

Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -

L'utilisation de l'approche CO-OP auprès des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires pour retrouver du plaisir dans les occupations

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UEM

6.6

Directeur de mémoire : Sabrina TECHENE

Mélina ROCHAS

Promotion 2022-2025

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

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

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

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

Fait à Toulouse.

Le :15/05/2025

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. ROCHAS".



AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné Mélina ROCHAS

Etudiant en ergothérapie de l’Institut de Formation de Toulouse

Auteur du mémoire de fin d’étude intitulé : L’utilisation de l’approche CO-OP auprès des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires pour retrouver du plaisir dans les occupations.

Autorise l’ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet
www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l’ANFE et le SIFEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l’écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d’Etat seront mis en ligne sur le site de l’ANFE par la direction de l’IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d’auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse

Le 15/05/2025

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. ROCHAS'.

NOTE AU LECTEUR

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

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

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

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

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire Sabrine MAUREL-TÉCHENÉ, pour sa guidance constructive, ses conseils et son soutien bienveillant tout au long de l'élaboration de ce mémoire de recherche.

Je souhaite également remercier l'ensemble des formateurs de la formation en ergothérapie pour leur engagement constant à nos côtés. Grâce à leur soutien, leur écoute et leur réactivité, nous bénéficions d'un cadre d'apprentissage de qualité. La passion qu'ils transmettent pour le métier, ainsi que la richesse de leurs enseignements, nourrissent chaque jour notre parcours et ont largement inspiré ce travail.

Ensuite je tiens à remercier très sincèrement les professionnels de santé qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur disponibilité et la richesse de leurs partages ont grandement nourri la réflexion et apporté une dimension concrète à ce mémoire. Leur implication a été essentielle à la réalisation de ce projet.

Mes remerciements vont également à mes camarades de la promotion 2022-2025 pour leur soutien et les moments passés ensemble qui ont su rendre cette période plus agréable.

Il me tient à cœur de remercier ma famille et mes amis qui ont été d'un réel soutien durant ce mémoire et qui ont su me donner confiance et m'encourager dans ce projet. Leurs précieux conseils, leur patience et leur bienveillance m'ont aidée à rester sereine et motivée dans les moments de doute.

Pour finir, j'aimerai remercier personnellement les personnes qui ont apportés une relecture à mon travail : Fabienne, Lison, Idoia et Ronan.

SOMMAIRE

Table des matières

GLOSSAIRE :	9
INTRODUCTION :	10
CADRE THÉORIQUE :	12
I. Les troubles des conduites alimentaires :	12
A. Fonctions organiques et structures anatomiques :	12
B. Activité et participation :	14
C. Facteurs environnementaux :	14
D. Importance de l'équipe multidimensionnelle :	15
E. Accompagnement en ergothérapie :	17
II. Le plaisir dans les occupations :	18
A. La science de l'occupation en ergothérapie :	18
B. L'occupation signifiante comme source de plaisir :	19
C. Le profil Plaisir, Productivité et Ressourcement (PPR) :	19
III. L'Approche CO-OP :	20
A. Présentation de l'approche CO-OP :	21
B. Les fondements de l'approche CO-OP :	23
C. Les modalités d'applications :	25
D. Intérêt de l'approche CO-OP dans l'accompagnement des troubles des conduites alimentaires :	26
PROBLÉMATISATION	29
EXPÉRIMENTATION	30
IV. Présentation de la méthode :	30
A. Les objectifs de la partie expérimentale :	30
B. La recherche qualitative :	30
C. L'entretien semi-structuré :	31
D. Construction de l'entretien :	31
V. Choix de la population :	32
VI. Préparation à la lecture des résultats :	33
A. Présentation de la méthode d'analyse des résultats :	33
B. Limite de cette recherche :	33
VII. Analyse des résultats :	34

A.	Intérêt de la co-construction des objectifs :.....	34
B.	Fonctionnement cognitif et posture professionnelle :	35
C.	Approche pluridisciplinaire et implication de la famille :.....	36
D.	Occupations quotidiennes et Activité signifiante :.....	37
E.	La notion de plaisir :.....	39
VIII.	Discussion :	40
	CONCLUSION.....	45
	BIBLIOGRAPHIE :.....	47

GLOSSAIRE :

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders = Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux

ARS : Agence Régionale de Santé

PPR : Plaisir, Productivité et Ressourcement

CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupationnal Performance

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

PQRS : Performance Quality Rating Scale

INTRODUCTION :

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies chroniques qui affectent le comportement alimentaire. D'après la Fédération Française Anorexie et Boulimie, les TCA touchent environ un million de personnes en France, et majoritairement des femmes (Agence Régionale de Santé, 2024)¹ ². La population affectée ne cesse d'être de plus en plus jeune. Aujourd'hui, Santé Publique France alerte en annonçant qu'un adolescent sur quatre est touché par l'un de ces troubles avec une forme plus ou moins grave³.

Les TCA sont des troubles de la santé mentale qui regroupent différentes pathologies comme la boulimie, l'hyperphagie boulimique, mais aussi l'anorexie, qui est l'une des premières causes de mortalité chez les 15-24 ans (Agence Régionale de Santé, 2024)². Malgré une prise en charge de plus en plus précoce et interdisciplinaire, 50 à 70% des patients font une rechute (Agence Régionale de Santé, 2024)².

De plus, les TCA impactent les différentes sphères de la vie des patients en entraînant de nombreuses restrictions occupationnelles et sociales. La productivité et la recherche de contrôle, toutes deux obsessionnelles dans ces pathologies, entraînent des rigidités dans le fonctionnement cognitif, empêchant les patients de s'impliquer dans des activités signifiantes pouvant leur procurer du plaisir.

En tant qu'ergothérapeute, nous avons un impact sur la participation occupationnelle de nos patients. L'objectif de ce mémoire consiste à se questionner sur l'utilisation d'une approche de résolution de problèmes qui pourrait aider les adolescentes atteintes de TCA à retrouver du plaisir dans leurs occupations.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons plus précisément à la catégorie d'âge des adolescentes comprises entre 12 et 24 ans. En effet, nous avons constaté que les TCA touchent de plus en plus fréquemment les jeunes filles, et ce dès le début de l'adolescence. Ces

¹ Journée Mondiale des TCA. Les Troubles des Conduites Alimentaires, parlons-en ! - Journée mondiale des TCA.

<https://www.journeemondialetca.fr/>

² Troubles des conduites alimentaires (TCA). Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/troubles-des-conduites-alimentaires-tca>

³ Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné. (s. d.). Accueil. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/troubles-des-conduites-alimentaires-un-adolescent-sur-quatre-concerne>

troubles représentent aujourd’hui un enjeu majeur de santé publique, puisqu’ils sont l’une des premières causes de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Pour cela, nous aborderons en première partie les troubles des conduites alimentaires selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, ainsi que leur prise en charge de façon globale et plus spécifiquement en ergothérapie. Puis, nous analyserons l’importance de l’occupation en ergothérapie et la place du plaisir au sein de la prise en charge à l’aide du profil Plaisir, Productivité Ressourcement. Pour finir, nous développerons le fonctionnement et l’utilisation de l’approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) en ergothérapie et son intérêt auprès des personnes atteintes de TCA.

CADRE THÉORIQUE :

I. Les troubles des conduites alimentaires :

Dans cette partie, nous présenterons les troubles des conduites alimentaires selon le modèle de la Classification International du Fonctionnement (CIF) (annexe I).

Les TCA entraînent des modifications significatives et durables du comportement alimentaire ayant des répercussions sur différents domaines comme la santé, la vie quotidienne et les relations sociales. Initialement, la mise en place de ces comportements alimentaires correspond à des mécanismes adaptatifs bénéfiques face à un stress psychique. Cependant, ces mécanismes deviennent rapidement de véritables maladies contraignantes et néfastes pour la santé (Référentiel de psychiatrie et addictologie, 2021).

Parmi les troubles des conduites alimentaires, l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique forment les trois tableaux cliniques principaux. Nous aborderons dans cette partie ces trois pathologies.

A. Fonctions organiques et structures anatomiques :

La causalité des TCA est encore mal définie. On retrouve des facteurs de risques, des facteurs déclenchants (régimes alimentaires, évènements traumatisques, puberté) et des facteurs d'entretien (bénéfices psychologiques, déséquilibre biologique induit par le trouble) (Référentiel de psychiatrie et addictologie, 2021). Les personnes atteintes de TCA présentent une obsession sur leur poids et plus particulièrement sur l'alimentation. Cette recherche de minceur est quotidienne, et entraîne des pensées envahissantes centrées en permanence sur l'objectif de perte de poids. Ces pathologies amènent la personne à ne plus différencier son identité personnelle de l'identité de la maladie.

D'après le DSM-V, l'anorexie mentale est une pathologie qui entraîne une « *restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas* » (American Psychiatric Association, Boyer et Crocq, 2015). Cette restriction est liée à une peur intense de prendre du poids et à une dysmorphophobie (altération de la perception du poids) (Référentiel de psychiatrie et addictologie, 2021).

Il existe deux types de troubles anorexiques :

- « *Le type restrictif : Au cours des 3 derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.*

- *Le type hyperphagiques/purgatif : Au cours des 3 derniers mois, présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs »* (American Psychiatric Association, Boyer et Crocq, 2015).

Sur le fonctionnement mental, l'anorexie mentale est une pathologie de l'hyper-contrôle, cette maîtrise du poids détermine l'estime de soi. La perte de poids devient alors une méchante satisfaction. Cette pathologie entraîne une rigidification du fonctionnement cognitif et comportemental. Les personnes vont alors rencontrer des difficultés dans la résolution de problèmes en apportant la même réponse pour se rapprocher de ce besoin comportemental de contrôle (Shankland, 2017).

La boulimie, quant à elle, se définit ainsi :

« *Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :*

- o *Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),*
- o *Associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.*

Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs) » (American Psychiatric Association, Boyer et Crocq, 2015).

La boulimie est elle aussi une pathologie de l'hyper-contrôle. Or, ces personnes ont une obsession pour la nourriture. La frustration due à cette obsession va créer l'envie de manger abondamment. Une honte immense va s'installer après cette prise alimentaire entraînant une crise de soulagement pour permettre de faire baisser l'anxiété. Ensuite, ce soulagement va laisser place à une grande culpabilité. Il est difficile de détecter la boulimie car les comportements compensatoires permettent à l'indice de poids corporel de rester dans la norme.

Pour finir, l'hyperphagie boulimique tout comme la boulimie, équivaut à des prises alimentaires très importantes durant une courte durée, associée à une perte de contrôle. Cependant, l'hyperphagie n'entraîne pas de comportements compensatoires (American Psychiatric Association, Boyer et Crocq, 2015).

L'hyperphagie boulimique est le trouble le plus répandu. Les personnes vont ressentir le besoin de manger en grande quantité ce qui est le plus facile à ingurgiter sans en avoir envie et sans prendre de plaisir. On retrouve deux types d'hyperphagie. La première est celle du

réconfort qui arrive après des restrictions alimentaires. Dans ce cas, le cerveau va sécréter de plus en plus de dopamine pour chercher à calmer le besoin de se nourrir, en parallèle l'envie de manger va augmenter, et le contrôle pour faire face à ce besoin aussi. Cependant, au bout d'un moment la dopamine est en trop grande quantité et donc l'envie prend le dessus ce qui aboutit à une crise. Le deuxième type correspond à l'anesthésie émotionnelle, les personnes vont utiliser la nourriture pour mettre leur cerveau en pause et ne pas penser à des émotions négatives pouvant venir de traumatismes (Mansour, 2023).

B. Activité et participation :

Les personnes atteintes de TCA envisagent leur quotidien autour de leur pathologie. Pour aborder les fluctuations occupationnelles de ces patients on parle de sous et sur investissement. D'après St-Pierre, Therriault, Bélineau et Monthuy-Blanc (2022), le sous-investissement peut s'exprimer par de l'évitement d'occupations ou de contextes d'occupations, et le surinvestissement s'illustre par un investissement excessif ou extrême de certaines occupations. De ce fait, il est possible d'observer un surinvestissement des occupations centrées autour de l'alimentation et du corps ; et un sous-investissement des autres activités quotidiennes. En effet, des rituels rigides vont s'installer, accompagnés de pensées envahissantes majeures empêchant la personne de faire d'autres activités dans son quotidien et d'avoir des relations sociales épanouissantes. Dans un premier temps, on va observer un désengagement dans les activités sociales et de loisirs, jusqu'à arriver à un désinvestissement des différents rôles.

C. Facteurs environnementaux :

Dans le cadre environnemental, on retrouve des perturbations surtout sur l'environnement social.

En effet, ces pathologies isolent la personne et la privent de moments de vie importants. De nos jours, malheureusement, ces maladies sont parfois vues de l'extérieur comme un manque de volonté ou des caprices de l'adolescence. Mais en réalité, ces personnes rencontrent une réelle impuissance face à la maladie. L'incompréhension des proches, à la longue, renforce cet isolement. Sur le plan familial, on retrouve des difficultés de communication, avec des discussions centrées sur les problématiques alimentaires et une impuissance des parents vis-à-vis de la maladie qui est difficile à vivre.

Nous aborderons également certains facteurs environnementaux, qui peuvent déclencher ou entretenir ces troubles comme la pandémie du covid-19 ou les médias.

L'épidémiologie montre une évolution des TCA dans les pays occidentaux. Cela, est en grande partie dû au culte de la minceur qui est mis en avant par les médias. Dès les années 1980, on a pu remarquer dans les magazines féminins une augmentation de 70% des articles destinés aux régimes alimentaires amaigrissants (Garner, Garfinkel, Schwartz et Thompson, 1980).

Des études plus récentes, font le lien entre l'apparition des TCA et l'utilisation des réseaux sociaux. Les enquêtes ont mis en évidence l'influence du type d'interaction, du temps passé sur les réseaux sociaux, des photographies partagées, du sexe et du contexte socioculturel. Ce culte est plus ou moins bien internalisé en fonction des personnes et de leur estime d'elle-même. Cette comparaison à des modèles parfois même retouchés, et cette recherche de l'idéal physique va entraîner une insatisfaction corporelle (Padín, González-Rodríguez, Verde-Diego, et Vázquez-Pérez, 2021). On met aussi en avant les cultes de la performance et du bien-être qui demandent à la personne d'être le plus proche possible de la perfection dans tous les domaines.

Quant à la pandémie, lors des confinements de nombreux messages de prévention de la santé ont souligné le risque de sédentarité et de prise de poids. La pratique sportive et l'alimentation équilibrée ont alors été mises en avant. Les études montrent une augmentation de 48% des hospitalisations pour TCA lors de la pandémie (Devoe et al., 2022).

Il existe de nombreux autres facteurs environnementaux comme l'attitude alimentaire parentale, le statut socio-économique, l'éducation, la durée de sommeil et autres (Chaulet, Riquin, Avarello, Malka et Duverger, 2018). Ces facteurs sont importants à prendre en compte dans la prévention de troubles des conduites alimentaires.

D. Importance de l'équipe multidimensionnelle :

Tout comme le trouble, la prise en charge des patients ayant des TCA est multidimensionnelle. En effet, la littérature décrit l'importance d'avoir une équipe multidisciplinaire pour permettre une approche efficace. D'après l'Agence Régionale de Santé (ARS) (2020), plusieurs professionnels sont conseillés pour construire cette équipe multidisciplinaire. En première intention, des professionnels de santé comme psychiatre, nutritionniste, médecin traitant ou spécialiste et psychologue. Ensuite, d'autres professionnels sont recommandés sans ordre particulier : thérapeutes familiaux, diététiciens, enseignants en activité physique adapté, travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, art thérapeutes,

masseur-kinésithérapeutes et assistantes sociales⁴. Il est important que cette équipe soit formée aux différents troubles des conduites pour améliorer le diagnostic et la prise en charge. Effectivement, d'après un article, 4 fois sur 10 les psychologues ratent le diagnostic de TCA, ce qui montre qu'il est encore nécessaire de former les différents professionnels (Worsfold et Sheffield, 2017).

La prise en charge contient une première partie qui est commune avec la passation de différents bilans et les groupes de parole, puis, une seconde partie qui est individuelle et centrée sur le patient. Pour cette seconde partie, il est recommandé pour l'anorexie une thérapie familiale (en particulier à l'adolescence) et des thérapies cognitivo-comportementales pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique (Assurance maladie, 2022)⁵.

Selon l'Assurance maladie (2024), les objectifs visés lors de la prise en charge des TCA sont les suivants :

- « 1. Adhérer aux soins et accepter la nécessité de prendre du poids*
- 2. Modifier ses comportements et prendre du plaisir pour tendre vers une alimentation équilibrée*
- 3. Renforcer l'estime de soi et permettre de se sentir plus en confiance*
- 4. Améliorer ses relations sociales et familiales*
- 5. Traiter les éventuels conflits et souffrances psychiques »⁶.*

La thérapie familiale est importante car la majorité des TCA surviennent lors de l'adolescence ou à l'âge adulte. L'implication des parents est alors nécessaire dans la prise en charge. Le contexte familial et relationnel est encore bien présent à ce moment-là. De plus, la souffrance parentale est fréquente, il est donc important de les accompagner aussi pour qu'ils puissent se joindre dans les meilleures conditions possibles à la prise en charge de leur enfant.

⁴ Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est | Tous ensemble pour votre santé. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/74060/download>

⁵ Soigner l'anorexie mentale. ameli.fr | Assuré. <https://www.ameli.fr/pau/assure/sante/themes/anorexie-mentale/traitement>

⁶ Le traitement de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. ameli.fr | Assuré. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-traitement>

À défaut de prendre en compte cette dimension parentale, les risques d'échec thérapeutique sont grands (Chaulet, Riquin, Avarello, Malka et Duverger, 2018).

Des avancées ont été faites en Allemagne, avec l'essai d'une application mobile pour aider à l'identification et à la gestion des crises alimentaires. Cette application semble plutôt prometteuse en complément des différents accompagnements déjà proposés.

E. Accompagnement en ergothérapie :

Comme vu précédemment, l'ARS, dans ses recommandations de prise en charge, nomme une prise en charge en ergothérapie sans donner plus d'informations sur l'intervention à suivre.

Marck, Stanton et Carney (2023) définissent les ergothérapeutes comme des professionnels de la santé qui soutiennent les personnes atteintes de troubles, de maladies et de blessures par le biais de l'engagement professionnel, c'est-à-dire de la participation à des activités significatives de la vie quotidienne qui favorisent le bien-être physique et mental. Ils travaillent en partenariat avec les patients pour analyser l'interaction entre la maladie et les facteurs personnels (environnements, habitudes de vie, routines, rôles, rituels, valeurs, croyances) qui facilitent ou entravent l'incapacité d'une personne à participer aux activités quotidiennes.

Les TCA entraînent des modifications du circuit de récompense de la dopamine (Gorwood et al, 2016). En effet, les comportements alimentaires désordonnés vont devenir le but à atteindre dans la vie de ces personnes pour leur procurer du plaisir. Comme vu précédemment, le trouble des TCA, amène un sous-investissement des activités quotidiennes. Ainsi, on observe un surinvestissement des activités alimentaires autour de cognitions désordonnées permettant de soutenir le trouble (St-Pierre, M.J., Therriault, P.Y., Bélieau, S. et Monthuy-Blanc, J., 2022). Cependant, la participation à des activités quotidiennes permet d'aider à la formation de l'identité et de favoriser le sentiment de satisfaction. Il est donc important en tant qu'ergothérapeute de pouvoir accompagner les personnes atteintes de TCA pour rééquilibrer leur circuit de la récompense dans les activités de la vie quotidienne.

Lors de la prise en charge en ergothérapie, différents domaines peuvent être abordés comme : « *L'estime de soi, les implications environnementales et contextuelles, l'altération de la cognition fonctionnelle liée à la malnutrition* » (Mack, Stanton et Carney, 2023).

Pour aborder ces différents domaines, les ergothérapeutes mettent en œuvre diverses techniques telles que l'analyse de l'activité, l'adaptation à l'environnement et les capacités d'adaptation fonctionnelles positives pour gérer la détresse et soutenir la performance

occupationnelle. L'ergothérapeute intervient lors de la réinsertion à la suite du trouble pour maintenir les adaptations et prévenir les risques de rechutes.

Pour cela, il accompagne la personne pour l'aider à réintégrer ses différents rôles et retrouver une identité occupationnelle qui ne serait pas dictée par son trouble. L'importance va donc être de retrouver des activités signifiantes (qui ont du sens pour la personne) procurant du plaisir.

II. Le plaisir dans les occupations :

A. La science de l'occupation en ergothérapie :

« En ergothérapie, l'activité est vue comme une caractéristique fondamentale de l'être humain qui correspond à son besoin d'être actif dans son environnement » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008b). L'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen thérapeutique pour que les patients retrouvent leurs capacités et leur autonomie dans les activités du quotidien.

Des chercheurs en science de l'occupation ont alors cherché à approfondir l'intérêt de l'activité et créer une base de connaissances sur l'ergothérapie. Ces données permettent aux ergothérapeutes de comprendre le potentiel thérapeutique de l'occupation et de se baser sur des fondements scientifiques.

Les avancées ont permis de trouver deux dimensions de l'activité : la dimension subjective et la dimension contextuelle (Pierce, 2003). La première correspond à la productivité, le plaisir et le ressourcement procuré par l'activité. Ces composantes apportent le côté attrayant de l'activité et donnent du sens à la participation du patient. La dimension contextuelle quant à elle, équivaut à la réalité écologique de l'activité en prenant en compte le contexte spatial, temporel, et socio-culturel.

Ces dimensions ont été étudiées en science de l'occupation pour améliorer le potentiel thérapeutique. En effet, pour que le potentiel thérapeutique soit favorable, il est nécessaire de :

- Développer les dimensions subjectives de l'activité pour améliorer l'attrait de la prise en charge
- Rendre l'intervention écologique et donc plus efficace
- Choisir une activité pertinente pour l'atteinte des objectifs du patient (Pierce, 2003).

Aujourd’hui, les ergothérapeutes utilisent des activités qui ont du sens pour la personne afin de la motiver et l’impliquer dans sa prise en charge. Pour comprendre l’importance d’une occupation pour un patient, l’ergothérapeute doit prendre en compte sa culture, ses valeurs ou encore ses autres convictions.

B. L’occupation signifiante comme source de plaisir :

Les ergothérapeutes sont des professionnels de l’analyse d’activités. Ils ont alors défini deux types d’activités : les activités significatives et les activités signifiantes.

Les activités significatives correspondent au sens social de l’activité, à l’intérêt qu’elles ont pour l’entourage et la société. Elles favorisent l’estime de soi de la personne (Leontiev, 1984). Les activités signifiantes quant à elles « *sont définies comme étant celles qui sont importantes pour l’individu et qui donnent un sens à sa vie. En d’autres mots, ce sont celles qui suscitent l’intérêt et la motivation intrinsèque de l’individu* » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008a). Une activité peut alors être signifiante pour une personne mais pas forcément pour une autre. On parle alors d’occupations idiosyncrasiques signifiant qu’elles ont une valeur propre à chaque personne. « *Pour G. Kielhofner, la participation occupationnelle réfère à l’engagement de la personne dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne. Cet engagement occupationnel sous-entend que nous donnons à nos actions une signification personnelle et sociale* » (Caire et Poriel, 2023).

Dans sa démarche centrée sur le patient, l’ergothérapeute utilise l’intérêt pour ces activités comme outil motivationnel, outil d’intervention et d’objectif. De ce fait, ses investigations se tournent vers des activités suscitant à la fois du plaisir et de l’intérêt chez le patient, mais aussi, permettant d’améliorer ses capacités et sa santé. L’attrait et le plaisir que peuvent susciter une occupation dépend :

- « *du corps, du plaisir corporel associé à l’effort physique* ;
- *des objets, de la manipulation de certains matériaux ou objets* ;
- *de l’intellect, de l’accomplissement intellectuel* ;
- *du sentiment esthétique lié à la production artistique, de la satisfaction de l’accomplissement artistique* ;
- *de l’utilisation de ses habiletés pour relever un défi* ;
- *de la relation avec les autres* » (Caire et Poriel, 2023).

C. Le profil Plaisir, Productivité et Ressourcement (PPR) :

Le profil Plaisir Productivité et Ressourcement (PPR) est un outil qui a été conçu par Karen Alter pour permettre de repérer les dimensions subjectives d’une activité de la vie

quotidienne. Celui-ci est aussi bien adapté aux personnes bien portantes, qu'aux personnes ayant des problèmes de santé, et cible un public large allant de l'adolescence à la personne âgée.

Comme vu précédemment, la productivité, le plaisir et le ressourcement correspondent aux dimensions subjectives de l'activité. Elles contribuent alors à l'attrait de l'activité essentiel dans le potentiel thérapeutique.

Malgré cela, le plaisir est peu abordé en ergothérapie, notamment dans les modèles conceptuels. Le profil PPR permet alors de définir le plaisir, mais aussi la productivité et le ressourcement. D'après Karen Alter (2016) :

- Le plaisir « *a été défini comme le fait d'apprécier le processus. Le résultat est peu mis en valeur ; la personne apprécie le moment* ».
- La productivité « *a été définie comme l'accomplissement de quelque chose, l'atteinte d'un objectif ou l'apport à une contribution* ».
- Le ressourcement « *a été défini comme se reconstituer en faisant une activité* ».

L'outil PPR (annexe II) permet au patient de réaliser une auto-évaluation de l'équilibre entre le plaisir, la productivité et le ressourcement. Pour cela, « *les personnes notent leurs activités sur une durée de vingt-quatre heures, en débutant à minuit. Chaque ligne représente une grande portion de temps, guidée par ce qui a été fait. Les facteurs contextuels sont alors notés, incluant l'heure à laquelle l'activité a commencé et s'est terminée, qui était présent, où l'activité a eu lieu, et les niveaux de plaisir, productivité et ressourcement vécus au cours de chaque activité* » (Karen Alter, 2016).

Grâce aux informations apportées par le remplissage du profil, les patients peuvent prendre conscience par eux-mêmes de l'équilibre de ces trois dimensions subjectives (plaisir, productivité et ressourcement) dans leur quotidien. L'analyse de ces composantes permet d'aider les personnes à retrouver un meilleur équilibre occupationnel et dans le cas des TCA, à obtenir plus de plaisir et moins de productivité.

Le thérapeute quant à lui peut alors planifier et mettre en œuvre une intervention adaptée aux besoins, aux forces et aux valeurs du patient. Tout cela en améliorant la performance dans les activités signifiantes et significatives. Pour ce faire, différentes approches sont possibles, dans la suite de ce mémoire nous aborderons l'approche CO-OP.

III. L'Approche CO-OP :

A. Présentation de l'approche CO-OP :

L'approche Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) a été élaborée par H. Polatajko et A. Mandich. Cette approche a été initialement conçue pour des enfants ayant un trouble développemental de la coordination. Aujourd'hui, elle est utilisée et montre son efficacité auprès d'autres populations. D'après H. Polatajko, la réussite dans les occupations est primordiale pour la santé et le bien-être de l'individu. CO-OP est alors une approche centrée sur le client qui utilise des stratégies comme la découverte guidée pour permettre la résolution active de problèmes ou la réalisation d'activités. Elle permet à la personne d'acquérir de nouvelles habiletés choisies en amont. CO-OP aborde alors une approche "top down" qui priorise les problématiques occupationnelles. Après avoir réalisé de nombreuses recherches H. Polatajko s'est aperçu qu'il manquait souvent la généralisation et le transfert dans les approches *top down*. Or, ces étapes permettent au patient d'utiliser les stratégies acquises pour les réutiliser dans d'autres situations.

« *L'approche CO-OP répond à quatre objectifs principaux :*

- l'acquisition de compétences,*
- l'utilisation de stratégies cognitives,*
- la généralisation de l'apprentissage à tous les contextes de vie de la personne,*
- le transfert de l'apprentissage vers de nouvelles tâches de la vie quotidienne »* (Rouault et Téchéné Maurel, 2024).

Pour répondre à ces objectifs, elle se base sur sept principes clés : le but de la personne, l'analyse dynamique de la performance, les stratégies cognitives, la découverte guidée, les principes de l'habilitation, l'engagement des proches, la structure de l'intervention.

L'approche est structurée en dix séances espacées, pour laisser un temps de pratique à la personne entre les séances. Cette approche s'organise autour de trois phases (Polatajko et Mandich, 2017) : la préparation, l'acquisition et la vérification.

Dans la phase préparatoire, trois objectifs vont être définis par le patient. Pour cela, différents outils peuvent être utilisés comme la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ou l'OT'Hope. Ces trois objectifs correspondront à des difficultés occupationnelles. Le choix de ces objectifs significatifs par la personne permet d'accroître sa motivation et son engagement dans l'apprentissage. Une mise en situation des activités va ensuite être réalisée avec la cotation du Performance Quality Rating Scale (PQRS), pour permettre une réévaluation à la fin des 10 séances afin d'observer une évolution.

Dans la phase d'acquisition, le thérapeute va utiliser différentes stratégies pour atteindre les objectifs. Il va commencer par initier le patient à la stratégie globale de CO-OP : BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER. Ces 4 étapes permettent de structurer la résolution de problèmes. Le patient deviendra par la suite autonome dans l'utilisation de cette stratégie.

Puis il va réaliser l'analyse dynamique de l'exécution (ADE) qui se constitue en triade. La première étape de la triade correspond à l'analyse dynamique de la performance dans laquelle on va chercher le problème de performance. La seconde, est l'utilisation de stratégies cognitives qui revient à trouver la solution. Pour finir, la troisième est la découverte guidée. Ce processus permet au patient de découvrir lui-même les réponses à ses problèmes tout en étant accompagné par le thérapeute. La réussite de la découverte guidée réside notamment pour le thérapeute dans l'équilibre entre intervenir trop tôt et prévenir la frustration (Mayer, 2004). L'estime de soi est alors valorisée lorsque la personne réussit elle-même à surmonter ses défis. Ce type d'apprentissage à fait ses preuves et montre une meilleure efficacité que l'apprentissage par découverte seul (Polatjko et Mandich, 2017). Ces stratégies sont utilisées simultanément, tout au long des séances.

Pour terminer, lors de la phase de vérification, on réalisera la réévaluation des objectifs à l'aide de la MCRO et des trois mises en situation avec le PQRS. Cette phase a pour but d'évaluer la généralisation et le transfert des compétences (Polatajko et Mandich, 2017).

La relation entre le patient et le thérapeute nécessite une coopération qui va s'installer tout au long du protocole. Le thérapeute et le patient vont s'apporter l'un à l'autre. Le thérapeute doit respecter les choix du patient en l'aidant à trouver des solutions ; et le patient doit être motivé et engagé dans sa participation (Rouault et Téchéné Maurel, 2024).

Parmi les principes clés de la méthode on retrouve aussi l'importance de l'implication des parents et autres proches dans l'intervention. Ces personnes signifiantes ont pour rôle de soutenir le patient et de permettre le transfert et la généralisation en l'accompagnant dans le quotidien. Des rencontres avec les proches peuvent être réalisées pour leur permettre de comprendre le fonctionnement des stratégies.

CO-OP utilise les capacités d'apprentissages pour permettre à la personne de s'améliorer dans ses occupations. Elle relie l'apprentissage à la neuroplasticité. « *La neuroplasticité correspond à l'aptitude des neurones à se transformer pour s'adapter à des modifications de leur environnement ou à des changements internes à l'organisme* » (Larousse,

2024)⁷. CO-OP part du principe que l'expérience et l'apprentissage renforcent les changements plastiques neuronaux (Rouault et Téchené Maurel, 2024). Pour permettre cet apprentissage, elle utilise les stratégies cognitives vues plus haut, mais aussi la métacognition. La métacognition implique la compréhension des compétences et des stratégies qu'une tâche requiert et du contrôle nécessaire de celles-ci pour réaliser la tâche (Rouault et Téchené Maurel, 2024). Elle utilise l'apprentissage actif pour conduire la personne à avoir une réflexion personnelle pour mobiliser au mieux ses capacités.

Cependant, CO-OP présente aussi des limites et des inconvénients (Rouault et Téchené Maurel, 2024) pour le patient :

- Il doit être conscient de ses troubles et pouvoir déterminer trois objectifs cohérents avec ses difficultés.
- Il doit avoir une communication efficace.
- Il doit avoir des capacités métacognitives pour permettre de mettre en place l'approche.

Mais aussi pour le thérapeute : il doit être capable d'avoir une posture pédagogique favorisant l'apprentissage actif, et il doit avoir une vision occupationnelle des problématiques rencontrées.

Le contexte lui aussi peut être un inconvénient et peut empêcher la réalisation ou l'amélioration des objectifs.

B. Les fondements de l'approche CO-OP :

En ergothérapie, nous pouvons parler de processus de transformation. Cette transformation correspond au changement dans l'engagement occupationnel de la personne. Ce processus est associé à différentes disciplines comme : la religion, la psychologie, la sociologie, la gestion et l'éducation des adultes (Dubouloz, 2014). L'ergothérapeute est au cœur de cette transformation en prenant en compte les besoins de la personne, ses valeurs, ses croyances mais aussi sa participation occupationnelle. L'utilisation de l'approche CO-OP correspondrait alors à l'un des moyens permettant cette transformation occupationnelle auprès des patients. Cependant l'approche CO-OP pour permettre son bon fonctionnement est étroitement liée à différents concepts qui permettent une analyse plus complète de la situation.

De ce fait, dans l'utilisation de la méthode CO-OP nous retrouvons le concept du sentiment d'auto-efficacité d'Albert Bandura. « *L'auto-efficacité perçue est définie comme les*

⁷ Définitions : neuroplasticité - Dictionnaire de français Larousse. Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neuroplasticite/10910326>

croyances des gens quant à leurs capacités à produire des niveaux de performance désignés qui exercent une influence sur les événements qui affectent leur vie » (Albert Bandura, 1994). Ce sentiment d'auto-efficacité et donc la manière dont le patient va percevoir ses capacités et exercera une influence directe sur sa motivation. D'après Albert Bandura, ce sentiment d'auto-efficacité est un des facteurs qui permettrait au patient de maintenir un niveau d'engagement face aux objectifs fixés. Lors de l'utilisation de l'approche CO-OP il est essentiel que le patient puisse ressentir ce sentiment d'efficacité pour entretenir sa motivation tout au long de l'intervention.

Par ailleurs, Carole Dweck (2024) avec la psychologie aborde l'importance de l'état d'esprit. Dans sa littérature on retrouve deux types d'états d'esprit : l'état d'esprit fixe et l'état d'esprit de croissance aussi appelé de développement. L'état d'esprit fixe part du principe que notre niveau d'intelligence est fixe et qu'il ne peut pas évoluer malgré l'apprentissage de nouvelles connaissances. L'état d'esprit de croissance selon lui déclare que l'intelligence peut évoluer avec de l'exercice et de l'implication. Ce point de vue sur notre intelligence va avoir un réel impact sur notre vision de l'échec et donc sur notre réussite. Le challenge dans la mentalité fixe permet de prouver ses capacités or dans la mentalité de croissance il permet d'évoluer, les difficultés sont alors bienvenues car l'échec n'est pas définitif. Le sentiment face à une mauvaise situation et dans les deux cas désagréables, cependant l'état d'esprit de développement va charger à analyser la situation pour trouver des solutions et éviter qu'elle se reproduise. La réaction sera alors constructive et permet de mieux rebondir face à un échec, pour arriver au succès. Cet état d'esprit se construit en partie avec les réactions d'autrui lors d'un de nos échecs. L'approche CO-OP est un très bon exemple d'intervention pour observer ces états d'esprit. En effet, lors des différentes séances le patient va passer par des échecs et va devoir réagir pour trouver des solutions et avancer. Dans l'utilisation de l'approche, un état d'esprit de développement facilite la prise en charge. L'effort demandé pour atteindre les objectifs est vu positivement car il permet de progresser et donc de réussir. En tant que thérapeute, notre rôle est alors de valoriser l'effort, les stratégies et réactions du patient pour lui permettre de changer sa mentalité et d'accéder au succès.

De plus, CO-OP utilise différentes théories de l'apprentissage, et se fonde notamment sur deux théories (Rouault et Caire, 2017). La première est la théorie bémoriste ou comportementale qui insiste sur la relation entre le stimulus, les réponses et les conséquences. Dans cette théorie, un certain nombre de techniques favorisant l'émergence de nouveaux comportements ou de nouvelles habiletés. Celles qui sont utilisées dans l'approche CO-OP sont : le renforcement (stimulus favorisant la réponse), le modelage (démonstration d'un

comportement ou d'une habileté), le façonnage (consolidation de l'approximation des habiletés souhaitées), la facilitation à l'aide d'indices, l'estompage (diminution des stimulus) et l'enchaînement (une étape entraîne la suivante) (Polatajko et Mandich, 2017).

La deuxième théorie de l'apprentissage correspond à la théorie cognitiviste. Elle explique l'apprentissage par les changements survenus sur le plan des processus cognitifs (Polatajko et Mandich, 2017). Cette théorie se centre sur le rôle que joue l'organisation mentale (la résolution de problème, le raisonnement et la pensée) dans l'acquisition et le rendement d'une habileté et d'un comportement (Schunk, 2000).

C. Les modalités d'applications :

Une étude de Rodger consiste à utiliser la méthode CO-OP auprès d'adolescents ayant un syndrome d'Asperger. L'objectif était d'explorer les stratégies d'intervention CO-OP globales et spécifiques à un domaine et les types de conseils utilisés pour améliorer la performance des participants (Brooks and Bannigan, 2018). L'étude a conclu que l'approche CO-OP a permis aux enfants atteints du syndrome d'Asperger, d'utiliser des stratégies cognitives pour résoudre leurs problèmes de performance motrice de façon efficace.

L'approche CO-OP a aussi été appliquée auprès de personnes ayant des troubles des fonctions exécutives suite à un traumatisme crânien. Le rendement est amélioré sur sept des neuf buts pour lesquels les participants ont reçu une intervention. L'amélioration s'est maintenue jusqu'à l'évaluation de suivi trois mois plus tard (Dawson et al., 2009).

Dans le cadre de la prise en charge de la maladie de Parkinson, la méthode CO-OP a été utilisée en santé mentale (Davies, Gullo, et Doig, 2023). Une fois de plus, cette étude encourage l'utilisation de la méthode CO-OP.

Pour finir, une étude a privilégié la méthode CO-OP pour la mise en place d'un régime alimentaire (Dawson et al., 2022). La méthode a été adaptée en fonction de la population et des conditions. L'intervention était de 5 séances, certaines organisées en individuelles puis d'autres en groupe. A la fin de l'intervention, les patients ont pu faire un retour, à l'aide d'un questionnaire. Il est ressorti de celui-ci que les participants ont trouvé les séances utiles et ont exprimé comme important leur désir personnel de changement. Par ailleurs, ils trouvent essentiel l'établissement d'objectifs personnels et significatifs et expriment, que le fait de construire un plan leur a permis de structurer leurs objectifs et de savoir par où commencer. De plus, ils ont apprécié observer l'évolution de leurs objectifs et des autres personnes du groupe. L'intervention a été positivement acceptée par les participants, qui ont montré une forte participation. Également, les participants ont perçu la découverte guidée, comme sans jugement

et ont trouvé intéressant l'utilisation de stratégies cognitives. Cependant, les patients ont trouvé que le nombre de séances était court malgré qu'elles soient bénéfiques.

En définitive, l'approche CO-OP peut être utilisée avec un public de tout âge et différentes pathologies. Pour que l'approche reste efficace, il a fallu adapter le protocole de CO-OP et le rendre cohérent aux besoins et environnement des patients.

D. Intérêt de l'approche CO-OP dans l'accompagnement des troubles des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires entraînent un déséquilibre occupationnel. D'après Barris en 1986, les personnes présentant des TCA éprouvent :

- « *des problèmes sur le plan des soins personnels, de la productivité et des loisirs* ;
- *ont des attentes excessives envers elles-mêmes* ;
- *possèdent des compétences sociales dysfonctionnelles* ;
- *présentent un manque d'activités ayant du sens pour elles* ».

L'approche CO-OP permet de répondre à plusieurs de ses problématiques. En effet, dès le début de l'intervention nous définissons des objectifs individuels et significatifs pour la personne. Comme l'explique Csikzentmihalyi dans la théorie du flow, il est nécessaire pour prendre du plaisir dans une activité de trouver un équilibre entre l'ennui ressentit dans une activité trop simple et l'angoisse que procure une activité trop difficile. Pour les personnes atteintes de TCA, le risque est de tomber dans l'anxiété et dans la recherche de performances trop importantes. De ce fait, le thérapeute accompagne le patient pour éviter que les attentes excessives envers lui-même entraînent un choix d'objectifs non réalisables. En revanche, la recherche de performance de ces patients peut être utilisée dans CO-OP pour augmenter la motivation et intégrer la personne dans l'apprentissage actif.

D'autre part, le patient va pouvoir acquérir de nouvelles habiletés dans trois activités en lien avec ses problématiques dans les activités de soins personnels, de production et de loisir. Il pourra observer une évolution de façon rapide (maximum de 10 séances). De plus, dans ces séances les différents environnements correspondant aux activités comme les compétences sociales, sont pris en compte et peuvent être abordés si cela a du sens pour le patient.

Un autre facteur important est l'implication de la famille dans le projet de soin. En effet, Rébecca Shankland, dans une conférence en 2017, explique l'importance dans les troubles des conduites alimentaires de centrer la communication sur de nouveaux projets, tout en incluant la famille. CO-OP permettrait de répondre à cette attente car le patient est mené vers de nouveaux

projets signifiants (objectifs) et la famille est inclue dans la prise en charge pour permettre la généralisation et le transfert au quotidien mais aussi le maintien des habiletés acquises.

Pour rappel, les troubles des conduites alimentaires peuvent entraîner une rigidification du fonctionnement cognitif, par exemple, les patients répondent systématiquement à un problème par la même solution. Dans l'utilisation de la métacognition, et plus particulièrement de la découverte guidée, le thérapeute cherche à faire réfléchir le patient aux différentes solutions pour faire face aux problèmes en autonomie. CO-OP pourrait alors permettre de diminuer cette rigidification, en apportant une réflexion et une vision plus large sur les clés que le patient peut adopter.

Sur le plan du développement personnel, CO-OP permet au thérapeute de prendre en compte l'état d'esprit du patient. Le but du thérapeute est d'amener le patient à penser que l'échec est un apprentissage et donc d'éviter la pression et le stress apportés par la peur de l'échec. Dans le cadre des TCA, les patients recherchent constamment à atteindre un idéal de perfection. La perte de contrôle et donc l'échec est alors très mal vécu dans cette pathologie. Les différentes stratégies de CO-OP et l'apprentissage actif conduisent la personne à modifier elle-même sa façon de penser et de réagir face à un échec, pour pouvoir mieux rebondir et avancer dans l'atteinte de son objectif.

Comme vu précédemment, l'approche CO-OP a déjà été développée auprès de différentes populations. Nous remarquons que quelques fois, un aménagement a été fait pour adapter la mise en place de l'intervention. Par exemple, dans l'article Dawson et al., certaines séances étaient réalisées en groupe (tout en conservant les objectifs individuels). Les patients ont exprimé différents aspects positifs aux séances de groupe, comme la motivation que peut apporter l'évolution des objectifs de chaque membre du groupe, ainsi que le soutien ressentit par le groupe. Au vu de ces retours, ce facteur pourrait être intéressant pour travailler sur l'isolement et les problématiques sociales, tous deux très présents dans les TCA.

Actuellement, les articles évaluent l'évolution de CO-OP sur trois mois, et montrent que l'amélioration a continué sur cette période.

Lors de la phase d'évaluation, l'utilisation de la grille MCRO permet de coter entre autres la satisfaction. On définit la satisfaction comme « *un sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on juge souhaitable* » (Dictionnaire Le Robert, 2024)⁸.

⁸ Satisfaction - Définitions, synonymes, prononciation, exemples / Dico en ligne Le Robert. Dico En Ligne le Robert.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/satisfaction>

La cotation de la satisfaction dans le cas de la recherche de plaisir pourrait être cohérente et permettre d'observer une évolution.

En définitive l'approche CO-OP répond à plusieurs demandes dans la prise en charge des TCA, elle pourrait alors être pertinente dans le cadre d'une recherche pour l'accompagnement de cette pathologie.

PROBLÉMATISATION

Le cadre conceptuel nous a permis de découvrir les principales pathologies des TCA et de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les personnes touchées. Nous savons maintenant qu'il est difficile pour ces personnes de s'investir dans de nouveaux objectifs et d'avoir un fonctionnement cognitif différent pour faire face à des problèmes. Leur obsession pour le contrôle et la productivité ne prend pas non plus en compte le besoin de plaisir.

Par ailleurs, nous avons également abordé l'intérêt de l'approche CO-OP pour permettre à ces patients de retrouver des objectifs qui sont significatifs pour eux, d'avoir des activités de plaisirs et de sortir du fonctionnement cognitif rigide.

Ce mémoire a alors pour objectif d'étudier l'intérêt de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance dans la prise en charge en ergothérapie des adolescentes (12-24 ans) ayant des troubles des conduites alimentaires dans le but de leur permettre de retrouver du plaisir dans leurs occupations.

De ce fait, nous pouvons nous demander :

Comment l'application de la méthode CO-OP permettrait aux adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires de retrouver du plaisir dans leurs occupations ?

A la suite de cette question, nous pouvons dès à présent proposer plusieurs hypothèses :

Hypothèse 1 : Déterminer des objectifs personnels est un facteur favorisant l'émergence de la satisfaction.

Hypothèse 2 : L'application de stratégie permet de diminuer la rigidité du fonctionnement cognitif.

Hypothèse 3 : L'implication des proches dans l'usage de la guidance facilite le transfert dans le quotidien.

Cette question permet de faire le point sur l'accompagnement en ergothérapie proposé aux personnes atteintes de TCA. Mais aussi de développer l'approche CO-OP dans d'autres domaines comme les troubles de la santé mentale.

EXPÉRIMENTATION

IV. Présentation de la méthode :

A. Les objectifs de la partie expérimentale :

Nous avons abordé précédemment, la place du plaisir dans les occupations des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires. Nous avons également fait le lien entre les différents éléments de la méthode CO-OP et les difficultés rencontrées par cette population. Maintenant, nous souhaitons répondre à notre questionnement à l'aide d'une recherche expérimentale au travers de différents objectifs.

Le premier objectif serait de confirmer les liens établis lors de la partie théorique entre l'application de la méthode CO-OP et les problématiques occupationnelles des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires. Dans un second temps, nous pourrions repérer si l'application de l'approche CO-OP est possible auprès de la population des TCA. Pour poursuivre, nous chercherons à observer si l'ergothérapie dans la prise en charge des TCA avec la méthode CO-OP favorisera la mise en place d'activité signifiantes permettant de retrouver du plaisir dans les occupations. Pour finir, cette partie expérimentale, nous analyserons l'adaptabilité de la méthode CO-OP auprès de cette population.

Pour faire un état des lieux de la prise en charge actuelle des troubles des conduites alimentaires, nous explorerons également des informations sur les besoins de cette population et les moyens mis en place.

B. La recherche qualitative :

La recherche qualitative consiste à « *recueillir des données verbales [...] permettant une démarche interprétative* » (Aubin-Augé et al., 2008).

« *La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance* » (Aubin-Augé et al., 2008).

Dans le but de choisir notre méthodologie de recherche, nous nous sommes renseignés sur l'apport de chaque méthode.

Pour cela, il est important de prendre en considération qu'actuellement l'approche CO-OP n'est pas, à notre connaissance, utilisée dans l'accompagnement des troubles des conduites alimentaires. De ce fait, nous cherchons à prendre en considération les expériences personnelles des professionnels interviewés pour qu'ils puissent exprimer leur vécu ainsi que le point de vue des patients au travers d'exemples concrets. La recherche qualitative se prête donc complètement à notre recherche expérimentale.

C. L'entretien semi-structuré :

Afin de réaliser la partie expérimentale de ce mémoire, notre choix de méthode de recherche s'est tourné vers l'entretien semi-structuré.

Celui-ci correspond à une méthode de recherche qualitative qui « *comporte des questions prédéterminées abordant différents thèmes pertinents au sujet de recherche* » (Tétreault et Guillez, 2014).

Ce choix propose une interaction directe avec notre population. De ce fait, les professionnels de santé pourront approfondir les réponses aux questions en donnant des éléments détaillés, mais aussi expliquer leurs points de vue. Ce type d'entretien apportera des échanges sur les expériences des professionnels tout en amenant une réponse nuancée. Le climat créé par l'intimité de l'entretien mettra la personne en confiance, afin qu'elle puisse exprimer des avis qui ne seraient pas naturellement abordés dans d'autres circonstances.

D'un autre côté, nous pourrions, en tant que chercheur, relancer la question pour apporter une précision aux répondants ou pour explorer plus en profondeur un sujet inattendu. Cela offrira davantage de flexibilité. En définitive, cette méthode contribuera à une approche qualitative en apportant des données riches et ouvrant sur de nouvelles hypothèses.

D'un point de vue organisationnel, l'entretien permet de faciliter les disponibilités pour une rencontre car elle nécessite un seul acteur à la fois. Cet élément est primordial au vu des échéances rapides de cette partie expérimentale. Pour la réalisation de cet entretien, des rencontres en visioconférences seront privilégiées pour des raisons géographiques.

Cependant, cette méthode de recherche présente également des limites. Il sera alors nécessaire de prendre en compte les différents biais possibles avant la passation de l'entretien et lors de son analyse.

D. Construction de l'entretien :

Pour la réalisation d'un entretien semi-structuré, il est essentiel de réaliser un guide d'entretien (annexe III). Ce dernier contiendra 14 questions ouvertes suivant un ordre cohérent. En effet, les premières interrogations permettent une introduction dans l'intérêt de présenter les parcours professionnels des participants ainsi que le fonctionnement de leur lieu d'exercice. Les questions suivantes introduisent les problématiques rencontrées par les adolescentes ayant des TCA. Puis les échanges reprennent les différents éléments de la méthode CO-OP pour explorer son intérêt auprès de la population. Pour finir, la notion de plaisir est introduite au travers de différentes interrogations suivies d'une question de conclusion.

Afin que ce guide puisse apporter des réponses adaptées à notre projet de recherche et de réduire les différents biais possibles, nous avons établi une matrice (annexe IV). Cette dernière contient différents éléments de la partie conceptuelle comme des définitions de termes, mais également des indicateurs qui nous permettront de réaliser une analyse objective.

L'ensemble de ces questions ouvertes nous permettront d'établir un échange avec le professionnel, de comprendre ses expériences professionnelles et son point de vue.

V. Choix de la population :

Lors de recherches nous avons remarqué que peu d'ergothérapeutes travaillaient auprès de personnes ayant des troubles des conduites alimentaires. De ce fait, nous avons décidé pour la réalisation de ces entretiens, d'interroger différents professionnels de la Santé. Pour cela, nos critères d'inclusion nécessitent d'être élargis :

- Avoir un diplôme dans le domaine paramédical
- Exercer actuellement dans un service de santé mentale
- Exercer depuis plus de 6 mois auprès de patientes ayant des troubles des conduites alimentaires

Nous avons contacté les professionnels par e-mail (annexe V) ou à défaut par téléphone. Cette période de contact s'est étalée sur les mois de février et mars. Au total, nous avons contacté environ 15 services mais malheureusement, nous avons eu peu de retours. Cela nous a tout de même permis d'interroger 4 professionnels de santé. Plusieurs échanges ont été réalisés avec ces derniers afin d'organiser au mieux une rencontre en visio-conférence. Ces conditions ont été différentes avec l'une des participantes. En effet, je l'ai rencontré durant un

stage qui se déroulait sur la même période que la réalisation des entretiens. Les échanges se sont donc réalisés en direct.

Par respect de protection de l'anonymat, nous nommerons les professionnels interviewés E1, E2, E3 et E4. De plus un formulaire de consentement audio et d'exploitation des données a été transmis aux participants (annexe V).

Un tableau de présentation des professionnels qui récapitule les différentes données à prendre en compte dans la lecture de l'analyse des résultats a été réalisé (annexe VI).

VI. Préparation à la lecture des résultats :

A. Présentation de la méthode d'analyse des résultats :

Nous utiliserons l'analyse de contenu de Bardin pour étudier nos entretiens et apporter nos résultats. Avec cette méthode nous essayerons de réduire les éventuels biais en s'assurant d'être objectif. « *L'analyse de contenu s'organise autour de trois phases chronologiques* » (Wanlin, 2007).

La première phase concerne la préanalyse. Elle correspond à la création de verbatim pour rendre l'entretien exploitable, puis à la lecture flottante qui permet le repérage des indices.

La deuxième phase quant à elle consiste à l'exploitation du matériel. La première étape est la catégorisation des éléments ayant des caractères communs, puis la seconde le remplissage des grilles d'analyse.

Pour finir, la troisième phase dédiée au traitement des résultats. La première étape consiste à retrouver une liste d'éléments (présence ou absence, fréquence, ordre d'apparition...) dans nos entretiens. La deuxième, l'inférence, consiste à déduire d'une manière logique des connaissances en nous conduisant à se questionner sur les conditions de production. Pour conclure, il faudra interpréter les résultats analysés à des fins théoriques.

B. Limite de cette recherche :

Avant de lire l'analyse des résultats, il est primordial de prendre en compte les différentes limites de cette recherche.

Dans un premier temps, l'entretien a été réalisé auprès de 4 professionnels ce qui représente un petit échantillon et ne permet pas d'établir des réponses et des liens certains. De plus, mon échantillon au vu de la variabilité des répondants : expérience, genre, zone géographique ; est peu représentatif de la population générale. L'élargissement de l'échantillon de professionnels aurait constitué une plus-value.

Au vu des différentes limites rencontrées, ces résultats ne constitueront qu'un premier éclairage sur ce sujet.

VII. Analyse des résultats :

A. Intérêt de la co-construction des objectifs :

E2, E3 et E4 expliquent que dans leurs structures les objectifs sont construits en collaboration entre les patients et les médecins, et plus ou moins en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle : « *Oui oui à chaque pré-admission, à chaque pré-intégration, je vous en parle de ça parce que c'est à ce moment-là qu'on fixe les objectifs. [...] Et c'est à ce moment-là qu'on va aller questionner l'adolescent et lui demander quels sont ses objectifs à lui.* » (E2). E4 insiste sur la réalité institutionnelle et organisationnelle qui vient parfois limiter cette co-construction : « *Alors c'est co-construit avec le patient mais sensiblement à la fin c'est le médecin qui pose les objectifs.* » (E4) ; « *ils sont pas du tout contre nos objectifs ou pas du tout contre le fait de discuter des choses au contraire et c'est pour ça qu'y a le bilan aussi qui fait en ergothérapie, ils prennent en compte ces choses-là, mais à la fin se sont eux qui posent les choses si on est pas d'accord tant pis.* » (E4). : « *de base c'est le médecin mais c'est très pro dépendant donc si elles travaillent avec moi c'est moi qui vais les poser, j'essaye de le faire avec elles bien sûr* ». Quant à E1, elle souligne que ce sont majoritairement les patients qui construisent eux-mêmes leurs objectifs.

Nous remarquons ainsi que la structure a un réel impact sur la co-construction des objectifs. Cette influence apparaît de par le fonctionnement organisationnel, institutionnel mais également vis à vis du type d'accompagnement proposé.

Concernant la construction des objectifs, E1 explique qu'il serait pertinent de relancer les bilans ELADEB et AERES car elle estime : « *que ça permet de formaliser un peu les choses et l'avantage je pense avec ces bilans là c'est que ça peut les décaler de leur pathologie* » (E1)

; E4 utilise déjà l'ELADEV lors du bilan avec la psychologue et l'ergothérapeute pour : « *emmener la personne à pouvoir évoquer les difficultés et les besoins au quotidien* » (E4).

Trois des professionnels ont exprimé l'importance d'impliquer la patiente dans la définition des objectifs « *pour le rendre acteur finalement de son accompagnement, de sa vie* » (E2). Le but étant que la patiente trouve « *du sens dans son accompagnement* » (E2). E1 pense que « *nous on peut avoir des objectifs en tête mais si c'est pas ceux du patient ils seront jamais atteint* » (E1). Dans le même esprit, E3 explique qu'« *Un apprentissage ça naît toujours de l'expérience et si on est pas acteur ça marche pas.* » (E3). Les professionnels font alors du lien avec le concept motivationnel mais également avec de l'utilisation de ses habiletés pour atteindre un objectif ce qui correspond à l'un des critères abordés dans la partie conceptuelle permettant de susciter du plaisir dans une occupation. La co-construction des objectifs avec le patient est donc un des éléments de l'approche CO-OP à prendre en compte pouvant faciliter la recherche de plaisir auprès de cette population.

B. Fonctionnement cognitif et posture professionnelle :

Lorsque nous abordons le fonctionnement cognitif des patientes, les professionnels remontent différentes problématiques bien que celles-ci soient nuancées selon les patientes, le type de TCA, et l'évolution de la pathologie.

En effet, les patientes présentent des signes de « *diminution des capacités cognitives* » (E1) ainsi que des « *pensées obsessionnelles [...] qui peuvent souvent altérer toute leur attention* » (E1). E2 ajoute que « *les stratégies qui vont être mises en place, sont bien moins efficaces que sur des ados qui vont ne pas souffrir de TCA* » et qu'elles entraînent « *finalement en échec nos interventions* ». E3 apporte une nuance en précisant qu'elles arrivent à résoudre le problème « *mais à le résoudre de façon ce que nous, on considérait pathologique.* » selon elle car « *Il y a peu, face à une tâche ou un problème, d'intuition ou de place l'erreur ; c'est tout très intellectualisé, calculé, anticipé et du coup très anxieux.* ». Grâce à son expérience auprès de cette population, E4 explique que cela « *dépend d'une personne à une autre* » et qu'il y a dix ans « *je vous aurais donné des tableaux hyper caricaturaux, et différent entre le versant restrictif et le versant boulimique et le versant hyperalgitique* » mais qu'aujourd'hui « *même chez les restrictives on a des symptômes qu'on retrouvait chez les hyperalgiques ou boulimiques avant.* ».

De ce fait, les professionnels adaptent leur posture vis à vis des patientes. E4, E2 et E3 disent utiliser « *la guidance verbale* » (E2) comme stratégie car d'après elles « *face à une maladie où il y a un déni important, on est obligé.* » (E4). Elles ont également recours à la métacognition, E3 indique le faire lorsqu'elle « *les mets en situation de prise de conscience* » et E2 pense qu' « *on est quand même sur une méthode où l'adolescent doit déjà bien connaître ses symptômes.* » et donc selon elle, elle serait intéressante « *plutôt en deuxième temps.* ». Pour la troisième méthode dite la méthode But-Plan-Faire-Vérifier, E4 dit l'utiliser « *j'amène du coup les adolescents à se fixer eux-mêmes leurs propres objectifs et donc il y a un plan en fait qui se crée* » (E4), cet accompagnement à l'utilisation des habiletés de l'adolescentes pour relever leur objectif fait directement référence à l'un des critères vus précédemment (partie conceptuelle) et permettant d'amener du plaisir dans une activité. D'autres professionnels, ne réalisent pas cette méthode dans son entièreté ou ne la connaissaient pas : « *C'est génial. Ça tu vois non je le fais pas de façon si protocolaire non.* » (E3) ; « *on le fait, mais pas jusqu'au bout je dirais. Enfin si on le fait mais ça va plutôt être le pedopsy, en fait ça va être en entretien individuel que ça va être fait mais moi directement en tant qu'ergothérapeute je ne le fais pas. Parce que de par le format de groupe ça me semble un peu compliqué.* » (E2). De son côté E1, dit ne pas aborder ces points-là du fait qu'elle ne « *les rencontre pas dans des cadres qui me permettent de le faire avec elles.* » et préfère aborder les préoccupations en commençant par « *retrouver des choses de l'ordre du plaisir ou des occupations de loisirs* ».

Les stratégies cognitives citées précédemment, sont utilisées lors de l'accompagnement individuel en psychomotricité ou lors des différents ateliers groupaux. Au cours de ces ateliers d'autres moyens sont mobilisés, tels que « *la remédiation cognitive* » (E4), « *CRT* » (E2) ou encore des « *situations d'expérimentation, ressenti corporel, prise de conscience* » (E3). Ces réponses valident l'utilisation des différentes stratégies de l'approche CO-OP malgré qu'elles soient plus ou moins utilisées dans leur entièreté en fonction des professionnels.

C. Approche pluridisciplinaire et implication de la famille :

Lors des entretiens deux professionnels ont insisté sur l'importance de « *l'accompagnement pluriprofessionnel* » (E1) car « *c'est une maladie qui est multifactorielle, et qui est chronique et complexe sur les mécanismes.* » (E4). Les professionnels en libéral seraient selon eux trop isolés. De plus, pour E1 cela permet aux patientes de se sentir « *soutenues, [...] d'un bloc* » mais aussi à l'équipe de se sentir « *solide* » et qu'elle « *puisse se parler.* ».

Dans cette prise en charge pluriprofessionnelle, trois professionnelles ont abordé l'importance d'impliquer la famille des patientes. Selon elles ce serait « *plus efficace dans le sens où l'adolescent appartient à une dynamique et qu'il faut prendre en compte toute cette dynamique-là.* » (E2), la « *personne doit être pris de façon écologique donc avec tous ses schémas sociaux* » (E3). D'autant plus que « *souvent dans les troubles du comportement notamment les anorexiques et les familles, en générales, c'est assez intriqué* » (E3). En effet, « *Au niveau des relations, en intra-familial, les conflits qu'il peut y avoir autour de la nourriture [...] ou alors même les habitudes alimentaires des parents, peuvent du coup modeler certains TCA, je dis pas les créer mais les modeler, parfois.* » (E4).

Le lien social est important car les adolescentes ayant des TCA « sont très isolées » (E1). Or nous avons vu précédemment que la relation avec les autres est un élément apportant du plaisir dans un occupation. Il est donc essentiel d'aborder la dynamique de la famille, d'autant plus au vu de l'enjeux que peut représenter ce lien social.

E4 introduit une autre dimension en précisant que : « *C'est une maladie qui est aussi assujettie à l'environnement dans lequel elle vit, donc les facteurs sociaux économiques on a besoin de les connaître [...] en fait si on a pas ces éléments-là et qu'on peut pas travailler avec ces éléments-là, du coup on travaille pas.* ». Elle conclut en confirmant que « *si on travaille pas avec la famille on occulte complètement une partie du soin.* » (E4). Ces remarques conduisent à souligner l'importance de la place des proches pour ces trois professionnelles.

Nous préciserons que dans le cadre de la structure de E1, les patientes sont majeures « *et [...] prennent leurs décisions, il y a une personne de confiance, mais on ne peut pas impliquer les proches des patientes si elles ne le souhaite pas.* ».

Le sujet de l'implication de la famille a également été abordé lors du transfert et de la généralisation des acquis. En effet, les professionnelles ont indiqué collaborer avec les familles « *pour qu'on puisse avoir un retour authentique de ce qui se passe à la maison parce que par moment les ados malgré leur bonne volonté et bien il y a encore un petit peu le déni* » (E2) ; mais aussi si des objectifs n'avancent pas dû à « *des angoisses à niveau parental* », les professionnels vont alors établir un lien avec les parents pour « *voir ce qui freine d'après eux et peut-être les amener à finalement aller vers l'objectif de leur enfant.* » (E4).

D. Occupations quotidiennes et Activité signifiante :

Les problématiques occupationnelles sont aussi abordées spontanément durant les entretiens. En effet, E1 met en avant le besoin « *de retrouver une vie [...] parce que la maladie elle prend toute la place, il y en a beaucoup qui travaillent plus parce qu'elles peuvent plus, qui ont plus de loisirs ou elles ont aussi tellement de pensées obsessionnelles que ça occupe tout leur espace mentale [...] elles ont besoin de retrouver du lien social qu'elles ont souvent plus* ». E2 développe en disant que toutes les sphères occupationnelles sont touchées : « *sur le plan scolaire et sur le plan familial et amical* » « *Et même finalement pour agrandir on va aussi s'inquiéter au niveau du soin personnel aussi de l'adolescent, puisque nécessairement l'image du corps va être impactée* » ; mais également « *par rapport aux monde professionnel* » (E4) où elles ont besoin d'être éclairées. Cela peut s'expliquer en partie par « *une très grande rigidité et très ritualisé et donc ça leur pose problème au quotidien parce que du coup elles vont anticiper. Il y en a plusieurs qui le matin vont anticiper toute leur matinée, toute leur journée et cetera, et nous dans la vie on a forcément des imprévus et donc pour s'adapter donc au niveau de la flexibilité mentale c'est très compliqué.* » (E1). La maladie occupe une place si prépondérante que le quotidien des patients s'organise autour de leurs besoins et pensées obsessionnelles. Afin de travailler cet aspect E2 « *prend le temps de réorganiser l'emploi du temps* » des patientes avec elles pour qu'il soit plus équilibré. De son côté E1 « *pense que pour ça l'AERES c'est un bon outil pour décaler un peu justement et [...] pouvoir se poser la question de qu'est-ce que je fais déjà, qu'est-ce que j'ai déjà fait; qu'est-ce qui me fait plaisir ou pas, qu'est-ce que j'aimerai faire ; et ça je pense que c'est pas mal parce que ça permet d'avoir un support.* ».

De son côté, E3 alerte sur le choix des activités, qu'elles ne « *vienne pas entretenir une espèce de fonctionnement de base délétère* » si elles ne sont pas adaptées.

La question des activités signifiantes et de leur intérêt a été soulevée. Les professionnels E1 et E3 ont répondu les utiliser et ont même affirmé qu'il s'agit de « *la base, quand je les rencontre je leur dis qu'est-ce que vous aimez faire dans la vie, c'est quoi qui vous anime ?* » (E3). Cependant, E2 et E4 n'utilisent « *pas d'activité signifiantes mais plutôt des activités qui ont un lien avec leur centre d'intérêt.* » (E2) car les professionnelles expliquent qu'en travaillant avec un groupe il « *y aura toujours une personne pour qui se sera moins signifiant, significatif* » (E4). Pour autant, E4 les « *prend en compte [...] dans le fait de connaître la personne* ».

Les professionnelles étaient toutes en accord sur le fait que les activités signifiantes « *favorisent l'investissement de l'ado.* » (E2). E1 « *pense que c'est aussi ce qui va leur donner envie de*

vivre. » et E3 qu'il s'agit de « quelque chose qu'elles vont transposer à l'extérieur puisque c'est déjà quelque chose qu'elles utilisent. ».

Un exemple est transcrit pour illustrer l'impact que peut avoir une activité signifiante sur une patiente : « *ça me fait penser à une patiente qui quand on la voit [...] elle est éteinte [...] et quand on la voit jouer, elle s'illumine fin elle prend vie. Et c'est vraiment une activité qui lui fait plaisir où elle mène même, alors qu'on l'imagine pas du tout comme ça quand on la croise dans d'autres contextes. »* (E1).

Cet exemple nous conduit naturellement à aborder la partie suivante, celle du plaisir.

E. La notion de plaisir :

Nous avons durant cette analyse trouvée du lien entre les éléments de l'approche CO-OP, les expériences des professionnels et les critères favorisant le plaisir dans les occupations. Nous avons tout de même, dans le cadre de notre problématique, approfondit une partie de l'entretien sur la notion de plaisir de façon plus général. Sur ce thème les professionnels E1, E2 et E3 estiment que la place du plaisir est centrale dans la prise en charge des TCA, « *sur le fait de retrouver des occupations de loisirs, des choses en fait qui leur donnent envie de vivre. »* (E1). Selon elles, cela permettrait d' « *exister autrement que dans la maladie »* et de « *retrouver une autre identité que la maladie »* (E1).

Cette notion peut également être liée aux activités de vie citées dans la partie précédente. Effectivement E2 explique que « *l'objectif c'est d'aller vraiment aborder l'ensemble des activités de vie quotidienne de l'ado et d'aller essayer dans chacun de ces domaines d'aller comprendre, de faire échos en fait avec les valeurs de l'ado pour qu'il puisse y mettre du sens et donc par la suite pouvoir en ressentir du plaisir lorsqu'il pourra se réinvestir là-dedans ».*

Cependant, E2 et E4 expliquent que la notion de plaisir n'est pas un objectif principal : « *En fait si la plainte du patient elle est fixé sur ça, je vais travailler sur ça mais si elle est pas fixé sur ça, je vais pas travailler sur ça. »* (E4) ; « *nous le but c'est que l'adolescent soit fonctionnel, donc qu'il mange suffisamment par rapport à ses besoins d'ado. [...] et si on arrive à bosser le plaisir, on bosse le plaisir c'est une évidence mais le plaisir ce serait peut-être plus accessible à travailler, en fait, en deuxième temps lorsque la maladie les symptômes sont moins présent. »* (E2). A contrario, E3 pense qu' « *Elles ont même plus d'élan de vie, il faut retrouver du plaisir, c'est la base. En fait, au-delà du plaisir, aller sur quelque chose simplement*

agréable. On est sur ce niveau d'exigence là [...] mais non non la notion de plaisir elle y est dès le début. » (3).

E3 présume que « *la notion de plaisir c'est pas la bonne* » (E3) mais qu'il faut la reconditionner car elle peut être un levier important dans l'accompagnement.

Dans les moyens permettant de retrouver du plaisir, les professionnels s'appuient sur des activités ou des moments de vie. En effet, E1 explique qu'il est essentiel de « *leur permettre de faire des expériences* », E2 exprime « *essayer d'élargir ce catalogue occupationnel* » et E3 s'« *appuie sur ce qu'elles aiment faire* ». E3 travaille également sur le corporel et plus particulièrement sur ce qui est régressif ce qui correspond au plaisir corporel qui est un des critères cités précédemment. E4 quant à elle, adapte son matériel et cherche à éviter les mises en échecs inutiles, par exemple : « *éviter de le mettre en difficulté au niveau praxique alors que c'est pas un objectif primordial* » (E4).

E1 et E3 pensent que le plaisir « *a été défini comme le fait d'apprécier le processus. Le résultat est peu mis en valeur ; la personne apprécie le moment* » (Karen Alter, 2016). En effet, selon les ergothérapeutes « *il faudrait qu'il n'y ait pas de résultat pour que ça soit thérapeutique pour elles.* » (E3). A cela, E3 ajoute qu'« *Il faut qu'elles soient valorisées par ses pairs, il faut que ça vienne d'elle* ».

Dans cette partie, les professionnels partagent diverses stratégies qu'ils utilisent pour encourager la prise de plaisir chez les adolescentes atteintes de TCA. Ces stratégies rejoignent les critères définis en amont dans la partie conceptuelle, ce qui tend à confirmer non seulement la pertinence théorique de ces critères, mais aussi leur applicabilité concrète sur le terrain.

VIII. Discussion :

L'objectif de ce mémoire fut d'explorer au travers d'opinions et de témoignages de professionnels la question suivante : Comment l'application de la méthode CO-OP permettrait aux adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires de retrouver du plaisir dans leurs occupations ?

Pour aborder l'intérêt de l'approche CO-OP dans le but de retrouver du plaisir dans les occupations, nous avons dans un premier temps souhaité mettre en évidence les différents

éléments de cette méthode dans notre enquête. Puis, dans un second temps, nous avons cherché à établir un lien entre les propos des professionnelless et les critères suscitant le plaisir dans les occupations abordés lors de la partie conceptuelle. Cela dans l'objectif de pouvoir confirmer ou infirmer notre problématique et nos hypothèses, mais également afin de comprendre les différentes adaptations qui pourraient être réalisées pour l'application de cette méthode à la population.

Notre première hypothèse concerne le premier élément de l'approche abordé lors des entretiens : la co-construction des objectifs. En effet Polatajko et Mandich (2004), insistent sur le fait que la participation active au choix des objectifs améliore la motivation et le sentiment de compétence. Les professionnelles ont également confirmé l'élément motivationnel du choix des objectifs par la patiente et ont montré des éléments facilitant la prise de plaisir. Cependant, ils ont souligné l'intérêt d'un bilan spécifique à la psychiatrie comme support pour le choix des objectifs. Ces bilans (ELADEB-AERES) pourraient alors être une première adaptation de l'application de la méthode, car ils permettraient de faire ressortir des objectifs plus spécifiques aux domaines de la psychiatrie tout en les conduisant à des activités autres que celles impliquées par la pathologie.

Au vu des informations collectées lors des entretiens de notre recherche, il nous est impossible de valider l'hypothèse selon laquelle déterminer des objectifs personnels soit un facteur favorisant l'émergence de la satisfaction. Cette affirmation ne peut-être que validée que partiellement car au regard des échanges menés avec les professionnelless la co-construction d'objectif pourrait faciliter « *l'utilisation de ses habiletés pour relever un défi* » (Caire et Poriel, 2023) ce qui correspond seulement à un des critères permettant la prise de plaisir lors d'une activité.

Lors d'une conférence, Rebecca Shankland (2017) a mis en avant les différents profils du fonctionnement cognitif des adolescentes ayant des TCA. Ces éléments ont pu être confirmés au travers de la partie de recherche tout en soulignant le fait que les TCA correspondent à des pathologies multifactorielles contenant des mécanismes complexes avec des patientes à des stades plus ou moins avancés de la maladie. Par conséquent, il est nécessaire que les actions mises en place s'adaptent à chacune des patientes. Les stratégies cognitives (guidance verbale, métacognition et méthode But-Plan-Faire-Vérifier) adoptées dans l'approche CO-OP, ont été approuvées par les professionnelles qui les appliquent déjà auprès de leurs patientes.

Compte tenu des éléments apportés lors des entretiens, nous ne pouvons que partiellement confirmer l'hypothèse que l'application de stratégie cognitive permettrait de diminuer la rigidité du fonctionnement cognitif. Bien que les professionnelles utilisent ces stratégies, elles n'ont pas clairement exprimé la réduction de la rigidité du fonctionnement cognitif.

Par ailleurs, les professionnelles ont pu aborder l'implication des proches des patientes dans leur accompagnement, en exprimant qu'à défaut de prendre en compte cette dimension familiale, les risques d'échec thérapeutique seraient alors importants (Chaulet, Riquin, Avarello, Malka et Duverger, 2018). Les ergothérapeutes ont pu faire le lien avec le concept holistique qui provient « *d'une conception philosophique qui considère qu'il n'est possible d'acquérir des connaissances sur une personne ou sur un ensemble (groupe, société...) qu'à la condition de l'aborder dans sa totalité* » (Christophe debout, 2012). Sur ce thème, deux professionnelles dans le cadre de notre étude, ont partiellement confirmé l'hypothèse que l'implication des proches dans l'usage de la guidance, facilite le transfert dans le quotidien. Ils ont annoncé impliquer les proches dans le transfert et la généralisation des acquis dans le quotidien, pour autant l'usage de la guidance n'a pas été abordé.

Nos trois hypothèses étant infirmées ou confirmées, nous pouvons maintenant aborder notre problématique de recherche. A l'annonce de l'approche CO-OP, les professionnelles ont pu établir des liens avec leur pratique et même convenir que celle-ci pourrait être pertinente. Cependant, au cours des échanges, les professionnelles ont relevé des contraintes organisationnelles dans leurs structures pouvant rendre difficile son application. En effet, pour trois des quatre professionnelles concernées, aucun temps en individuel avec les patientes n'est prévu dans leur fiche de poste, ce qui constitue selon elles une limite, car cette méthode ne leur paraît pas applicable en groupe.

Nous avions vu précédemment, dans la partie conceptuelle, une étude qui privilégie la méthode CO-OP pour la mise en place d'un régime alimentaire (Dawson et al., 2022). L'usage de la méthode comprenait à la fois des séances individuelles et des séances de groupe, bien que les objectifs restaient personnalisés, ils étaient tous en lien direct avec l'application de ce régime. Les contraintes organisationnelles récurrentes dans les services de psychiatrie, où le groupe a un réel intérêt pour les patients, rendent parfois difficile la mise en place de suivi strictement individuel. De ce fait, nous pourrions envisager dans ce cas une adaptation de CO-OP alternant séances individuelles et de groupe notamment lorsque les moyens disponibles ne

permettent pas d'assurer 10 séances individuelles complètes. Il serait d'ailleurs pertinent de conduire une recherche plus approfondit sur cette question.

Afin de confirmer que l'approche CO-OP favorise le retour au plaisir dans les occupations, des questions ont été posées autour de la notion de plaisir et des activités signifiantes. Bien qu'une professionnelle émette un doute sur l'intérêt de la notion de plaisir dans l'accompagnement si celle-ci n'est pas amenée par la patiente, les témoignages des autres professionnelles quant à eux montrent un réel intérêt à soutenir ces adolescentes à retrouver du plaisir dans leurs occupations.

A plusieurs reprises, les professionnels ont confirmé mettre en place certains des différents critères permettant l'attrait et le plaisir dans une occupation (Caire et Poriel, 2023). Cependant, la totalité de ces critères n'étant pas abordée nous ne pouvons pas confirmer avec certitude le fait que CO-OP permette aux adolescentes ayant des TCA, de retrouver pleinement du plaisir. Il pourrait alors être intéressant de considérer la notion de plaisir lors du choix des objectifs sous différentes formes : choix d'une activité signifiante, indicateurs de plaisir dans la définition de l'objectif, cotation de la satisfaction de manière plus régulière pour insister sur cette notion. D'autant plus qu'une des professionnelles indique qu'il convient de reconditionner cette notion de plaisir qui est trop souvent reliée à des conduites pathologiques.

Une autre composante essentielle est la prise en charge pluriprofessionnelle de ces patientes. Les entretenus ont insisté sur la difficulté de la prise en charge de ces patientes du fait que leur pathologie soit multifactorielle. Pour ces dernières il serait nécessaire de développer plusieurs axes de travail, proposés par différents professionnels. L'ARS (2019) recommande également une équipe pluriprofessionnelle avec l'établissement des rôles de chacun, ainsi qu'un membre coordinateur. Il est intéressant de considérer que l'approche CO-OP seule n'est donc pas suffisante pour l'accompagnement des TCA. Elle nécessite une dynamique de prise en charge plus complète, comprenant plusieurs professionnels.

En définitive, ces entretiens ont permis dans le cadre de notre recherche de montrer que l'approche CO-OP aurait un intérêt auprès de la population des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires, tout en mettant en lumière différentes adaptations à prendre en compte pour son application. Cependant, le fait que l'application de cette méthode puisse permettre aux adolescentes ayant des TCA de retrouver du plaisir n'a pas pu être réellement confirmé. De ce fait, il pourrait être intéressant de réaliser une étude plus concrète en utilisant

la méthode CO-OP directement auprès de la population des TCA en prenant en compte les différents critères permettant de susciter du plaisir dans une occupation.

CONCLUSION

Ces dernières années, plus particulièrement à la suite du COVID-19, le nombre d'adolescentes atteintes de troubles des conduites alimentaires a augmenté. Au vu de cette évolution, nous pourrions penser que ces pathologies soient nettement mieux identifiées et prises en charge. Cependant, la littérature montre qu'actuellement les dispositifs de soins se révèlent généralement discontinus et compliqués. De plus, ces troubles entraînent de nombreux retentissements sur les différentes sphères : sociales, scolaires, loisirs, soins personnels... Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur la capacité des accompagnements proposés à permettre réellement aux adolescentes de se réinsérer dans une dynamique de vie satisfaisante, et notamment de retrouver du plaisir dans leurs occupations. C'est dans cette perspective que ce mémoire s'inscrit.

Ce travail a permis d'explorer comment l'application de la méthode CO-OP pourrait permettre aux adolescentes ayant des TCA de retrouver du plaisir au sein de leurs occupations. En nous appuyant sur les témoignages des professionnelles de santé mentale interviewées, il a été possible de mettre en lumière à la fois les atouts de cette méthode et les limites rencontrées quant à son application dans les contextes de prises en charge actuels. Bien que certains éléments de la méthode aient été reconnus comme intéressants par les professionnelles, son usage nécessite des adaptations spécifiques à cette population, ainsi qu'aux exigences organisationnelles des structures.

Ce mémoire souligne plusieurs apports utiles pour la pratique en ergothérapie. De façon général, il questionne sur la posture professionnelle et le choix des outils et interventions face à une population donnée. En effet, il rappelle l'importance d'une approche centrée sur la personne, apportant des stratégies visant à favoriser l'autonomie et l'engagement dans la prise en charge, mais également dans le quotidien ; tout cela en restant attentif à la dimension subjective de l'expérience vécue par la personne. Par ailleurs, il remet au centre la nécessité et la force d'un accompagnement interprofessionnel pour des pathologies multifactorielles et complexes.

Enfin, cette recherche ouvre de nombreuses perspectives. Comme aborder précédemment, il serait pertinent de mener une étude de terrain appliquant concrètement la méthode CO-OP auprès d'adolescentes souffrant de TCA, afin d'en évaluer les effets sur le plaisir occupationnel, à l'aide d'indicateurs ciblés. Il serait également enrichissant

d'approfondir le lien entre plaisir, motivation et engagement dans les occupations, en s'appuyant sur une collaboration interprofessionnelle. Pour finir, il aurait pu être intéressant d'aborder ce sujet au travers de la notion d'équilibre occupationnel pour approfondir et potentiellement répondre à certaines difficultés rencontrées par les adolescentes ayant des TCA.

BIBLIOGRAPHIE

- AESP, CNUP et CUNEA. (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie* (3^e éd.). Tours, France : Presses universitaires François-Rabelais.
- American Psychiatric Association, Boyer, P. et Crocq, M.-A. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson SAS.
- Aubin-Auger, I. Mercier, A. Baumann, L. Lehr-Drylewicz, A-M. Imbert, P. Letrilliart, L. GROUM-F (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale*, volume 19 (84), 142-145.
- Bandura A (1994) Self-efficacy. In: Ramachaudran VS (ed), *Encyclopedia of Human Behavior*. New York: Academic Press, Vol. 4, pp. 71–81. (Reprinted in Friedman H [ed], *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press, 1998).
- Brooks, R., et Bannigan, K. (2018). Occupational therapy interventions in child and adolescent mental health : a mixed methods systematic review protocol. *The JBI Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports*, 16(9), 1764-1771. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003612>
- Caire, J.-M. et Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. Paris, France : Deboeck supérieur.
- Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., et Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(3), 113–145. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.04.004>
- Davies, S. J., Gullo, H. L., et Doig, E. (2023). Efficacy and Feasibility of the CO-OP Approach in Parkinson's Disease : RCT Study Protocol. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 90(4), 363-373. <https://doi.org/10.1177/00084174231156287>
- Dawson, D. R., Bar, Y., Ajwani, F., Rotenberg, S., Atlas, B., Ricupero, M., Greewood, ... Parrott, M. D. (2022). Combining elements of the CO-OP ApproachTM with education to promote healthy eating among older adults : A pilot study. *Frontiers In Rehabilitation Sciences*, 3. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.971300>
- Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C., et Polatajko, H. J. (2009). Using the Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) with Adults with

- Executive Dysfunction following Traumatic Brain Injury. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 76(2), 115-127. <https://doi.org/10.1177/000841740907600209>
- Debout, C. (2012). Holisme. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition (p. 311-312). Lyon, France : Mallet Conseil. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0311>
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., ...
- Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders : A systematic review. *International Journal Of Eating Disorders*, 56(1), 5-25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Dubouloz, C. (2014). Discours commémoratif Muriel Driver 2014. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 81(4), E1-E10. <https://doi.org/10.1177/0008417414559013>
- Dweck, C. (2024). *Osez vraiment réussir ! : changez votre mindset*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., et Thompson, M. (1980). Cultural Expectations of Thinness in Women. *Psychological Reports*, 47(2), 483-491. <https://doi.org/10.2466/pr0.1980.47.2.483>
- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., ...
- Epelbaum, J. (2016). New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers In Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
1. Haute Autorité de Santé. (2019). Boulimie et hyperphagie boulimique Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée. Repéré le 05/05/25, à 14h55 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3099804/fr/prise-en-charge-pluriprofessionnelle-coordonnee-fiche-outil
- Mack, R. A., Stanton, C. E., et Carney, M. R. (2023). The importance of including occupational therapists as part of the multidisciplinary team in the management of eating disorders : a narrative review incorporating lived experience. *Journal Of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00763-6>
- Mansour, L. A. (2023, juillet). Troubles alimentaires : L'hyperphagie-boulimique ou manger jusqu'à s'en rendre malade. www.20minutes.fr. <https://www.20minutes.fr/sante/3303579-20220609-troubles-alimentaires-hyperphagie-boulimique-manger-jusqu-rendre-malade>

Mayer R. E. (2004). Should there be a three-strikes rule against pure discovery learning? The case for guided methods of instruction. *The American psychologist*, 59(1), 14–19. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.14>

Morel-Bracq, M.C. (dir.) (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2^e éd.). Paris, France : Deboeck supérieur.

Morel-Bracq, M.C. (dir.). (2024). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (3^e éd.). Paris, France : Deboeck supérieur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008a). L'activité: outil privilégié de l'ergothérapeute. Repéré le 05/12/24, à 14h05 <http://www.oeq.org/publications/documents-professionnels.fr.html>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008b). L'activité: un besoin fondamental de l'être humain. Repéré le 05/12/24, à 14h05 <http://www.oeq.org/publications/documentsprofessionnels.fr.html>

Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., et Vázquez-Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology : A systematic review. *Cyberpsychology Journal of Psychosocial Research On Cyberspace*, 15(3). <https://doi.org/10.5817/cp2021-3-6>

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (1^e éd.). Paris, France : Deboeck supérieur.

Pierce, D. (2003). *Occupation by design* (1^e éd.). Philadelphie, Etats-Unis : F.A. Davis Company.

Polatajko, H., et Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP : guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Ottawa, Canada :Association Canadienne des Ergothérapeutes.

Schunk, D. H. (2000). *Learning theories : An educational perspective* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Merrill.

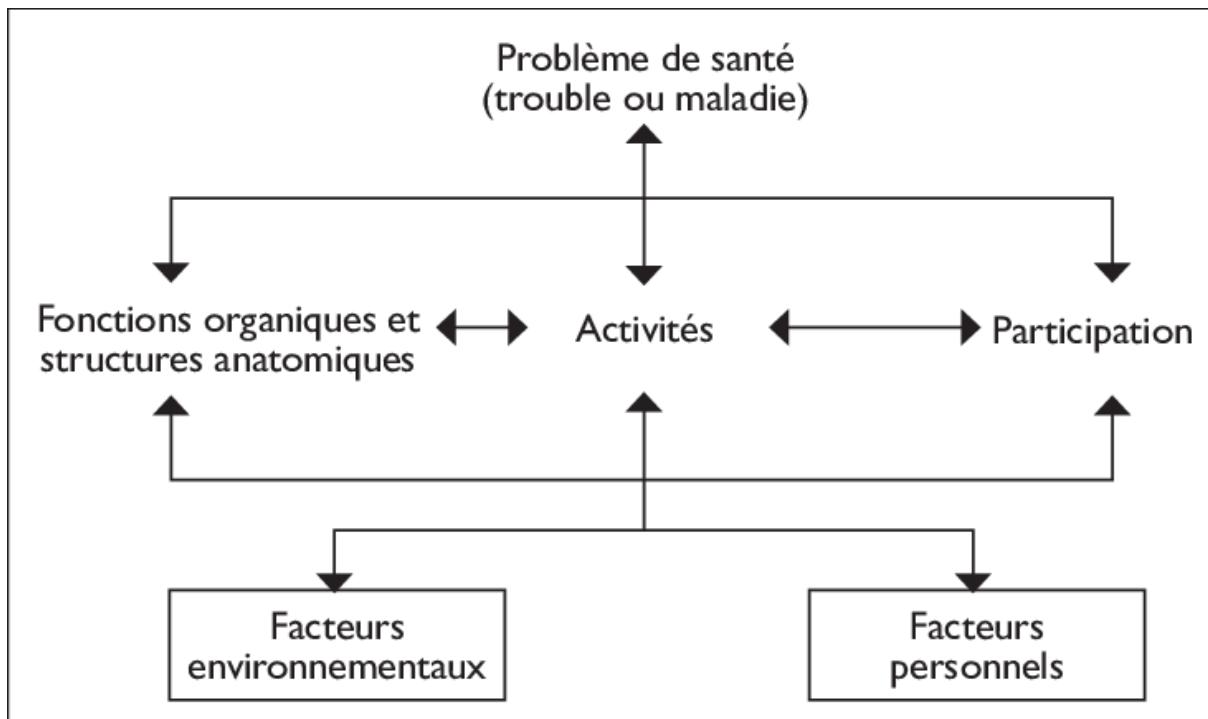
Shankland, R. (2017, janvier). *Quand manger devient un problème : les troubles des conduites alimentaires et leurs traitements*. Communication présentée au 2016e congrès de la Fête de la Science sur le domaine universitaire MSH Alpes. Grenoble, France. Résumé repéré sur YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=HZPZINy9b8w>

- St-Pierre, M.J., Therriault, P.Y., Bélieau, S. et 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*. <https://doi.org/10.13096/rfre.v8n1.192>
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Association pour la recherche qualitative, hors-série (3), 243-271.
- Worsfold, K. A., et Sheffield, J. K. (2017). Eating disorder mental health literacy : What do psychologists, naturopaths, and fitness instructors know ? *Eating Disorders*, 26(3), 229-247. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1397420>

ANNEXES

ANNEXE I - Modèle de la Classification Internationale du Handicap.....	II
ANNEXE II - Tableau du profil PPR.....	III
ANNEXE III - Guide d'entretien.....	IV
ANNEXE IV - Matrice d'analyse des entretiens	VI
ANNEXE V - Mail de contact des participants aux entretiens	XIII
ANNEXE VI - Formulaire de consentement audio et d'exploitation des données .	XIV
ANNEXE VII - Tableau de présentation des participants aux entretiens	XV
ANNEXE VIII - Retranscription entretien E2	XVII
ANNEXE IX - Tableau de tri des réponses par question	XXXII

ANNEXE I - Modèle de la Classification Internationale du Handicap



ANNEXE II - Tableau du profil PPR

Colonne	Instructions
Heure de début de l'activité	Notez l'heure à laquelle l'activité a débuté
Heure de fin de l'activité	Notez l'heure à laquelle l'activité a pris fin à laquelle vous avez commencé l'activité suivante
Ce que vous faisiez	Notez ce que vous avez fait. Utilisez une ligne par activité
Avec qui	Notez qui était présent
Où	Notez où vous étiez (dans votre chambre, dans une salle X, au restaurant, dans le jardin, à l'extérieur)
Plaisir, productivité, ressourcement	Notez le niveau (1 : absent → 5 : extrêmement haut) de plaisir, de productivité et ressourcement pour chaque activité
Commentaires	Notez toutes les pensées dont vous souhaitez particulièrement vous souvenir sur votre ressenti pendant l'activité

Heure de début	Heure de fin	Identifiez ce que vous faisiez	Avec qui	Où	Pendant cette activité, mon niveau de			Commentaires
					Plaisir	Productivité	Ressourcement	
0h	6h	Dormi	Seul	Domicile	4	2	4	Une bonne nuit
6h	6h45	Me suis préparé pour la journée	Seul	Domicile	3	2	3	
6h45	7h30	Ai mangé mon petit déjeuner en lisant le journal	Seul	Domicile	4	3	4	
7h30	7h45	Ai conduit jusqu'au travail	Seul	Voiture	2	3	1	Circulation folle !

Reproduction de la « Figure 16-1. Profil PPR : Expérience au quotidien du plaisir, de la productivité et du ressourcement, instructions et modèle » du Livre « La Science de l'Occupation pour l'Ergothérapie » de Doris Pierce

ANNEXE III - Guide d'entretien

1. Pouvez-vous vous présenter en développant votre parcours professionnel et de formation ?
2. Quel accompagnement est proposé dans votre structure aux adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires ? Et à quel moment vous intervenez dans le parcours de la maladie ?
3. Selon vous, quels sont les besoins de cette population ?
4. Quels moyens utilisez-vous auprès de cette population ?
5. Dans la prise en charge des TCA, qui construit les objectifs de prise en charge ? Et pourquoi ?
6. Avez-vous remarqué des difficultés dans la manière dont les adolescentes abordent des tâches ou résolvent des problèmes ?
7. Utilisez-vous des stratégies cognitives comme la métacognition, la guidance verbale ou encore la méthode but-plan-faire-vérifier, dans l'accompagnement des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires ? Et pourquoi ?
8. Impliquez-vous les proches des patientes dans l'accompagnement ? Si oui comment et pourquoi ? Si non pourquoi ?

9. Quels moyens utilisez-vous pour faciliter le transfert et la généralisation des compétences acquises lors de l'accompagnement dans le quotidien de ces adolescentes ?
10. Pensez-vous que la notion de plaisir soit importante auprès de cette population ?
11. Quels moyens mettez-vous ou mettriez-vous en place pour rechercher du plaisir dans l'accompagnement ?
12. Prenez-vous en compte les activités signifiantes de la personne dans votre accompagnement ? Et que pensez-vous qu'elles puissent apporter ?
13. Y a-t-il d'autres aspects que vous jugez essentiels pour aider ces adolescentes à retrouver du plaisir dans leurs occupations quotidiennes ?
14. Connaissez-vous l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance) ? Si oui, pensez-vous que cette approche puisse avoir un intérêt auprès de cette population ?

ANNEXE IV - Matrice d'analyse des entretiens

Concepts	Critères	Indicateurs	Questions
Troubles des conduites alimentaires	Population et accompagnement global	<ul style="list-style-type: none"> Le professionnel accompagne des adolescentes qui ont des troubles des conduites alimentaires. Le professionnel travail en équipe pluriprofessionnel. 	Q2
	Besoins	<ul style="list-style-type: none"> Les patientes ont besoin de reprendre une condition physique leurs permettant d'être en "bonne" santé. Les patientes ont besoin de retrouver des relations sociales épanouissantes. Les patientes ont besoins de reprendre des activités non liées à l'alimentation et au poids comme des activités de loisirs. Les patientes ont besoins de réinvestir leurs différents rôles. Les patientes ont besoin d'avoir une meilleure estime de soi d'elle-même. Les patientes ont besoin de diminuer les rituels rigides liées à la pathologie ainsi que la recherche de performance. 	Q3
	Moyens actuels	<ul style="list-style-type: none"> L'accompagnement se fait en équipe pluridisciplinaire Les professionnels utilisent des thérapie cognitivo-comportementales ou bélvioriste (insiste sur la relation) 	Q4

		<p>entre le stimulus, les réponses et les conséquences).</p> <p><i>Celles qui sont utilisées dans l'approche CO-OP sont : le renforcement (stimulus favorisant la réponse), le modelage (démonstration d'un comportement ou d'une habileté), le façonnage (consolidation de l'approximation des habiletés souhaitées), la facilitation à l'aide d'indices, l'estompage (diminution des stimulus) et l'enchaînement (une étape entraîne la suivante) (Polatajko et Mandich, 2017).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels utilisent des théories cognitives. <p><i>Cette théorie se centre sur le rôle que joue l'organisation mentale (la résolution de problème, le raisonnement et la pensée) dans l'acquisition et le rendement d'une habileté et d'un comportement (Schunk, 2000).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels utilisent des moyens permettant de travailler sur le sentiment d'auto-efficacité. • Les professionnels utilisent des moyens permettant de travailler sur les états-d'esprits. 	
Méthode	CO-OP	<p>Déterminer des objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • La patiente détermine ses objectifs. • Le professionnel de santé détermine les objectifs en lien avec la patiente. • Le professionnel de santé détermine les objectifs seul. 	Q5

		<ul style="list-style-type: none"> • Les patientes présentent une rigidité dans leur fonctionnement cognitif • Les patientes apportent souvent une réponse identique aux problèmes • Les patientes ne mettent pas en place de stratégies pour répondre à un problème • Les patientes rencontrent des difficultés pour faire face ou/et résoudre un problème
<p>L'utilisation de stratégies cognitives</p>		<p><i>La réussite de la découverte guidée réside notamment pour le thérapeute dans l'équilibre entre intervenir trop tôt et prévenir la frustration (Mayer, 2004)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute intervient occasionnellement pour aider le patient à se questionner. <p><i>La métacognition implique la compréhension des compétences et des stratégies qu'une tâche requière et du contrôle nécessaire de celles-ci pour réaliser la tâche (Rouault et Téchéné Maurel, 2024). Elle conduit la personne par l'apprentissage actif à avoir une réflexion personnelle pour mobiliser au mieux ses capacités.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le professionnel questionne le patient pour l'amené à une réflexion et à trouver lui-même une solution.

	<p><i>BUT-PLAN-FAIRE-VÉRIFIER : Étapes permettant de structurer la résolution de problèmes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le professionnel accompagne la patiente en lui apportant une méthode pour structurer sa résolution de problème. • Les stratégies permettent à la personne de résoudre elle-même ses problèmes. • La résolution de problème par la patiente lui permet d'avoir une meilleure estime d'elle-même. • 	
L'implication des proches	<ul style="list-style-type: none"> • Les proches des patientes sont impliqués dans sa prise en charge. • Les proches des patientes permettent de faire le lien avec le quotidien et le retour à domicile. • Les proches des patientes permettent d'aider au transfert et à la généralisation des acquis dans le quotidien. 	Q8
Le transfert et la généralisation	<p><i>La généralisation de l'apprentissage à tous les contextes de vie de la personne. Le transfert de l'apprentissage vers de nouvelles tâches de la vie quotidienne. (Rouault et Téchéné Maurel, 2024)</i></p>	Q9

	<ul style="list-style-type: none"> • Les proches accompagnent les patientes pour aider aux transferts et à la généralisation. • Les patientes transposent dans d'autres activités les compétences acquises lors de sa prise en charge. • Les patientes arrivent à utiliser ses compétences acquises en séance dans des environnements variés. 	
L'utilisation de la méthode	<p><i>CO-OP est une approche centrée sur la personne, orienté vers l'activité et la participation, basé sur le modèle de résolution de problème comme outil permettant l'acquisition de nouvelles compétences à travers l'utilisation de stratégies cognitives et d'une découverte guidée (Rouault, 2012).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de la méthode CO-OP serait utile dans l'accompagnement des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires. • Certains éléments de la méthode seraient utiles dans l'accompagnement des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires. • En adaptant la méthode à la population, elle pourrait être intéressante auprès de cette population. • L'utilisation de la méthode CO-OP permettrait aux adolescentes ayant des TCA de commencer de nouveau 	Q14

		<p>projets/activités ayant du sens pour elle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CO-OP pourrait alors permettre de diminuer la rigidité cognitive des patientes ayant des TCA. • L'approche CO-OP permet de prendre en compte le sentiment d'auto-efficacité et l'état d'esprit dans l'accompagnement de la patiente. 	
Plaisir dans les occupations	Plaisir	<p><i>Le plaisir « a été défini comme le fait d'apprécier le processus. Le résultat est peu mis en valeur ; la personne apprécie le moment ». Karen Alter (2016)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La notion de plaisir est importante auprès de cette population. • Les patientes ne recherchent pas à éprouver du plaisir d'elle-même, il faut donc travailler sur cet élément. • La notion de plaisir est un élément permettant une évolution dans la prise en charge des TCA. 	Q10
		<ul style="list-style-type: none"> • Le moyen utilisé permet la recherche de plaisir pour le patient • Les moyens utilisés se basent sur des activités procurant du plaisir à la personne. • Les moyens utilisés se basent sur des activités sociales. 	Q11

			Q13
Activités significantes	<p><i>Les activités signifiantes « sont définies comme étant celles qui sont importantes pour l'individu et qui donnent un sens à sa vie. En d'autres mots, ce sont celles qui suscitent l'intérêt et la motivation intrinsèque de l'individu »</i> (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne réalise des activités qui ont du sens pour elle. • Les activités signifiantes permettent à la personne de retrouver du plaisir. 	Q12	

ANNEXE V - Mail de contact des participants aux entretiens

Bonjour,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude.

Je suis étudiante à l'IFE de Toulouse, et réalise mon mémoire sur le sujet des adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires. Je souhaite réaliser un entretien avec des professionnels de santé travaillant auprès de cette population. L'objectif de cet entretien serait de comprendre quels moyens permettraient aux adolescentes atteintes de troubles des conduites alimentaires de retrouver du plaisir dans leurs occupations. Vos réponses seront anonymes et confidentielles, mais elles me permettront d'enrichir la réalisation de mon mémoire.

Je serais ravie que vous acceptiez de m'accorder 30 à 45 minutes de votre temps pour réaliser cet entretien. Pour faciliter cette rencontre, l'entretien peut se réaliser en visioconférence et en fonction de vos disponibilités.

Cordialement,

Mélina Rochas

Étudiante en ergothérapie, IFE de Toulouse

ANNEXE VI - Formulaire de consentement audio et d'exploitation des données



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) :

Né(e) le : , à :

Résidant à l'adresse suivante :

Autorise ROCHAS Mélina dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche sur les adolescentes atteintes de troubles des conduites alimentaires pour retrouver du plaisir dans leurs occupations.
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par ROCHAS Mélina. Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à :

Le :

Signature :

Formulaire de Consentement dans le cadre de l'IFE Toulouse - Responsable pédagogique de la formation :
Jean-Michel CAIRE - Ergothérapeute, PhD - Université Toulouse

ANNEXE VII - Tableau de présentation des participants aux entretiens

	E1	E2	E3	E4
Diplôme	DE Ergothérapie	DE Ergothérapie	DE Psychomotricité	DE Ergothérapie
Année et lieu d'obtention du diplôme	2023 IFE Paris ADERE	2023 IFE La Musse Saint Sébastien de Morsent	2019 IFP Bordeaux	2014 IFE Rennes
Formations		Snoezelen	Formation massage bébé Formation à l'Education Thérapeutique du Patient	DU médecine et santé de l'adolescence Formation intégration neurosensoriel
			DU Psychiatrie et soin en santé mentale	Formation troubles de l'alimentation en pédiatrie Formation médiations thérapeutiques groupales Formation prise en charge de l'agressivité en psychiatrie
	Hôpital de jour MGEN (santé	Hôpital de jour en médecine de	Équipe de réhabilitation de	Hôpital de jour de l'adolescent

Lieu d'exercice actuel et ancienneté	mentale) à Paris septembre 2023	l'adolescent à Rouen à 40% (2023) EHPAD à 50% (2023)	l'hôpital psychiatrique à Toulouse (2024)	Rennes à 60% (2018) Unité d'intervention développementale précoce de 0 à 3 ans à 40% (2018)
Parcours professionnel antérieur			Crèche spécialisée Centre hospitalier Charles Perrenes (2 ans en psychiatrie). CATTP-CMP (pédopsychiatrie)	SSR EHPAD Hôpital psychiatrique adolescent ESA HDJ adolescent

ANNEXE VIII - Retranscription entretien E2

M : "Est-ce que vous pouvez-vous présenter en développant votre parcours professionnel et votre parcours de formation s'il vous plaît ?"

E1 : "Ouais alors moi je suis X je suis diplômée de l'institut de formation la Musse à Évreux enfin Saint-Sébastien de Morin plus précisément donc dans Eure. J'ai été diplômée sur la promo de 2020-2023 donc ça fait un an et demi que j'exerce. J'ai commencé à exercer en 2023 du coup, j'ai commencé avec un 50 % en EHPAD. Voilà. Pour ensuite avoir un autre 40 % au mois de novembre 2023 toujours en hôpital de jour en médecine de l'adolescent."

M : "Donc votre poste actuel c'est ça ?"

E1 : "Oui c'est toujours mes postes actuels. Donc ma semaine s'organise de manière à ce que mes deux premiers jours de la semaine soient occupés donc dans l'hôpital du jour pour adolescent qui souffre donc du trouble du comportement alimentaire. Donc c'est pour ça qu'on se rencontre aujourd'hui sur mes deux premiers jours du coup. Et mes trois derniers jours c'est donc avec la personne âgée, on peut rencontrer aussi des TCA chez la personne âgée, mais c'est quand même bien plus rare. En général ça va surtout être plutôt des problèmes d'ordre, plutôt de l'oralité, plutôt que des problématiques en lien avec des troubles psychiatriques directement comme l'anorexie ou la boulimie ou encore l'hyperphagie que je peux rencontrer du coup en début de semaine à l'hôpital du jour."

M : "Super, merci. Est-ce que vous avez fait des formations depuis que vous êtes diplômée, ou pas encore ?"

E1 : "Des formations à l'hôpital de jour je n'en ai pas eu donc avec les adolescents non. Concernant la gériatrie, j'ai assisté à quelques conférences enfin aussi avec l'hôpital de jour à vrai dire mais rien de très officiel, pas des formations. Sinon j'ai eu l'initiation à l'approche Snoezelen à l'EHPAD, chose qui peut me servir avec les adolescents aussi."

M : "Oui très intéressant et donc quel est l'accompagnement qui est proposé dans votre structure aux adolescentes qui ont des TCA et à quel moment vous intervenez dans le parcours de la maladie ? Donc de façon globale pas forcément propre à l'Ergo pour cette question ci."

E1 : "Alors dans notre structure du coup on est un hôpital de jour donc on est une structure fin on est plutôt sur des soins ambulatoires, on a donc des adolescents qui nous sont adressés soit par le médecin traitant lorsqu'il s'agit d'une adolescente qui n'a pas eu de parcours auparavant.

Et là dans ce cas-là le médecin généraliste est un peu perdu ne sait pas trop comment l'accompagner donc l'oriente du coup à l'hôpital du jour adolescent. Ça peut être en relais par la médecine des ados donc par la MDA, on a deux MDA à Rouen, et donc on a une MDA dans le centre-ville qui n'a pas nécessairement la même vocation que la MDA au CHU de Rouen. Donc voilà. Et donc dans ce cas-là on nous les envoie quand il sent que c'est un peu trop fragile pour un suivi qui est donc plus ponctuel à la MDA plutôt qu'à l'hôpital de jour parce qu'on est sur un suivi hebdomadaire, voire parfois deux à trois fois par semaine, quand c'est très très aigu, le trois fois par semaine reste quand même rare, mais voilà par rapport au rythme et comment ils nous sont adressés. La majorité c'est ça. Après donc ouais TCA c'est ça. CA peut être aussi par leur diabétologue lorsqu'il s'agit plutôt pour le coup d'hyperphagie. Mais ouais, ça va être ça. L'accompagnement qu'on leur propose du coup sachant que c'est un soin ambulatoire. On arrive donc avec, fin ils arrivent, fin on les accueille avec ce qu'on appelle une pré-admission. La pré-admission va être un entretien avec des pédiatres, des pédopsychiatres et les infirmières du service. À ce moment-là, il y a la famille. Un deuxième rendez-vous ensuite est fixé, alors à savoir que les entretiens sont faits de manière séparée par moment. Par exemple l'ado est vu seul avec l'infirmière par exemple sur cette pré-admission. Ils sont pas tout le temps ensemble, les parents et l'enfant, ils sont par moment séparés. Donc voilà et ensuite un deuxième rendez-vous est pris pour le coup pour une pré-intégration. La pré-intégration va donc servir à établir les objectifs plus précis avec l'ado et donc ce coup-là, il va aller rencontrer un psychologue et un ergothérapeute justement pour établir des objectifs plus précis. Et après on propose des objectifs en lien nécessairement avec les besoins de l'adolescent et après ce qui nous permet de les positionner en fait sur des médiations puisqu'on fonctionne en demi-journée à l'hôpital de jour et ce qui nous permet d'avoir un suivi. Et en fait nos outils thérapeutiques sont principalement fin sont que des médiations et en plus par moment il y a quand même des entretiens individuels qui sont faits par les infirmières et pédiatres, pédopsychiatres et les psychologues et ergothérapeutes, on a la possibilité de faire des suivis individuels mais seulement très ponctuel.”

M : “Oui donc c'est pas avec tous les patients que vous faites des suivis individuels.”

E2 : “C'est ça, c'est seulement sur demande très spécifique, sinon on fait que du groupe à l'HDJ.”

M : “D'accord et au niveau de la tranche d'âge des patients ?”

E2 : “On est sur du 12 ouais ça vient d'arriver tout juste, jusqu'à 18 ans.”

M : "Donc jusqu'à la majorité."

E2 : "Ouais tout à fait. Et après on donne le relais au service adulte."

M : "Oui et selon vous quels sont les besoins de cette population ?"

E2 : "Ils sont larges leurs besoins. Le premier besoin qui me vient à l'esprit, c'est évidemment les besoins sur le plan alimentaire. Mais ils ont énormément besoin d'aide aussi sur le plan scolaire et sur le plan familial et amical, puisque ces sphères sont tellement impactées par la maladie qu'ils ont besoin d'être accompagné aussi sur toute la dynamique familiale, et relationnelle qui peuvent avoir, pour qu'il puisse construire une vie d'ado finalement entre gros guillemets normal. En tout cas moins impacté par la maladie plutôt."

M : "Donc ça serait plutôt sur le côté alimentation et vie sociale, c'est ça ?"

E2 : "Et scolarité puisque d'après moi pour un adolescent, une de ses activités productives, c'est quand même la scolarité et en tant que psychothérapeute et même sur l'ensemble du service, on les accompagne sur ces trois-là. Et même finalement pour agrandir on va aussi s'inquiéter au niveau du soin personnel aussi de l'adolescent, puisque nécessairement l'image du corps va être impactée et donc le besoin aussi sur l'image du corps va être répondu par l'équipe."

M : "D'accord et donc quels moyens vous utilisez auprès de cette population vous m'avez parlé de médiations, est-ce que vous pouvez me détailler ?"

E2 : "Donc ouais on a des médiations thérapeutiques qui du coup sont des médiations qui peuvent traiter de divers sujets. Ça peut être au sujet de l'identité et de l'affirmation de soi, de l'estime de soi. On peut avoir également des médiations sur les habiletés sociales, de l'art théâtral. Qu'est-ce qu'on a en plus ? On a de l'activité physique adaptée, de la balnéothérapie, des séances de relaxation, de CRT : la remédiation cognitive. Qu'est-ce qu'on a d'autre ? La thérapie ACTE, ça je vais pas pouvoir trop vous en parler parce que je suis pas formée, c'est mes collègues qui l'assurent, donc je peux juste vous donner le nom."

M : "Est-ce que c'est possible de développer un petit peu la CRT, parce que j'avoue que je suis pas plus renseignée que ça dessus ? "

E2 : "Alors, la CRT en gros c'est la remédiation cognitive et donc on fait un peu le point avec les adolescences sur l'ensemble de leurs compétences, sur toutes les capacités finalement, ça peut être la mémoire comme ça peut être la flexibilité mentale, énormément la flexibilité mentale puisqu'on sait que c'est quelque chose qui est très impacté par la maladie. Ça peut être

l'organisation, c'est la planification. Enfin voilà c'est toutes ces fonctions-là, toutes ces fonctions cognitives qu'on va aller travailler, rééduquer, pointer si ça représente une difficulté pour l'adolescent et dans ce cas-là, le rééduquer par divers moyens sincèrement, ça peut être soit de l'entraînement par des exercices ou alors vraiment de la compensation avec des aides techniques sur plan organisationnel par exemple.”

M : “Ok super et donc ça c'est un atelier que vous pouvez proposer en tant qu'ergo ?”

E2 : “Ouais complètement. Alors il faut savoir que moi je suis à 40% dans le service mais j'ai une autre collègue qui est à 60 %, qui elle est formée à la CRT donc c'est plutôt elle qui va faire la CRT après moi-même, sans la formation, je peux quand même évidemment évaluer, voilà de par mes compétences initiales d'ergothérapeute évidemment mais moi ça va plutôt être dit comme de la stimulation cognitive comme un peu une réadaptation, une réhabilitation. Moi en tout cas en étant pas formée à la CRT, je ne dis pas que je fais de la CRT. C'est plutôt ma collègue qui va être associée à cet accompagnement-là.”

M : “Et tous les groupes que vous m'avez cité avant c'est tous des groupes où vous pouvez intervenir en tant qu'ergo ?”

E2 : “Ouais ouais tout à fait. Que ce soit au niveau de l'identité, que ce soit au niveau des habiletés sociales, que ce soit au niveau de la relaxation, de l'APA bien sûr.”

M : “Super fin c'est intéressant.”

E2 : “On fait plein de choses à l'hôpital de jour. On s'ennuie pas.”

M : “Je vois ça. Dans la prise en charge des TCA qui c'est qui construit les objectifs de prise en charge et pourquoi ?”

E2 : “J'ai envie de dire l'ensemble de l'équipe, puisque comme j'ai pu le dire auparavant avec la préadmission et la pré-intégration au fur et à mesure, en fait il va y avoir des objectifs qui vont se dessiner et après c'est finalisé en staff. Donc les objectifs généraux en tout cas vont être décidés en équipe et préciser si... Voilà les objectifs généraux sont décidés en équipe pour ensuite être précisés par exemple avec le pédopsychiatre, avec l'ergothérapeute, avec le psychologue qui finalement vont être des objectifs bien plus spécifiques au vu du métier. On accompagne quoi.”

M : “Et donc quand vous parlez d'objectifs généraux est-ce qu'il y a des objectifs individuels pour chaque patient tout de même ou non ?”

E2 : "Il peut y avoir des objectifs individuels sur les objectifs généraux mais ça va quand même être fin on va voir quand même les objectifs revenir fin ça va quand même être des objectifs qui vont si on prend, je sais pas, cinq ados de la HDJ, donc qui vont souffrir d'anorexie mentale, nécessairement on va aller travailler avec eux la prise alimentaire, la dynamique familiale et l'accès à la scolarité. On va nécessairement travailler chacune des dimensions, ou en tout cas si on les travaille pas on les évalue nécessairement et donc ça ça fait partie d'un de nos objets l'évaluations et donc voilà et de par nos évaluations en général je dis bien en général mais on va avoir fin on va rencontrer des problèmes sur la sphère scolaire alors il peut y avoir différentes manières pour laquelle s'est impacté. Voilà je prends l'exemple de la sphère scolaire mais que ce soit sur la dynamique familiale ou la prise alimentaire, on est sur ces objectifs-là dans tous les cas."

M : "Vous m'avez parlé d'entretiens spécifiques en ergo, est-ce que lors de ces entretiens vous allez chercher à mettre aussi en place des objectifs ou c'est pas le but ?"

E2 : "Alors on peut mettre des objectifs lorsqu'on voit qu'il y a un besoin ergo tout simplement et aussi au niveau des contraintes temporelles, on peut y répondre. Puisqu'au niveau de l'organisation du service, les ergothérapeutes on est destinés aux médiations et donc les accompagnements individuels ne sont pas nécessairement prévus dans notre emploi du temps et donc du coup on doit se faire une petite organisation pour placer les accompagnements individuels. Mais après si on voit par exemple, sur un adolescent, on sait pas moi, si je prends l'exemple d'un surinvestissement scolaire, et que du coup ça en pâtit énormément sur l'organisation de la journée donc il va y avoir finalement un impact négatif sur la participation d'autres occupations nous notre but c'est aussi d'aller organiser différemment, peut-être de manière plus satisfaisante l'organisation de l'ado pour qu'il puisse participer à l'ensemble de ses occupations. Choses que d'autres professionnels ne font pas nécessairement donc nous en tant qu'ergothérapeute, on prend le temps de réorganiser l'emploi du temps, je prends cet exemple là, mais il y en a plein d'autres."

M : "Est-ce que le patient à une place dans le choix des objectifs ou non ?"

E2 : "Oui oui à chaque pré-admission, à chaque pré intégration, je vous en parle de ça parce que c'est à ce moment-là qu'on fixe les objectifs. Il y a nécessairement la question de et toi pourquoi tu viens là, toi quelles sont tes attentes, qu'est-ce que tu veux travailler avec nous, à quoi on peut te servir, à chaque fois c'est une question qui revient à chaque fin d'entretien. Et

c'est à ce moment-là qu'on va aller questionner l'adolescent et lui demander quels sont ses objectifs à lui. Donc oui toujours l'adolescent est inclus dedans bien sûr.”

M : “D'accord et pourquoi vous incluez l'adolescent, quel impact vous trouvez que ça peut avoir ?”

E2 : “Tout simplement pour que l'adolescent soit plus observant soit plus participant pour que lui-même aussi puisse mettre du sens dans son accompagnement et qu'il comprenne pourquoi on lui demande ça et qu'il y trouve un bénéfice réel. Voilà c'est vraiment en fait pour le rendre acteur finalement de son accompagnement, de sa vie, pour qu'il reprenne sa vie en main tout simplement. Et pour qu'il puisse avoir une vie d'adolescent qu'il souhaite réellement finalement.

M : “Avez-vous remarqué des difficultés dans la manière dont les adolescents abordent ou résolvent des problèmes ?”

E2 : “Oui oui il y a des petits soucis par rapport à ça en effet. Par exemple, si je prends le cas typique de l'anorexie, on va avoir des biais cognitifs très importants, par exemple sur le plan alimentaire, j'ai des exemples très concrets dans la tête. Par exemple une ado qui refuse de s'alimenter alors qu'elle était en hypo très clairement puisque on lui avait fait un dextro auparavant, fin mes collègues infirmières avaient fait un dextro et on était clairement en dessous, en hypo. Et elle refusait de prendre son goûter puisqu'on a des repas thérapeutiques donc à l'HDJ et donc elle mettait finalement en échec nos interventions, les solutions qu'on pouvait lui apporter pour justement aller remonter sa glycémie et elle allait contre argumenter finalement le fait qu'on puisse lui dire que si elle se sentait faible, si elle se sentait fatiguée, si elle voyait ses cheveux tomber parce qu'elle nous avait parlé de ça à ce moment-là, c'était sans doute à cause de la dénutrition et de ses hypo à répétition. Et la solution de manger n'est pas acceptable pour elle. Donc cette résolution de problème du coup finalement par le biais cognitif, que cette ado là a on voit évidemment qu'il y a une problématique là-dessus. Après on voit aussi que les stratégies qui vont être mises en place, sont bien moins efficaces que sur des ados qui vont ne pas souffrir de TCA, ça peut être très bien sur la sphère scolaire mais aussi comment est-ce qu'ils vont aller gérer leur relation sociale.”

M : “D'accord, est-ce que vous utilisez des stratégies cognitives justement comme la métacognition, la guidance verbale ou encore la méthode but, plan, faire, vérifier dans l'accompagnement de ces adolescentes qui ont des TCA et pourquoi vous les mettez en place ? S'il y a besoin que je redéfinisse certains termes, n'hésitez pas.”

E2 : "Je veux bien que vous redéfinissez certains termes."

M : "Est-ce que la métacognition déjà c'est quelque chose qui vous parle ?"

E2 : "Alors ça me parle mais pour vous répondre au mieux je préférerais que vous me le redéfinissiez."

M : "Donc la métacognition ça implique la compréhension des compétences et stratégiques qu'une tâche requiert et du contrôle nécessaire de celle-ci pour réaliser la tâche. Donc elle conduit la personne à l'apprentissage actif, à avoir une réflexion personnelle pour mobiliser au mieux ces capacités. Est-ce que vous voulez que j'explique sans la définition, moi de toute façon plus claire ou avec la définition vous avez compris ?"

E2 : "Vous pouvez me l'expliquer."

M : "Donc en fait c'est la personne qui doit comprendre la stratégie à mettre en place mais par elle-même, par un cheminement en fait au niveau cognitif et donc on la relie souvent à la guidance verbale qui est le thérapeute qui va amener des questions pour amener cette réflexion. La métacognition c'est vraiment la personne qui a cette réflexion, se remettre en question, quelle stratégie je vais pouvoir mettre en place pour réagir à cette situation. Et le thérapeute lui dans sa guidance verbale, il va plutôt guider le patient en gardant un équilibre entre j'interviens trop et je préviens la frustration. Et donc la méthode But, Plan, Faire, Vérifier, elle c'est une méthode qui permet de structurer la résolution de problèmes. Donc on choisit le but, en fait on met en place un plan, on fait le plan et on vérifie s'il fonctionne, s'il fonctionne pas on revient à cette partie de plan qu'on va adapter. Est-ce que vous vous souvenez de la question du coup ?"

E2 : "Je veux bien que vous me la répétez comme ça on est sûr que je vais bien vous répondre"

M : " Utilisez-vous des stratégies cognitives justement comme la métacognition, la guidance verbale ou encore la méthode but, plan, faire, vérifier dans l'accompagnement de ces adolescentes qui ont des TCA et pourquoi ?"

E2 : "Pourquoi alors j'ai envie de dire que c'est la réponse la plus compliquée. Alors la métacognition et la guidance verbale oui clairement, c'est ce qu'on utilise principalement. Pour la troisième méthode, on le fait, mais pas jusqu'au bout je dirais. Enfin si on le fait mais ça va plutôt être le pédopsy, en fait ça va être en entretien individuel que ça va être fait mais moi directement en tant qu'ergothérapeute je ne le fais pas. Parce que de par le format de groupe ça me semble un peu compliqué. C'est peut-être moi qui me mets des freins, je ne sais pas. Mais

en tout cas ça peut être fait en entretien pédopsy par exemple. Pour ce qui est de la métacognition et de la guidance verbale, ça on le fait à fond et tout le temps. La guidance verbale on va le faire quand il va y avoir un fort déni ou une mauvaise connaissance de la maladie ou des choses comme ça pour essayer d'accompagner justement ce cheminement cognitif pour amener justement à une résolution de problèmes qui peut être décidée plus ou moins par lui-même. La métacognition on est quand même sur une méthode où l'adolescent doit déjà bien connaître ses symptômes, doit bien connaître sa maladie et en fait voilà être conscient finalement de toutes ces petites voix qui peut y avoir entre la petite voix de la maladie, et la petite voix en général on l'appelle la petite voix de l'ange et la petite voix du démon, certain ado l'appelle comme ça. Et donc pour avoir conscience qu'il y a ces deux petites voix faut quand même avoir une certaine reconnaissance sur sa maladie et que le déni soit complètement levé et donc voilà je dirais que la métacognition c'est pas toujours une méthode qui est utilisable en fait de par certains biais que la maladie peut être responsable. La guidance verbale elle est quand même bien plus abordable et je dirais que c'est ça qu'on fait principalement.”

M : “est-ce que vous pensez que la métacognition elle serait plus facilement utilisable dans un stade plus avancé de la maladie ?”

E2 : “Oui je pense que ce serait plus facilement utilisable dans le sens où enfin quand la maladie avance en général le déni est un peu plus levé et donc ça permettrait oui que la personne, que l'adolescent puisse prendre enfin choisir en fait des stratégies lui-même. Et en fait quand l'adolescent est dans une phase trop aiguë même en fait au niveau cognitif il ne peut pas mettre de stratégie en place parce que il n'a pas assez d'énergie et parce que y a un tel ralentissement que l'adolescent ne peut, n'est plus en capacité de mettre en place de stratégie donc il y a aussi ça qui va impacter fortement justement ce qui va expliquer une autre utilisation de la guidance verbale plutôt que la métacognition. En effet, la métacognition ça va venir voilà plutôt en deuxième temps je dirai, en tout cas moi dans mon approche ergothérapeute ça va plutôt venir en deuxième temps pour travailler finalement plus efficacement parce utiliser de la métacognition chez un ado qui est en plein déni je crois que ça marcherait pas vraiment.”

M : “Est-ce que vous impliquez les proches des patients dans l'accompagnement et si oui comment et pourquoi ? Et si non pourquoi ?”

E2 : “Alors moi en tant qu'ergothérapeute non parce que ça fait pas partie de mes missions mais dans mon service oui y a des TM F donc des thérapies multifamiliales donc c'est une demi-journée si vous voulez, où on accueille plusieurs familles pour travailler justement sur les

dynamiques familiales et voilà. Ça je pourrai pas vous en dire plus parce que je fais pas partie des TMF en tant qu'ergothérapeute. Après il y a aussi des entretiens familiaux qui sont faits une à deux fois par cycle. Ce qu'on appelle des cycles en fait c'est entre les vacances scolaires on fonctionne comme ça à l'hôpital de jour. Et donc on voit les parents, voilà au moins une fois. Et quand je dis on c'est l'équipe puisque moi je ne suis pas conviée en tant qu'ergothérapeute ou alors de manière ponctuelle quand il y a un besoin Ergo mais donc là c'est soit pédiatre, pédopsychiatre, infirmière et il y a aussi du soutien à la parentalité par les infirmières."

M : "Oui donc il y aussi plusieurs accompagnements aussi au niveau de la sphère familiale."

E2 : "Oui il y a trois types d'accompagnement en fait. Il y a la thérapie familiale, les entretiens familiaux et le soutien apparent habilité."

M : "D'accord et donc pourquoi impliquez-vous les proches dans le service ?"

E2 : "Puisque on est certain avec l'équipe que prendre en charge la famille aussi est évidemment une méthode pas plus efficace mais oui en soi, je pense que c'est plus efficace dans le sens où l'adolescent appartient à une dynamique et qu'il faut prendre en compte toute cette dynamique-là. L'équipe aime bien le terme de l'approche systémique, dans le sens où il faut prendre en compte tout l'environnement de la personne, je dirais que pour nous en tant qu'ergo c'est tellement une évidence qu'on utilise même pas ce terme de systémique puisque nous on a évidemment dans notre analyse d'ergo, cette analyse de l'environnement social. Et donc voilà on utilise évidemment cette approche-là puisque ça nous paraît plus évident puisque l'enfant participe à une dynamique familiale ou sociale, donc il est évident que l'on prend en charge aussi, qu'on accompagne finalement que ce soit les parents mais aussi la fratrie."

M : "Quel moyen utilisez-vous pour faciliter le transfert et la généralisation des compétences acquises lors de l'accompagnement dans le quotidien de ces adolescentes ?"

E2 : "Très bonne question. Comment est-ce que on arrive à transférer leurs acquis de manière efficace ?"

M : "Si vous avez besoin que je définisse la même chose transfert ou généralisation n'hésitez pas."

E2 : "Non ça c'est bon c'est le transfert des acquis quoi ! Comment est-ce qu'on fait, comment est-ce qu'on fait... déjà c'est peut-être bête à dire mais on leur pose la question de comment ça se passe à la maison et en fait on fait une réelle évaluation quoi, on fait une réelle évaluation qui est très complète et malgré le fait qu'on ne puisse pas aller à domicile, on essaie de

s'imaginer le plus possible de comment est-ce que ça se passe à domicile. Voilà après on a des médiations quand même qui nous permettent de faire des mises en situation, notamment au niveau des repas thérapeutiques, puisque chaque midi il y a un repas thérapeutique et les adolescents à ce moment-là doivent apprendre à mettre la bonne quantité dans l'assiette et éventuellement toucher à tous les aliments si possible et s'ils s'en sentent capables, savoir combien de verre d'eau est-ce qu'on doit boire lors d'un repas, quel élément il doit y avoir dans l'assiette en plus de la quantité... Enfin voilà tous ces éléments-là on le travail et donc on voit en général une évolution sur ce point-là. Et comment est-ce que ça permet d'être efficace j'ai envie de dire aussi par la famille, par l'accompagnement des familles et c'est pour ça qu'on les inclut aussi, c'est que il y a des mises en situation mais aussi on travaille avec la famille alors pas pour qu'on convertisse les parents à être gendarmes auprès de leurs enfants, mais plutôt pour qu'on puisse avoir un retour authentique de ce qui se passe à la maison parce que par moment les ados malgré leur bonne volonté et bien il y a encore un petit peu le déni qui fait que ouais ouais je mange bien mais en fait il mange pas si bien et du coup ça nous permet aussi de savoir réellement comment ça se passe. Après toujours à prendre avec des pincettes aussi ce que les parents peuvent nous apporter puisqu'eux aussi ont leur propre difficulté dans leur dynamique familiale. Puis on sait que c'est des schémas familiaux qui sont complexes en général, mais voilà. Avoir plusieurs versions finalement de l'histoire, ça nous permet aussi d'y voir un peu plus cher et donc voilà et des mises en situation je dirais."

M : "Est-ce que vous pensez que la notion de plaisir est importante auprès de cette population ?"

E2 : "Je dirai que c'est une évidence. C'est une évidence que le plaisir doit faire partie de notre travail. En tout cas faire ressentir du plaisir à nos ados. Je sais qu'en tant qu'ergothérapeute certains ados ont tellement de difficultés déjà à venir à l'hôpital de jour, sont tellement victimes d'envahissement de pensées que déjà un sourire, une prise de plaisir, une satisfaction qui peut être émis déjà c'est une victoire, c'est un objectif d'atteint. Et après en ce qui concerne le plaisir durant l'alimentation c'est évidemment aussi un de nos objectifs qui est par moment difficile à atteindre et nous en soins ambulatoires fin en tout cas en tant qu'hôpital de jour on y travaille, mais je dirai que ce n'est pas nécessairement notre objectif principal genre c'est pas le number one quoi mais parce que en fait nous on veut si vous voulez y a l'hospitalisation, l'hôpital de jour, la maison des ados ou alors l'autre relais et après plus de soin du tout si vous voulez c'est un peu ça. Quand ils sont à l'hôpital de jour nous surtout c'est que on veut pour l'adolescent qu'il puisse en fait diminuer ce temps à l'hôpital parce que malgré le fait que ce soit qu'une

demi-journée ou deux demi-journées, ça prend quand même du temps dans une semaine. Et donc nous le but c'est que l'adolescent soit fonctionnel donc qu'il mange suffisamment par rapport à ses besoins à ses besoins d'ado en fait et si on arrive à bosser le plaisir, on bosse le plaisir c'est une évidence mais le plaisir ce serait plutôt peut-être ce serait plus accessible à travailler en fait en deuxième temps lorsque la maladie les symptômes sont moins présent.”

M : “D'accord et vous le travaillez plutôt avec l'alimentation qu'avec d'autres activités ?”

E2 : “Non parce que la prise comme je vous l'ai dit pendant les médiations pour moi c'est une petite victoire dans le sens où parce qu'on sait que le TCA peut amener souvent des épisodes dépressifs et on voit que y a une telle apathie forcément qu'on doit travailler l'accès au plaisir. Donc oui ça passe par les médiations, ça peut être très bien des médiations sensorielles, ça peut être l'APA parce que c'est ludique.

Donc voilà ça peut passer donc par l'alimentation, par les médiations donc par rapport à ressentir du plaisir finalement dans leur accompagnement en lien avec leurs soins qui sont nécessaires. Mais ça peut aussi être sur leurs activités juste personnelles, sur leurs activités à l'extérieur de l'hôpital parce qu'ils ont aussi une vie à l'extérieur, c'est bien pour ça qu'ils sont à l'hôpital de jour c'est parce qu'ils ont une vie à l'extérieur. Et donc c'est aussi reprendre des activités peut-être solitaires qui leur font plaisir, des loisirs tout simplement ou reprendre plaisir à sortir avec les copains, aller au cinéma, faire une sortie shopping, essayer d'aller au restaurant avec les copains si c'est pas trop compliqué. Enfin voilà toute cette prise de plaisir on la bosse évidemment et c'est essentiel.”

M : “Et est-ce que c'est quelque chose qui est facile pour ces adolescentes ou non ?”

E2 : “Je dirai non, dans le sens où elles ont un tel envahissement de pensées en lien avec l'image du corps, la nourriture, le surinvestissement scolaire ou encore hyper-activité physique enfin là je parle pour une restrictive. En fait y a un tel envahissement de pensée que la prise de plaisir, finalement elle est difficilement accessible. Et puis en plus de cet envahissement de pensées et aussi donc l'état thymique qui jouait énormément et donc forcément quand il y a une apathie et oui c'est difficile évidemment, c'est difficile à l'atteindre.”

M : “Et sur les autres types de TCA pas forcément restrictif ?”

E2 : “Sur les autres types de TCA, je dirai qu'une prise de plaisir réelle, authentique je trouve que c'est aussi chez un ado hyperphagique ou boulimique parce que par exemple dans l'hyperphagie ça va plus être la régulation des émotions, ça va être l'identification même des

émotions qui va être hyper compliquée et du coup savoir quand on prend du plaisir, savoir quand on est frustré, savoir tout ça en fait c'est super compliqué parce que finalement on peut commencer à s'engager dans une occupation qui nous ferait plaisir mais finalement si on ressent une frustration et en fait ça noie tout le plaisir qu'on a eu, parce que justement cette gestion d'émotion est hyper complexe. Donc ouais non en fait c'est tout aussi compliqué mais d'une autre manière. Ça s'expliquerai pas de la même manière je dirai."

M : "D'accord et quels moyens mettez-vous ou mettriez-vous en place pour rechercher du plaisir dans l'accompagnement ? Du coup on a déjà abordé une belle partie je pense mais est-ce qu'il y a d'autres choses que vous souhaitez ajouter ?"

E2 : "Et bien je dirai oui encore une fois des mises en situation et puis vraiment en fait une recherche d'occupation, le but c'est aussi d'essayer d'élargir ce catalogue occupationnel et de chercher vraiment toutes les opportunités que l'environnement peut offrir et si cet environnement là si l'accès à ses occupations là, ne sera pas possible dans l'environnement qu'on puisse peut-être éventuellement essayer de l'introduire au sein de l'HDJ. Pour ensuite le transposer s'il est possible dans cet environnement-là. Évidemment on va pas proposer des choses qui sont impossibles à transposer. Je sais pas si on prend l'exemple d'un adolescent qui vit dans un contexte de précarité financière, on va évidemment pas leur proposer une activité qui coûte excessivement cher. On va essayer finalement d'adapter ça un peu notre taf d'ergo aussi. Donc voilà le but c'est aussi d'élargir leur catalogue d'occupation comme j'ai pu dire par une petite enquête de qu'est-ce que tu peux aimer, qu'est-ce que tu peux ne pas aimer. Justement c'est aussi pour ça que moi en tant qu'ergothérapeute je trouve ma place quand je bosse l'identité avec les ados."

M : "Oui tout à fait ça a du sens avec l'ergo. Est-ce que vous prenez en compte les activités signifiantes de la personne dans votre accompagnement et que pensez-vous qu'elles puissent apporter ?"

E2 : "Alors moi j'aimerais faire plus en tant qu'ergothérapeute sur les médiations, mais le problème c'est que c'est un groupe et donc on doit faire un peu pour tout le monde. Donc c'est pas complètement individualisé et c'est pas nécessairement en lien avec les centres d'intérêts de l'adolescent. En gros on va pas être sur l'occupation centrée quoi à l'HDJ. On est plutôt sur bon ok on sait que l'anorexie va aller engendrer un manque d'estime de soi du coup on va aller travailler l'estime de soi. On va plutôt aller travailler les symptômes finalement plutôt que l'activité voyez-vous. Donc voilà mais ça s'est imposé par l'organisation du service puisque en

tant qu'ergothérapeute je suis assez dépendante de l'organisation de la médiation finalement. Après sur la médiation que j'ai créée il est évident que je vais faire attention au centre d'intérêt des ados enfin je vais pas faire un truc fin encore une fois juste c'est adapter au monde des ados quoi. Je vais pas faire je sais pas, je vais aller trouver des sujets de société enfin des trucs qui parlent aux ados quoi concrètement plutôt que les trucs où ils s'en fichent juste c'est adapter quoi. Je crois que c'est un peu du bon sens."

M : "Et vous pensez qu'elles puissent apporter quoi ces activités signifiantes du coup ?"

E2 : "Alors je dirais que je ne fais pas d'activités signifiantes mais plutôt des activités qui ont un lien avec leur centre d'intérêt. On n'est pas sur l'activité signifiante sincèrement mais juste ça fait appel à certaines de leurs valeurs mais c'est tout ou à leurs centres d'intérêts, par exemple je vais éviter de mettre un ado qui déteste les activités créatives sur une médiation créative. Non à part le mettre en échec et frustré ça sert pas grand-chose. Donc ça par exemple si je mets un ado là-dessus forcément il va se désinvestir et en fait ça sert juste à ça de faire attention, ça sert à justement que l'ado puisse s'investir de manière la plus optimale possible. Je dirai que ça favorise l'investissement de l'ado."

M : "Super. Est-ce qu'il y d'autres aspects que vous jugez essentiels pour aider ses adolescents à retrouver du plaisir dans leurs occupations ? On a déjà abordé pas mal de choses."

E2 : "Ouais on a abordé pas mal de chose. Est-ce que vous pouvez répéter votre question s'il vous plaît ?"

M : "Oui bien sûr. Est-ce qu'il y a d'autres aspects que vous jugez essentiels pour aider ces adolescentes à retrouver du plaisir dans leurs occupations quotidiennes ?"

E2 : "Non je crois qu'on fait le tour dans le sens où l'objectif c'est d'aller vraiment aborder l'ensemble des activités de vie quotidienne de l'ado et d'aller essayer dans chacun de ces domaines d'aller comprendre, de faire échos en fait avec les valeurs de l'ado pour qu'il puisse y mettre du sens et donc par la suite pouvoir en ressentir du plaisir lorsqu'il pourra se réinvestir là-dedans et donc ressentir du plaisir ouais par suite. Donc à part ouais, je pense que c'est l'aspect mystique en fait qui est important à voir."

M : "Ok merci. J'ai une dernière petite question. Est-ce que vous connaissez l'approche CO-OP et..."

E2 : "Alors oui. Je l'ai jamais pratiqué, je l'ai déjà entendu de nom, alors si je dois vous l'expliquer je pense que ce serait très très bancal parce que j'ai dû l'apprendre en deuxième année je crois un truc du genre."

M : "Et est-ce que vous pensez que cette approche puisse avoir un intérêt auprès de cette population ?"

E2: "Si mon souvenir est bon je crois que CO-OP c'est une histoire de deux coopérations au niveau de la création d'objectifs si je me trompe pas trop."

M : "Alors j'ai une petite définition. Donc c'est une approche centrée sur la personne orientée sur l'activité et la participation basée sur un modèle de résolution de problèmes comme outils qui permet l'acquisition de compétences à travers l'utilisation de stratégies cognitives et la découverte guidée. En gros on va dans un premier temps formuler des objectifs qui ont du sens pour la personne, donc c'est le patient qui détermine lui-même ses objectifs ensuite on utilise justement cette méthode But, Plan, Faire Vérifier pour atteindre ou non l'objectif, fin le but étant de l'atteindre mais pas du premier coup et on utilise justement des stratégies cognitives comme la métacognition et la découverte guidée dans cette approche."

E2: "Oui c'est vrai que en fait je l'avais pas intellectualisé mais je crois que c'est un peu ce qu'on fait dans le sens où c'est les ados, enfin on co-construit l'objectif avec l'ado et on le guide pour aller obtenir un résultat qui leur ai bénéfique donc je sais pas si on peut dire que c'est CO-OP mais en tout cas ce qui est sûr c'est que on utilise des outils de cette approche-là je sais pas si on y répond complètement mais en tout cas l'utilisation de certains outils de l'approche CO-OP ça va nous servir juste à ce que l'ados soit le plus acteur possible dans son accompagnement."

M : "C'est vrai qu'au niveau de la structure après c'est assez rigide CO-OP parce que vraiment on détermine trois objectifs qu'on va ensuite mettre en situation et évaluer et c'est un accompagnement qui va être sur dix séances où on va reprendre ces trois objectifs à chaque séance, donc c'est vrai que c'est sur la structure que c'est pas celle que vous mettez en place mais en tout cas la démarche ça fait échos en effet."

E2 : "En effet, on a pas cette approche de on se met des objectifs bien précis, on en met trois, on les revoit, on les réévalue. On fait quelque chose qui s'en approche, mais pas nécessairement du CO-OP. Et moi en tant qu'Ergothérapeute sachant je ne peux pas les suivre en individuel et sur du groupe je trouve ça hyper compliqué fin c'est faisable mais compliqué."

M : "Oui c'est le fonctionnement de votre structure qui ne permet pas en fait de mettre en place une structure tel que CO-OP."

E2 : "Ouais complètement je pense que l'organisation du service c'est un frein sur ce point-là fin en tout cas le rôle de l'ergo, sa fiche de poste de là où il est attribué, je pense que du coup on peut pas se permettre de faire ça. De par les contraintes organisationnelles et temporelles d'autant plus sachant que je suis à 40 % sur le service, je suis là que deux jours, et sachant que les ados changent à chaque cycle, donc en général on les a entre cinq et sept semaines."

M : "Oui oui donc même les dix séances on essaye d'avoir de l'espace entre les séances pour justement travailler le transfert et la généralisation dans le quotidien et l'entraînement même entre chaque séance mais donc c'est quelque chose au vu de votre service c'est plutôt compliqué à mettre en place."

E2 : "Je pense que ce serait plus réalisable si y avait qu'une seule ergo sur le service parce qu'après malgré les médiations qu'on fait, je pense que s'il y avait qu'une ergo, elle aurait la possibilité de voir tous les ados déjà parce que je les vois pas toute la file active du coup sur des deux jours et ce qui permettrait malgré leur changement de jour à travers les cycles de faire quand même dix séances voilà je pense que l'organisation en effet un fort fort fort impacté là-dessus."

M : "D'accord, super. Je pense qu'on a terminé les questions merci beaucoup."

E2 : "Avec plaisir."

ANNEXE IX - Tableau de tri des réponses par question

Question	E1	E2	E3	E4
Q3 : Besoin de la population	<p>“Elle s’identifie beaucoup à leurs maladies, elles existent que par ça presque et donc voila participer à des groupes comme ça qui sont ouverts à d’autres patients je pense que c’est très important.”</p> <p>“retrouver une vie”</p> <p>“retrouver du lien social”</p>	<p>“le plan alimentaire”</p> <p>“le plan scolaire et sur le plan en psychologique familial et amical”</p> <p>“construire une vie d’ado”</p> <p>“soin personnel”</p> <p>“image du corps”</p>	<p>“approche corporelle”</p> <p>“suivi”</p> <p>“besoin de soins général”</p> <p>“besoin de lâcher prise”</p>	<p>“dépend de l’âge, et ça dépend aussi de l’impact de la maladie”</p> <p>“comprendre leur maladie, de comprendre les rechutes et les symptômes qui peuvent entraîner une rechute”</p> <p>“des repères familiaux”</p> <p>“repos physique, mental”</p> <p>“les variations de cette maladie chronique”</p> <p>“besoin qu’on les détaille par rapport</p>

				aux monde professionnel”
				“besoin de traiter je pense tous les comorbidités autour du TCA tout en s’attaquant au TCA en lui-même”
				“équipe pluridisciplinaire”
Q4 : Moyens	“groupes” “l'image du corps” “groupe repas et jeu” “groupe de théâtral” “groupe dégustation sens” “corps et voix”	“médiations thérapeutiques” “l'identité et de l'affirmation de soi, de l'estime de soi.” “ les habiletés sociales, de l'art” “l'activité physique adaptée, de la balnéothérapie, des séances de relaxation, de CRT”	“un premier bilan” “du lâcher prise, du dessin, majoritaire jusqu'à présent ce que je fais c'est de la relaxation.” “mise en mouvement du corps, de la réappropriation corporelle, du toucher, beaucoup de	“ELADEB” “entretien semi dirigé” “MABC2” “BHK ado” “sensOT-dir” “profil sensoriel de Dunn” “du groupe plutôt sur l'expression de

	<p>la remédiation cognitive”</p> <p>“thérapie ACTE”</p>	<p>toucher conscient et sans jugement de l’auto-massage”</p>	<p>soi, affirmation de soi, estime de soi”</p> <p>“beaucoup de médiation autour de l’activité physique adaptée”</p> <p>“remédiation cognitive”</p> <p>“médiations qui apprennent la gestion de l’émotion, mais plutôt avec des taches de relaxation”</p>
			<p>“de la balnéothérapie aussi pour le travail sur l’image du corps, il y a d’autres médiation [...] sur l’alimentation”</p> <p>“Improvisation théâtrale”</p>

Q5 : Objectif PEC	<p>"le patient parce que nous on peut avoir des objectifs en tête mais si c'est pas ceux du patient ils seront jamais atteint"</p> <p>"ça serait bien qu'on relance un peu les ELADEV-AERES pour cette population là aussi pour que les objectifs puissent au maximum venir d'elles. Parce que là pour l'instant c'est vu avec le psychiatre et l'infirmière et c'est discuter comme ça mais pas forcément concrétiser ou réévaluer."</p> <p>"je pense avec ces bilans là c'est que ça peut les décaler de leur pathologie fin leurs objectifs</p>	<p>"les objectifs généraux sont décidés en équipe"</p> <p>"Donc oui toujours l'adolescent est inclus dedans bien sûr."</p> <p>"pour le rendre acteur finalement de son accompagnement, de sa vie, pour qu'il reprenne sa vie en main tout simplement."</p>	<p>"base c'est le médecin mais c'est très pro patient mais dépendant donc sensiblement à la elles travaillent fin c'est le avec moi c'est médecin qui pose moi qui vais les objectifs."</p> <p>"je pense que ce bien sûr" "je pense que ce serait mentir que de vous dire qu'on co-construit des objectifs avec les patients là naît toujours l'expérience et si actuellement. On on est pas acteur les co-construit ça marche pas" même pas avec les parents."</p>

	de vie c'est pas seulement de prendre du poids fin j'ose espérer pour elles ou d'en perdre mais ce qu'on leur souhaite c'est qu'elles puissent aussi avoir d'autres projets."			
Q6 : Difficultés résolution problème	<p>“diminution des capacités cognitives.”</p> <p>“pensées obsessionnelles qui vont intervenir et qui peuvent souvent altérer toute leur attention.”</p> <p>“grandes difficultés sur des ados qui même juste pour le jeu compréhension”</p> <p>“elles ont aussi pour beaucoup une très grande rigidité et très ritualisé et donc ça leur pose</p>	<p>“biais cognitifs très importants”</p> <p>“mettait finalement en échec nos interventions”</p> <p>“les stratégies qui vont être mise en place, sont bien moins efficace que sur des ados qui vont ne pas souffrir de TCA”</p>	<p>“C'est très rigide.”</p> <p>“Il y a peu face à une tâche ou une intervention”</p> <p>“c'est tout très coup de la manière intellectualisé, dont la personne calculé, anticipé”</p> <p>“quand il y a une rigidité psychique il y a une rigidité corporelle.”</p> <p>“Oui je pense qu'elles arrivent à</p>	<p>“ça dépend d'une personne à une autre en fait.”</p> <p>“Toutes les sphères sont d'intuition ou détachées en fait place l'erreur, mais ça dépend du et du coup très et où la maladie est présente et aussi depuis combien de temps.”</p> <p>“Je dirais que quand j'ai commencé il y a 10 ans, peut-être que je vous aurais donné des</p>

	<p>problème au quotidien parce que du elles vont anticiper.”</p> <p>“flexibilité mentale c'est très compliqué.”</p>	<p>le résoudre mais à tableaux hyper le résoudre décaricaturaux, et façon ce que nous différent entre le on considérait versant restrictif et pathologique.”</p> <p>“tous les symptômes se mélangent un petit peu”</p>	<p>le résoudre mais à tableaux hyper le résoudre décaricaturaux, et façon ce que nous différent entre le on considérait versant restrictif et pathologique.”</p> <p>“tous les symptômes se mélangent un petit peu”</p>
Q7 : Utilisation de stratégies cognitives	<p>“je les rencontre pas dans des cadres qui me permettent de le faire avec elles.”</p> <p>“Après j'ai l'impression qu'il y a tellement de préoccupation autre</p>	<p>“la métacognition et la guidance me permettent de le faire avec elles.”</p> <p>“Pour la troisième méthode, on le fait, mais pas jusqu'au</p>	<p>“Je pense que j'essaye de le faire verbale ou mais ça demande tout le temps. En clairement, c'est une habileté et un fait, on fait les qu'on utilise principalement.”</p> <p>“Moi c'est pas dans le verbal</p>

	<p>pour beaucoup qui bout je dirais. Enfin mais plus dans le permanence dans sont en premiers si on le fait mais ça corporel.”</p> <p>plan et qui prend va plutôt être le tellement toute la pedopsy, en fait ça place mais je pense va être en entretien si elles peuvent déjà individuel que ça va retrouver des être fait mais moi choses de l'ordre du directement en tant plaisir ou des qu'ergothérapeute occupations de je ne le fais pas. loisirs, je pense que Parce que de par le c'est déjà une grande étape.”</p> <p>format de groupe ça me semble un peu compliqué.”</p>	<p>“je les mets en situation de prise “j'amène du coup de conscience et les adolescents à donc je lesse fixer eux-accompagne versmêmes leurs cette prise de propres objectifs conscience.” et donc il y a un plan en fait qui se crée”</p> <p>“C'est génial. Ça tu vois non je le fais pas de façon “la guidance si protocolaire verbale ouais on verbale on va le non. [méthode l'utilise tout le faire quand il va y but-plan-faire- temps face à une avoir un fort déni.” vérifier]” maladie où il y a un déni important on est obligé.”</p> <p>“La métacognition on est quand même sur une méthode où l'adolescent doit déjà bien connaître ses symptômes.”</p> <p>“ces méthodes là nous permettre de savoir si on avance ou pas quoi, aussi d'évaluer notre pratique.”</p> <p>“La guidance verbale elle est quand même bien plus abordable.”</p>
--	---	---

		<p>“La métacognition ça va venir voilà plutôt en deuxième temps.”</p>		
Q8 : Implication des proches	“on ne peut pas impliquer les proches des patientes si elles ne le souhaitent pas et souvent il y a des relations très compliqué avec les familles”	<p>“dans mon service oui y a des TMF des donc des thérapies multifamiliales”</p> <p>“utilise évidemment cette approche-là puisque ça nous paraît plus évident</p> <p>“nous on n'a pas beaucoup de contact avec les parents de manière générale sauf quand c'est des situations très problématiques”</p>	<p>“Je sais qu'ils font pas mal d'entretiens familiaux avec la psychologue”</p> <p>“Mais je pense familiers qui sont qu'une personne faits”</p> <p>“Mais je pense familiaux qui sont pris de façon écologique”</p> <p>“moi je peux leur transmettre aussi des petites choses si tu pouvais un peu accès là-dessus aujourd'hui”</p> <p>“souvent dans les troubles du ton entretien parce que là ça patine un peu”</p> <p>“il y a une thérapie aussi familiale et multi familiale, il y a plusieurs familles avec les frères et sœurs</p>	“ça c'est pas mal partie mais c'est les autres familiaux avec la professionnel”

			ou des relations assez anxiogènes.”	toutes les semaines et qui font de la thérapie du coup de groupe sur le TCA” “parce que dans les études il a été quand même montré que si on travaillait pas avec la famille, on travaillait pas avec le TCA parce que le TCA c'est aussi une maladie multifactorielle et que ça engendrait beaucoup de modification dans le système familial de manière générale”
Q9 : Le transfert et généralisation	“tenir un carnet la après le groupe pour qu'elles comment ça se régulière, je fais puissent noter ce qui passe à la maison et une valorisation qu'on avait fait en fait on fait une plus plus plus, je pendant la séance” “on leur en reparle en fait souvent, on les interroge, on les	“on leur pose la question comment ça se régulière, je fais ce qui passe à la maison et une valorisation en fait on fait une plus plus plus, je pendant la séance” “on a des médiations quand	”Je les encourage déjà la pratique des objectifs et d'avoir des plans” “ce qui me permet du coup de généraliser des choses acquises à l'HDJ c'est de	

	<p>encourage à le faire à l'extérieur.”</p> <p>“il y a des patientes qui remarque que le fait de le faire en terre et de le répéter [...] c'est des mécanismes</p> <p>“c'est important d'avoir des points un peu réguliers en individuels et nous c'est ce qu'on fait pas”</p>	<p>même qui nous permettent de faire des mises en situation”</p> <p>“j'ai envie de dire la répétition aussi par la famille [...] pour qu'on puisse avoir un retour authentique intégrer et qui vont de ce qui se passe à être plus facile à la maison”</p> <p>mettre en place à l'extérieur et ça elles le remarque ou d'être obligé de lâcher un peu le contrôle”</p>	<p>“je m'appui sur les outils qu'ilssur le quotidien.”</p> <p>“je travaille avec des parents, très clairement j'utilise un maximum cet espace-là”</p> <p>“j'utilise beaucoup le lien thérapeutique”</p>	<p>“je m'appui surposer des objectifs des outils qu'ilssur le quotidien.”</p> <p>“les infirmiers avec les entretiens des parents, très clairement j'utilise un maximum cet espace-là”</p>
Q10 : Notion de plaisir	<p>“La notion de plaisir ouais carrément ! Ça rejoint un peu ce que je disais tout à</p>	<p>“Je dirai que c'est une évidence.”</p>	<p>“Oui la notion de plaisir est pourquoi pas mais importante pour c'est pas un tout le monde objectif donc oui.”</p>	<p>“Oui oui oui après pourquoi pas mais pour c'est pas un tout le monde objectif donc oui.”</p>

	<p>l'heure mais “nous le but c'est vraiment sur le fait que l'adolescent de retrouver dessoit fonctionnel occupations dedonc qu'il mange loisirs, des choses suffisamment par en fait qui leur rapport à ses donnent envie de besoins d'ado en vivre.”</p> <p>“exister autrement que dans la maladie”</p> <p>“je pense que retrouver des occupations de loisirs d'abord mais en fait même des choses qui sont obligatoires ou qui</p>	<p>“la notion de plaisir c'est pas la bonne”</p> <p>“la notion de plaisir c'est un je vais pas bosser le plaisir, on big levier mais bosse le plaisir c'est des fois la notion une évidence mais de plaisir il faut la le plaisir ce serait plutôt peut-être ce serait plus accessible à travailler en fait en deuxième temps lorsque la maladie les symptômes sont pas que de loisirs, moins présent.”</p> <p>“ça peut passer donc par l'alimentation, par les médiations [...]”</p> <p>“toute cette prise de plaisir on la bosse</p>	<p>“En fait si la plainte du patient elle est fixé sur ça, je vais travailler sur ça mais si elle est pas fixé sur ça je vais pas bosser le plaisir, on big levier mais travailler sur ça.”</p> <p>“il faut quand même que mes médiation [...]”</p> <p>“qu'ils aient quand même un peu de plaisir à venir donc j'essaye que ce soit ludique”</p>
--	---	--	--

		évidemment et c'est essentiel.”		
Q11 : Moyen plaisir	<p>“l'AERES c'est un bon outils”</p> <p>“il y a un peu un vide et donc ça duce coup je pense que le fait d'avoir un support c'est plus toutes facile.”</p> <p>“leurs permettre de faire des expériences”</p> <p>“réinsister sur cette notion-là</p> <p>“c'est pas le résultat qu'on attend”</p>	<p>“mises situation”</p> <p>“essayer d'élargir catalogue occupationnel et de chercher vraiment opportunités que l'environnement peut offrir”</p> <p>“Justement c'est aussi pour ça que moi en tant qu'ergothérapeute effort je trouve ma place d'amusement, de jeu et pas de performance”</p>	<p>“j'utilise beaucoup sensations corporelles positives.”</p> <p>“J'utilise lesbeaucoup ce qui queva être très régressif, le“éviter de le mettre en difficulté au niveau praxique alors que c'est pas un objectif primordial”</p> <p>“Le système effort récompense, le conditionnement brut”</p> <p>“Et je m'appuie sur ce qu'elles aiment faire”</p>	<p>“le côté ludique et j'adapte énormément les moyens vraiment donc le matériel en fonction des appétences de l'adolescence.”</p>
Q12 : Activités signifiantes	<p>“Je pense que c'est un élément motivationnel pour les patientes, je pense que c'est</p>	<p>“j'aimerais faire plus en tant qu'ergothérapeute sur les médiations, mais le problème</p>	<p>“Oui oui c'est la base quand je les prends en compte rencontre je leur dis qu'est-ce que</p>	<p>“Oui j'essaye de prendre en compte les activités signifiantes”</p>

	<p>aussi ce qui va leur c'est que c'est un groupe”</p> <p>“ça elles ont très envie de le faire et elles savent que pour le faire il faudra qu'elles aillent un peu mieux.”</p>	<p>“Cependant je quoi qui vous travaille quand anime, encore même avec un une fois on part groupe et dans le</p> <p>“Après sur la médiation que je crée il est évident que je vais faire attention au centre d'intérêt des ados”</p> <p>“On n'est pas sur l'activité signifiante sincèrement mais juste ça fait appel à certaines de leur valeur mais c'est tout ou à leurs centres d'intérêt”</p> <p>“Je dirai que ça favorise l'investissement de l'ado.”</p>
Q13 :	<p>“il y a un truc qui est hyper important c'est je pense l'accompagnement pluriprofessionnel”</p>	<p>“l'objectif c'est d'aller aborder l'ensemble des activités de vie quotidienne de</p> <p>“je pense que la notion de plaisir aborder l'ensemble des activités de vie cassée”</p> <p>“je pense que la notion de plaisir aborder l'ensemble des activités de vie cassée”</p> <p>“beaucoup d'aller vraiment aborder l'ensemble des activités de vie cassée”</p> <p>“ajuster tellement l'ensemble des activités de vie cassée”</p> <p>“adapter”</p>

	<p>“elles ont beaucoup besoin d’être accompagnées”</p>	<p>l’ado et d’aller essayer dans chacun de ces domaines d’aller comprendre, ded’elle faut que ça vienne rigide [ça faire échos en fait qu’il y ait pas de normal.”</p> <p>l’ado pour qu’il puisse y mettre du sens”</p>	<p>“Il faut qu’elles soient valorisées par ses pairs, il faut que ça vienne rigide [ça change les gens, c’est faire échos en fait qu’il y ait pas de normal.”</p> <p>“Elles ont même plus d’élan de vie, il faut retrouver du plaisir, c’est la base. En fait, au-delà du plaisir, aller sur quelque chose simplement agréable. On est sur ce niveau d’exigence là [...] mais non non la notion de plaisir elle y est dès le début.”</p>	
Q14 : CO-OP	<p>“je connais de nom”</p> <p>“après j’ai jamais utilisé, je ne saurais pas du tout répondre.”</p>	<p>“j’ai dû l’apprendre en deuxième année je crois”</p> <p>“c’est une histoire de coopération au niveau de la</p>	<p>“je pense que c’est bon pour ça peut avoir un tout le monde, je crois”</p> <p>“c’est une histoire de coopération au niveau de la</p>	<p>“Oui je pense que ça peut avoir un tout le monde, je crois”</p> <p>“c’est une histoire de coopération au niveau de la</p>

	<p>création d'objectifs si je me trompe pas trop.”</p> <p>“Oui c'est vrai que en fait je l'avais pas intellectualiser mais je crois que c'est un peu ce qu'on fait dans le sens où c'est les ados, enfin on co-construit l'objectif avec l'ado et on le guide pour aller obtenir un résultat qui leur ai bénéfique donc je sais pas si on peut dire que c'est CO-OP mais en tout cas ce qui est sûr c'est que on utilise des outils de cette approche-là”</p> <p>“l'utilisation de certains outils de l'approche CO-OP ça va nous servir juste à ce que l'ados soit le plus acteur</p>	<p>selon l'état nutritionnel vérifier que les activités qu'elles choisissent, elles soient cohérentes par rapport à leur clinique.”</p> <p>“j'ai lu dessus et je vois à peu près la manière de le faire mais c'est quand même compliqué de mener un groupe sur l'élaboration d'un plan personnalisé je trouve.”</p> <p>“Oui mais je pense que c'est ce que font fin cette approche elle serait très pertinente avec en individuel ouais ouais.”</p> <p>“Oui et avec je pense des patients qui sont à un moment ou avec une dynamique de changement aussi.”</p>	ce genre de choses.”
--	--	--	----------------------

	<p>possible dans son accompagnement.”</p> <p>“sur du groupe je trouve ça hyper compliqué”</p> <p>“je pense que l’organisation du service c’est un frein sur ce point là”</p>	
--	--	--

L'utilisation de l'approche CO-OP auprès des adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires pour retrouver du plaisir dans les occupations.

Introduction : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies chroniques de la santé mentale, qui affectent le comportement alimentaire. Elles regroupent différentes pathologies comme la boulimie, l'hyperphagie boulimique et l'anorexie et touchent de plus en plus précocement la population, notamment les adolescentes. Malgré des prises en charge de plus en plus précoce et pluriprofessionnelles, les rechutes restent fréquentes. Objectif : Cette étude vise à savoir si l'approche CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance) pourrait permettre aux adolescentes ayant des troubles des conduites alimentaires de retrouver du plaisir dans leurs occupations. Méthode : Pour cette recherche, quatre entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de trois ergothérapeutes et d'une psychomotricienne. Résultat : L'approche CO-OP, bien que nécessitant des adaptations, apparaît pertinente pour encourager la participation à des occupations procurant du plaisir aux adolescentes concernées. Conclusion : Les ergothérapeutes ont un rôle clé à jouer dans l'accompagnement des adolescentes atteintes de TCA, en soutenant l'importance de la dimension subjective de l'expérience vécue, favorisant un engagement actif dans la prise en charge comme dans le quotidien. L'intégration de l'approche CO-OP dans les pratiques pourrait enrichir les prises en charge actuelles, à condition d'être soutenue par une collaboration interdisciplinaire et une réflexion continue sur les besoins spécifiques de cette population.

Introduction: Eating disorders are chronic mental health conditions that affect eating behaviour. They include various pathologies such as bulimia, binge eating disorder and anorexia, and are affecting an increasingly young population, especially teenagers. Despite an increasingly early and multi-professional care, relapses remain frequent. Objective: The aim of this study was to determine whether the CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance) approach could help teenagers with eating disorders to regain pleasure in their occupations. Method: Four semi-structured interviews were conducted with occupational therapists and a psychomotricist. Results: The CO-OP approach, although requiring adaptation, appears to be relevant to encourage participation in pleasure-giving occupations for the teenage girls concerned. Conclusion: Occupational therapists have a key role to play in supporting teenage girls with eating disorders by emphasizing the importance of the subjective dimension of the experience and promoting active engagement in both care and daily life. The integration of the CO-OP approach into practice could enrich the current care, provided it is supported by interdisciplinary collaboration and ongoing reflection on the specific needs of this population.

Mots clés (français) : Troubles des conduites alimentaires – CO-OP – Plaisir – Adolescentes - Ergothérapie - Fonctionnement cognitif.

Mots clés (anglais) : Eating disorders - CO-OP - Pleasure – Teenage girls - Occupational therapy - Cognitive functioning.