh et M. Iwama, 2015). La notion de symbolisation est fortement présente, compte tenu des éléments qui illustrent les ressources et les obstacles de la personne. Pour (E1), le modèle Kawa est symbolique mais sous réserve que le patient saisisse l'opportunité de l'expliquer. La nature symbolique du modèle semble se confirmer pour (E1) principalement par la crédibilité que le patient va accorder. (E2) confirme que le modèle Kawa peut aider à la symbolisation car la représentation schématique de la rivière permet de conceptualiser le parcours de vie du patient, mettre des mots sur l'intrapsychique. L'utilisation des éléments tels que les rochers, les bois flottants pour désigner des souffrances, des difficultés mais également des ressources permettent de prendre du recul et de pouvoir mieux les présenter et les nommer.

Pour (E2): *“[...] dans le terme de symbolisation, c'est vraiment la psychodynamique de l'analyse, c'est vraiment de conceptualiser et de projeter ce qu'il y a dans son esprit sur du papier. “* D'après Le Bras, Boutinaud et Chabert en 2012, cet exercice de représentation symbolique s'inscrit particulièrement dans une démarche de solitude et d'introspection pour la personne, visant à exprimer la propre perception qu'elle a d'elle-même sur un support visuel. Selon (E3), c'est un modèle symbolique mais qui nécessite une collaboration entre l'ergothérapeute et la personne afin que la symbolisation et l'interprétation qui en découlent soit la plus neutre et complète possible. Cette affirmation confirme les écrits de Marie-Chantal Morel-Bracq et Michael Iwama en 2008, qui mettaient en avant l'importance des échanges entre le patient et l'ergothérapeute dans la signification de chacun des éléments constitutifs de la rivière.

4) Thème: Les objectifs thérapeutiques

(E1) va accompagner le patient dans la réalisation d'activités du quotidien, telles que la prise des transports en commun, faire les courses, mais va surtout travailler autour de l'estime de soi, qui constitue un objectif thérapeutique majeur mis en évidence par Muriel Launois (2015) dans la reconstruction de sa confiance et de son sentiment d'appartenance.

En effet, la restauration de l'estime de soi figure parmi les axes d'amélioration et de travail mis en évidence par (E2) dans un cadre individuel. Parmi les différents objectifs thérapeutiques mis en évidence notamment par Muriel Launois, nous avons pu relever certains d'entre eux au cours des entretiens avec les trois ergothérapeutes interrogés. En effet, nous pouvons tout d'abord noter la réadaptation sociale et le processus d'un retour progressif de socialisation et d'interaction avec les membres d'un collectif, qui se retrouvent dans les interventions thérapeutiques menées par (E2), qui travaille sur la notion de capacités à évoluer au sein d'un groupe. (E2) évoque également son intervention autour de la nécessité du lâcher prise, ce qui rejoint les objectifs thérapeutiques autour de l'abandon du besoin de contrôle permanent de la situation. (E3) rappelle l'implication du patient dans la co-construction des objectifs thérapeutiques, en tenant compte des capacités ou des incapacités qu'il perçoit. (E3) mentionne par exemple des objectifs axés autour des rapports avec la famille, qui s'inscrit notamment dans une logique d'ordre psycho-dynamique et "d'auto-réparation" (**Muriel Launois, 2015**) Enfin, (E2) évoque des interventions visant à permettre au patient de renouer avec l'activité professionnelle et le travail, ce qui peut nous amener à faire le lien avec la notion de capacité motivationnelle et la reprise du contrôle de sa propre vie, ce qui se rattachent aux objectifs axés sur les capacités cognitives et comportementales. (**Muriel Launois, 2015**)

Cette discussion, qui met en parallèle les entretiens menés au cours de cette enquête avec la théorie et la cadre conceptuelle, nous permet d'avoir une connaissance plus approfondie et pluridisciplinaire du rôle de l'ergothérapeute travaillant auprès des jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale, avec l'utilisation du modèle Kawa. L'ergothérapeute adopte une approche d'ordre holistique, tant la démarche d'évaluation, tant sur la démarche d'évaluation, que dans la proposition d'objectifs thérapeutiques ou dans la mise en œuvre, tout en mettant le bien-être du patient au centre du processus de soins. Il est particulièrement intéressant de constater des différences de démarches et d'utilisations du modèle Kawa d'un ergothérapeute à un autre, donnant lieu à des passations à la fois diverses et enrichissantes ainsi qu'à des multiples objectifs thérapeutiques. Nous avons pu voir que le modèle Kawa ne se suffit pas à lui seul mais constitue un outil d'évaluation significatif invitant à une introspection, mais qui se positionne comme complémentaire et non substituable à d'autres supports. A travers cette auto-évaluation, nous pouvons identifier sous une approche alternative à l'échange verbal, leurs besoins mais également définir leurs objectifs en étroite collaboration avec l'ergothérapeute, ce qui place le patient au centre du processus de sa prise en charge.

5) Vérification de l'hypothèse

Rappelons tout d'abord que la question de recherche qui a guidé mon étude : « En quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique ? »

Sur la base de cette problématique et afin d'orienter notre méthode de recherche, nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle en valorisant la symbolisation de la personne atteinte d'anorexie mentale, le modèle Kawa favorise la formulation des objectifs ergothérapeutiques.

Conformément aux résultats de l'enquête menée, nous avons pu constater que le modèle Kawa facilite l'identification des objectifs thérapeutiques des jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale. En effet, les trois ergothérapeutes interrogés au cours de notre étude se rejoignent sur le fait qu'il s'agisse d'un modèle symbolique, de par la représentation schématique du parcours de vie du patient. Néanmoins, il est important de relever les limites de cette dimension symbolique, tel qu'il a été relevé par l'un des ergothérapeutes interrogés.

Ce dernier a en effet soulevé l'idée selon laquelle il n'est pas systématique que le patient saisisse le modèle et qu'il reste possible que certains préfèrent le mettre à distance, en raison de la difficulté que peut représenter l'évocation de certaines choses de leur vie, ce n'est donc pas tout symbolique. De plus, le troisième ergothérapeute interrogé évoque le fait que l'interprétation du modèle se fait de manière seule, ce qui souligne une difficulté majeure et ainsi la nécessité d'une discussion avec le patient dans la réalisation de cette auto-évaluation.

Le retour de ces enquêtes ont également permis de faire ressortir certaines limites du modèle, et plus particulièrement celles liées à la distance posée par le patient et à la réticence de ce dernier quant à son application.

En conséquence, l'hypothèse est partiellement validée.

6) Limites de l'outil

Il est tout d'abord intéressant de relever plusieurs limites dans la conduite des entretiens semi-directifs. En effet, nous pouvons noter le manque de temps auquel nous avons pu faire face,

compte tenu de la disponibilité parfois limitée et de l'emploi du temps chargé des ergothérapeutes interrogés.

De plus, il est aussi difficile de tendre vers une étude statistique, compte tenu de l'échantillon restreint d'ergothérapeutes interrogés, correspondant dans nos critères d'inclusions établis au préalable.

Compte tenu du fait que l'étude proposée est de type qualitatif et, s'appuyant donc sur des témoignages et des réponses à des questions non quantitatives, il n'est pas toujours évident d'obtenir les informations précises et souhaitées, la personne interrogée étant totalement libre de ses réponses.

Enfin, il est important de noter que la qualité de l'enregistrement audio peut parfois être irrégulière, pouvant entraîner des imprécisions lors de la retranscription des réponses fournies par les ergothérapeutes.

7) Limites et intérêts de l'enquête

L'étude menée présente à la fois des avantages et des limites qui peuvent influencer les résultats.

Une première limite relevée réside dans la taille restreinte de l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés. En effet, parmi l'ensemble des ergothérapeutes sollicités dans le cadre de notre enquête, seuls trois d'entre eux, répondant aux critères d'inclusion, exerçant auprès de patients souffrant d'anorexie mentale et utilisant le modèle Kawa ont répondu favorablement à notre demande. Ainsi, les données recueillies auprès d'un nombre réduit d'ergothérapeutes ne permettent pas de généraliser l'ensemble des pratiques des professionnels de santé travaillant auprès des patients atteints d'anorexie mentale. Cela limite la généralisation des conclusions et restreint la diversité des perspectives que les ergothérapeutes pourraient apporter dans l'accompagnement des personnes atteintes de cette pathologie.

De plus, le manque de disponibilité des ergothérapeutes travaillant en santé mentale a également constitué une limite majeure à la conduite de l'enquête. Plusieurs ergothérapeutes ont été sollicités et ont finalement répondu tardivement. En effet, nous avons constaté au cours

de nos multiples sollicitations que peu d'ergothérapeutes en France, exerçant dans le cadre des TCA utilisent à ce jour le modèle Kawa ou sont peu formés à cet outil.

En ce qui concerne les patients, la loi Jardé de 2012, qui régle la recherche impliquant la personne humaine, encadre fortement la possibilité d'interroger directement les patients et leur entourage sans leur consentement, ce qui peut également constituer une limite.

La littérature académique autour de l'accompagnement de personnes atteintes d'anorexie mentale par l'ergothérapeute et plus particulièrement sur le modèle Kawa est également aujourd'hui relativement réduite, représentant une autre forme d'obstacle dans notre travail de recherche.

Dans le cadre de mon guide d'entretien, aucune question relative à la famille ne figurait dans la grille soumise aux ergothérapeutes interrogés, ce qui représente pourtant un élément particulièrement important dans la vie des personnes souffrantes d'anorexie mentale et qui aurait pu être particulièrement intéressant à exploiter dans le cadre de notre recherche.

Dans la partie conceptuelle je n'ai pas évoqué le parcours du soin spécifique de la personne atteintes d'anorexie mentale, ce qui peut représenter une autre limite de notre cadre de recherche. J'ai cependant pu m'intéresser aux critères d'hospitalisation au cours de notre enquête, ce qui a pu nourrir et développer ma connaissance sur les différentes étapes du processus d'admission pour l'anorexie mentale.

Au cours des entretiens menés et suite aux témoignages des ergothérapeutes, j'ai pu constater que le modèle Kawa pouvait, de par sa nature et sa conception, présenter des limites qui montraient que son application et son utilisation auprès des patients n'était pas systématiques. En effet, nous avons pu relever que la crédibilité de cet outil pouvait être remise en question par les patients eux-mêmes, de par son caractère imagé et imaginatif. Le deuxième ergothérapeute interrogé (E2) mentionnait en effet le fait qu'il n'était pas forcément aisé de le proposer à une personne qui ne peut pas percevoir la pertinence de cet outil, voire même le considère comme "hyper infantilisant" selon (E3), avec les éléments tels que les bois flottants et les rochers. D'après Richardson, Jobson et Miles en 2010, certains peuvent le juger comme un modèle simpliste et infantile, ce qui constitue une autre critique adressée au modèle Kawa.

Le troisième entretien m'a donné des éléments sur le consentement en psychiatrie, ce qui m'a amené à faire des recherches sur la notion du refus de soin. Parmi les différentes conséquences rencontrées fréquemment chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, on retrouve la notion de refus de soin. En effet, il se manifeste généralement par un déni du patient sur sa pathologie et sur la réalité de son image corporelle, allant même jusqu'à se considérer en bonne santé et refuser l'idée d'un quelconque besoin de soin. (**Vialettes et al., 2006**). Ce refus de soin de la part du patient souffrant d'AN peut en effet constituer pour l'ensemble de l'équipe un véritable frein à l'amélioration de l'état du patient, dans la mesure où il impacte significativement la relation de confiance que les professionnels de santé essaient d'instaurer afin de soutenir et d'accompagner vers la guérison (**Goldner et al., 1997**).

C'est la raison pour laquelle il est primordial et indispensable d'assurer dès le début l'élaboration d'une alliance thérapeutique, dans le but de poser les bases d'une relation de confiance mutuelle entre le patient et le professionnel de santé, pour permettre un accueil bienveillant et d'un suivi efficace, mais également afin de placer la personne au centre de sa prise en soin.

La notion d'alliance thérapeutique, mentionnée dans la partie enquête dans le cadre de l'échange avec le premier ergothérapeute interrogé, aurait également pu figurer dans mon cadre conceptuel, et aurait également pu constituer un élément supplémentaire pour enrichir l'étape de la rencontre entre l'ergothérapeute et le patient.

L'un des prérequis majeurs à l'initiation d'une alliance thérapeutique est la prescription médicale afin de cadrer le processus et la démarche de prise en soin. Dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint d'anorexie mentale, un travail autour de l'accueil et l'entrée en relation est nécessaire, en vue d'adopter une thérapie centrée sur la personne. Cette démarche implique également tout un travail de recueil des informations relatives à l'état du patient, incluant notamment les entretiens préalables, les bilans. (Muriel Launois, 2015)

Ces recherches auraient pu être davantage développées et mises en avant dans notre cadre conceptuel, en insistant davantage sur le fait que la personne souffrant d'anorexie mentale joue un rôle central dans son parcours de soin.

Malgré ces limites, cette enquête nous a permis de mettre en avant plusieurs points positifs tels que l'importance de la co-construction des objectifs thérapeutiques avec le patient ainsi que

l'apport de l'ergothérapeute en santé mentale. Elle a également soulevé des questionnements sur le rôle de l'ergothérapeute dans la définition des objectifs pluridisciplinaires au sein d'une équipe, impliquant une étroite collaboration avec les autres professionnels. Le modèle Kawa permet aussi de rentrer en relation avec la personne, comme mentionné par le premier ergothérapeute, venant ainsi confirmer les écrits de Muriel Launois en 2015, qui rappelait que le modèle *“peut tout à fait devenir une occasion d'entrer en relation avec une personne, pour l'aider à faire un point métaphorique sur sa vie.”*

Les types d'activités sont également essentielles dans la pratique de l'ergothérapeute, plusieurs activités ayant été mises en avant dans la partie théorique ainsi que dans l'enquête, ce qui peut définir notre rôle par rapport aux autres professions de santé, ainsi que la place qu'occupe l'ergothérapeute au sein d'un service de psychiatrie.

Nous avons notamment pu voir que les ateliers thérapeutiques peuvent s'effectuer en individuel et en groupe. Les interactions en individuel invitent à une approche personnalisée pour les patients, ce qui représente un avantage lorsque les ateliers de groupe proposent une dynamique intéressante, voire stimulante pour les personnes atteintes d'anorexie mentale. Ces différentes activités mises en place peuvent se dérouler aussi bien au sein même de la structure qu'à l'extérieur.

Enfin, j'ai également eu l'opportunité d'explorer de nouvelles évaluations telles que le Blob Tree, que je n'avais jamais eu l'occasion de découvrir par le passé.

8) Projection de l'étude

Dans un contexte de vieillissement global de la population, les troubles des conduites alimentaires (TCA), et notamment l'anorexie mentale chez les personnes âgées, restent un sujet encore peu exploité, bien que leur impact sur la santé et l'autonomie soit significatif. Il serait en effet pertinent d'interroger des ergothérapeutes sur les pratiques existantes afin d'évaluer la pertinence de l'utilisation du modèle Kawa dans l'accompagnement de cette population spécifique comme souligné par (E2).

Le modèle Kawa, d'origine japonaise, s'appuie sur une métaphore du cours d'eau pour illustrer la vie d'une personne en lien avec son environnement, ses ressources, ses défis et son identité culturelle. Ce modèle, centré sur la personne et intégrant la dimension culturelle de l'occupation, apparaît pertinent dans le champ des pathologies psychiatriques, où les dimensions identitaires et relationnelles sont souvent perturbées. (E1) et (E2) ont mis en avant la nécessité de stabilisation de l'état du patient pour la passation de ce modèle, illustrant l'idée

que le modèle Kawa n'est pas applicable uniquement pour les TCA mais peut être utilisé pour d'autres pathologies psychiatriques selon leur phase.

Le modèle Kawa est par ailleurs déjà utilisé en gériatrie dans certaines pratiques professionnelles notamment par le troisième ergothérapeute, afin de mieux comprendre les récits de vie, les représentations corporelles et les valeurs des patients âgés. Son utilisation permettrait donc une approche plus personnalisée dans l'accompagnement en ergothérapie, en particulier dans les cas complexes comme l'anorexie mentale du sujet âgé.

Ce travail vise donc à recueillir, via des enquêtes internationales, les retours d'expérience des ergothérapeutes sur l'application du modèle Kawa. Il est aujourd'hui très développé notamment au Canada, sa pertinence pourrait enrichir la pratique professionnelle en France.

9) Intérêts professionnels

La réalisation de ce mémoire m'a apporté un enrichissement important, à la fois sur le plan personnel que professionnel. Bien que n'ayant pas eu l'occasion d'utiliser le modèle Kawa directement, ce travail de recherche m'a permis de mieux comprendre mon sujet et d'approfondir mes connaissances dans un domaine à exploiter. J'ai eu l'opportunité d'explorer plusieurs éléments essentiels liés à l'ergothérapie, et plus particulièrement autour de l'accompagnement des personnes atteintes d'anorexie mentale, ainsi que le rôle que peut jouer le modèle Kawa dans ce contexte.

J'ai pu découvrir différents aspects de cette pathologie, notamment ses répercussions sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et le rôle de l'ergothérapeute dans le suivi de ces patientes. Ce mémoire m'a également appris à structurer ma démarche, à développer une méthode de travail, et à faire preuve de persévérance malgré les difficultés rencontrées, notamment dans la recherche documentaire et la réalisation des entretiens. Ces défis m'ont poussée à aller jusqu'au bout et m'ont donné le goût de poursuivre mes projets avec détermination.

Ce travail de recherche a suscité en moi de nombreuses réflexions et remises en question, qui enrichiront ma future pratique professionnelle. J'ai compris que même un projet complexe, avec peu de ressources disponibles, peut s'avérer très formateur. Le modèle Kawa reste encore peu utilisé en France, mais j'espère que ce mémoire contribuera à mieux le faire connaître et à susciter l'intérêt pour son intégration en ergothérapie. J'espère que ce travail de recherche

permettra de nourrir la littérature existante et suscitera l'intérêt et la curiosité d'autres membres de la communauté ergothérapeutique dans ce domaine de la psychiatrie.

Conclusion

Nous avons pu rappeler en préliminaire de cette étude que l'anorexie mentale figurait aujourd'hui parmi les troubles des conduites alimentaires comme étant particulièrement présent chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que, dans une moindre mesure, chez les personnes âgées. Ce trouble, très présent chez les adolescents et les jeunes adultes, et dans une moindre proportion chez les personnes âgées, se manifeste tant sur le plan physique et cognitif, que sur le plan psychique, social et environnemental, impactant les interactions sociales et la vie quotidienne des individus concernés. Nous avons en effet pu mettre en lumière les conséquences que l'anorexie mentale pouvait engendrer sur le patient à la fois sur ses relations professionnelles, mais également au sein de la sphère familiale et amicale, se traduisant par un isolement croissant et une importante perte de l'estime de soi. Les personnes concernées peuvent souvent témoigner dans leur comportement une certaine forme de rigidité, combinée à un besoin de perfectionnisme constant.

Dans cette optique, le rôle de l'ergothérapeute est principalement axé sur la mise en place des objectifs à travers le lâcher prise, la confiance en soi, ou encore le développement personnel à travers la symbolisation ainsi que l'expression des sentiments refoulés. Il est important de souligner la nécessité d'instaurer un cadre thérapeutique, indispensable au développement d'une relation de confiance entre le patient et l'ergothérapeute. De plus, la mise en place de VAD et de MES constitue des outils majeurs permettant au professionnel d'évaluer le patient dans son propre environnement. Ainsi, l'ergothérapeute dispose, en plus de ses compétences, de divers outils et supports d'analyse pour évaluer le patient.

L'évaluation en santé mentale est une étape importante dans le processus d'intervention en ergothérapie. Dans cette optique, le modèle Kawa représente un outil utilisé de manière différente selon les professionnels, ce qui le rend très adaptable et flexible non seulement pour les patients, mais aussi pour les ergothérapeutes, et permettant à chacun de se l'approprier à sa façon. Il peut être utilisé en groupe ou en individuel, ce qui en fait un outil original et illustre également son caractère maniable. Sa forme métaphorique le distingue aussi des autres évaluations.

Au cours de ce travail de recherche, j'ai choisi d'analyser l'utilisation du modèle Kawa auprès de jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale. L'enquête menée montre que ces jeunes peuvent saisir la symbolique du modèle et l'accepter, sous réserve de leur capacité à s'approprier cet outil et à l'accepter. Cela peut donc rendre difficile l'identification des objectifs thérapeutiques et limiter son efficacité. Mon hypothèse est donc seulement partiellement confirmée.

C'est la raison pour laquelle la collaboration entre l'ergothérapeute et le patient est essentielle pour bien interpréter les éléments du modèle. Les ergothérapeutes interrogés considèrent le modèle Kawa comme un outil complémentaire à d'autres supports d'évaluation. Il ne peut pas être remplacé, mais il apporte un regard alternatif et enrichissant dans la prise en charge.

Nous avons également pu voir dans les différents écrits de Michael Iwama que ce dernier ne mentionne pas une pathologie spécifique mais que cela suppose que le modèle Kawa peut être applicable pour toutes les pathologies, insistant néanmoins sur la nécessité d'une stabilisation de la pathologie d'après les ergothérapeutes interrogés. Cette caractéristique rend ainsi le modèle Kawa encore plus accessible et utile pour toutes pathologies psychiatriques.

Enfin, nous avons pu constater que les limites sont aussi évoquées, et plus particulièrement l'idée selon laquelle la représentation graphique peut être perçue comme infantilisante de la part des personnes souffrantes d'anorexie mentale et faire ressortir des éléments difficiles que le patient préfère mettre à distance.

Bibliographie

- Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). *Inserm*.
<https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
- *Anorexie mentale : Prise en charge*. (2010, juin). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). Ergothérapie et santé mentale. *Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*.
- Boillat, F., & Margot-Cattin, I. (2010). Utilisation du modèle Kawa dans une optique de mise en place du plan de traitement dans une région rurale de la Suisse. In *Expériences en ergothérapie* (p. 41-53).
<https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/publication/utilisation-du-modele-kawa-dans-une-optique-de-mise-en-place-du-plan-de-traitement-dans-une-region-rurale-de-la-suisse>
- Bras, E. L., Boutinaud, J., & Chabert, P. (2012). Quand le corps se dessine Une expérience clinique auprès de patientes anorexiques. *Le Coq-héron*, 209(2), 100-108.
<https://doi.org/10.3917/cohe.209.0100>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broutin, S. (2019). Médicosocial en santé mentale : Histoire et réalités institutionnelles. *L'information psychiatrique*, 95(7), 496-502.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1987>
- Caire, J.-M., & Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. <https://anfe.fr/product/lergotheapie-centree-sur-la-personne-et-ses-occupations/>

- Cerbai, M., & Roch, M.-P. (s. d.). Ergothérapeute et Santé Mentale. *Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM)*.
- DGOS. (s. d.). *L'évaluation des projets*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/l-evaluation-des-projets/article/l-evaluation-des-projets>
- Di Lodovico, L., Gorwood, P., & Godart, N. (s. d.). Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. *Inserm*.
<https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
- Goldner, E. (1989). Treatment refusal in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 297-306. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<297::AID-EAT2260080305>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<297::AID-EAT2260080305>3.0.CO;2-H)
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (s. d.). From the Individual Interview to the Interview Society. In *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/publication/312987868_From_the_individual_interview_to_the_interview_society
- Iwama, M. (2006). *The Kawa Model : Culturally Relevant Occupational Therapy*.
https://www.academia.edu/337359/The_Kawa_Model_Culturally_Relevant_Occupational_Therapy
- Kristina Öhman, J. I., & Asaba, E. (2009). Goal setting in occupational therapy : A narrative study exploring theory and practice in psychiatry. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 60(1), 22-28.
<https://doi.org/10.1179/otb.2009.60.1.005>

- Launois, M. (s. d.). *Objectifs et processus Objectifs En ergothérapie*.
<https://www.ergopsy.com/en-ergotherapie-a746.html>
- Launois, M. (2015). *Objectifs anorexie*. <https://www.ergopsy.com/objectifs-anorexie-i164.html>
- Laurent, N. (2007). Que veut le thérapeute cognitivo-comportemental ? *La revue lacanienne*, 3(3), 111-118. <https://doi.org/10.3917/lrl.073.0111>
- Lim, H., & Iwama, M. (2006). Emerging models- An Asian perspective : The Kawa (River) Model. *Foundations for practice in occupational Therapy*, P161-189.
- MD, A. T. B. (2021, juin 8). Cognitive Behavior Therapy in 2017. *Beck Institute*.
<https://beckinstitute.org/blog/cognitive-behavior-therapy-in-2017/>
- Metura, M. (2016). 15. Psychomotricité et troubles alimentaires : Du corps à la rencontre par l'intermédiaire du mouvement. In *Anorexie, boulimie* (p. 139-143). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.criqu.2016.01.0139>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2ème édition)* (2ème).
- Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie | De Boeck Supérieur*.
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70-84.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>

- Naidoo, O., Christopher, C., Lingah, T., & Moran, M. (2023). The Kawa Model : A Self-Reflection Tool for Occupational Therapy Student Development in Practice Placements in Australia. *Occupational Therapy International*, 2023, 2768898.
<https://doi.org/10.1155/2023/2768898>
- *Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie.* (2021, juillet). Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Ober, J. L., Newbury, R. S., & Lape, J. E. (2022). The Dynamic Use of the Kawa Model : A Scoping Review. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 1-12.
<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1952>
- Ostermann, G. (2008). Anorexie : Emprise familiale ou famille en prise. In *Familles, Explosion ou évolution* (p. 215-240). érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.ain.2008.01.0215>
- Pham-Scottez, A. (2016). 2. Diagnostic et prise en charge de l'anorexie mentale de l'adulte. In *Anorexie, boulimie* (p. 17-25). Lavoisier.
<https://doi.org/10.3917/lav.criqu.2016.01.0017>
- Prades, P. (2011). L'efficacité des thérapies « psychodynamiques » : Une validation empirique de la psychanalyse ? *Revue du MAUSS*, 38(2), 51-63.
<https://doi.org/10.3917/rdm.038.0051>
- Richardson, P., Jobson, B., & Miles, S. (2010, November 1). *Using the Kawa model : A practice report.* | EBSCOhost.
<https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:55433685?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:55433685>
- RIOU, G. (2016). *ERGOTHÉRAPIE EN SANTÉ MENTALE : ENJEUX ET PERSPECTIVES*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

- Rogers, C. R., & Priels, J.-M. (2008). Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 50-52. <https://doi.org/10.3917/acp.008.0050>
- Rubin, A. G., & Grasset, É. (2019). Prise en charge des troubles du comportement alimentaire en clinique psychiatrique. *L'information psychiatrique*, 95(1), 37-39. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1900>
- Sanchez, A., & Delage, M. (2010). Thérapie familiale: Clinique relationnelle et champ social. *Le Journal des psychologues*, 276(3), 67-71. <https://doi.org/10.3917/jdp.276.0067>
- St-Pierre, M.-J., Therriault, P.-Y., Béliveau, S., & Monthuy-Blanc, J. (2022). Le sous- et sur-investissement de l'occupation, une porte ouverte vers la compréhension des troubles du comportement alimentaire : Étude de portée. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.13096/rfre.v8n1.192>
- Teoh, J. Y., & Iwama, M. K. (2015). *The Kawa Model Made Easy. A Guide to Applying the Kawa Model in Occupational Therapy Practice (2nd edition)*.
- *The Kawa Model – Culturally Relevant Occupational Therapy*. (s. d.). <https://www.kawamodel.com/v1/>
- Trappeniers, É., & Boyer, A. (2004). Thérapie systémique : Individus en interaction ou sujets en relation? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 33(2), 161-178. <https://doi.org/10.3917/ctf.033.0161>
- *Troubles des conduites alimentaires (TCA)*. (2024, avril 2). <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/troubles-des-conduites-alimentaires-tca>
- Turpin, M. J., & Iwama, M. K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice : A Fieldguide*. Elsevier Health Sciences.

- Vialettes, B., Samuelian-Massat, C., Valéro, R., & Béliard, S. (2006). The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters : “The girl, the family and the medical profession”.: Discussion in a French legislative context. *Diabetes & Metabolism*, 32(4), 306-311. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70284-7](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70284-7)
- Wada, M. (2011). Strengthening the Kawa model : Japanese perspectives on person, occupation, and environment. *Revue canadienne d'ergothérapie*.

Annexes

Annexe I: Retranscription Ergothérapeute (E1)

Zoé : Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Ergo : Depuis 2020

Zoé : Quel est votre parcours professionnel ?

Ergo : Je suis en reconversion professionnelle. C'est suite à 12 ans dans une entreprise, j'ai fait cette reconversion et je me suis formé à l'ergothérapie. Depuis 2020, je suis spécialisé sur les troubles du comportement alimentaires. Je travaille dans le pôle de neuroscience.

Zoé : Où travaillez-vous actuellement et depuis quand ?

Ergo : Depuis 2020, en service de psychiatrie

Zoé : Le rôle de l'ergothérapeute avec des patients atteints d'anorexie mentale ?

Ergo : On va travailler sur plusieurs choses. On va gérer tout ce qui est outre l'aspect alimentaire. On va travailler sur l'aspect des émotions, l'aspect des besoins, l'aspect de la résilience, sur l'alliance thérapeutique. On va mettre en position la vie quotidienne du patient afin que la savoir-faire et le savoir-être qu'elle a intégré à l'hôpital puissent servir à l'extérieur. On va travailler sur son vécu, ce qu'elle a vécu, pourquoi elle est là et après travailler sur comment on peut l'aider à l'extérieur.

Zoé : Avez-vous déjà suivi des adultes atteints d'anorexie mentale dans votre structure ?

Ergo : Je n'ai que des adultes.

Zoé : Comment définiriez-vous l'anorexie mentale ?

Ergo : L'anorexie mentale je pense c'est la perte de l'estime de soi. C'est une addiction qui impacte la perte de l'estime de soi et l'ergothérapeute a une bonne position là-dessus. L'objectif est de pouvoir mettre en route les patientes pour qu'elles puissent passer dans l'action. Pour ce faire, il faut valoriser son estime de soi et tout simplement lui permettre de créer et valoriser ses faits et comment cela impacte dans sa vie quotidienne.

Zoé : Est-ce que vous utilisez un modèle conceptuel dans votre structure ?

Ergo : Oui j'utilise le modèle Kawa, qui veut dire « rivière » en japonais. Ce qui est intéressant c'est que c'est un modèle qui est un peu imaginé et imaginatif. Ça permet aux patients de saisir les opportunités. Il n'est pas assisté. C'est le patient qui saisit ou pas les possibilités de lancer les informations. C'est ultra intéressant car ce qui est souvent problématique dans l'addiction, c'est

qu'on subit les choses. Grâce à ce modèle conceptuel spécifique au niveau de l'ergothérapie, on va pouvoir faire en sorte à ce que le patient saisisse les différentes opportunités qu'on lui met en place.

Zoé : Comment l'avez-vous connue ?

Ergo : A l'école

Zoé : Comment l'utilisez-vous et pourquoi ?

Ergo : Je l'utilise surtout pour faire un gros travail d'introspection. En fait, le modèle Kawa est le modèle sur lequel je vais m'appuyer pour mieux connaître le patient, ce qui va me permettre d'aller chercher avec bienveillance et écoute aller chercher dans ses difficultés ce qui a fait qu'il est tombé dans une addiction.

Zoé : Avez-vous une formation spécifique du modèle Kawa ?

Ergo : A l'école

Comment se déroule la phase d'analyse et d'interprétation des résultats du modèle Kawa avec les patients ?

Ergo : En fait, on met en place le modèle Kawa, on explique avec le minimum d'informations pour que le patient soit libre de l'interpréter comme il en a envie. On fait ensuite une analyse devant les patients par groupe de 4 et c'est le patient qui montre son modèle, son dessin, comment il l'a créé et on va travailler là-dessus.

Comme c'est le patient qui saisit les opportunités qu'on lui donne, c'est intéressant que ce soit le patient qui s'exprime. Le modèle Kawa est suffisamment puissant pour parfois aller au-delà de ce qu'il en est. Nous, le principe est qu'on essaie de le ralentir pour ne pas le sortir de sa zone de confort. Car le modèle Kawa est quand même un modèle assez compliqué, ils abordent aussi des sujets qui vont être durs, par le biais du modèle Kawa.

Zoé : Il y a deux schémas de coupe de rivière, une rivière globale et un schéma transversal ?

Ergo : Oui, on fait clairement ça. En gros du point de vue théorique, c'est clairement ça qu'on fait.

Zoé : Utilisez-vous une autre méthode alternative, en substitut ou en complément du modèle Kawa ?

Ergo : C'est plutôt en complément car j'utilise aussi l'ELADEB. C'est un truc hyper intéressant sur l'aspect de la vie quotidienne. Car l'admission engendre de grandes difficultés sur la vie quotidienne et l'ELADEB c'est le point final de la prise en charge qui permet de se projeter vers l'extérieur et de pouvoir soit de le confier à une nouvelle structure soit de continuer à le prendre en soin en passant en HDJ. Le modèle Kawa est le point d'entrée pour la connaissance du patient.

Zoé : Comment établissez-vous le diagnostic, les objectifs ainsi que les moyens d'intervention pour le patient sur la base des résultats obtenus ?

Ergo : C'est souvent le patient. Le but en psychiatrie c'est que c'est au patient de saisir les

difficultés. Nous, on ne sert pas à grand-chose, on est un vase qui transporte l'eau. Le patient doit réfléchir par lui-même à ce qu'étaient les difficultés.

Zoé : Vous êtes aussi une aide et c'est le patient est l'acteur de sa prise en charge

Ergo : Oui exactement

Zoé : Considérez-vous le modèle Kawa comme une approche sur la symbolisation ? Est-ce que la dimension symbolique de ce modèle rend son interprétation plus complexe ?

Ergo : Certains le saisissent et d'autres ne le saisissent pas. Tout n'est pas symbolique. Certains vont le mettre à distance puisque c'est trop dur, d'autres vont le mettre de façon symbolique.

Oui c'est un modèle est clairement symbolique, mais c'est le patient qui saisit ou pas « le truc ».

Zoé : Cette symbolisation, de ce modèle, rend-t-elle plus complexe l'interprétation ?

Ergo : Non, parce que c'est le patient qui saisit ou pas les opportunités de l'expliquer. Nous, l'objectif en psychiatrie c'est juste que le patient puisse s'exprimer. Donc, s'il s'exprime non pas par la parole mais par le dessin, c'est déjà très bien.

S'il n'a pas envie qu'on analyse ce qu'il a fait, on n'analyse pas. On lui donne juste l'opportunité. C'est rare qu'il n'en parle pas. Mais s'il veut en parler, il en parle.

ce qui est intéressant dans la notion de groupe, les gens se stimulent les uns les autres. C'est plutôt chouette

Quand quelqu'un échange, il peut y avoir un autre membre du groupe qui dit « ah bah moi aussi j'ai vécu ça » et ils discutent autour de ça etc...

Zoé : Quels objectifs ergothérapeutiques avez-vous mis en place avec ce modèle ? Avez-vous des exemples ?

Ergo : Oui, il y a énormément d'objectifs. Mais ce qui est intéressant en plus de l'objectif ergo, ce modèle Kawa va servir à l'ensemble des patients et va leur permettre d'aller voir le psychologue, le psychiatre, le psychomot, pour expliquer « J'ai rencontré tel problème, voilà comment je l'ai dessiné, et voilà les symboliques que cela peut engendrer. “

Donc en fait, ça multiplie tous les objectifs. Par exemple, on va aller faire une VAD. Car le patient est en grande difficulté dans sa vie quotidienne et ça il va le mettre en avant. Il s'est rendu compte qu'il y a eu à un moment donné un attouchement sexuel lié à la relation avec un professeur par exemple. C'est des révélations qui sont super importantes et qui vont permettre après de faire un travail dessus.

Zoé : Est-ce que vous avez des exemples d'objectifs ergo ?

Ergo : Je travaille beaucoup sur l'aspect de la vie quotidienne. Quand on arrive à identifier les difficultés liées au fait que sa maison soit symbolique de crises, on va lui demander d'aller faire une VAD et de changer par exemple son salon (qu'il n'y ait plus de crise dans le salon). On va aller par exemple, sur cet aspect de prendre des transports en commun si par exemple il souffre d'un isolement

social et qu'il a la phobie de prendre les transports en commun. On va l'amener à prendre les transports en commun et ainsi de suite.

Zoé : Vous pouvez travailler sur l'estime de soi

Ergo : C'est la base. Tout ce qui est travail sur l'addiction, c'est l'estime de soi. La connaissance des trois piliers de l'estime de soi sont déjà de l'identifier et après comment on peut l'aider, oui. Tout le but de l'ergothérapie c'est de travailler sur l'estime de soi.

Zoé : Quel type d'activités mettez-vous en place dans le cadre de la prise de soin des patients ? Se fait-t-elle en groupe, en individuel ? Et pourquoi ?

Ergo : ça dépend de ce qu'on fait. L'ELADEB c'est souvent en individuel et le modèle Kawa se fait souvent en groupe. Car on va chercher le patient à s'exprimer dans des choses un peu psychiques et donc il va avoir besoin du soutien des autres. Sur le modèle ELADEB, il n'a pas besoin du soutien des autres. Il a juste besoin qu'on parle de lui-même. Je peux mettre en place 10000 activités. Chaque patient est défini par rapport à une activité. C'est avec le patient qu'on va aller créer l'activité. Exemple : On avait des patients pour lesquels la plus grande difficulté était celle d'aller faire des courses. Alors on a mis en place une activité où il fallait aller faire des courses avec le patient. Pour d'autres, c'était de cuisiner, aller cuisiner avec le patient. Pour d'autres c'est de manger, alors on va aller manger avec le patient. On va décortiquer les étapes qui sont difficiles pour les patients et on s'y confronte.

Zoé : De quels professionnels est composée votre équipe ?

Ergo : Tous. On va jusqu'à l'art thérapie.

Zoé : psychomotricienne, psychologue, infirmière ?

Ergo : Oui, diététicien aussi, aide-soignant

Zoé : Grosse équipes

Ergo : Oui c'est pluridisciplinaire. Il y a aussi des sports adaptés, il y a même un APA.

Zoé : Est-ce que les autres membres de l'équipe ont connaissance du modèle Kawa et de son principe ?

Ergo : Les psychiatres oui. Les internes, oui car c'est la première chose que j'explique dans ma démarche. Tous les autres, non.

Zoé : Comment ont-ils été amenés à le découvrir ? c'est vous qui l'aviez présenté ?

Ergo : C'est le patient qui le présente, du coup les psychiatres sont un peu étonnés.

On en discute ensuite au cours de réunions d'équipes ou entre nous.

Zoé : C'est vraiment un travail d'équipe et le modèle Kawa est à la base de beaucoup de choses.

Zoé : utilisez-vous le modèle Kawa pour d'autres patients que ceux atteints d'anorexie mentale ?

Ergo : je m'occupe exclusivement de personnes atteintes d'anorexie mentale mais aussi des personnes en suicido.

Ergo : je l'utilise aussi en suicido

Zoé : Est-ce que le modèle Kawa peut donc s'utiliser sur des patients autres que ceux atteints d'anorexie mentale ?

Ergo : Bien sûr.

Zoé : Même la schizophrénie et la bipolarité ?

Ergo : Alors c'est un peu compliqué. La schizophrénie car la personne ne saura pas à quelle phase il est. S'il est en phase stable, oui on peut tout faire.

Zoé : Car la schizophrénie, il aura une difficulté à parler de lui.

Ergo : Oui et puis il y a un aspect dissociatif. Mais oui on peut en parler et l'aborder.

Zoé : Pouvez-vous me parler du parcours de soins ? Hospitalisation, critères d'hospitalisation, etc...

Ergo : Plusieurs pôles. La personne est suivie par un généraliste la plupart du temps. Le généraliste qui alerte. En alertant, il envoie un courrier, qui s'appelle le centre expert. 6 mois d'attente entre le moment où la personne envoie et le moment où on le reçoit. Au centre expert, le patient va arriver et donc on va faire prise de sang, prise de poids et discuter des difficultés qu'il rencontre et ce qu'il en est.... Et là à ce moment-là, on définit s'il y a urgence, s'il faut faire une hospitalisation qui doit être faite et si oui, quel type. On peut proposer des HJD, une fois par semaine, ou HDJ intensif qui a lieu chez elle. Il y a aussi des hospitalisations où on va travailler le sevrage et qui va être très court, sur 3 semaines à 1 mois. Pour les cas les plus graves, il y a hospitalisation complète qui peut durer entre 3 et 6 mois, voire entre 6 et 9 mois. Dans le cas d'une hospitalisation complète, on gère toute sa vie. C'est un profil un peu typique.

Après il y a des cas où ils ont fait des tentatives de suicides, ou ils sont dans des grandes difficultés et on les isole. On les enferme et on les force à manger pour qu'elles reprennent du poids parce qu'elles ont un IMC morbide qui reste le critère numéro 1 dans les démarches d'hospitalisation. Après cela on les envoie en hospitalisation complète.

Zoé : Avez-vous quelque chose à ajouter en ce qui concerne le modèle Kawa ?

Ergo : Ce qui est très important, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui dépendent du patient. 90% de notre travail dépend du patient. L'anorexie est une addiction. Ce n'est pas une maladie, ni un trouble. C'est une addiction liée à la perte de l'estime de soi.

Annexe II: Processus d'intervention en ergothérapie

Annexe 4 : Processus d'intervention en ergothérapie

L'ergothérapie est une profession qui s'appuie aujourd'hui sur des modèles conceptuels, des outils d'évaluation, validés et ajustés au fil des recherches scientifiques (sciences de l'occupation humaine). Les pratiques s'inscrivent dans l'évidence-based. Cette profession enracine ses valeurs professionnelles dans un tryptique individu-activité-environnement. Chaque individu doit pouvoir se construire et s'épanouir grâce à des activités ayant du sens pour lui, qui lui permettent de s'exprimer, de ressentir du bien-être, de retrouver un sentiment d'inclusion sociale.

Le processus d'intervention peut se décliner en 3 étapes :

1. Etape d'évaluation :

Évaluation des retentissements de la souffrance, des troubles psychiques et cognitifs, sur le quotidien de la personne et ses interactions avec son environnement. Réalisation d'un diagnostic ergothérapeutique, autrement dit un diagnostic occupationnel, à partir du recueil de données (dossier patient, informations recueillies auprès des professionnels, du patient lui-même, de la famille), des évaluations et auto-évaluations, standardisées ou non, de l'observation des capacités et de la participation en situation d'activités, d'entretiens avec le patient (rythme, sens, choix et réalisation des occupations).

2. Etape d'intervention :

Selon le diagnostic ergothérapeutique, centré sur la personne, ses besoins en activités et en expression, le patient et le thérapeute définissent des objectifs, issus de la demande de la personne. Un plan d'intervention est alors mis en place et les modalités les plus adaptées à la personne sont mises en place : thérapie individuelle ou groupale, rythme et durée des séances.

- Durant l'hospitalisation : des séances de psychoéducation (meilleure connaissance des symptômes), des groupes d'éducation thérapeutique ou à la santé, un soutien en psychothérapie médiatisée (outils de créativité projectifs), le développement de techniques de soins personnels (relaxation, méditation) peuvent être proposés selon les populations rencontrées.
- A la sortie de l'hospitalisation : elle est préparée par des visites à domicile, en partenariat avec l'entourage. La réinsertion peut se faire par une activité professionnelle ou bénévole en fonction des souhaits et capacités de la personne. Le bénévolat est une activité qui structure le quotidien et y donne du sens. Des partenariats sont développés avec les associations du quartier de la personne, des groupes support en extra-hospitalier (GEM, club house), les

associations de familles (Unafam, espoir 54, ensemble...) et d'autres association partenaires du parcours de soin et de vie.

3. Fin de l'intervention et réévaluation :

Une évaluation sommative permet d'évaluer les résultats de l'intervention et éventuellement de développer d'autres objectifs ou d'orienter vers un autre type d'accompagnement.

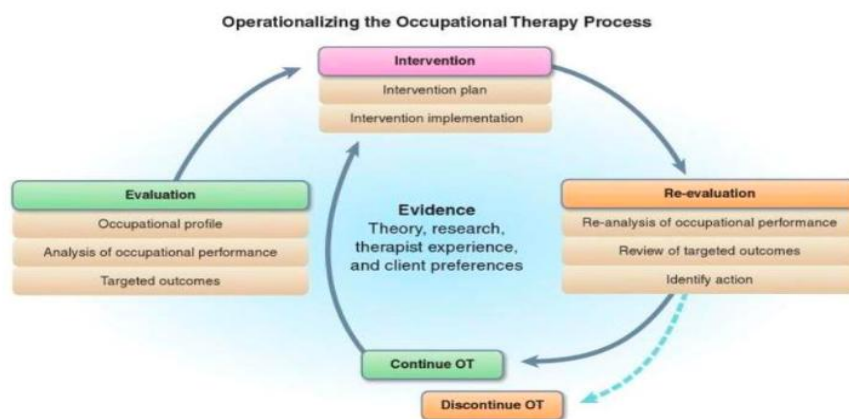
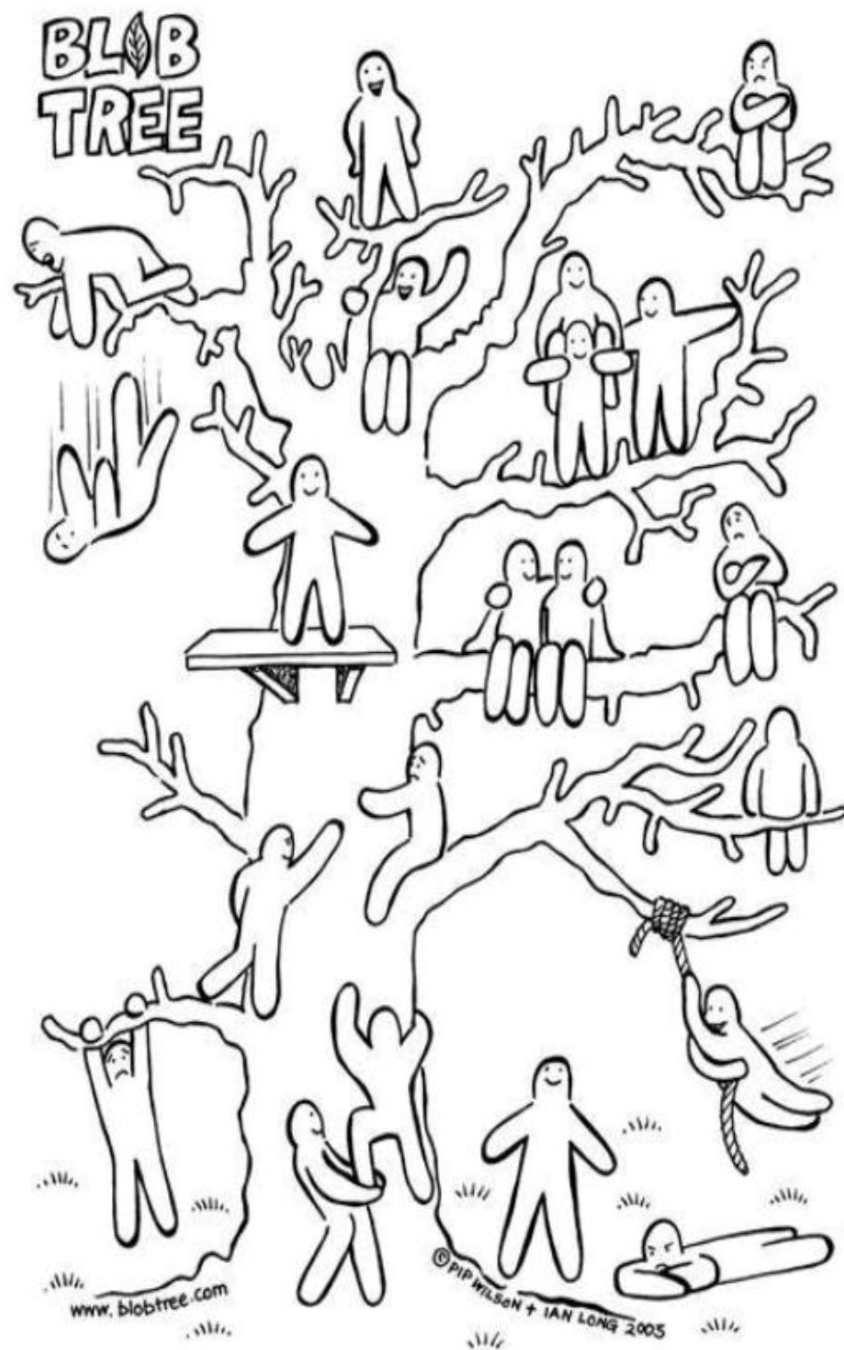


FIGURE 23.1 The occupational therapy process. OT, occupational therapy.

Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014, p267

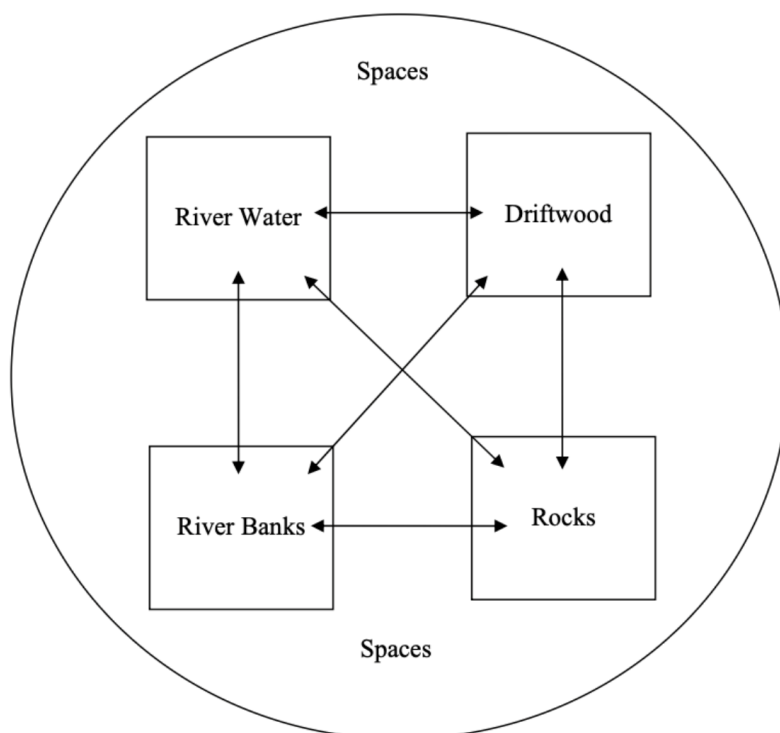
Annexe III: Illustration du “Blob Tree”



Lien : <https://www.i-we.fr/post/l-arbre-%C3%A0-personnage-pour-exprimer-nos-%C3%A9tats-%C3%A9motionnels>

Annexe IV: Reproduction sous-jacente du Modèle Kawa

Diagram 1.0: Underlying constructs of the Kawa Model



Annexe V: Représentation du modèle Kawa

Le premier dessin : représentant la vie globale de la personne (premier schéma à réaliser)

Figure 11. Dessin de la rivière

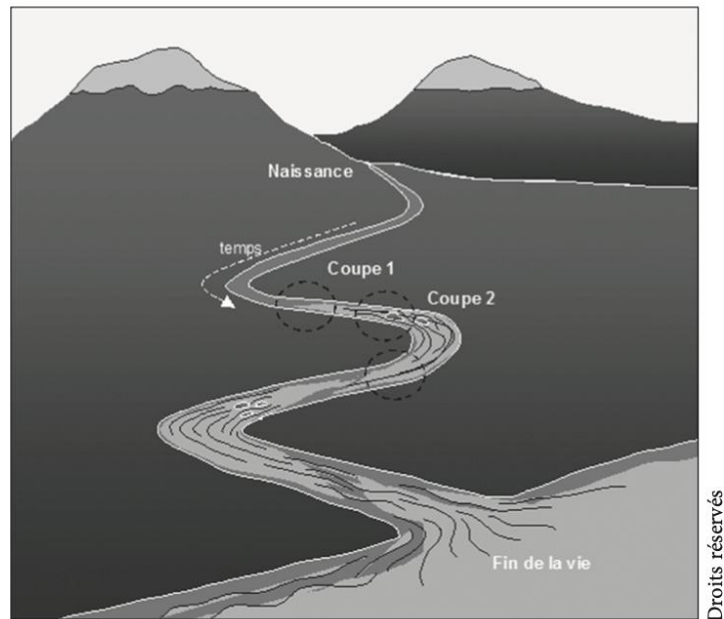
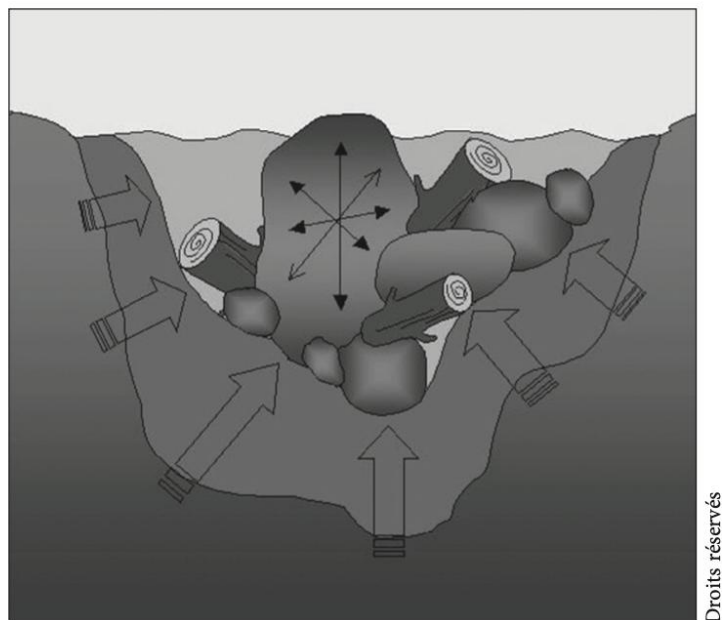


Figure 12. Coupe de la rivière



La deuxième rivière : Le plan de coupe représente un moment précis dans la vie de la personne (deuxième schéma à réaliser)

Annexe VI: Anorexie Mentale : Prise en charge



Anorexie mentale : prise en charge

1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPÉRAGE PRÉCOCE ET CIBLÉ

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :
 - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
 - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique¹ avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
 - sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ;
 - lors de la présence de signe(s) d'appel (cf. tableau *infra*).

MODALITÉS DU REPÉRAGE CIBLÉ

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Suivi des paramètres anthropométriques :

- suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$) ;
- calculer et suivre l'IMC chez les adultes.

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	• Ralentissement de la croissance staturale • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) • Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
Chez l'adulte	• Perte de poids > 15 % • $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

Lien : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_1_cdp_300910.pdf

Annexe VII: Le protocole de passation



Lien : <https://prezi.com/p/xs7uoidfvk-b/presentation-dossier-33/>

Annexe VIII: Tableau de synthèse du processus d'intervention en ergothérapie du modèle Kawa

Outil d'évaluation			
Concepts du modèle KAWA	Problèmes prioritaires du patient	Actions possibles de l'ergothérapeute	Réévaluation
Rochers (obstacles)			
Bois flottants (déterminants personnels)			
Lits de la rivière et les rives (facteurs environnementaux)			
L'eau (flux de la vie : RO + EO)			

Tableau III : Synthèse du processus d'intervention en ergothérapie suivant le modèle Kawa.

Lien : <https://prezi.com/p/wbqjqyxlacr6/modele-kawa/>

Annexe IX: Structures et villes sollicitées

Belgique	Hospitalisation complète, HDJ	Défavorable
Bordeaux	HDJ, Hospitalisation complète et extrahospitalier	Défavorable
Limoges	Hospitalisation complète	Défavorable
Lille	Hospitalisation complète, HDJ	Défavorable
Luxembourg	HDJ, Hospitalisation complète	Défavorable
Lyon	HDJ, Hospitalisation complète et extrahospitalier	Défavorable
Marseille	HDJ, Hospitalisation complète	Défavorable
Nantes	HDJ, Hospitalisation complète et extrahospitalier	Défavorable
Nice	HDJ	Défavorable
Rennes	HDJ, Hospitalisation complète et extrahospitalier	Défavorable
Suisse	Hospitalisation complète, HDJ	Défavorable
Toulouse	HDJ, Hospitalisation complète	Défavorable

Annexe X: Grille d'entretien

Thématique	Questions
Recueil des données personnelles	1. Depuis quand êtes-vous diplômés ? 2. Quel est votre parcours professionnel ? 3. Où travaillez-vous actuellement et depuis combien de temps?

	4. Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans un accompagnement de patient atteint d'AM ?
Profil des patients suivis par l'ergothérapeute	5. Est-ce que vous avez suivi des jeunes adultes atteints d'AM dans votre structure ? 6. Comment définirez-vous l'anorexie mentale?
Les modalités d'évaluation	7. Est ce que vous utilisez un modèle conceptuel ? 8. Est ce que vous connaissez le modèle Kawa? Comment l'avez vous connu? 9. Comment l'utilisez vous ? Et pourquoi ? 10. Avez- vous eu une formation spécifique du modèle Kawa ? 11. Comment se déroule la phase d'analyse et d'interprétation des résultats du modèle Kawa avec les patients, une fois obtenus ? 12. Est-ce que vous utilisez une méthode d'évaluation alternative au Modèle Kawa, en substitut ou en complément ? 13. Comment établissez-vous le diagnostic, les objectifs ainsi que les moyens d'intervention pour le

	patient, sur la base des résultats obtenus?
La symbolisation	14. Considérez-vous le modèle Kawa comme une approche sur la symbolisation ? La dimension symbolique de ce modèle rend-t-elle son interprétation plus complexe ?
Les objectifs thérapeutiques	15. Quels types d'objectifs ergothérapeutiques avez-vous mis en place avec ce modèle ? Avez vous des exemples ?
Type d'activités thérapeutiques	16. Quels types d'activités mettez-vous en place dans le cadre de la prise en soin des patients ? S'effectuent-elles de manière collective et/ou individuelle ? Pourquoi ?
Équipe pluridisciplinaire	17. De quels professionnels est composée votre équipe ? 18. Est ce que les autres membres de l'équipe ont connaissance du modèle Kawa et de son principe ? Si oui, comment ont-ils été amenés à le découvrir ?
Utilisation du modèle Kawa avec d'autres pathologies et critères d'hospitalisation	19. Est-ce que vous utilisez le modèle Kawa uniquement avec des patients atteints d'anorexie mentale ou avec des patients souffrant d'autres pathologies ?

	20. Parcours de soin & critères d'hospitalisation

Annexe XI: Formulaire de consentement pour l'enregistrement des entretiens

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'ENREGISTREMENT POUR UNE PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

Institut de Formation en Ergothérapie ADERE

Question de recherche : « En quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique ? »

Je soussigné(e).. _____ accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Madame Zoé Fournier de l'institut de Formation en Ergothérapie de Paris (20è) sous la responsabilité de Madame Catherine Bonnin, cadre-ergothérapeute et maître de mémoire.

Dans le cadre de nos différents échanges, j'accepte que le contenu de l'entretien soit enregistré et utilisé à des fins de recherches scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, tout en assurant une préservation de mon anonymat. Je confirme que ma participation à cette étude s'effectue dans une démarche purement volontaire et je reste libre d'accepter ou de refuser de répondre. Enfin, je suis libre d'interrompre à tout moment ma participation à cette étude. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à.

Le.....

Signature de l'étudiant

Signature de la personne interrogée

Résumé

Mots clés : Auto-évaluation, modèle Kawa, objectifs thérapeutiques, anorexie mentale, Intervention ergothérapique

En quoi l'auto-évaluation du modèle Kawa faciliterait-t-elle l'identification des objectifs thérapeutiques chez les jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale dans le cadre d'une intervention ergothérapique ?

Ce mémoire de recherche explore le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale, en mettant un accent particulier sur l'utilisation du modèle Kawa. L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires, présentant d'importants impacts sur la santé physique, psychologique et sociale, du patient mais soulève également plusieurs questions en matière de prise en charge. L'ergothérapie, de par une approche centrée sur la personne, vise à restaurer l'autonomie, la confiance en soi du patient, et ses aptitudes à interagir avec un groupe social.

Le modèle Kawa, qui se présente comme une métaphore de la rivière symbolisant le parcours de vie du patient, permet d'illustrer les obstacles, les ressources mais également les objectifs de vie par une auto-évaluation. Cette étude cherche plus particulièrement à examiner en quoi le modèle Kawa facilite l'identification des objectifs thérapeutiques, en mobilisant cette approche de la symbolisation, et en favorisant une meilleure compréhension et confiance mutuelle entre le patient et l'ergothérapeute.

À travers des entretiens menés avec les ergothérapeutes, ce mémoire met en lumière les forces du modèle, notamment sa capacité à stimuler la réflexion et la collaboration, mais souligne également certaines limites liées à sa subjectivité. Les résultats confirment que le modèle Kawa, bien que susceptible d'être amélioré, constitue un outil intéressant pour structurer l'intervention ergothérapique et pour adapter les soins aux besoins spécifiques des patients atteints d'anorexie mentale.

Abstract

Keywords : Self-assessment, Kawa Model, Therapeutic goals, anorexia nervosa, occupational therapy intervention

How would the self-assessment of the Kawa model facilitate the identification of therapeutic goals for young adults suffering from anorexia nervosa as part of an occupational therapy intervention?

This research thesis explores the role of the occupational therapist in supporting young adults suffering from anorexia nervosa, with a major focus on the use of the Kawa model. Anorexia nervosa can be defined as an eating disorder that significantly impacts the patient's physical, psychological, and social health, while also raising several questions regarding care management. Occupational therapy, through a person-centered approach, aims to restore the patient's autonomy, self-confidence, and its ability to engage with a social group.

The Kawa model, which is presented as a river metaphor symbolizing the patient's life journey, allows for the illustration of obstacles, resources, and life goals through self-assessment. This thesis specifically aims to examine how the Kawa model facilitates the identification of therapeutic goals by drawing on symbolic representation and promoting a better mutual understanding and trust between the patient and the occupational therapist.

Through interviews conducted with occupational therapists, this thesis highlights the strengths of the model particularly its ability to encourage reflection and collaboration while also pointing out certain limitations related to its subjectivity. The findings confirm that the Kawa model, although open to improvement, is a valuable tool for structuring occupational therapy interventions and tailoring care to the specific needs of patients with anorexia nervosa.