

Mémoire d'initiation à la recherche

L'accompagnement parental pour favoriser le rétablissement des adolescents atteints d'anorexie mentale dans une approche systémique : le rôle de l'ergothérapeute.

Romane PENNEC

N° étudiant : E23/13

Sous la direction de Solène VOILEAU

Année universitaire 2025-2026

« Le rôle d'un parent est à la base très demandant, mais lorsqu'un enfant éprouve un enjeu de santé mentale comme l'anorexie, ce rôle devient encore plus complexe et ardu. »

(Anorexie et Boulimie Québec, s. d.)

Glossaire

ANEB : ANorexie Et Boulimie Québec

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : American Psychiatric Association / Association américaine de psychiatrie

ARFID : Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder / Trouble de Restriction ou Evitement de l'Ingestion des Aliments.

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Cinquième Edition

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

GEVA-Sco : Guide d'EVALuation des besoins de compensation en matière de Scolarisation

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IMC : Indice de Masse Corporelle

OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund / Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance

USP : Unité Somato-Psychiatrique

WFOT : World Federation of Occupational Therapists / Fédération Mondiale des Ergothérapeutes

Le « nous » de modestie sera employé à travers cette recherche ainsi que les normes APA 7.

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord ma maître de mémoire, Solène Voileau. Merci pour ton accompagnement, ton soutien et ta bienveillance tout au long de cette année. Merci pour tous tes conseils et ta disponibilité.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen pour son accompagnement si complet et individualisé durant ces trois années. Merci pour ces moments de rire dans votre bureau ainsi que pour vos petits mots subtils qui ont su nous remonter le moral lorsque nous en avons le plus besoin.

Merci à Lucie d'avoir été présente et de m'avoir soutenue durant cette année éprouvante, en me permettant de m'évader de ce travail et de profiter de moments plus légers. Merci pour ta patience, pour ton écoute et pour avoir relu ce travail une centaine de fois.

Je remercie également mes parents et mon frère pour leur présence, leur écoute et leur réconfort. Merci de m'avoir soutenue, d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée dans ce projet de devenir ergothérapeute.

Pour finir, merci à toute ma promotion pour ces trois années à vos côtés, faites de rires, de folie, de stress et parfois de pleurs. Merci pour tous ces moments passés partagés entre laser game, restaurants, bars, appartements et école bien-sûr. Je tiens tout particulièrement à remercier Aurianne, Alix et Domitille, sans qui cette formation n'aurait pas été la même. Merci pour votre amitié si précieuse. Merci d'avoir toujours eu les mots justes pour me faire sourire et évoluer. Je n'oublierai jamais tous nos moments passés ensemble, entourés de rires, de pleurs, de nourriture, de chats et de commérages.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

Liberté
Egalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Romane Pennec atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étante lfruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Rouen Le 20/05/2026 signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Travail individuel

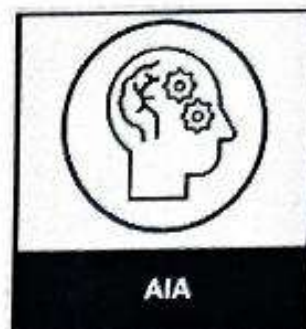
Je soussigné(e) Romane Pennec atteste :



Ne pas avoir eu recours
à l'IA ☐



Avoir généré ce travail
par l'IA ☐



Avoir utilisé partiellement
l'IA ☒

Si j'ai utilisé l'IA, c'est à des fins de :

Nom du/des site(s) utilisé(s)

☒ Correction orthographique	<u>Scribens</u>
☒ Formulations - reformulations	<u>Grammarly</u>
☐ Création de titres	
☐ Structuration de paragraphes	
☐ Recherche de thématiques	
☒ Recherche de bibliographie	<u>Perplexity</u>
☐ Autres : précisez	

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 20/05/2026

A Caen

Signature



Table des matières

Introduction	1
I. Cadre théorique et conceptuel	2
1. L'ergothérapeute	2
1.1. Définition	2
1.2. Ergothérapeute et activités	3
1.3. Ergothérapeute et développement du pouvoir d'agir	4
2. L'anorexie mentale	4
2.1. Contexte	4
2.2. Définition, caractéristiques et évolution.....	5
2.3. Facteurs de risque et rôle de l'environnement social	6
3. L'adolescence	8
3.1. Contexte et enjeu de santé publique	8
3.2. Développement et caractéristiques de l'adolescence	9
3.3. L'adolescence : une période de vulnérabilité	10
4. La parentalité	11
4.1. Définition générale	11
4.2. Parentalité et anorexie mentale	12
4.3. La systémie.....	13
5. Le rétablissement.....	14
5.1. Les quatre dimensions du rétablissement.....	14
5.2. Le rétablissement personnel	15
II. Problématisation et hypothèses de recherche	21
1. De la question de départ à la problématique	21
2. Hypothèses de recherche	22
III. Méthodologie	25

1.	Utilisation de la méthode qualitative.....	25
2.	Mobilisation de l'approche hypothético-déductive.....	26
3.	Population de recherche	27
3.1.	Echantillonnage	27
3.2.	Prise de contact.....	28
3.3.	Présentation de l'échantillon	28
4.	Techniques et outils de recueil de données	29
IV.	Objectivité et éthique de la recherche : la place du chercheur ?	31
1.	Objectivité	31
2.	Ethique	32
V.	Présentation et analyse des résultats.....	34
1.	Présentation des personnes interrogées	34
2.	Analyse verticale	34
3.	Analyse horizontale.....	36
VI.	Discussion	39
1.	Analyse et discussion	39
1.1.	Un accompagnement centré sur l'adolescent	39
1.2.	L'implication parentale : une discordance entre théorie et pratique.....	40
1.3.	Une approche systémique remise en question.....	41
2.	Validation ou réfutation des hypothèses de recherche	42
3.	Les nouveaux apports théoriques	43
3.1.	Des outils de soutien aux parents	43
3.2.	La place centrale de la scolarité	44
4.	Les biais et limites de la recherche.....	45
4.1.	Les biais de l'étude.....	45
4.2.	Les limites de l'étude	46
5.	Les perspectives	46

5.1. L'ergothérapie en libéral.....	46
5.2. Financements et politiques publiques	47
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	51
Table des figures.....	60
Table des annexes	61

Introduction

Lors d'un stage réalisé au sein d'un Hôpital De Jour (HDJ) pour adolescents atteints de troubles de conduites alimentaires, plusieurs adolescents atteints d'anorexie mentale ont été accompagnés en ergothérapie. Cependant, les ergothérapeutes ne faisaient pas partie des professionnels qui assuraient le suivi parental.

Face à ce constat, de nombreux questionnements ont émergé concernant le vécu des parents, les difficultés rencontrées ainsi que la pertinence et les modalités d'un accompagnement en ergothérapie ciblé sur les parents et sur les potentiels bénéfiques pour les adolescents.

L'anorexie mentale est un trouble mental qui apparaît principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte correspondant à une période clé du développement humain (American Psychiatric Association (APA), 2015; Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s. d.). Ce trouble peut avoir des conséquences importantes sur la vie de l'adolescent ainsi que de son entourage familial. De ce fait, la littérature met en avant l'importance de l'implication parentale dans l'accompagnement thérapeutique des adolescents souffrant de cette pathologie. En effet, lorsque les parents se sentent soutenus, impliqués et engagés dans le processus de soins, ils peuvent davantage participer au transfert des stratégies thérapeutiques dans le quotidien de leur enfant et ainsi contribuer à une évolution favorable (D'Arrigo et al., 2020).

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) (2010) recommande une prise en soins pluridisciplinaire en raison des conséquences multiples de l'anorexie mentale. Dans cette perspective, l'ergothérapeute, grâce à son approche centrée sur les occupations, l'environnement et la personne, peut occuper une place complémentaire au sein du suivi des parents (Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2021).

Enfin, l'objectif du rétablissement a été privilégié dans ce travail puisqu'il renvoie à un processus permettant à la personne de vivre avec son trouble sans que celui-ci ne définisse son identité ou son fonctionnement (Provencher, 2007).

Ainsi, la question de départ de cette recherche est la suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les parents ayant un adolescent souffrant d'anorexie mentale dans le but du rétablissement de celui-ci ?

I. Cadre théorique et conceptuel

1. L'ergothérapeute

1.1. Définition

L'ergothérapeute est un professionnel de santé pouvant intervenir dans différents domaines, notamment la santé mentale. Dans ce cadre, son objectif global est :

D'aider les personnes à mener une vie satisfaisante à travers les activités porteuses de sens pour elles, et qui seront support de leur participation sociale. L'intervention de l'ergothérapeute, à travers les occupations, la restauration des habiletés sociales et cognitives, l'empowerment et en s'appuyant sur les ressources de la personne, concourt efficacement au processus de rétablissement (ANFE, 2021).

Dans cette perspective, l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2009) souligne que l'ergothérapeute en santé mentale soutient « la personne pour [...] faciliter la récupération ou le développement des fonctions cognitives [...], affectives [...] et sociales [...] nécessaire pour vivre un quotidien satisfaisant ».

Pour répondre à ces objectifs, il peut intervenir à différents moments du parcours de soins : en prévention, en intervention précoce ou dans le soin en mettant en place des actions centrées sur la personne, son environnement et ses occupations (ANFE, 2021).

Il peut par exemple accompagner la personne dans la restructuration des routines quotidiennes, dans le développement des capacités d'autodétermination nécessaires au rétablissement ou encore participer aux thérapies familiales et systémiques (ANFE, 2021).

Les interventions de l'ergothérapeute peuvent être mises en place dans diverses structures relatives au champ de la santé mentale et s'inscrivent dans une approche pluridisciplinaire visant le rétablissement des personnes.

Il peut ainsi exercer aussi bien en cabinet privé, en milieu hospitalier, au sein de services de psychiatrie ou d'institutions spécialisées, que dans des structures médico-sociales ou des dispositifs de soins ambulatoires comme les Centres Médico-Psychologiques (CMP), qui assurent un suivi dans le milieu de vie.

Son intervention s'étend également à des contextes plus spécifiques, notamment auprès des adolescents, dans des unités spécialisées ou des structures dédiées, mais aussi dans des dispositifs d'accompagnement social, de réinsertion ou de prise en soins de publics en situation

de précarité, de migration ou de psychotraumatisme. Il peut enfin intervenir au sein d'associations ou d'organisations humanitaires. Cela nous montre ainsi la diversité des champs d'intervention de l'ergothérapeute en santé mentale (ANFE, 2021; OEQ, 2009).

1.2.Ergothérapeute et activités

L'intervention de l'ergothérapeute repose essentiellement sur le lien entre les activités humaines et la santé en prenant en compte les interactions entre la personne, ses activités et son environnement.

Il accompagne les personnes rencontrant des difficultés dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne afin de leur permettre de mener une vie satisfaisante à travers des activités porteuses de sens pour elles. L'objectif est de soutenir la participation des personnes tout en favorisant le développement ou la restauration de leur autonomie et de leurs ressources personnelles, montrant ainsi la place centrale de l'activité en ergothérapie (ANFE, 2015; ANFE, 2021).

L'ergothérapeute utilise les activités comme levier thérapeutique ; celles-ci constituent à la fois le moyen et l'objectif de l'intervention. En effet, l'activité permet d'agir sur les difficultés rencontrées par la personne tout en favorisant la reprise de ses occupations et de ses rôles sociaux.

Dans le cadre de l'ergothérapie, l'occupation est définie comme étant « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société » (ANFE, 2015). La pratique de l'ergothérapie s'appuie sur les sciences de l'occupation, qui est une discipline scientifique qui met en lien l'occupation humaine, la santé, la qualité de vie et le bien-être (Meyer, 2018).

Ces sciences reposent sur l'idée que :

- La vie se compose d'activités ou d'occupations quotidiennes qui ont du sens et de la valeur pour chacun, que cela soit des activités professionnelles, familiales, amicales, de loisirs, de soins ou encore des activités courantes du quotidien.
- Les occupations, que nous choisissons et réalisons, et nos habitudes de vie nourrissent le sens que nous donnons à notre vie.
- Les activités humaines déterminent nos rôles sociaux, notre place dans la société (ANFE, 2021).

1.3.Ergothérapeute et développement du pouvoir d’agir

D’après Hammell (2016), l’intervention de l’ergothérapeute en santé mentale s’inscrit dans une perspective d’empowerment, ou de développement du pouvoir d’agir. Celui-ci vise à permettre aux personnes de reprendre du contrôle sur leur vie, en développant leur liberté de choix et leur capacité à réaliser les activités importantes pour elles. Ce processus consiste à accorder aux personnes le pouvoir, la possibilité, les habiletés et les capacités d’agir. Cette approche est en cohérence avec les valeurs fondamentales de l’ergothérapie, qui consistent à favoriser la participation des personnes à des activités significatives et à enrichir leurs possibilités d’action (Hammell, 2016).

La mise en lien entre l’empowerment et la participation occupationnelle met en évidence une spécificité de l’ergothérapeute. En effet, la participation constitue un concept central des sciences de l’occupation sur lesquelles il repose sa pratique.

L’ergothérapeute base également son intervention sur les ressources de la personne afin de favoriser son rétablissement et de renforcer sa capacité à agir sur son environnement. Cela se traduit notamment par :

- La co-construction d’un plan d’intervention personnalisé ;
- L’adaptation des situations d’activité et l’adaptation de l’environnement ;
- Le développement des compétences sociales, cognitives et fonctionnelles ;
- Le soutien à la participation sociale et à la qualité de vie (ANFE, 2021).

Ainsi, le développement du pouvoir d’agir s’inscrit pleinement dans les valeurs et dans les missions de l’ergothérapeute, qui consistent à enrichir les capacités et les possibilités des personnes de s’engager et de participer aux activités importantes de leur vie quotidienne.

2. L’anorexie mentale

2.1.Contexte

A l’échelle mondiale, un adolescent sur sept souffre d’un trouble de santé mentale. Parmi ces troubles, les troubles des conduites alimentaires et de l’ingestion d’aliments concernent environ 0,1 % des 10-14 ans et 0,4 % des 15-19 ans correspondant à la tranche d’âge de l’adolescence (OMS, s. d.).

En France, la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) (s. d.-b) estime que près d’un million de personnes souffrent d’un trouble des conduites alimentaires (TCA) et de l’ingestion

d'aliments. Plus spécifiquement, « l'anorexie mentale touche environ 1 % des femmes et 0,3 % des hommes » (FFAB, s. d.-b) soit 8 filles pour 2 garçons (Godart et al., 2010).

2.2.Définition, caractéristiques et évolution

L'anorexie mentale est un trouble mental qui fait partie des troubles de conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Elle est définie en tant que trouble et non maladie, son étiologie étant inconnue. Il a cependant été relevé que des antécédents traumatiques sont parfois retrouvés, notamment les abus sexuels dans 20 à 50 % des cas d'anorexie mentale (Godart et al., 2010).

Ce trouble est caractérisé par « une restriction prolongée des apports énergétiques ; une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant interférant avec la prise de poids ; et une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps » (APA, 2015).

Elle peut être divisée en deux types selon les comportements observés :

- Type restrictif ;
- Type accès hyperphagique/purgatif.

La gravité du trouble dépend de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la personne et est divisée en quatre seuils :

- Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$;
- Moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$;
- Grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$;
- Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

L'anorexie mentale apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte expliquant ainsi le choix de s'intéresser à une population adolescente (APA, 2015).

Sur le plan clinique, l'anorexie mentale est fréquemment associée à un sentiment d'incompétence, un fort besoin de contrôle, une pensée rigide, un manque de spontanéité sociale, ainsi qu'un perfectionnisme marqué. On observe également une diminution de l'initiative et de l'expressivité émotionnelle, ainsi qu'une proportion importante de personnes présentant des traits de personnalité pathologiques.

Les formes avec accès hyperphagiques et purgatifs, se distinguent davantage par des conduites impulsives, une consommation abusive d'alcool ou d'autres substances ainsi que par une hyperactivité physique excessive (APA, 2015).

Environ 50 % des patients présentent au cours de l'évolution du trouble des épisodes de perte de contrôle alimentaire associés à des comportements compensatoires (Godart et al., 2004).

L'évolution de l'anorexie mentale est variable. La durée moyenne du trouble est estimée entre 1,7 et 3 ans, avec des cas de guérison spontanée, bien qu'une prise en soins spécifique soit nécessaire dans la majorité des cas (Godart et al., 2010) .

L'anorexie mentale est le trouble psychiatrique présentant le risque vital le plus élevé chez les adolescents, avec un taux de mortalité estimé entre 4 et 10 %. Ce risque augmente avec la durée du trouble, soulignant l'importance d'une prise en soins précoce.

Environ 50 % des décès sont directement liés aux conséquences du trouble, les privations entraînant des défaillances des organes vitaux. Les autres causes incluent le suicide (24 %), des pathologies pulmonaires (6 %), des accidents (6 %) et des causes inconnues (14 %) (Godart et al., 2004).

2.3.Facteurs de risque et rôle de l'environnement social

Plusieurs facteurs de risque sont identifiés dans le développement de l'anorexie mentale, tels qu'un tempérament anxieux et des traits obsessionnels présents dès l'enfance. Des facteurs environnementaux sont également impliqués, en particulier la valorisation sociale de la minceur, retrouvée dans certaines pratiques et milieux professionnels. Enfin, des facteurs génétiques et physiologiques sont mis en évidence (APA, 2015).

L'APA (2015) met en évidence dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux 5^e édition (DSM-5) l'importance de ces facteurs, notamment environnementaux, en soulignant que « la variabilité historique et transculturelle de la prévalence de l'anorexie mentale est corrélée aux usages et aux cultures où la minceur est valorisée ».

Dans cette perspective, l'environnement familial constitue un élément particulièrement influant. Les recommandations de la HAS (2010) indiquent que le stress environnemental pouvant être causé par des conflits familiaux sévères ou des critiques parentales élevées peut être un facteur d'hospitalisation mettant en lumière l'impact de l'environnement auprès de cette population.

Plus largement, certains environnements spécifiques illustrent l'impact des normes sociales sur le développement de l'anorexie mentale. L'étude menée par Bogár et al. (2024) met en évidence que les fortes pressions liées à l'apparence physique dans le milieu du mannequinat sont associées à un risque accru de développer des comportements caractéristiques du trouble,

tels que les restrictions alimentaires sévères, les vomissements provoqués ou les perturbations de l'image corporelle.

Cependant, l'environnement ne constitue pas uniquement un facteur de risque, mais peut également représenter un levier dans le processus de soins. L'implication des parents apparaît comme un élément déterminant ; leur engagement et leur participation sont associés à une évolution plus favorable de la prise en soins (Ling et Gebremariam, 2023). Ils sont d'ailleurs décrits comme une ressource centrale dans l'accompagnement de l'adolescent (Pauli, 2025). De ce fait, la HAS (2010) recommande aux professionnels de santé d'« aider la famille à tenir une fonction soutenance [...] afin de faire face aux difficultés du patient et de ne pas se centrer uniquement sur les symptômes alimentaires ».

2.4.Prise en soins

La prise en soins de l'anorexie mentale repose sur une approche globale et multidisciplinaire. L'objectif initial est la restauration pondérale, qui constitue un préalable indispensable. Toutefois, une prise en soins centrée uniquement sur le poids s'avère insuffisante à long terme. Il est nécessaire d'intégrer les dimensions psychologiques et relationnelles afin d'assurer une amélioration durable (Godart et al., 2010; Pauli, 2025).

Ainsi, une approche holistique est recommandée, prenant en compte l'ensemble des facteurs impliqués dans le trouble (HAS, 2010).

La prise en soins repose alors sur l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent généralement un médecin ou un pédiatre, un psychiatre, un psychologue, un diététicien ou un nutritionniste, des infirmiers, un assistant social ainsi que d'autres professionnels de santé. Cette organisation permet d'aborder de manière concomitante les dimensions somatiques, psychiques, nutritionnelles et sociales du trouble (Godart et al., 2010 ; HAS, 2010).

Dans cette perspective, l'objectif de l'équipe pluridisciplinaire est d'assurer une prise en soins globale du patient, en tenant compte de son état de santé physique, de son fonctionnement psychique et son environnement de vie. Cette approche s'inscrit dans un modèle biopsychosocial et culturel, selon lequel les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels interagissent dans le développement, le maintien et l'évolution des troubles.

La prise en soins de l'anorexie mentale nécessite donc une approche pluridisciplinaire, impliquant non seulement les professionnels du champ médical et psychiatrique, mais également les acteurs sociaux, éducatifs et juridiques. Cette collaboration élargie permet de

mieux appréhender la complexité des situations rencontrées chez les adolescents et de favoriser une réponse adaptée à leurs besoins spécifiques (Delvenne et Bula-Ibula, 2021).

Enfin, la participation active du patient au sein du dispositif de soins apparaît essentielle. L'alliance thérapeutique construite avec l'ensemble des professionnels et en lien avec la famille constitue un levier majeur pour favoriser l'adhésion aux soins et limiter les ruptures dans le parcours thérapeutique (Godart et al., 2010).

La pédopsychiatrie met ainsi en évidence l'importance du travail en réseau, impliquant différents acteurs gravitant autour de l'adolescent, tels que la famille, les pairs, les institutions éducatives et les structures sociales. Ces différents éléments constituent le socle participant à la santé mentale des enfants et des adolescents.

3. L'adolescence

3.1. Contexte et enjeu de santé publique

A l'échelle mondiale, les adolescents représentent environ 1,2 milliard d'individus sur 8,3 milliards d'individus, ce qui en fait un enjeu majeur pour la santé publique, notamment en matière de santé mentale, d'autant plus que de nombreux troubles mentaux débutent précocement : environ 50 % apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant 25 ans (Institut National d'Etudes Démographiques, 2024; United Nations Children's Fund (UNICEF), s. d.). On estime qu'environ 20 % des enfants et adolescents sont concernés. Parmi eux, 4 à 6 % nécessiteraient une intervention clinique. Toutefois, parmi les enfants et les adolescents ayant besoin d'une prise en soins spécifiques, seulement 16 à 27 % en reçoivent effectivement une. Par ailleurs, la demande d'intervention pour cette population a augmenté de 50 % entre 2005 et 2025 (Delvenne et Bula-Ibula, 2021).

A l'échelle mondiale, les troubles mentaux représentent près de 15% de la morbidité de cette tranche d'âge, l'anxiété et la dépression étant les plus répandues (OMS, 2025). Certains troubles spécifiques, comme l'anorexie mentale, apparaissent majoritairement durant cette période. Ces troubles peuvent avoir des conséquences importantes : isolement social, difficultés scolaires, comportements à risque, ou encore altération de la santé mentale et physique.

Enfin, l'adolescence est une période clé pour intervenir : en effet, une prise en soins précoce permet de limiter leur évolution, de prévenir les complications et d'améliorer le pronostic. Ainsi, investir dans la santé et dans le bien-être des adolescents constitue un enjeu majeur pour la société, avec des répercussions tout au long de la vie.

3.2.Développement et caractéristiques de l'adolescence

« L'adolescence est la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé. » (OMS, s. d.-a).

Sacks et al. (2003) précisent dans ce sens que « l'adolescence commence avec l'apparition d'une puberté physiologiquement normale et se termine lorsque l'identité et le comportement adulte sont acceptés ». Elle est marquée par un passage progressif de la dépendance à l'autonomie (Bagley, 2024).

Selon Tessier et Comeau (2017) et Bagley (2024), durant cette période, de profondes transformations s'opèrent simultanément sur les plans physiques, cognitifs, psychologiques, sociales et émotionnels. Ces transformations influencent la manière dont les adolescents pensent, ressentent, prennent des décisions et interagissent avec leur environnement. Cette phase correspond également à une période de croissance rapide, tant physique que cérébrale, impliquant une réorganisation importante des fonctions cognitives et émotionnelles (Delvenne et Bula-Ibula, 2021; Tessier et Comeau, 2017).

Sur le plan corporel, les transformations liées à la puberté entraînent une modification rapide de l'apparence physique. L'adolescent doit alors intégrer une nouvelle image corporelle, souvent instable, influencée par les normes sociales et médiatiques. Cette période peut être marquée par une forte sensibilité au regard des autres, une gêne corporelle ou une insatisfaction, tout cela pouvant fragiliser l'estime de soi (Bagley, 2024).

Les enjeux de l'adolescence concernent également le développement des compétences psychosociales. Il s'agit notamment de la capacité à gérer ses émotions, à résoudre des problèmes, à prendre des décisions, à nouer des relations et à s'adapter aux situations nouvelles. Ces compétences sont essentielles pour construire une santé mentale durable et un fonctionnement social équilibré à l'âge adulte (OMS, s. d., 2025).

C'est également une période caractérisée par un processus central : la construction de l'identité. L'individu cherche à définir qui il est à travers ses valeurs, ses choix, ses relations et ses expériences. Durant cette période, les adolescents commencent à identifier leurs goûts, leurs forces et leurs faiblesses. Ils développent progressivement une conscience de soi qui peut s'accompagner de préoccupations liées notamment à leur apparence physique et à la façon dont ils sont perçus par les autres.

Cette quête identitaire s'accompagne souvent d'une remise en question des normes familiales et sociales, ainsi que d'un besoin d'autonomie croissant. Ce mouvement peut générer des

tensions avec les parents, dans un contexte où ces derniers cherchent à maintenir un cadre sécurisant. Cette phase est également marquée par des enjeux importants liés à la sexualité et aux relations interpersonnelles (Bagley, 2024; Tessier et Comeau, 2017).

Par ailleurs, l'importance du groupe de pairs devient prépondérante. Les adolescents se construisent en interaction avec leurs semblables, en adoptant des codes, des comportements et des références communes (habillement, langage, loisirs, usages numériques). Cette dynamique peut être à la fois structurante, en favorisant l'intégration sociale, mais aussi source de pression et de conformisme (Bagley, 2024; OMS, 2025).

3.3.L'adolescence : une période de vulnérabilité

Cette période constitue une phase de vulnérabilité. Les transformations internes, combinées aux facteurs environnementaux, exposent les adolescents à un risque accru de troubles mentaux. Sur le plan neurobiologique, cette vulnérabilité s'explique en partie par un décalage de maturation entre le système limbique, impliqué dans les émotions et la recherche de sensations, et le cortex orbitofrontal, responsable du contrôle et de la régulation des comportements. Ce déséquilibre favorise les conduites à risque, les expérimentations et l'impulsivité (Delvenne et Bula-Ibula, 2021; Tessier et Comeau, 2017).

De nombreux facteurs peuvent influencer la santé mentale des adolescents. Les facteurs de risque incluent notamment la pauvreté, la maltraitance, la violence, la pression des pairs, les normes sociales et de genre, ainsi que certaines habitudes de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée, consommation de substances) (Bagley, 2024; OMS, s. d.). A cela s'ajoute l'influence croissante des médias et des réseaux sociaux, pouvant à la fois offrir des espaces de soutien et de créativité, mais aussi générer comparaison sociale, cyberharcèlement ou altération de l'estime de soi (OMS, 2025).

A l'inverse, plusieurs facteurs de protection favorisent un développement harmonieux. Un environnement familial soutenant, une communication de qualité avec les parents, un cadre scolaire sécurisant et l'existence de relations sociales positives constituent des éléments essentiels (Bagley, 2024; Marcelli et al., 2024; Tessier et Comeau, 2017). La prévention, l'éducation à la santé et les interventions précoces jouent également un rôle déterminant (OMS, s. d.; Tessier et Comeau, 2017). En effet, une intervention précoce est essentielle afin d'éviter les complications somatiques, de prévenir l'apparition de troubles psychiatriques ultérieurs et de limiter la chronicisation. Plus la prise en soins est mise en place tôt, meilleur est le pronostic (Godart et al., 2010).

4. La parentalité

4.1. Définition générale

La parentalité, concept central de cette recherche, est définie par le Comité national de soutien à la parentalité (2011) comme l'ensemble des manières de vivre et d'exercer le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les dimensions matérielle, psychologique, morale, culturelle et sociale essentielles à la fonction parentale. La parentalité définit le lien entre un adulte et un enfant qui suppose diverses fonctions, droits et obligations en lien avec l'intérêt direct de l'enfant.

Elle est également décrite comme « la compétence ou l'activité consistant à s'occuper d'enfants en tant que parent » [Traduction libre] (Chaiyawat et al., 2011).

Ces définitions mettent en avant une vision occupationnelle de la parentalité, en lien avec les activités de la vie quotidienne de l'enfant ainsi que de la famille telles que les repas, l'organisation du temps et le suivi scolaire. La parentalité peut ainsi être vue comme un ensemble d'occupations et de pratiques quotidiennes visant le développement et le bien-être de l'enfant.

Elle implique la création d'un environnement sécurisant et structurant permettant à l'enfant de développer ses compétences sociales, émotionnelles et cognitives. Elle inclut également la transmission de valeurs, la régulation des comportements, l'instauration de routines et la médiation des relations sociales. Ces diverses dimensions participent à la construction identitaire de l'enfant et à son développement global (Chaiyawat et al., 2011). Elles deviennent particulièrement importantes à l'adolescence, qui comme expliqué précédemment est une période clé marquée par de nombreuses transformations physiques, psychologiques, émotionnelles, cognitives et sociales, ainsi que par un processus d'autonomisation progressive.

Ainsi, la parentalité ne se réduit pas à répondre aux besoins physiologiques de l'enfant ou à assurer sa sécurité physique ; elle englobe la mise en place d'un cadre affectif, éducatif et social favorisant son épanouissement, sa participation et le développement de son autonomie. Elle se manifeste dans des interactions quotidiennes, des décisions éducatives et des pratiques favorisant le développement global et l'autonomie progressive de l'adolescent.

La parentalité, processus dynamique qui évolue avec l'enfant, nécessite une adaptation constante aux besoins de celui-ci. Cette capacité d'adaptation est particulièrement importante dans des contextes de vulnérabilité, notamment face à un trouble mental tel que l'anorexie mentale, où les parents doivent ajuster leurs pratiques aux besoins spécifiques de leur enfant.

La parentalité est donc un processus multidimensionnel qui s'incarne à travers un ensemble de rôles, de fonctions, d'activités et de responsabilités visant le bien-être et le développement de l'enfant (Chaiyawat et al., 2011; Jacob Alby, 2018). Dans ce cadre, elle représente une ressource essentielle pour favoriser le rétablissement de l'adolescent et peut être utilisée comme levier thérapeutique.

4.2. Parentalité et anorexie mentale

« L'anorexie altère la qualité de vie familiale et amplifie les dysfonctionnements familiaux » (Delage et al., 2014). En effet, ce trouble complexe modifie profondément les interactions et les routines familiales, qui tendent à se structurer autour du trouble. Ainsi, la prise en compte du retentissement de l'anorexie mentale sur la famille apparaît comme primordiale dans l'accompagnement.

Les parents expriment un sentiment de culpabilité, ainsi qu'un sentiment d'impuissance face au trouble de leur enfant. Ce dernier est d'ailleurs décrit comme une source majeure de souffrance parentale (ANEB, s. d.). Le sentiment de culpabilité peut être renforcé par la stigmatisation sociale entourant les troubles du comportement alimentaire (Delage et al., 2014). En effet, la stigmatisation correspond au fait de traiter différemment, exclure, voire rejeter socialement des individus ne répondant pas à certaines normes sociétales (Goffman, 1963 cité par Brelet et al., 2021). Elles comportent trois composantes qui sont :

- Les stéréotypes, composante cognitive ;
- Les préjugés, composante émotionnelle ;
- Les discriminations, composante comportementale.

Par exemple, dans le cadre de l'anorexie mentale, un des stéréotypes en lien avec les parents est le manque de soutien parental envers leur enfant atteint du trouble (Brelet et al., 2021).

Par ailleurs, l'anorexie mentale impose aux parents un niveau d'exigence élevé, les conduisant à multiplier les efforts pour soutenir et protéger leur enfant dans un contexte particulièrement éprouvant. Cette pression, associée à la gestion quotidienne du trouble, peut engendrer une fatigue importante et fragiliser leur équilibre psychique. Or, le bien-être des parents constitue un élément essentiel pour soutenir efficacement leur enfant dans son parcours de soins (ANEB, s. d.).

Au sein de la famille, le trouble peut également entraîner des difficultés de communication, une détérioration des relations et une focalisation des interactions autour de l'alimentation. Les

repas deviennent ainsi des moments de tension ou de conflit, participant à la désorganisation du fonctionnement familial (ANEB, s. d.; Delage et al., 2014).

Face à ces difficultés, les parents expriment plusieurs besoins. Ils évoquent notamment le besoin d'obtenir des informations sur le trouble, afin de mieux le comprendre, ainsi que des repères et des guidances pour adapter leur comportement au quotidien. Le besoin d'échanger avec d'autres familles confrontées à des situations similaires est également rapporté afin de rompre l'isolement et de partager leurs expériences (Delage et al., 2014).

Dans ce contexte, l'engagement parental dans la prise en soins apparaît comme un élément central, notamment dans les dispositifs pédiatriques. Pour favoriser cet engagement, il est essentiel de répondre au besoin de compétence des parents, afin qu'ils puissent se sentir capables et efficaces dans leur rôle (D'Arrigo et al., 2020). Cela participe au développement de leur pouvoir d'agir, en opposition au sentiment d'impuissance précédemment décrit.

Ainsi, la principale attente exprimée par les parents est de pouvoir retrouver une capacité d'action face au trouble de leur enfant. Ce pouvoir d'agir, ou empowerment, est défini comme la « capacité de l'individu à se sentir apte, capable, compétent pour commencer une activité et y persévérer en dépit d'éventuels obstacles ou demandes particulièrement exigeantes. L'empowerment fait aussi référence à la perception qu'a l'individu du contrôle qu'il peut exercer sur sa vie » (Stapien, 2017).

Dans cette perspective, le développement du pouvoir d'agir des parents apparaît comme un enjeu majeur, tant pour leur propre bien-être que pour l'accompagnement de l'adolescent. Nous verrons par la suite la place importante qu'il occupe également dans le processus de rétablissement de l'adolescent.

4.3. La systémie

L'idée que le trouble mental puisse impacter le fonctionnement familial nous amène au concept de la systémie. Celui-ci repose sur l'idée que chaque individu vit au sein d'un système et que tous les membres de ce système s'influencent mutuellement (Elkaïm, 2005).

Un système est une organisation qui tend à maintenir un équilibre pour éviter tout dysfonctionnement. Cette capacité est possible lorsque les individus au sein du système ont conscience de leurs représentations induisant une habitude de penser, d'agir et de parler et des oppositions qu'ils rencontrent entre leurs représentations et leurs besoins, attentes et désirs (Elkaïm, 2005).

L'approche systémique, qui correspond à l'application du concept de systémie, repose sur l'analyse des schémas de fonctionnement d'un système afin d'en comprendre les conséquences et d'identifier les dysfonctionnements potentiels. Elle permet ainsi de mettre en place des réponses adaptées favorisant l'équilibre du système et limitant l'apparition de parasites tels que reproches ou menaces (Elkaïm, 2005; Kaess, 2020).

Il est donc essentiel de prendre en compte l'impact de la systémie dans nos prises en soins puisque le système dans lequel se situe l'adolescent peut dans certaines situations constituer un facteur de risque dans le développement de troubles mentaux. La maltraitance précoce ou l'adversité, par exemple, sont des facteurs de risque de développer un trouble mental. Ces éléments soulignent l'importance d'accompagner non seulement l'adolescent dans la gestion de son trouble, mais également le système familial et social dans lequel il évolue (Kaess, 2020).

5. Le rétablissement

5.1. Les quatre dimensions du rétablissement

Dans cette recherche, le but de l'accompagnement parental est le rétablissement des adolescents. Il est décrit comme « phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes ayant des troubles mentaux » (Provencher, 2007).

Le rétablissement est un processus pouvant être divisé en quatre dimensions complémentaires qui sont :

- Le rétablissement personnel ;
- Le rétablissement clinique ou rémission symptomatique ;
- Le rétablissement fonctionnel ;
- Le rétablissement social (Centre ressource réhabilitation, 2025; Laval, 2017).

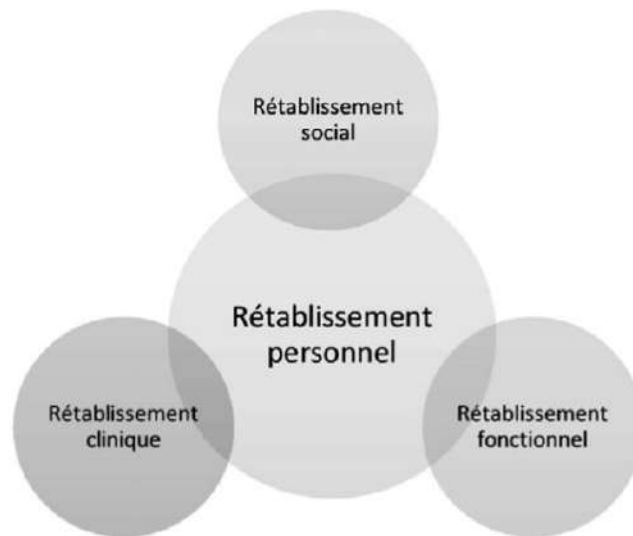
Chacune de ces dimensions joue un rôle essentiel dans le bien-être des personnes souffrant d'un trouble mental comme nous l'explique le Centre ressource réhabilitation (2025) et Laval (2017).

Tout d'abord, le rétablissement clinique se traduit par la rémission symptomatique, c'est-à-dire la disparition des symptômes. Celui-ci passe par le recours aux médicaments et aux traitements non-médicamenteux, mais également par l'acceptation du trouble et la diminution de la souffrance.

Ensuite, le rétablissement social fait référence à l'amélioration de la qualité de vie et à l'insertion dans la communauté, c'est-à-dire à l'acquisition d'une autonomie dans les domaines de l'accès au logement, à l'emploi, aux relations sociales, aux loisirs, à la culture et à la

citoyenneté. Celui-ci est étroitement lié au rétablissement fonctionnel qui correspond à la capacité de la personne à faire face aux situations de la vie quotidienne. Autrement dit, cette dimension repose sur les capacités de la personne à faire des choix et à prendre conscience de ses capacités et de ses limitations en lien avec le trouble.

Pour finir, le rétablissement personnel est une expérience subjective dans laquelle la personne entre dans une existence satisfaisante pour elle.



**Figure 1 : Les dimensions du rétablissement
d'après Van der Stel (2012) cité par Franck (2017)**

5.2. Le rétablissement personnel

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéresserons davantage au processus de rétablissement personnel que Provencher (2007) définit comme étant un processus individuel et subjectif.

Ce dernier est divisé en trois phases :

- La première phase correspond à l'acceptation du trouble mental, au désir, à la motivation que la personne a pour réaliser des changements ainsi qu'à l'espoir que la personne a en ses ressources.
- La phase intermédiaire est en lien avec l'actualisation du pouvoir d'agir, la redéfinition de soi, la reprise des activités de la vie quotidienne ainsi que le développement et la consolidation des relations avec les autres.

- La dernière phase consiste à poursuivre ses objectifs concernant le bien-être et la qualité de vie (Young et Ensing, 1999 cité par Provencher 2007).

Ces trois phases reposent sur de nombreuses transformations divisées en quatre dimensions.

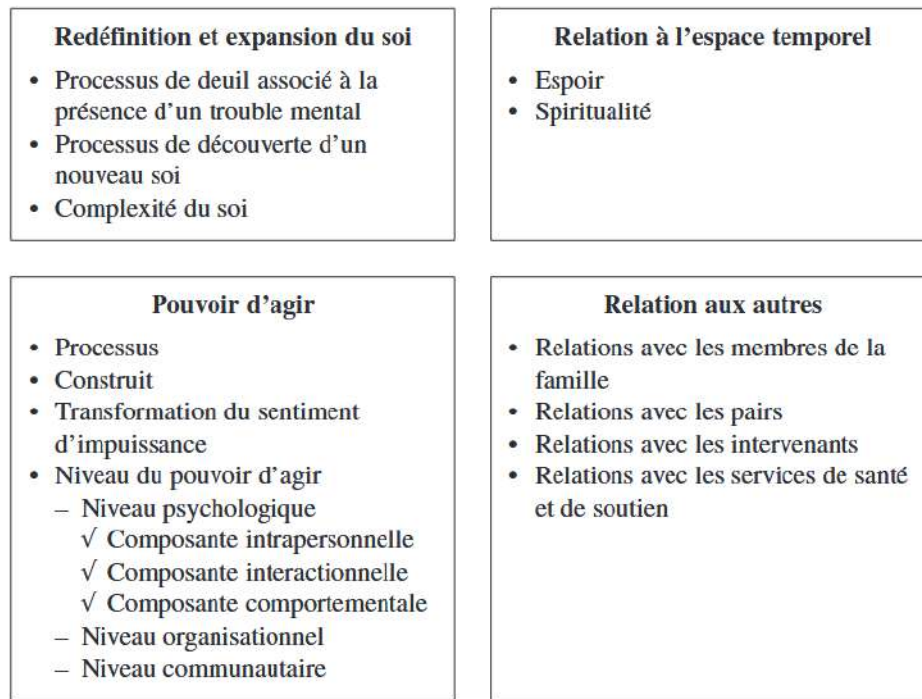


Figure 2 : Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques d'après Provencher (2007)

5.2.1. La redéfinition et l'expansion de soi

La première dimension est la redéfinition et l'expansion de soi qui consistent à évoluer dans le but de connaître ses forces et ses limites et de devenir acteur de son rétablissement.

Ces changements vont émerger entre autres grâce à deux processus qui sont le deuil et la découverte d'un nouveau soi (Provencher, 2007).

Le processus de deuil va dans un premier temps permettre à la personne de prendre de la distance sur ce qu'elle était avant le trouble pour entrevoir de nouvelles possibilités. Par la suite, la personne va évoluer afin d'utiliser des stratégies d'adaptation et développer son pouvoir d'agir sur ce que la personne veut être par la suite. La personne va s'engager activement dans la construction d'un nouveau soi (Provencher, 2007).

Le processus de découverte d'un nouveau soi d'après Davidson et Strauss (1992) consiste en la construction d'un nouveau rapport à soi. Il renvoie à un cheminement au cours

duquel la personne va se redécouvrir en-dehors du trouble sans se définir à travers lui. Il implique également la prise de conscience de ses ressources personnelles permettant à la personne de s'en saisir afin de pouvoir initier des changements. L'ensemble de ce processus lui permet donc de se libérer de l'identité construite autour du trouble, grâce à l'émergence de ce nouveau soi.

Le fait de se séparer, de se libérer de son trouble permet de voir les manifestations de ce dernier de façon plus objective, d'utiliser des stratégies afin d'avoir une meilleure qualité de vie et un meilleur bien-être ainsi que d'élargir ses compétences dans le but d'augmenter son pouvoir d'agir.

Ces deux processus vont permettre à la personne de construire une plus grande complexité du soi et donc d'augmenter ses ressources dans les périodes les plus éprouvantes.

5.2.2. La relation à l'espace temporel

La deuxième dimension retrouvée dans le processus de rétablissement personnel est la relation à l'espace temporel. Cette dimension fait appel aux notions de passé, présent et futur. Le rapport au temps est mis en lien avec le concept d'espoir et de spiritualité (Provencher, 2007).

L'espoir, qui correspond à l'anticipation d'un avenir qui est perçu comme bon, permet l'acquisition de compétences et l'atteinte d'objectifs (Miller, 1992 cité par Provencher, 2007). Décrit comme contagieux, Deegan (1988) met en avant l'importance des échanges entre pairs permettant une vision possible et positive de l'avenir. Dans une perspective similaire, le maintien d'une attitude positive en tant que professionnel face aux possibilités de développement est également primordial pour le maintien de l'espoir. Pour finir, un climat de réciprocité entre les membres de la famille favorise l'espoir (Miller, 1992 cité par Provencher, 2007).

Ensuite, la spiritualité correspond au moment où la personne fait appel à ses croyances spirituelles dans le but d'interpréter positivement des moments difficiles, de donner un sens à son existence ainsi que de surmonter des épreuves difficiles (Young et Ensing, 1999 cité par Provencher 2007). Cependant, dans le rétablissement, la spiritualité n'est pas toujours présente et nécessaire pour la personne (Provencher, 2007). En revanche, lorsqu'elle est présente, elle prend le rôle d'un soutien et permet la compréhension des expériences vécues (Maton, 1989).

5.2.3. *L'appropriation du pouvoir d'agir*

La troisième dimension est l'appropriation du pouvoir d'agir. Ce processus renvoie à une dynamique dans laquelle la personne assume davantage de responsabilités dans l'orientation de sa vie, renforce son sentiment de contrôle sur son environnement et développe des stratégies lui permettant de s'engager activement dans l'atteinte de ses objectifs. Celui-ci induit donc des changements cognitifs et comportementaux majeurs (Young et Ensing, 1999 cité par Provencher 2007).

En effet, la personne va développer sa confiance en soi, son sens de l'autodétermination et devient également plus tolérante et patiente envers elle-même. Elle va mobiliser aussi son courage dans le but de relever des défis, va prendre des risques et va également mettre en place diverses stratégies proactives (Provencher, 2007).

Le pouvoir d'agir repose sur la confiance en soi, la mobilisation de ses forces personnelles, la perception de contrôle sur son environnement, le développement d'habiletés, l'autorité décisionnelle et l'efficacité personnelle, permettant à la personne de s'engager activement dans l'atteinte de ses objectifs (Provencher, 2007).

Cependant, ce processus personnel est également dépendant de l'environnement dans lequel évolue la personne. Ainsi, l'appropriation du pouvoir d'agir ne se limite pas à une dynamique individuelle, mais s'inscrit dans une dimension à la fois sociale et politique. Elle implique notamment la mise en œuvre d'actions visant la promotion et la défense des droits, afin de favoriser la participation et l'autonomie des personnes (McLean, 1995).

Il y a par exemple en 2016 la loi n° 2016-41 sur la modernisation de notre système de santé concernant les mannequins. Cette loi a pour objectif de préserver la santé des mannequins et vise à « donner une image du corps dans notre société plus réaliste afin de mettre fin à l'incitation à la maigreur extrême, voire à l'anorexie, chez les jeunes les plus fragiles qui sont sensibles à un idéal de beauté inaccessible » (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2017).

Une augmentation du pouvoir d'agir est associée à une amélioration de la qualité de vie et à une participation accrue aux activités. Le lien entre pouvoir d'agir et participation a été mis en évidence précédemment afin de souligner la spécificité de l'ergothérapie. En effet, comme le montre le schéma ci-dessous, la participation, point central de la pratique en ergothérapie, occupe également une place essentielle dans le processus de rétablissement (Krupa et al., 2011). Elle favorise notamment l'espoir, l'autonomie, la redéfinition de l'identité, ainsi que le fait de

vivre sa vie et non son trouble, dimensions essentielles du rétablissement tel que défini par Provencher (2007). Ainsi, la place importante accordée à la participation dans le rétablissement confère à l'ergothérapeute un rôle central dans l'accompagnement des personnes.

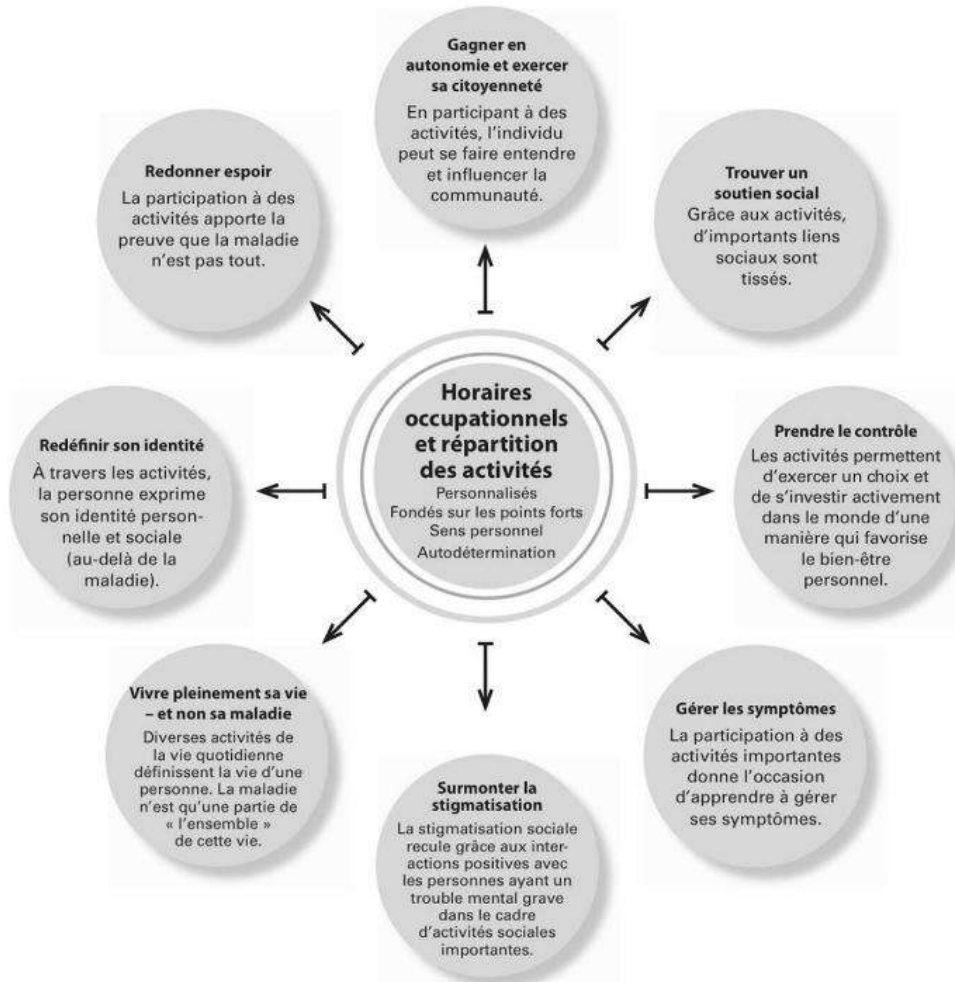


Figure 3 : Les avantages de la participation aux activités en matière de rétablissement d'après Krupa et al. (2011)

Il est important de nuancer cette dynamique de recours à des services professionnels de soutien ou de santé mentale qui peut, dans certaines situations, limiter le développement du pouvoir d'agir, notamment lorsque la personne est peu impliquée dans la prise de décision ou lorsque les interventions sont majoritairement directives (Rogers et al., 1997).

Il peut également être limité par sa plus grande barrière interne qui est le sentiment d'impuissance. Ce sentiment se manifeste par une perte de confiance en soi, une diminution de l'efficacité personnelle, une atteinte des attentes personnelles, une absence de stratégies

proactives ainsi que du désespoir. Il est invalidant et réduit les opportunités auxquelles la personne peut être confrontée. Il est donc important de le transformer en pouvoir d’agir pour favoriser le rétablissement de la personne (Provencher, 2007).

5.2.4. La relation aux autres

Pour finir, la dernière dimension du rétablissement est la relation aux autres qui met en avant l’impact que le contexte relationnel de l’individu a sur son processus de rétablissement. En effet, que ce soient les membres de la famille, les pairs, les intervenants ou les services de santé et de soutien, chacun peut impacter le processus de rétablissement de la personne. Bien que l’impact du contexte familial dans le processus de rétablissement soit peu détaillé, les autres contextes mettent en avant l’importance de certaines dimensions telles que le respect, l’autonomie, la valorisation, la reconnaissance, l’acceptation inconditionnelle et l’implication de la personne, reconnues comme des facteurs favorisant le rétablissement (Provencher, 2007).

En tant que professionnel de santé, il est essentiel de prendre en compte l’ensemble de ces dimensions afin d’accompagner au mieux les patients et de soutenir leur progression dans leur processus de rétablissement. Dans le cadre de cette recherche, l’accompagnement parental est ainsi considéré comme un outil clé pour favoriser le rétablissement des adolescents souffrant d’anorexie mentale.

II. Problématisation et hypothèses de recherche

1. De la question de départ à la problématique

La question de départ qui a guidé notre réflexion tout au long de la construction de ce mémoire est :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les parents ayant un adolescent souffrant d'anorexie mentale dans le but du rétablissement de celui-ci ?

Cette interrogation a conduit à explorer les différentes dimensions de l'anorexie mentale, de l'adolescence, de la parentalité et du rétablissement en les mettant en lien avec le rôle et les compétences de l'ergothérapeute. L'analyse de la littérature met en lumière que l'anorexie mentale, au-delà de ses répercussions sur l'adolescent, impact significativement son environnement familial et les dynamiques familiales dans lequel il évolue (ANEB, s. d.).

Les recommandations de la HAS (2010) soulignent la nécessité d'une prise en soins holistique, intégrant l'individu atteint d'anorexie mentale ainsi que son entourage. Dans cette perspective, l'ergothérapeute, en tant que professionnel centré sur la personne, ses occupations et son environnement semble pertinent pour intervenir auprès des familles et plus spécifiquement des parents (ANFE, 2021).

En effet, la parentalité définie comme l'ensemble des activités mises en place par les parents dans le but d'assurer le bien-être et le développement de leur enfant, s'inscrit sous un angle occupationnel, rejoignant ainsi le champ de compétences de l'ergothérapeute (Chaiyawat et al., 2011).

Par ailleurs, la littérature met en évidence que les parents d'adolescents présentant une anorexie mentale peuvent éprouver un sentiment d'impuissance et d'incompréhension face au trouble. Cela traduit un besoin d'accompagnement et de guidance de la part des professionnels afin de pouvoir soutenir leur engagement dans le processus de soins (ANEB, s. d.; Delage et al., 2014). En effet, le développement du sentiment de compétence et le pouvoir d'agir parental apparaît comme levier favorisant l'implication des parents et par conséquent, l'efficacité des interventions thérapeutiques (D'Arrigo et al., 2020).

De plus, le processus de rétablissement personnel accorde une place centrale aux relations aux autres. Ainsi, accompagner les parents pourrait leur permettre de soutenir et accompagner leur adolescent de façon adaptée aux besoins de celui-ci et donc contribuer à son rétablissement (Provencher, 2007).

La prise en compte des interactions et des dynamiques familiales apparaît donc comme essentielle pour comprendre l'évolution du trouble et soutenir le processus de rétablissement. Cette perspective nous invite à mobiliser une approche systémique, considérant l'individu au sein d'un système dans lequel il évolue et les influences réciproques entre ses différents membres (Elkaïm, 2005).

La problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger (Marquet et al., 2022).

Ainsi au regard de ces éléments, la problématique de recherche établie est la suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale, en s'appuyant sur une approche systémique, afin de favoriser son processus de rétablissement ?

2. Hypothèses de recherche

A partir de cette problématique, deux hypothèses de recherche ont émergé.

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute accompagne les parents vers l'adaptation de leurs activités de la vie quotidienne afin de favoriser le rétablissement de leur adolescent atteint d'anorexie mentale.

Lorsqu'un adolescent souffre d'anorexie mentale, des modifications importantes apparaissent dans les routines familiales. Le trouble impacte les activités de la vie quotidienne, notamment les temps de repas, qui deviennent fréquemment des moments de tension, de conflit et de négociation entraînant une désorganisation du fonctionnement familial (ANEB, s. d.; Pauli, 2025).

Par ailleurs, de nouvelles occupations délétères peuvent émerger chez l'adolescent, tels que les comportements de restriction, les conduites de purge, la pesée excessive, le jeûne, l'hyperactivité physique ou encore le comptage des calories. Ces occupations ainsi que les pensées obsessionnelles associées prennent une place centrale dans le quotidien et viennent limiter l'engagement et la participation dans d'autres activités, notamment celles impliquant des interactions sociales renforçant ainsi l'isolement de l'adolescent (ANEB, s. d.; Brunet et al., 2021; Mack et al., 2023; Pauli, 2025).

Dans ce contexte, l'accompagnement des parents apparaît essentiel. L'ergothérapeute, en tant que spécialiste des activités humaines, peut intervenir pour aider les parents à adapter les habitudes de vie, notamment autour des repas et des activités incluant des interactions sociales, afin de les rendre sécurisantes, prévisibles et structurantes pour l'adolescent. Les habitudes de vie, définies comme des activités répétées dans le temps qui deviennent stables et automatiques (Seidel et al., 2022), constituent un levier privilégié pour agir sur le quotidien et le fonctionnement familial, ce qui s'inscrit pleinement dans le rôle de l'ergothérapeute.

Selon l'ANFE (2021), les activités constituent un levier thérapeutique central. En favorisant un cadre adapté autour des activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute soutient la participation occupationnelle de l'adolescent dans son quotidien. Or, la participation est un élément clé du processus de rétablissement car elle permet à l'adolescent de développer son pouvoir d'agir et de reprendre progressivement du contrôle sur sa vie et ses choix (Provencher, 2007).

L'intégration des parents dans ce processus permet d'assurer la cohérence et la continuité des stratégies thérapeutiques dans le quotidien de l'adolescent permettant d'améliorer les résultats thérapeutiques (D'Arrigo et al., 2020).

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute accompagne les parents vers la réduction de leur sentiment d'impuissance et le développement de leur pouvoir d'agir afin de favoriser le processus de rétablissement de leur adolescent atteint d'anorexie mentale.

Face à l'anorexie mentale de leur adolescent, les parents rapportent un sentiment d'impuissance, associé à de l'incompréhension et de la culpabilité, et renforcé par la stigmatisation entourant ce trouble et le rôle qui leur est attribué dans son développement.

Ainsi, l'une des principales demandes des parents est d'être guidés et informés concernant le trouble de leur enfant, ce qui apparaît en cohérence avec les besoins des adolescents atteints d'anorexie mentale, qui expriment ne pas se sentir compris (ANEB, s. d.; Delage et al., 2014).

Le développement du pouvoir d'agir des parents leur permettrait de se sentir capables, efficaces et autonomes, les rendant ainsi acteurs dans la prise en soins de leur adolescent.

Il apparaît pertinent de développer ce pouvoir d'agir dans la mesure où le processus de rétablissement est en partie influencé par l'environnement dans lequel évolue l'adolescent (Provencher, 2007). Cela renvoie au concept de systémie, soulignant l'intérêt d'une approche systémique dans l'accompagnement.

En effet, si les parents se sentent capables et efficaces dans leur fonction parentale, ils pourront davantage s'engager et s'impliquer dans la prise en soins de leur adolescent. Une collaboration

entre parents et professionnels favorisera alors le partage d'informations et une meilleure adaptation aux besoins, attentes et limites du système familial (D'Arrigo et al., 2020).

Dans ce contexte, l'ergothérapeute a toute sa place en tant que spécialiste du lien entre la santé et les activités humaines (ANFE, 2021). Il intervient en accompagnant les parents dans l'exercice de leur fonction parentale, fonction qui s'incarne à travers de nombreuses activités visant le bien-être et le développement de l'adolescent. Le développement du pouvoir d'agir des parents favorise ainsi leur participation occupationnelle, concept central des sciences de l'occupation guidant la pratique en ergothérapie (Gauthier, 2018).

III. Méthodologie

Pour la réalisation de cette recherche, il est essentiel de mettre en place un dispositif méthodologique rigoureux et structuré, garantissant la validité des résultats. Cette démarche s'appuie sur la méthodologie de la grille COREQ (Cf. Annexe 1), (Gedda, 2015).

Dans cette partie, l'usage du « je » méthodologique sera assumé afin de rendre compte des choix opérés dans l'élaboration de la démarche de recherche. Olivier De Sardan (2000) souligne que « le recours à la première personne a en effet représenté à divers égards un progrès incontestable, tant en termes d'écriture que du point de vue d'une nécessaire mise au jour de la position personnelle du chercheur sur le terrain ».

1. Utilisation de la méthode qualitative

Dans le domaine de la recherche, il existe deux grandes méthodes qui sont : la méthode quantitative et la méthode qualitative.

Dans le cadre de cette recherche, la méthode qualitative a été retenue. Alors que la recherche quantitative vise à mesurer et quantifier des variables, la recherche qualitative cherche, elle, à étudier les phénomènes sociaux en regardant la réalité humaine telle qu'elle est (Aubin-Auger et al., 2008; Kohn et Christiaens, 2015).

Dans cette perspective, la recherche qualitative, largement utilisée dans la recherche en santé, permet une compréhension approfondie du fonctionnement des individus, ainsi que des interactions qu'ils entretiennent dans leur environnement (Aubin-Auger et al., 2008; Kohn et Christiaens, 2015). Comme le souligne Dumez (s. d.), l'objectif est de « comprendre les acteurs dans une situation ou un contexte ».

La recherche qualitative permet une « richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (Kohn & Christiaens, 2015).

Elle s'inscrit alors dans une démarche compréhensive, telle que décrite par Max Weber (Gonthier, 2004). Cette démarche consiste à « recomposer le sens d'une activité » (Gonthier, 2004). Il s'agit ainsi de comprendre les comportements en analysant le sens que les individus donnent à leurs actions, en prenant en compte leurs motivations subjectives et leurs intentions. Cette approche permet donc d'interpréter les comportements à partir du point de vue des individus (Gonthier, 2004).

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative, dans la mesure où elle vise à explorer les représentations, les expériences et les pratiques des ergothérapeutes, en lien avec l'accompagnement des parents d'adolescents atteints d'anorexie mentale afin de favoriser le rétablissement de ces derniers. Dans une perspective systémique, cette étude cherche également à comprendre les interactions entre l'adolescent et ses parents ainsi que la manière dont l'ergothérapeute prend en compte le fonctionnement familial dans son accompagnement. Elle vise aussi à recueillir des éléments concernant le vécu, les besoins et les difficultés occupationnelles des parents face au trouble de leur enfant.

2. Mobilisation de l'approche hypothético-déductive

Dans le cadre d'une recherche qualitative, deux approches peuvent être mobilisées : l'approche inductive ou l'approche hypothético-déductive.

Pour ce mémoire, l'approche hypothético-déductive a été retenue, compte tenu de la richesse et de la multiplicité des travaux existant sur ce sujet. Cette approche repose sur une analyse allant du général au particulier, permettant ainsi de « lire une situation concrète spécifique à l'aide d'une grille théorique générale préétablie » (Aktouf, 1987).

Afin de mettre en œuvre cette approche hypothético-déductive, la recherche a été structurée autour de plusieurs étapes clés.

Tout d'abord, j'ai pu effectuer la phase exploratoire reposant sur de nombreuses lectures, afin de définir la question de départ, construire une conceptualisation pour pouvoir élaborer la problématisation et la formulation des hypothèses de recherche. Dans un second temps, un dispositif méthodologique a été élaboré : il s'agit de la phase d'enquête de terrain. Celui-ci a été établi de façon rigoureuse afin de garantir la cohérence des données collectées. Ensuite, la troisième étape a été la réalisation de l'enquête à travers la conduite d'entretiens semi-directifs auprès des individus concernés par cette recherche. Pour finir, la quatrième phase a correspondu à l'analyse et à l'interprétation scientifique des données permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche formulées en amont. Cela a été suivi de la discussion et de la conclusion répondant à la problématique.

Cette démarche s'inscrit dans la continuité des étapes de la recherche en sciences sociales décrites par Marquet et al. (2022).

3. Population de recherche

3.1. Echantillonnage

Dans le but de recueillir des données empiriques et de les confronter aux données théoriques existantes, cette recherche s'appuie sur l'interrogation d'une population composée d'ergothérapeutes. Afin de cibler précisément cette population, un échantillonnage a été réalisé. Celui-ci vise à sélectionner des participants susceptibles d'apporter des informations pertinentes et nouvelles sur un phénomène donné, en lien avec le développement de la théorie existante.

Comme le souligne Aktouf (1987), « extraire un échantillon, c'est choisir, selon des critères définis à l'avance, un certain nombre d'individus parmi un ensemble donné afin de réaliser sur eux des mesures ou des observations permettant de généraliser les résultats à l'ensemble initial ». Dans cette perspective, les individus retenus doivent être en mesure d'apporter un éclairage significatif sur la question étudiée, en raison de leur expérience vécue du phénomène (Trimbur et al., 2022).

La population de cette recherche est ainsi définie à partir de critères d'inclusion en lien direct avec la problématique, afin de garantir la pertinence des données recueillies au regard des hypothèses formulées. Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Être ergothérapeutes Diplômés d'État en France ;
- Avoir au moins un an d'expérience professionnelle auprès d'adolescents âgés de 10 à 19 ans présentant une anorexie mentale ;
- Exercer ou avoir exercé auprès des parents de ces adolescents ;
- Travailler ou avoir travaillé dans une structure de santé mentale accueillant cette population.

Les critères de non-inclusion pour cette recherche sont les suivants :

- Intervenir exclusivement auprès des adolescents sans interaction avec les parents ;
- Refuser de signer le formulaire de consentement libre et éclairé.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Décéder au moment de l'étude ;
- Ne pas répondre malgré trois relances consécutives ;
- Retirer son consentement libre et éclairé au cours de l'étude.

3.2.Prise de contact

Dans le but de recruter des ergothérapeutes correspondant aux critères détaillés en amont, le principe d'arborescence a été utilisé. Cette méthode consiste à constituer un réseau de recrutement progressif à partir de premiers contacts identifiés, lesquels permettent d'accéder à d'autres professionnels répondant aux critères de la recherche (Huguet, 2011).

Dans un premier temps, un repérage de différentes structures a été effectué via le site de la FFAB (s. d.-a). Les établissements identifiés ont été contactés par mail ou par téléphone afin de confirmer la présence d'un ergothérapeute et la prise en soins d'adolescents présentant une anorexie mentale au sein de leur structure.

Une fois la réponse des structures recueillie, j'ai pu contacter les ergothérapeutes afin de les questionner et de déterminer s'ils rentraient dans les critères définis. Ces derniers étaient également questionnés afin de m'orienter vers d'autres ergothérapeutes pouvant potentiellement correspondre aux critères de cette recherche.

Cette première phase de recrutement ayant abouti à une seule réponse favorable, une seconde stratégie a été mise en place. Un message de sollicitation a ainsi été diffusé sur plusieurs groupes Facebook® dédiés aux ergothérapeutes ainsi que sur mon compte LinkedIn® et diverses groupes d'ergothérapeutes sur cette plateforme (Cf. Annexe 2). Cette démarche a permis d'élargir le recrutement et d'identifier d'autres ergothérapeutes volontaires pour participer à l'étude.

Ainsi, au cours de la création de cet échantillon de recherche, environ 34 structures et ergothérapeutes confondus ont été contactés et le message de sollicitation a été diffusé sur cinq groupes dédiés aux ergothérapeutes.

3.3.Présentation de l'échantillon

Afin de respecter le dispositif méthodologique, l'anonymisation est requise. C'est pourquoi les ergothérapeutes interrogés seront nommés E1, E2 et E3.

<u>Echantillon</u>	<u>Nomination</u>	<u>Lieu d'exercice</u>
Ergothérapeute 1	E1	Médecine de l'adolescent dans une Unité Somato-Psychiatrique (USP) en hospitalisation complète et en HDJ.
Ergothérapeute 2	E2	Service de nutrition et de cancérologie en hospitalisation complète et HDJ.
Ergothérapeute 3	E3	HDJ TCA, service d'hospitalisation complète TCA.

4. Techniques et outils de recueil de données

Dans le cadre de ce mémoire, le recueil de données se fait à l'aide d'entretiens semi-directifs. Cette méthode permet d'obtenir une vision subjective du vécu de l'individu en lien avec la question de recherche. En cohérence avec la méthode qualitative, les entretiens semi-directifs permettent de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus ainsi que leur point de vue en lien avec la question de recherche (Chevalier & Meyer, 2018).

Les entretiens semi-directifs sont régulièrement utilisés lors de recherches qualitatives car ils permettent d'obtenir un « dialogue » entre la théorie et le terrain. Il est mis en avant qu'ils permettent d'accéder à la réalité de terrain par le biais d'« une interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs » (Chevalier & Meyer, 2018).

Pour réaliser des entretiens semi-directifs, il est nécessaire d'élaborer un guide d'entretien (Cf. Annexe 3). Celui-ci correspond à une trame flexible préparée à l'avance. Une liste de thèmes, de questions ouvertes et de questions de relance en lien avec la recherche y sont consignées permettant ainsi un échange guidé tout en laissant une liberté (Chevalier & Meyer, 2018; Kohn et Christiaens, 2015).

Cette flexibilité permet d'être dans une démarche compréhensive : comme expliqué par Kohn et Christiaens (2015), « le « bon entretien » a pour objectif la compréhension de ce qui se passe pour l'autre. »

Selon Chevalier et Meyer (2018), la création du guide d'entretien peut se référer au principe de l'entonnoir. Ainsi, commencer par un rappel du cadre de l'entretien, des objectifs de la recherche, de la garantie de l'anonymat favorisent un climat de confiance nécessaire à son bon déroulement. Par la suite, des questions sur le parcours de l'interlocuteur ou de la thématique générale peuvent être abordées en poursuivant par des questions plus spécifiques

amenant ainsi l'interlocuteur vers le cœur de notre sujet. Le déroulé de l'entretien s'accompagne de reformulation garantissant ainsi la qualité de l'écoute et la validation de l'échange. Pour finir, une conclusion permet de s'assurer que l'ensemble des thématiques ont été abordées au cours de l'échange.

IV. Objectivité et éthique de la recherche : la place du chercheur ?

1. Objectivité

La recherche qualitative soulève de nombreuses questions relatives à l'objectivité du chercheur et à l'éthique du recueil de données. En effet, « les méthodes de recherche qualitative sont régulièrement associées avec (le danger de) la subjectivité » (Kohn et Christiaens, 2015). Cependant, il a été mis en évidence que la mise en place et l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse permet d'objectiver les recherches qualitatives.

De plus, les biais cognitifs, définis comme des erreurs inconscientes de raisonnement pouvant entraîner une perception déformée de la réalité, peuvent constituer une limite à l'objectivité de la recherche. Afin de limiter l'impact des différents biais cognitifs pouvant survenir, il est donc essentiel de prendre conscience de leur existence (Service de Renseignement de la Confédération, 2024).

L'objectivation de la recherche passe également par le principe de distanciation. Comme l'a écrit Durkheim (1895, cité par Feldman, 2002), « il faut que le savant prenne résolument son parti de ne pas se laisser intimider par les résultats auxquels aboutissent ses recherches, si elles ont été méthodiquement conduites ». Ainsi, le principe de distanciation repose sur une rupture avec le sens commun et implique un travail réflexif du chercheur sur ses propres représentations sociales. Cela permet de limiter l'influence des croyances, des sentiments, des connaissances et des jugements du chercheur, réduisant ainsi la subjectivité dans la recherche. Cependant, même si l'on vise l'objectivité, une part de subjectivité demeure, puisque « alors que nous nous en croyons affranchis, il nous impose ses jugements sans que nous y prenions garde » (Feldman, 2002).

Le principe de distanciation nécessite ainsi une prise de conscience de nos propres représentations sociales. Celles-ci sont définies comme des « systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. » (Jodelet, 2003). Elles structurent notre perception du monde et permettent d'interpréter la réalité sociale. Les représentations sociales constituent un ensemble de connaissances, croyances et d'opinions partagées dans un groupe social. Enfin, Moliner et Guimelli (2015) précisent que les représentations sociales sont « des instruments de compréhension de l'environnement social ».

Dans le cadre de cette recherche, cette posture de distanciation est essentielle. En effet, l'anorexie mentale est un trouble fortement marqué par des représentations sociales et parfois

stéréotypées, notamment concernant la parentalité, les relations familiales et la responsabilité des parents dans le développement ou le maintien du trouble.

Or, l'approche systémique utilisée dans cette recherche implique la prise en compte des interactions et des relations familiales sans attribuer la responsabilité du trouble à un seul membre du système familial. Il est donc nécessaire d'adopter une posture réflexive afin de limiter l'influence de nos propres représentations sur l'analyse des entretiens.

2. Ethique

L'éthique et la déontologie du chercheur correspondent à un « *corpus* de règles contenu dans des chartes, des guides, des codes, d'éthique, de déontologie, de bonnes pratiques ou de bonnes conduites, et qui s'adresse spécifiquement aux membres de la communauté scientifique » (Vergès, 2008).

L'éthique en recherche renvoie ainsi à un ensemble de principes guidant le comportement du chercheur afin de garantir une démarche responsable, honnête et respectueuse des participants. Elle vise à orienter les pratiques et à expliciter les valeurs sous-jacentes à la recherche (Vergès, 2008). Elle correspond également à une « démarche réflexive sur les valeurs et les finalités de la recherche scientifique » ainsi qu'à une réflexion sur les pratiques et les choix adoptés au cours de l'enquête (Kivits et al., 2023).

La déontologie, quant à elle, renvoie aux règles et obligations encadrant la pratique de la recherche, notamment à travers le respect des cadres juridiques et réglementaires en vigueur (Kivits et al., 2023). Dans le cadre de cette étude, cela se traduit par l'envoi du projet à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI), conformément aux dispositions de la loi Jardé (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2016).

Par ailleurs, chaque participant aux entretiens semi-directifs a été informé des objectifs de la recherche, des modalités de recueil des données, ainsi que des garanties d'anonymat et de confidentialité.

Cette garantie d'anonymat se réfère à la Déclaration d'Helsinki (Association Médicale Mondiale, 2024) qui insiste sur la nécessité de protéger l'identité des personnes via des mesures de confidentialité et d'anonymisation des données, afin d'éviter toute réidentification. Elle rappelle ainsi que le respect de la vie privée fait partie intégrante de l'éthique de la recherche.

Un consentement libre et éclairé a été recueilli par la signature d'un formulaire dédié (Cf. Annexe 4). Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis les données ont été conservées de manière sécurisée, anonymisées dès la phase de transcription et seront détruites à l'issue de l'analyse.

V. Présentation et analyse des résultats

1. Présentation des personnes interrogées

En fonction des critères d'inclusion définis précédemment, un ergothérapeute a été retenu. Trois formulaires de consentement ont été recueillis mais E2 ne correspondait finalement pas aux critères d'inclusion et E3 n'a pas donné suite aux sollicitations malgré trois relances, conduisant à son exclusion de l'étude.

Ainsi, l'ergothérapeute interrogé (E1) répond aux critères définis initialement, dans la mesure où il exerce depuis plus d'un an dans une structure de santé mentale accompagnant des adolescents atteints d'anorexie mentale et qu'il a déjà été amené à accompagner des parents dans ce cadre. Afin d'analyser cet entretien, celui-ci a été retranscrit, ce qui a permis de compléter la grille d'analyse nécessaire à l'exploitation des résultats (Cf. Annexe 5).

Afin de garantir l'anonymat de l'enquête, un code lui a été attribué (E1). Le récapitulatif des modalités de passation de l'entretien, du code d'identification ainsi que du lieu d'exercice de l'ergothérapeute figure dans le tableau ci-dessous.

Echantillon	Code	Contexte d'exercice	Durée	Moyen
Ergothérapeute 1	E1	Médecine de l'adolescent dans une USP en hospitalisation complète et HDJ.	52:14 minutes	Visioconférence

2. Analyse verticale

E1 est un ergothérapeute Diplômé d'Etat exerçant depuis 5 ans auprès d'adolescents présentant principalement des TCA, dont l'anorexie mentale, les douleurs chroniques ou les troubles métaboliques. Son exercice s'inscrit dans une USP associant soins et scolarité en hospitalisation complète et en HDJ. L'USP correspond à un « service mixte entre somatique et psychiatrie où les patients doivent avoir obligatoirement des symptômes associés » (E1). La structure regroupe donc des services de soins ainsi qu'un « collège - lycée directement au sein de la structure qui est gérée par l'Education nationale » (E1).

En plus de l'accompagnement des adolescents, E1 est parfois amené à accompagner les parents, principalement dans le cadre de la mise en place d'aménagements scolaires, en collaboration

avec « la professeure principale et la proviseure ». E1 participe notamment à la rédaction de Guide d'EVALuation des besoins de compensation en matière de Scolarisation (GEVA-Sco) et des préconisations scolaires. Toutefois, l'enquêté précise ne disposer ni de cadre, ni d'objectifs ni de contenus spécifiques concernant l'accompagnement parental. Celui-ci reste ponctuel et secondaire dans sa pratique professionnelle. E1 souligne d'ailleurs cet aspect au cours de l'entretien : « Ce n'est pas du tout ma place dans l'équipe l'accompagnement avec les parents [...] je me considère au service des patients et pas des parents. »

Malgré cela, l'entretien met en évidence une implication indirecte de l'ergothérapeute auprès des parents, notamment autour de l'organisation du quotidien. Ses interventions portent par exemple sur la préparation des permissions, le travail autour des trajets scolaires, le réinvestissement du domicile, de la chambre et du cercle social auprès des adolescents. A travers ses actions, E1 contribue donc à soutenir indirectement les parents.

De plus, E1 met en avant sa participation à la préparation des entretiens familiaux avec l'équipe avec laquelle il travaille. Il souligne ainsi une composante majeure de son travail : le travail en équipe pluridisciplinaire. En effet, au sein de la structure où il exerce, l'ergothérapeute travaille aux côtés d'un « Médecin pédiatre, [...] psychiatre, psychologue, psychomotricien, enseignant en activité physique adapté (EAPA), éducateur sportif, [...] maître nageuse, éducatrice, infirmière, aide-soignante, diététicienne, socio-esthéticienne [...] animateurs [...] et en plus de ça, on a toute la triade : professeurs, professeurs principaux, professeurs adaptés » ainsi qu'avec « la proviseure ».

Au cours de l'entretien, E1 met en avant le vécu parental comme marqué par l'inquiétude, l'incompréhension, la culpabilité et parfois le déni face au trouble anorexique de leur enfant. Les parents expriment principalement un besoin de comprendre l'évolution des troubles et s'interrogent sur la guérison, le retour à domicile ou encore la poursuite de la scolarité. Les préoccupations scolaires apparaissent particulièrement importantes dans le discours de l'enquêté ce qui est en cohérence avec son lieu d'exercice.

Les entretiens familiaux et la thérapie familiale sont identifiés durant l'entretien comme des soutiens majeurs permettant une meilleure compréhension des symptômes du trouble de l'adolescent et des ressentis de chacun des membres du système familial. L'ergothérapeute souligne également l'importance d'une progression graduelle dans les permissions et le retour au domicile afin de rassurer les familles et de soutenir leur implication dans le processus de soins.

E1 souligne l'influence du fonctionnement familial dans le processus de rétablissement de l'adolescent. Selon lui, une communication fluide, l'apaisement des angoisses parentales et le partage de moments positifs hors des repas constituent des facteurs favorisant le rétablissement. A l'inverse, les dynamiques familiales délétères, les traumatismes, un environnement social non sécuritaire ou la pression scolaire constituent des obstacles majeurs.

Enfin, E1 décrit le rétablissement comme un processus durable dans lequel l'adolescent apprend à reconnaître les signes de rechute, mobiliser ses ressources et demander de l'aide lorsque cela est nécessaire. Cette vision du rétablissement s'inscrit dans une approche centrée sur l'autonomie et la qualité de vie plutôt qu'une guérison complète.

L'entretien ouvre également des perspectives d'évolution de la pratique en ergothérapie auprès des parents, notamment à travers la méthode BREF-TCA, le développement d'outils transmissibles aux familles ou encore des interventions orientées vers le domicile bien que, dans le contexte de travail de E1, ce ne soit pas réalisable puisque le service dans lequel il travaille n'est pas géographiquement sectorisé.

3. Analyse horizontale

L'analyse horizontale dans le cadre d'une recherche permet d'effectuer une comparaison entre les différents concepts et notions relevés aux cours des entretiens. Cependant, dans le cadre de cette recherche, un seul entretien a été réalisé. Ainsi, dans cette partie, nous mettrons en évidence les concepts présents dans les différents thèmes abordés lors de l'entretien, ainsi que leur récurrence ou leur absence dans le discours de l'ergothérapeute.

Tout d'abord, l'ergothérapeute met en avant le vécu des parents face au trouble de leur adolescent comme étant inquiets quant à l'évolution du trouble et à la reprise de leurs activités scolaires. L'incompréhension face au trouble, le déni, le rejet, la culpabilité ou l'épuisement sont également mis en lumière. L'engagement parental et la place tenue dans le processus de soins de l'adolescent sont décrits par E1 comme variés selon les parents, traduisant des capacités d'adaptation et d'implication diversifiées.

Leur principale demande concerne le besoin de comprendre le trouble de leur adolescent et de pouvoir se projeter sur l'avenir de celui-ci, notamment à travers les interrogations concernant la guérison, le retour à domicile ou la poursuite de la scolarité. Afin de répondre à ce besoin de compréhension de leur enfant et de son trouble, E1 explique qu'il « y a des parents qui lisent

aussi des livres [...] sur la maladie pour essayer de comprendre ce que l'enfant traverse » ou qui « regardent le compte TikTok® de jeunes filles anorexiques ».

Pour finir, E1 met en avant les associations et les échanges avec les professionnels comme des ressources mises à disposition des parents.

Ensuite, concernant le fonctionnement familial, la thérapie familiale ainsi que les entretiens familiaux sont décrits comme des facteurs facilitateurs à son bon fonctionnement. En effet, comme l'explique E1, ces derniers favorisent la compréhension mutuelle entre les différents individus du système familial et la mise en mots des ressentis de chacun. L'amélioration du dialogue entre les parents et l'adolescent est ainsi identifiée comme un élément favorisant la dynamique familiale tout comme l'évolution positive du trouble. Pour finir, la mise en place de moments partagés entre l'adolescent et ses parents est également décrite par E1 comme levier dans le fonctionnement familial.

Concernant l'organisation des activités de la vie quotidienne, plusieurs éléments ressortent. L'entretien met en évidence la nécessité d'une adaptation importante du quotidien familial en réponse aux troubles, notamment autour des repas, des rythmes de vie et des habitudes familiales. Certaines familles parviennent à s'adapter d'elles-mêmes en modifiant leurs habitudes de vie au regard du trouble de leur enfant en faisant preuve de flexibilité, tandis que d'autres ne sont pas en mesure de les modifier.

Les dynamiques familiales, quant à elles, sont également décrites comme variables avec, dans certains contextes familiaux, des tensions importantes notamment autour des prises alimentaires et de la scolarité. L'environnement familial est alors présenté comme un facteur pouvant à la fois être soutenant et délétère dans le processus de rétablissement de l'adolescent.

Le concept de rétablissement est d'ailleurs décrit par E1 comme étant un processus progressif permettant à l'adolescent de vivre une vie satisfaisante en développant une connaissance de ses propres ressources personnelles, d'être en capacité d'identifier les signes de rechute, de solliciter de l'aide lorsque cela est nécessaire et de sortir de « l'identité anorexique » (E1). Ainsi, selon E1, le rétablissement ne correspond pas à une disparition complète du trouble, mais à la capacité de vivre avec, tout en maintenant une qualité de vie satisfaisante.

A propos des facteurs influençant le rétablissement de l'adolescent, l'ergothérapeute met en lumière le soutien familial, une communication fluide, la renutrition, la prise en charge médicamenteuse de la dépression notamment et surtout la motivation comme des facteurs facilitant ce processus. A l'inverse, un environnement perçu comme anxiogène par l'adolescent

tel que l'environnement scolaire, social et familial ainsi que les traumatismes psychiques constituent des freins majeurs au processus de rétablissement.

En revanche, certains concepts apparaissent peu développés dans le discours de E1, notamment la structuration d'un cadre spécifique d'interventions à leur égard ou encore le contenu et les objectifs centrés sur l'accompagnement parental. Le rôle de l'ergothérapeute reste principalement centré sur les adolescents atteints d'anorexie mentale avec une implication majoritairement indirecte auprès des parents. Cela s'explique par le nombre de professionnels exerçant déjà auprès des parents, en particulier lors des entretiens familiaux : « médecin pédiatre et médecin psychiatre [...] éducatrice, [...] infirmière référente » (E1).

Cependant, l'ergothérapeute est tout de même amené de façon ponctuelle à accompagner les parents en ce qui concerne les aménagements scolaires de leur enfant en les accompagnant par exemple avec le professeur principal et le proviseur à remplir des GEVA-Sco. De façon plus indirecte, l'ergothérapeute accompagne les parents en participant à la préparation des entretiens familiaux.

L'analyse met également en évidence la présence implicite d'une approche systémique dans le discours de l'ergothérapeute. Même si celui-ci précise ne pas s'appuyer sur un cadre théorique spécifique, plusieurs éléments renvoient à une prise en compte des interactions entre l'adolescent, sa famille et son environnement. Le fonctionnement familial, la communication entre les membres de la famille, les dynamiques relationnelles ou encore l'influence de l'environnement scolaire et social sont régulièrement évoqués comme des éléments ayant un impact sur le rétablissement. Les entretiens familiaux et la thérapie familiale apparaissent également comme des outils mobilisant une compréhension systémique du trouble et de ses répercussions au sein du système familial.

Pour finir concernant le développement du pouvoir d'agir des parents, il est en effet évoqué par E1, mais est travaillé à travers les entretiens familiaux et les thérapies familiales et donc pas à travers la pratique de l'ergothérapeute.

Enfin, l'entretien réalisé auprès de E1 fait émerger des perspectives d'évolution concernant l'accompagnement des parents. Il évoque notamment la formation à la méthode BREF-TCA qu'il définit comme étant « une méthode qui est justement pour l'accompagnement des parents ». L'ergothérapeute met également en avant le développement d'outils transmissibles aux parents ainsi que des interventions au domicile même si ces modalités sont limitées dans son contexte actuel de travail.

VI. Discussion

1. Analyse et discussion

Cette recherche visait à explorer la place de l'accompagnement parental en ergothérapie afin de favoriser le rétablissement de leur adolescent atteint d'anorexie mentale en s'appuyant sur une approche systémique. L'analyse de l'entretien réalisé auprès d'un ergothérapeute met en évidence plusieurs éléments en lien avec l'accompagnement des adolescents, la place des parents et de la scolarité dans le processus de soins ainsi que des éléments en lien avec l'approche systémique.

1.1. Un accompagnement centré sur l'adolescent

Les résultats de l'entretien montrent que l'ergothérapeute interrogé centre principalement son intervention sur l'adolescent et son quotidien. Bien que les parents soient présents dans le parcours de soins, leur accompagnement en ergothérapie reste secondaire et ponctuel en cohérence avec les propos de l'ergothérapeute interrogé qui se décrit comme « au service des patients et pas des parents » (E1).

Cet accompagnement ciblé sur les adolescents atteints d'anorexie mentale s'inscrit dans un objectif de rétablissement de ces derniers ce qui apparaît en cohérence avec les objectifs d'intervention de l'ergothérapeute tels que définis par l'ANFE (2021). En effet, l'intervention de l'ergothérapeute, mobilisant les occupations, les habiletés sociales et cognitives ainsi que les ressources de la personne, vise à favoriser le processus de rétablissement.

Par ailleurs, le rétablissement est défini par E1 comme étant la capacité à vivre de manière satisfaisante tout en conservant une conscience du trouble, en identifiant les prodromes et en mobilisant ses ressources afin d'éviter un retour en phase aiguë. Cette description rejoint celle du rétablissement personnel proposée par Provencher (2007) qui insiste sur un processus dynamique ayant pour objectif de vivre une vie satisfaisante.

Nous observons donc une concordance entre les apports théoriques et le discours de terrain concernant la finalité de l'intervention en ergothérapie vis-à-vis des patients atteints d'anorexie mentale.

Pour atteindre cet objectif de rétablissement, E1 accompagne les adolescents dans le réinvestissement progressif des activités de la vie quotidienne, de la participation sociale et des différents environnements de vie. Les actions mises en place concernent notamment la reprise

de la scolarité, des activités sociales, des loisirs, des moments festifs ou encore des activités autour de l'alimentation. Cette approche progressive vise d'après E1 à permettre à l'adolescent de retrouver un équilibre occupationnel et une qualité de vie satisfaisante malgré la présence du trouble.

Ces résultats rejoignent les travaux de l'ANFE (2021) qui définissent l'ergothérapeute comme un professionnel agissant à travers les occupations signifiantes et significatives afin de soutenir la participation sociale, la participation aux activités de la vie quotidienne et le processus de rétablissement. En accompagnant les adolescents dans un réengagement progressif dans des activités porteuses de sens, l'ergothérapeute aide l'adolescent à sortir progressivement d'une identité anorexique (E1 ; Provencher, 2007).

Cependant, l'entretien met en évidence une spécificité de l'ergothérapeute qui n'a pas été détaillée dans le cadre théorique et conceptuel : la place de la scolarité dans l'intervention de l'ergothérapeute auprès des adolescents atteints d'anorexie mentale. En effet, l'accompagnement scolaire occupe une place importante dans la pratique de E1, notamment à travers les aménagements scolaires. Cette part de la pratique professionnelle de E1 est en collaboration avec les professeurs, les professeurs principaux et la proviseure de l'établissement scolaire. La dimension scolaire de l'accompagnement peut être due au contexte institutionnel de l'USP associant soins et scolarité.

Ainsi, les résultats montrent que l'ergothérapeute agit principalement sur la vie quotidienne de l'adolescent afin de soutenir son rétablissement et son autonomie, tandis que l'accompagnement parental reste davantage indirect et intégré aux objectifs de soins de l'enfant.

1.2.L'implication parentale : une discordance entre théorie et pratique

La littérature met en avant l'accompagnement des parents comme une ressource essentielle dans le processus de rétablissement de l'adolescent atteint d'anorexie mentale (D'Arrigo et al., 2020; HAS, 2010; Ling et Gebremariam, 2023; Pauli, 2025).

Cependant, les résultats de l'entretien nuancent cette version. En effet, les parents apparaissent comme un facteur pouvant complexifier ou freiner le processus de rétablissement et non comme une véritable ressource. E1 évoque notamment les angoisses parentales, les troubles alimentaires parentaux, les conflits, les traumatismes vécus par l'adolescent ou encore les pressions exercées autour de la scolarité. Ces éléments sont alors décrits comme pouvant venir impacter négativement le parcours de soins de l'adolescent.

Cette perception semble partiellement entrer en contradiction avec la littérature. En effet, celle-ci souligne l'impact ambivalent de l'environnement familial pouvant à la fois être un frein et un levier mais qui valorise fortement l'accompagnement des parents afin qu'ils puissent tenir une fonction soutenance sans se centrer sur le trouble anorexique (APA, 2015 ; HAS, 2010).

Ainsi, contrairement à ce qui ressort du cadre théorique et conceptuel, les résultats montrent que les parents ne sont pas spontanément considérés comme des partenaires thérapeutiques centraux dans la pratique de l'ergothérapeute interrogé. Leur place semble davantage dépendre du fonctionnement familial, des ressources disponibles et des difficultés présentes au sein du système. Cela ressort donc en contradiction avec les hypothèses de recherche qui affirment la notion essentielle d'un accompagnement parental.

1.3. Une approche systémique remise en question

L'entretien met en évidence le fait que l'ergothérapeute interrogé possède une vision globale de la situation des adolescents atteints d'anorexie mentale et prend en compte leur environnement dans l'analyse des difficultés rencontrées ainsi que dans les objectifs et moyens d'intervention auprès des adolescents. Les éléments évoqués autour du domicile, de la chambre, du cercle social, de la scolarité ou encore des relations familiales montrent que l'adolescent n'est pas considéré indépendamment de son contexte de vie. Cette approche rejoint les fondements de l'ergothérapie, discipline reposant sur une vision holistique de la personne et sur l'analyse des interactions entre la personne, ses occupations et son environnement (ANFE, 2015; ANFE, 2021).

Dans cette perspective, les résultats mettent en évidence que E1 a conscience de l'impact du système familial sur le trouble et le processus de rétablissement. L'ergothérapeute évoque notamment l'influence des angoisses parentales, des conflits familiaux, de la communication au sein de la famille ou encore de l'environnement social sur l'évolution de l'anorexie mentale. Ces éléments rejoignent les apports théoriques de l'approche systémique selon lesquels les différents membres d'un système s'influencent mutuellement et participent à son équilibre ou à ses dysfonctionnements (Elkaïm, 2005; Kaess, 2020).

Cependant, malgré cette prise en compte de la notion de systémie, elle reste peu investie dans la pratique ergothérapique décrite. En effet, l'accompagnement réalisé demeure essentiellement centré sur l'adolescent, tandis que les parents sont peu accompagnés directement par l'ergothérapeute.

L'entretien met en évidence un accompagnement parental en ergothérapie principalement centré sur la dimension scolaire de l'adolescent, et plus particulièrement sur la mise en place des aménagements scolaires et la coordination avec les équipes éducatives. Cette démarche s'inscrit davantage dans une logique de continuité des soins et d'adaptation du parcours de l'adolescent que dans une approche systémique visant à agir sur le fonctionnement global du système familial afin de soutenir le rétablissement.

Ainsi bien que l'ergothérapeute ait conscience de l'impact de l'environnement familial sur le rétablissement, l'objectif des interventions ne semble pas être de travailler directement ces fonctionnements. Contrairement à l'approche systémique décrite dans la littérature, qui vise à agir sur les interactions entre les différents membres du système (Elkaïm, 2005; Kaess, 2020), l'accompagnement décrit par E1 reste centré sur les besoins de l'adolescent. Les parents apparaissent alors davantage comme financeurs et interlocuteurs nécessaires au maintien du cadre thérapeutique et scolaire que comme des bénéficiaires directs de l'intervention ergothérapique.

2. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

A la suite de l'analyse des résultats obtenus à travers l'entretien, nous allons maintenant nous intéresser à la validation ou à la réfutation des hypothèses de recherche. Pour rappel, la problématique est la suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale, en s'appuyant sur une approche systémique, afin de favoriser son processus de rétablissement ?

Deux hypothèses de recherche ont émergé pour donner suite à cette problématique.

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute accompagne les parents vers l'adaptation de leurs activités de la vie quotidienne afin de favoriser le rétablissement de leur adolescent atteint d'anorexie mentale.

Les données recueillies lors de l'entretien réalisé auprès de E1 ne mettent pas en évidence la notion d'accompagnement des parents dans l'adaptation des activités de la vie quotidienne en ergothérapie. Par conséquent, l'hypothèse de recherche 1 ne peut être validée.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute accompagne les parents vers la réduction de leur sentiment d'impuissance et le développement de leur pouvoir d'agir afin de favoriser le processus de rétablissement de leur adolescent atteint d'anorexie mentale.

Grâce aux données exposées précédemment, nous avons pu observer que la réduction du sentiment d'impuissance et le développement du pouvoir d'agir des parents sont effectivement des notions travaillées, notamment dans le cadre des entretiens familiaux. Toutefois, ces dimensions n'ayant pas été abordées dans un contexte d'un accompagnement en ergothérapie, l'hypothèse de recherche 2 est réfutée.

3. Les nouveaux apports théoriques

L'entretien réalisé a permis de faire émerger plusieurs éléments peu développés dans le cadre théorique et conceptuel initial, venant enrichir la compréhension de l'accompagnement parental en ergothérapie ainsi que le processus de rétablissement des adolescents souffrant d'anorexie mentale. Ces nouveaux apports concernent notamment les outils de soutien aux parents, la question du sentiment de compétence parentale ainsi que la place de la scolarité dans l'accompagnement en ergothérapie.

3.1.Des outils de soutien aux parents

Les résultats mettent en évidence l'intérêt de dispositifs spécifiques de soutien aux familles, notamment à travers l'évocation de la méthode BREF-TCA. Cette approche, qui n'avait pas été développée précédemment, vise à accompagner les proches des personnes souffrant d'un TCA en leur apportant des informations, des repères, des stratégies concrètes d'accompagnement ainsi qu'un endroit d'écoute (Centre Hospitalier Le Vinatier, 2025).

La méthode BREF-TCA est un programme de psychoéducation adaptée du programme BREF qui est destinée aux aidants des personnes ayant un TCA. Ce programme court se réalise sur trois séances individuelles par famille durant lesquels il se centre sur :

- « L'écoute du parcours et du vécu des aidants,
- Leurs questions relatives aux TCA (peur, anxiété, restrictions, hyperactivité),
- Les stratégies de communication et de soutien,
- Le bien-être et la santé mentale des aidants eux-mêmes » (Centre Hospitalier Le Vinatier, 2025).

Ce programme, en plus de réduire la détresse des familles, permet de faciliter le lien entre les familles et les associations de pairs ou les services d'aide aux aidants. Ainsi, BREF-TCA est un programme qui s'appuie sur le fait que mieux accompagner les familles permet de mieux accompagner les personnes atteintes d'un TCA (Centre Hospitalier Le Vinatier, 2025).

Ce nouvel élément rejoint les données de la littérature mettant en évidence les besoins de compréhension, de guidance et de soutien exprimés par les parents face au trouble de l'adolescent. Il vient également renforcer l'idée selon laquelle l'implication parentale constitue un levier important du rétablissement de l'adolescent. En effet, en permettant aux parents de mieux comprendre le trouble et d'adapter leurs comportements au quotidien, ce type d'accompagnement peut favoriser un environnement plus sécurisant et soutenant pour l'adolescent (ANEB, s. d.; D'Arrigo et al., 2020).

Ainsi, ce nouvel apport théorique met davantage en lumière l'importance de proposer des outils structurés destinés aux familles afin de soutenir leur participation dans le parcours de soins et de favoriser leur sentiment de compétence parentale.

3.2. La place centrale de la scolarité

L'entretien réalisé auprès de E1 met particulièrement en évidence la place importante de la scolarité dans l'accompagnement ergothérapeutique des adolescents souffrant d'anorexie mentale. Cette dimension, peu développée dans le cadre théorique et conceptuel initial, apparaît pourtant centrale dans la pratique décrite par E1. Il intervient notamment autour des aménagements scolaires, des trajets, du retour progressif en classe, de la gestion de l'anxiété de performance ou encore de la phobie scolaire.

Ces résultats rejoignent la littérature qui met en avant le fait que les adolescents atteints d'anorexie mentale présentent un surinvestissement scolaire, un perfectionnisme important ainsi qu'une forte anxiété de performance. De plus, les conséquences de la dénutrition peuvent entraîner une fatigabilité importante ainsi que des troubles de la concentration venant impacter la scolarité (Godart et al., 2010; Tous à l'école, 2015).

Dans ce contexte, les interventions décrites par E1 apparaissent en cohérence avec les missions de l'ergothérapeute en santé mentale en milieu scolaire. Jasmin et al. (2023) soulignent notamment que l'ergothérapeute intervient ainsi à travers « la promotion et le soutien à la participation des élèves dans diverses activités socialement valorisées et porteuses de sens, qu'elles soient quotidiennes, sociales, scolaires ou parascolaires, ils favorisent leur motivation, leur engagement et leur bien-être » (Jasmin et al., 2023). Ils mettent ainsi en lumière un rôle

préventif et de sensibilisation important au vu de la prévalence des troubles de santé mentale chez les adolescents.

La mise en avant de ce rôle spécifique de l'ergothérapeute vient élargir les interventions plus régulières qui peuvent exister dans ce domaine. En effet, les interventions en ergothérapie dans le milieu scolaire sont habituellement centrées sur la motricité fine, l'écriture ou le traitement sensoriel (Jasmin et al., 2023).

Enfin, cette place importante accordée à la scolarité permet de mieux comprendre la nature de l'accompagnement parental décrit par E1. Les échanges avec les parents semblent principalement s'inscrire dans une logique de coordination autour du maintien de la scolarité et des aménagements nécessaires, davantage que dans une démarche thérapeutique familiale structurée.

4. Les biais et limites de la recherche

4.1. Les biais de l'étude

Le biais majeur de cette recherche est le **biais de sélection** qui se rapporte à l'échantillonnage de la recherche. En effet, un seul ergothérapeute a été interrogé à la suite de la non-inclusion d'un ergothérapeute n'entrant finalement pas dans les critères d'inclusion malgré sa signature du formulaire de consentement et de l'exclusion d'un autre ergothérapeute n'ayant pas donné suite aux échanges malgré sa signature du formulaire de consentement et trois relances de notre part.

Ainsi cette faible représentativité limite la possibilité de généraliser les résultats obtenus. Ces derniers reflètent donc l'expérience et le contexte spécifique de l'enquêté, ce qui nécessite une prudence dans l'interprétation des résultats et leur transférabilité à d'autres contextes professionnels.

Ensuite, cette recherche peut également être exposée à un **biais de confirmation**, dans la mesure où la construction préalable du cadre théorique et conceptuel, ainsi qu'une expérience de stage auprès d'une population similaire, ont pu influencer l'analyse et l'interprétation des données recueillies. Cette familiarité avec le terrain et les thématiques étudiées peut conduire, de manière inconsciente, à privilégier des éléments allant dans le sens des représentations ou hypothèses formulées en amont de la recherche.

Cependant, plusieurs stratégies méthodologiques ont été mises en place afin de limiter l'impact de ce biais. Les analyses ont été réalisées en s'appuyant strictement sur les propos recueillis auprès de l'enquêté. La grille d'analyse a également permis de structurer le traitement des

données et de réduire l'interprétation subjective. De plus, des relectures régulières ont été effectuées afin de prendre du recul sur l'analyse, en veillant à revenir systématiquement aux données recueillies à travers la littérature ainsi qu'à travers l'entretien réalisé. Cette démarche a été complétée par une mise à distance vis-à-vis des expériences de terrain et du cadre théorique et conceptuel initial, dans le but de limiter au maximum l'influence de la subjectivité du chercheur et de garantir une analyse la plus fidèle possible aux données recueillies.

4.2. Les limites de l'étude

La limite majeure de cette recherche se réfère au contexte de travail de l'ergothérapeute interrogé. En effet, ce dernier exerce majoritairement auprès des adolescents et de façon ponctuelle auprès des parents sans cadre et plan d'intervention précis. Cet accompagnement limité auprès des parents restreint par conséquent la richesse des données recueillies sur cette thématique et peut par conséquent limiter l'exploration de certains concepts du sujet.

La seconde limite identifiée correspond à notre expérience en tant que chercheur dans la réalisation d'entretiens semi-directifs. En effet, n'ayant jamais réalisé ou été formé en ce sens, cela a pu influencer la qualité de certaines relances ou la profondeur de certaines réponses recueillies. Dans le but de d'atténuer l'impact de cette limite, un guide d'entretien a été élaboré pour permettre la structure des échanges et l'exploration des dimensions essentielles de la recherche.

5. Les perspectives

5.1. L'ergothérapie en libéral

Cette recherche a permis de mettre en lumière plusieurs perspectives concernant le développement de l'intervention en ergothérapie auprès des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale.

Lors de l'entretien, E1 évoque notamment l'intérêt potentiel d'un accompagnement réalisé directement au domicile familial. Une telle intervention permettrait d'agir au plus près de l'environnement quotidien de l'adolescent et de sa famille, notamment autour des habitudes de vie, des routines familiales ou du réinvestissement des espaces et activités de vie quotidienne. Toutefois, l'ergothérapeute souligne que ce type d'intervention n'est pas envisageable dans le cadre de son exercice au sein d'une structure de santé mentale non sectorisée, en raison de contraintes organisationnelles et logistiques.

Ces éléments amènent ainsi à s'interroger sur la place que pourraient occuper les ergothérapeutes exerçant en libéral dans l'accompagnement de cette population. Afin d'explorer cette perspective, 16 ergothérapeutes libéraux ont été contactés dans le but d'identifier d'éventuelles pratiques auprès d'adolescents atteints d'anorexie mentale et de leurs familles. Cependant, l'ensemble des retours obtenus indiquait l'absence d'accompagnement de cette population dans leur pratique professionnelle.

Par ailleurs, les recherches réalisées dans la littérature n'ont pas permis d'identifier de formations spécifiquement destinées aux ergothérapeutes libéraux concernant l'accompagnement des adolescents souffrant d'anorexie mentale et de leurs familles. Ce constat pourrait constituer une piste explicative du faible investissement de l'ergothérapie libérale dans ce champ d'intervention. La nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans le cadre d'un accompagnement d'un adolescent atteint d'anorexie mentale et de sa famille pourrait également expliquer l'absence d'intervention libérale.

Ainsi, ces résultats ouvrent des perspectives concernant le développement de formations spécifiques, d'outils d'accompagnement ou encore de modalités d'intervention permettant de soutenir l'implication des ergothérapeutes dans ce domaine.

5.2.Financements et politiques publiques

Cette recherche met en évidence une discordance importante entre les recommandations théoriques issues de la littérature et la réalité de terrain observée lors de l'entretien. Tandis que les données théoriques soulignent l'importance de l'accompagnement des parents et de l'approche systémique dans le rétablissement des adolescents atteints d'anorexie mentale, la pratique décrite par E1, met en avant une intervention ergothérapique principalement centrée sur l'adolescent. L'accompagnement des parents apparaît alors ponctuel et contextualisé.

Cette différence interroge sur la place accordée à l'ergothérapeute dans les dispositifs de soins en santé mentale. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance du champ de compétences de l'ergothérapeute concernant l'accompagnement familial et systémique en santé mentale.

Par ailleurs, les politiques publiques en santé mentale valorisent les approches pluridisciplinaires, le développement du rétablissement, la coordination des parcours et l'intervention précoce, sans pour autant préciser clairement le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans l'accompagnement parental. Le programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 (HAS, 2020) insiste en effet sur la nécessité de renforcer les prises en

soins globales, coordonnées et orientées vers le milieu de vie, ainsi que sur l'importance des interventions précoces et du travail avec l'entourage.

Cependant, malgré ces orientations, les modalités concrètes de mise en œuvre restent variables selon les structures et les ressources disponibles. Ainsi, l'accompagnement des parents peut dépendre des choix institutionnels, des financements alloués ou encore des priorités définies par les établissements de soins (HAS, 2020).

Ainsi, cette recherche s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'écart entre les orientations des politiques publiques en santé mentale et leur traduction dans les pratiques, et interroge la manière dont l'ergothérapie peut y trouver une place plus clairement définie, notamment dans l'accompagnement systémique des familles et des adolescents.

Conclusion

Dans un premier temps, cette recherche s'est appuyée sur une exploration de la littérature afin de mieux comprendre les enjeux liés à l'accompagnement des parents d'adolescents atteints d'anorexie mentale et le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce contexte. Cette phase a permis de faire émerger une problématique ainsi que deux hypothèses de recherche. Ces dernières concernaient l'adaptation des activités du quotidien et la réduction du sentiment d'impuissance des parents à travers le développement de leur pouvoir d'agir dans une perspective de rétablissement.

Dans un second temps, une méthodologie qualitative à travers une approche hypothético-déductive a été construite afin de répondre à ces hypothèses. Un guide d'entretien a été élaboré permettant par la suite la passation d'un entretien semi-directif. Ce dernier a été mené auprès d'un ergothérapeute exerçant en structure de santé mentale auprès d'adolescents présentant une anorexie mentale. L'analyse des données recueillies a ensuite permis de mettre en lumière des résultats à la fois en cohérence et en discordance avec les données théoriques. En effet, certains résultats s'éloignent de la littérature, en particulier concernant la place réelle des parents dans l'accompagnement ergothérapique, qui apparaît davantage ponctuelle et centrée sur la scolarité. En revanche certains résultats viennent appuyer les données théoriques, notamment sur la place centrale de l'adolescent dans l'intervention en ergothérapie et sur l'objectif de rétablissement.

Le faible nombre de données recueillies malgré les recherches d'ergothérapeutes susceptibles de participer à l'étude constitue un biais important. Ce manque de données ne permet pas de valider de manière formelle l'hypothèse 1 en lien avec l'adaptation des activités de la vie quotidienne à travers l'accompagnement parental en ergothérapie. Concernant l'hypothèse 2, l'accompagnement des parents dans la réduction de leur sentiment d'impuissance à travers le développement de leur pouvoir d'agir n'étant pas réalisé par l'ergothérapeute, celle-ci est donc réfutée.

Enfin, un élément émerge concernant l'importance des échanges entre pairs dans le vécu des familles. Cette dimension, peu développée dans le cadre théorique et conceptuel initial, apparaît comme une piste intéressante à explorer, notamment à travers des dispositifs tels que les associations. Offrir aux familles un espace de soutien, d'écoute et de médiation entre patients, proches et professionnels, notamment à travers des groupes de parole dédiés à l'entourage correspond aux missions de certaines associations. Ces dispositifs d'échanges entre

pairs contribuent à réduire l'isolement social et à favoriser une perception plus positive du parcours de soins.

Ainsi, cette recherche met en lumière la complexité de la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale et ouvre la réflexion sur de nouvelles perspectives d'interventions et de recherches.

Bibliographie

- Aktouf, Omar. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*.
<https://doi.org/10.1522/cla.ako.met>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2015). Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5th éd., p. 429-462). Elsevier Masson.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2015). *Definition of Occupational Therapy in France*. World Federation of Occupational Therapists.
<https://wfot.org/member-organisations/france-association-nationale-francaise-des-ergotherapeutes-anfe>
- Anorexie et Boulimie Québec. (s. d.). *Les multiples répercussions de l'anorexie*. Anorexie et Boulimie Québec. Consulté 22 février 2026, à l'adresse
<https://anebquebec.com/troubles-alimentaires/les-multiples-repercussions-de-lanorexie>
- Association Médicale Mondiale. (2024, octobre). *Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des participants humains*. <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *Ergothérapie et santé mentale*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., & Groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. 84, 142-145.

- Bagley, S. M. (2024). *Développement psychosocial chez les adolescents*. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/problèmes-de-santé-chez-les-adolescents/développement-psychosocial-chez-les-adolescents>
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P.-M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(8), 2834.
<https://doi.org/10.3390/nu13082834>
- Brunet, J., Del Duchetto, F., & Wurz, A. (2021). Physical activity behaviors and attitudes among women with an eating disorder: A qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00377-w>
- Centre Hospitalier Le Vinatier. (2025, novembre 27). *BREF-TCA : Un programme court pour soutenir les aidants de personnes vivant avec un trouble des conduites alimentaires*. Centre Hospitalier Le Vinatier. <https://www.ch-le-vinatier.fr/actualites-23/bref-tca-un-programme-court-pour-soutenir-les-aidants-de-personnes-vivant-avec-un-trouble-des-conduites-alimentaires-1451.html>
- Centre ressource réhabilitation. (2025, octobre 2). Les dimensions du rétablissement. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/les-dimensions-du-retablissement>
- Chaiyawat, W., Virasiri, S., & Yunibhand, J. (2011). Parenting: What are the critical attributes? *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(9).
<https://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10817795.pdf>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Les méthodes de recherche du DBA. *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>

- Comité national de soutien à la parentalité. (2011). *Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011.*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avisdefinition_CNSP_10_11_2011.pdf
- D'Arrigo, R., Copley, J. A., Poulsen, A. A., & Ziviani, J. (2020). Parent engagement and disengagement in paediatric settings: An occupational therapy perspective. *Disability and Rehabilitation*, 42(20), 2882-2893.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1574913>
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Delage, B., Melioli, T., Valls, M., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2014). Étude exploratoire du vécu de la prise en charge des parents et de la fratrie de jeunes filles anorexiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(8), 508-513.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.005>
- Delvenne, V., & Bula-Ibula, C. (2021). Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Quelles interactions ? *L'information psychiatrique*, 97(5), 353-359.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2262>
- Dumez, H. (s. d.). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? <https://hal.science/hal-00657925v1/document>
- Elkaïm, M. (2005). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : Pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer ? : approche systémique et psychothérapie.* Seuil.

- Fédération Française Anorexie Boulimie. (s. d.-a). *Annuaire national des structures d'accueil TCA 2021*. Fédération Française Anorexie Boulimie. Consulté 8 mai 2026, à l'adresse <https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021-carteseule>
- Fédération Française Anorexie Boulimie. (s. d.-b). *Définition et différentes TCA - Journée mondiale des TCA*. Consulté 27 septembre 2025, à l'adresse <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>
- Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus. *Revue européenne des sciences sociales*, XL-124, 85-130. <https://doi.org/10.4000/ress.577>
- Franck, N. (2017). Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères : Rhizome, N° 65-66(3), 10-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0010>
- Gauthier, A. (2018, décembre). Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Dec2018_40.pdf
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- Godart, N., Lamas, C., Nicolas, I., & Corcos, M. (2010). Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 23(1), 30-50. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2010.01.002>
- Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques : Anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17(6), 327-330. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2004.06.006>
- Gonthier, F. (2004). Weber et la notion de « compréhension » : *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 116(1), 35-54. <https://doi.org/10.3917/cis.116.0035>

- Hammell, K. R. W. (2016). Empowerment and occupation: A new perspective: Autonomisation et occupation : une nouvelle perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 281-287. <https://doi.org/10.1177/0008417416652910>
- Haute Autorité de Santé. (2010). Anorexie mentale : Prise en charge. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020, octobre). Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf
- Huguet, M.-J. (2011). Méthodes de recherche arborescentes. Application à la résolution de problèmes d'ordonnancement et au calcul d'itinéraires multimodaux. <https://theses.hal.science/tel-00647479v1/document>
- Institut National d'Etudes Démographiques. (2024). La population en graphiques. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/animation-jeu/population-en-graphiques>
- Jacob Alby, V. (2018). Nouvelles parentalités : L'enjeu de la parentalité psychique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(5), 515-517. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.006>
- Jasmin, E., Blondin-Nadeau, P., Côté, F., & Vachon, R. (2023). Ergothérapie en milieu scolaire et interventions en matière de santé mentale : Synthèse des connaissances School-based occupational therapy and mental health interventions: synthesis of knowledge. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V9N1.225>
- Jodelet, D. (2003). Les représentations sociales. In *Sociologie d'aujourd'hui* (p. 45-78). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>

- Kaess, M. (2020). Childhood adversity in borderline personality disorder—A call for a more systemic approach to early intervention and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 3-5. <https://doi.org/10.1111/acps.13138>
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2023). *Les recherches qualitatives en santé* (2e éd). Armand Colin.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., Radloff-Gabriel, D., Jackson, J., & Bransfield, M. (2011). *L'Action contre l'inertie*.
- Laval, C. (2017). Apprendre le rétablissement. *Rhizome*, (65-66).
- Ling, J., & Gebremariam, M. (2023). Embracing parenting role in childhood obesity. *BMC Public Health*, 23(1), 1118, s12889-023-16039-2. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16039-2>
- Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587?init=true&page=1&query=loi+jard%C3%A9&searchField=ALL&tab_selection=all
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (2017). <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes>
- Mack, R. A., Stanton, C. E., & 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), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00763-6>

- Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2024). *Adolescence et psychopathologie* (10^e éd). Elsevier Masson.
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales* (6^e éd). Armand Colin.
- Maton, K. I. (1989). The Stress-Buffering Role of Spiritual Support: Cross-Sectional and Prospective Investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3), 310.
<https://doi.org/10.2307/1386742>
- McLean, A. (1995). Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1053-1071. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00179-W](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00179-W)
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V4N2.116>
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Olivier De Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445.
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. (2009, janvier 1). *L'ergothérapie en santé mentale*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Santé des adolescents*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 27 novembre 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2025, septembre 1). *Santé mentale des adolescentes et des adolescents*. Consulté 29 novembre 2025 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Pauli, J. Z., Dagmar. (2025, février 27). Diagnostic et intervention précoce des troubles anorexiques pendant l'enfance et l'adolescence au cabinet de pédiatrie et médecin de famille. pädiatrie schweiz. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/diagnostic-et-intervention-precoce-des-troubles-anorexiques/>
- Provencher, H. L. (2007). L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques. Santé mentale au Québec, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatric Services, 48(8), 1042-1047. <https://doi.org/10.1176/ps.48.8.1042>
- Sacks, D., Société canadienne de pédiatrie, & Comité de la santé de l'adolescent. (2003). La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. Paediatrics & Child Health, 8(9), 578-578. <https://doi.org/10.1093/pch/8.9.578>
- Seidel, M., King, J. A., Fürtjes, S., Labitzke, N., Wronski, M.-L., Boehm, I., Hennig, J., Gramatke, K., Roessner, V., & Ehrlich, S. (2022). Increased Habit Frequency in the Daily Lives of Patients with Acute Anorexia Nervosa. Nutrients, 14(19), 3905. <https://doi.org/10.3390/nu14193905>
- Service de renseignement de la Confédération. (2024). Manuel Biais Cognitifs. <https://www.vbs.admin.ch/dam/fr/sd-web/K489QrrPSDvt/vbs-ddps-ndb-handbuch-kognitive-%20verzerrung-fr.pdf>
- Stapien, F. (2017). Autodétermination. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/autode_termination_livret_stepien.pdf
- Tessier, C., & Comeau, L. (2017). Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire (Institut National de Santé Publique du Québec).

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2243_developpement_promotion_prevention_contexte_scolaire.pdf

Tous à l'école. (2015, juin 2). *Anorexie mentale et boulimie*. Tous à l'école. Consulté 18 mai 2026, <https://www.tousalecole.fr/content/anorexie-mentale-et-boulimie#toc-cons-quences-sur-la-vie-scolaire>

Trimbur, M., Plancke, L., & Sibeoni, J. (2022, février 22). RÉALISER UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN SANTÉ - GUIDE METHODOLOGIQUE.

United Nations International Children's Emergency Fund. (s. d.). *La santé des adolescents*. United Nations International Children's Emergency Fund. Consulté 27 novembre 2025, à l'adresse <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/sante/sante-des-adolescents/>

Vergès, E. (2008). Ethique et déontologie de la recherche scientifique : Un système normatif communautaire. J. Larrieu (Éd.), *Qu'en est-il du droit de la recherche ?* (p. 131-149). Presses de l'Université Toulouse Capitole. <https://doi.org/10.4000/books.putc.2500>

Table des figures

Figure 1 : Les dimensions du rétablissement d’après Van der Stel (2012) cité par Franck (2017)	
.....	15
Figure 2 : Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques d’après Provencher (2007)	
.....	16
Figure 3 : Les avantages de la participation aux activités en matière de rétablissement d’après Krupa et al. (2011)	
.....	19

Table des annexes

Annexe 1 - Grilles COREQ d'après Gedda (2015).....	I
Annexe 2 - Questionnaire de recrutement.....	III
Annexe 3 - Guide d'entretien.....	IV
Annexe 4 - Formulaire de consentement libre et éclairé.....	X
Annexe 5 - Grille d'analyse	XII

Annexe 1 - Grilles COREQ d'après Gedda (2015)

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2 - Questionnaire de recrutement

🔔 [RECHERCHE ERGOTHÉRAPEUTES – MÉMOIRE] 🔔

Bonjour,

Je m'appelle **Romane Pennec** et je suis étudiante en 3^e année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen.

Dans le cadre de mon mémoire, je recherche des **ergothérapeutes** travaillant (ou ayant travaillé) au moins 1 an auprès **d'adolescents présentant une anorexie mentale** et de **leurs parents**, afin d'échanger sur vos pratiques et votre expérience.

Si vous êtes concerné(e) et acceptez de participer, vous pouvez me contacter :

✉ romane.pennec.76790@gmail.com

☎ 07 81 89 71 24

💬 ou directement en commentaire sous ce post.

PS : Les ergothérapeutes travaillant avec cette population ne courent pas les rues, donc je compte sur vous !! 😊

Annexe 3 - Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Questions de relance	Critère	Indicateurs	Hypothèses
L'enquêté.e	Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?		Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	Minimum 1 an	/
	Quelle population accompagnez-vous ?	Quelle est la tranche d'âge des patients accompagnés ?	Population accompagnée	Adolescents (10-19 ans) atteints d'anorexie mentale ET leurs parents	/
		De quel type de troubles sont-ils atteints ?			
	Etes-vous amené(e) à accompagner directement les parents ?				
	Dans quel type de structure accompagnez-vous cette population et leurs parents ?	S'agit-il d'une hospitalisation complète, d'un HDJ, d'un dispositif ambulatoire ou autres ?	Lieu d'exercice	Structure relevant du champ de la santé mentale	/
	Combien de temps avez-vous travaillé auprès de cette population et de leurs parents ?	Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?	Expérience auprès de la population	Nombre d'années d'expériences auprès d'adolescents atteints d'anorexie mentale et leurs parents	/
		Combien de temps avez-vous travaillé auprès de cette population ?			

L'ergothérapeute	Comment définiriez-vous votre rôle auprès des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale ?	Quels sont les objectifs principaux de cet accompagnement ?	Objectifs de l'intervention auprès des parents	Organisation et adaptation des activités de la vie quotidienne / Sentiment d'impuissance / Pouvoir d'agir	H1 H2
	Sur quoi vous appuyez-vous pour accompagner les parents ?	Quelles approches ou cadres d'intervention utilisez-vous auprès des parents ?	Fondement de la pratique professionnelle	Approche systémique	HI H2
	Quels axes de travail spécifiques à l'ergothérapie travaillez-vous avec les parents ?	Comment accompagnez-vous les parents pour qu'ils trouvent leur place dans l'accompagnement de leur adolescent ? Comment travaillez-vous avec les parents autour de leurs ressources ou de leurs capacités à accompagner leur adolescent ?	Contenus de l'accompagnement parental en ergothérapie	Activité de la vie quotidienne / Sentiment d'impuissance / Pouvoir d'agir / Rôle de chacun / Communication	H1 H2
Parentalité	Comment les parents se positionnent-ils dans l'accompagnement de leur adolescent au cours de la prise en soins ?	Quelle place tiennent-ils dans la prise en soins de leur adolescent ?	Place des parents dans le processus de soins	Rôle occupé / Implication / Posture parentale / Engagement / Participation	H2
	Comment décririez-vous l'expérience des parents face aux troubles de leur	Comment vivent-ils le trouble de leur adolescent ?	Vécu parental face au trouble	Sentiment d'impuissance / Inquiétude / Culpabilité / Tension / Surcharge	H2

	adolescent au quotidien ?	Que ressentent-ils ?			
	Quelles sont les principales demandes des parents en lien avec leur adolescent ?	Quelles demandes reviennent le plus souvent ? Y a-t-il des demandes spécifiques à certaines situations ou étapes du trouble ?	Demandes parentales	Besoin d'informations sur le trouble/ Guidance pour la gestion du quotidien et activités de la vie quotidienne / Stratégies pour soutenir le rétablissement / Implication dans le parcours de soins	H1 H2
	Qu'est-ce qui, selon vous, permet aux parents de prendre davantage part à l'accompagnement de leur adolescent ?	Qu'est-ce qui favorise leur implication dans le quotidien et les soins ?	Facteurs favorisant l'engagement parental	Développement du pouvoir d'agir	H2
Fonctionnement familial	Comment décririez-vous le fonctionnement de la famille d'un adolescent présentant une anorexie mentale ?	Quels changements sont observés dans l'organisation familiale à l'apparition du trouble ?	Organisation du système familial	Dynamique familiale / Place du trouble dans la famille	H1 H2
	Comment s'organise le quotidien de la famille autour de l'adolescent ?		Adaptation du quotidien familial	Habitudes de vie familiales / Routines quotidiennes / Organisation des repas / Réorganisation des activités familiales	H1 H2
	En quoi, le fonctionnement familial peut-il soutenir le	Qu'est-ce qui dans le fonctionnement familial vous semble aidant ?	Fonctionnement familial facilitateur	Routines sécurisantes / Organisation stable /	H1 H2

	rétablissement de l'adolescent ?			Communication adaptée / Cohérence parentale	
	Comment les parents s'adaptent-ils au quotidien pour faire face au trouble de leur adolescent ?	Quelles stratégies ou ajustements sont observés dans la vie quotidienne des famille ?	Adaptation des habitudes de vie familiales	Ajustement des repas, des horaires, des activités, des temps familiaux, des contraintes organisationnelles / Espoir/ Spiritualité / Deuil de l'adolescent « d'avant » / Pairs	H1
	Sur quoi les parents peuvent-ils s'appuyer pour accompagner au mieux leur adolescent dans leur processus de rétablissement ?	Quels sont les stratégies soutenant issues du domaine médical et paramédical ?		Equipe pluridisciplinaire / Groupe parents / Adolescent / Groupe de parole entre pairs / Spiritualité / Espoir	
		Quels sont les stratégies extérieures à ce domaine ?			H2
Rétablissement	Pour que nous partions sur une base commune durant cet échange, je vous demanderai d'abord ce que signifie, selon vous, le rétablissement, avant de vous présenter la définition retenue pour ce projet.				
	Que signifie pour vous le rétablissement d'un adolescent atteint d'anorexie mentale ?		Représentation du rétablissement	Processus / Phases / Changements / Redéfinition et l'expansion de soi, relation à l'espace temporel, pouvoir d'agir, relation aux autres.	/
	Définition : Le rétablissement est un processus qui permet à une personne de retrouver une qualité de vie satisfaisante et de reprendre ses activités et ses rôles, même si le trouble peut encore être présente.				

	Quels sont les principaux leviers du rétablissement chez l'adolescent ?	Quelles pratiques, relations, environnements semblent favoriser le rétablissement ? Qu'est-ce qui permet à l'adolescent de s'engager dans le processus ?	Facteurs facilitateurs du rétablissement	Soutien familial / Habitudes de vie / Communication / Engagement parental / Place du système familial	H1 H2
	Quels sont les principaux freins du rétablissement chez l'adolescent ?	Avez-vous identifié des freins en lien avec l'environnement, les relations, les habitudes de vie ou le fonctionnement familial ?	Facteurs obstacles au rétablissement	Difficultés de communication / Stress environnemental / Dysfonctionnement familial / Modification des rôles / Culpabilité	H1 H2
	En quoi les parents peuvent-ils constituer un facteur essentiel dans ce processus ?	Y a-t-il des moments où leur implication est cruciale ?	Rôle des parents dans le rétablissement	Implication / Soutien / Guidance / Participation	H1 H2
	Qu'est-ce qui semble aider les parents et leur adolescent à avancer dans le processus de rétablissement ?	Quels éléments ou situations facilitent la progression ?	Facteurs facilitant la progression dans le processus de rétablissement	Espoir / Spiritualité / Deuil de ce que l'adolescent était auparavant	/
	Conclusion	Quelles sont selon vous les limites ou les difficultés dans	Limites et contraintes de l'accompagnement parental	Manque de temps / Organisation institutionnelle / Place de	/

	l'accompagnement des parents en ergothérapie ?	de cet accompagnement ?		l'ergothérapeute dans l'équipe / Adhésion des parents	
	Quelles évolutions souhaiteriez-vous pour l'accompagnement des parents en ergothérapie ?	Quelles nouvelles modalités d'intervention pourraient être développées ?	Perspectives d'évolution de la pratique professionnelle	Nouvelles modalités d'accompagnement / Travail au domicile / Accompagnement des habitudes de vie	/

Annexe 4 - Formulaire de consentement libre et éclairé



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN ERGOTHERAPIE

TITRE DE LA RECHERCHE

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les parents ayant un adolescent souffrant d'anorexie mentale dans le but du rétablissement de celui-ci ?

PERSONNE QUI MENE L'ETUDE

Romane PENNEC, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Rouen

BUT DE L'ETUDE

La recherche consiste en une étude sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale.

Nous allons réaliser des entretiens approfondis de 40 à 60 minutes avec les ergothérapeutes concernés au cours desquels vous répondrez à différentes questions. À tout moment, vous pourrez ajouter des éléments ou remarques qui enrichiraient la discussion et vous pourrez revenir sur tel ou tel élément oublié ou à mieux détailler.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Les entretiens se feront par téléphone, avec ou sans visioconférence. Un seul entretien est demandé à chaque ergothérapeute concerné.

Les entretiens seront enregistrés afin de permettre une retranscription fidèle des informations recueillies. Ces données seront ensuite analysées par la responsable de l'étude elle-même.

INCONVENIENTS POUVANT DECOULER DE LA PARTICIPATION

Votre participation à la recherche ne comporte pas d'inconvénients, si ce n'est le fait de donner de votre temps.

DROIT DE RETRAIT SANS PREJUDICE DE LA PARTICIPATION

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de cesser votre participation sans avoir à motiver votre décision.

CONFIDENTIALITE, PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATIONS

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera les seuls renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche : prénom et nom uniquement à des fins organisationnelles (prise de contact et planification des entretiens), expérience professionnelle et type de structure d'exercice passé et/ou actuel.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifié(e) à l'aide d'un code (E1, E2, etc.)

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Une fois l'analyse terminée, les enregistrements des entretiens et la retranscription écrite de ceux-ci seront détruits.

Pour toutes questions liées à cette recherche, vous pouvez contacter Madame Romane PENNEC :

07 81 89 71 24

romane.pennec.76790@gmail.com

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer ci-dessous.

Je, soussigné(e), accepte de participer au mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie « Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les parents ayant un adolescent souffrant d'anorexie mentale dans le but du rétablissement de celui-ci ? ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Madame Romane PENNEC.

J'accepte que les données issues de mon entretien soient utilisées uniquement par la responsable de l'étude à des fins d'analyse. Toutes les informations seront traitées de manière confidentielle, et aucune donnée permettant de m'identifier ne sera divulguée dans le mémoire ou dans toute publication.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation.

Fait le :

A :

Signature :

Annexe 5 - Grille d'analyse de l'entretien

Thème	Critères	E1
L'enquêté.e	Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	« Je suis diplômé depuis 2014 »
	Population accompagnée	« J'accompagne des adolescents qui sont scolarisés, collèges ou lycées. » « Ça peut être soit des jeunes avec des troubles métaboliques, soit des jeunes douloureux chroniques mais sans atteintes somatiques trouvées, donc souvent d'origine psychogène, ou ça peut être des jeunes avec des troubles des conduites alimentaires : obésité, anorexie mentale restrictive, ARFID (Trouble de Restriction ou Evitement de l'Ingestion des Aliments), trouble de l'oralité, boulimie. » « On a des contacts avec des parents. Mais c'est plutôt s'il y a besoin de mettre en place des aménagements scolaires »
	Lieu d'exercice	« C'est une clinique soins - études. Donc il y a des soins et aussi un collège - lycée directement au sein de la structure qui est gérée par l'Education nationale » « Mon service est l'unité somato-psychiatrique. Donc c'est un service mixte entre somatique et psychiatrie où les patients doivent avoir des symptômes associés obligatoirement. » « Il y a de l'HDJ » « Le service où je bosse c'est de l'hospitalisation complète. »
	Expérience auprès de la population	« Depuis janvier 2021, donc ça fait 5 ans »
L'ergothérapeute	Objectifs de l'intervention auprès des parents	« Souvent ce qu'on leur conseille c'est partager des moments, et des moments qui ne sont pas autour des repas. »

		« Mettre en place des aménagements scolaires. »
	Fondement de la pratique professionnelle	« C'est pas du tout ma place dans l'équipe l'accompagnement avec les parents. » « Je n'ai pas de cadre spécifique pour ça. » « Dans l'équipe, alors on a médecin pédiatre, [...] psychiatre, psychologue, psychomotricien, enseignant en activité physique adapté (EAPA), éducateur sportif, [...] maître nageuse, éducatrice, infirmière, aide-soignante, diététicienne, socio-esthéticienne [...] animateurs [...] et en plus de ça, on a toute la triade : professeurs, professeurs principaux, professeurs adaptés » « La proviseure » « Je me considère au service des patients et pas des parents. »
	Contenus de l'accompagnement parental en ergothérapie	« Faire des GEVA-sco par exemple. » « Mettre en place des aménagements scolaires. » « Préparation des entretiens familiaux en équipe »
Parentalité	Place des parents dans le processus de soins	« Alors financier déjà. » « Il y en a certains qui sont investis, qui vont pouvoir avoir suffisamment de flexibilité pour pouvoir changer leurs habitudes de vie. » « D'autres pour lesquels c'est un peu coincé. » « Il peut y avoir un hyper-investissement. »
	Vécu parental face au trouble	« Il peut y avoir du rejet. » « Il peut y avoir de l'épuisement. » « Une réelle inquiétude par rapport à l'avancée de la scolarité. »

		« Souvent une incompréhension. » « Ou alors c'est du déni total. » « Ils ont très peur que l'adolescent passe à l'acte ou mette fin à ses jours chez eux. » « Il peut y avoir [...] tout ce qui est culpabilité ». «angoisses »
	Demandes parentales	« Un désir de comprendre ce qu'il se passe, pourquoi. » « Quand est-ce qu'il est guéri ? » « Quand est-ce qu'elle ira mieux sur le plan des relations ? » « Quand est-ce qu'elle rentre ? » « Est-ce qu'elle peut passer le bac ? » « Je pense que c'est le côté progressif aussi qui les aide à peut-être être moins dans un truc de peur et plus tranquille. »
	Facteurs favorisant l'engagement parental	« La réassurance. » « Les entretiens familiaux ça aide beaucoup parce que chacun parle de ses ressentis. » « La thérapie familiale [...] aide beaucoup dans cette compréhension des symptômes » « Le côté progressif aussi [...] les aide à être moins dans un truc de peur. »
Fonctionnement familial	Organisation du système familial	« Il peut y avoir des situations très conflictuelles au moment des prises alimentaires. »
	Adaptation du quotidien familial	« Il y en a certains qui sont investis, qui vont pouvoir avoir suffisamment de flexibilité pour pouvoir changer leurs habitudes de vie. » « D'autres pour lesquels c'est un peu coincé. »

	Fonctionnement familial facilitateur	« Améliorer la communication souvent, ça aide. » « Lâcher prise sur les anciennes habitudes. » « Apaiser les angoisses des parents. » « Partager des moments [...] qui ne sont pas autour des repas. » « Quand le dialogue commence à être un peu plus fluide. »
	Adaptation des habitudes de vie familiales	« Certains parents mettent un peu l'enfant à distance » « Partager des moments en individuel avec l'enfant quand il y a une fratrie ou une fratrie recomposée aussi » « Essayer de les mobiliser pour qu'ils puissent atteindre le contrat pour [...] un événement spécifique, Noël, un anniversaire, [...] c'est des choses qu'ils mettent en place. » « Changer leurs habitudes de vie. »
	Stratégies soutenant internes et externes à la structure	« Nous appeler régulièrement ou nous envoyer des mails. » « Appeler et prendre des nouvelles auprès des infirmières. » « Il y a des associations. » « Des parents lisent aussi des livres sur la maladie. » « Regardent le compte TikTok® de jeunes filles anorexiques. » « Les permissions très progressives préparées avec les parents. »
Rétablissement	Représentation du rétablissement	« Un rétablissement où l'adolescente peut voir les situations à risques et les prodromes de la maladie. » « Être capable de demander de l'aide. »

		« Identifier ses ressources sur son lieu de vie. » « La maladie est toujours là [...] mais on peut avoir une vie satisfaisante, équilibrée. » « On lâche prise mais on reste vigilant. »
	Facteurs facilitateurs du rétablissement	« Retrouver de l'élan vital, un but, les facteurs motivationnels. » « La prise en charge médicamenteuse de la dépression peut aider. » « La renutrition aussi ça peut aider. » « Quand il y a quelque chose qui se passe autour de la motivation. »
	Facteurs obstacles au rétablissement	« Des patientes qui n'ont plus envie de vivre. » « Une dynamique familiale trop délétère. » « Un projet scolaire trop anxiogène. » « Très clairement les freins c'est l'environnement. » « Quand il y a un traumatisme, [...] ça arrive quand même assez souvent le viol, l'inceste » « L'environnement scolaire, social au niveau des pairs et familial. » « Les sports où il y a la question du poids. » « Les réseaux sociaux. »
	Rôle des parents dans le rétablissement	« Il y en a certains qui sont investis, qui vont pouvoir avoir suffisamment de flexibilité pour pouvoir changer leurs habitudes de vie. » « Partager des moments [...] qui ne sont pas autour des repas. » « Partager des moments en individuel avec l'enfant quand il y a une fratrie. » « Souvent ce qu'on leur conseille c'est ça c'est partager des moments. »

		« Le dialogue commence à être un peu plus fluide »
	Facteurs facilitant la progression dans le processus de rétablissement	« Quand le dialogue commence à être un peu plus fluide » « Apaiser les angoisses des parents » « Partager des moments hors repas. »
Conclusion	Limites et contraintes de l'accompagnement parental	« Le nombre de personnes qui sont déjà présentes aux entretiens familiaux » « Je me considère au service des patients et pas des parents. » « Mon bureau c'est vraiment l'espace intime des patients. »
	Perspectives d'évolution de la pratique professionnelle	« Je vais être formé à la méthode BREF-TCA, c'est une méthode qui est justement pour l'accompagnement des parents » « Aller un peu au domicile des patientes » « Voir la maison des jeunes, la maison des ados. » « Ça pourrait être un outil qui serait partagé avec les parents pour qu'ils puissent prendre le relais ».

Parental support to promote recovery in adolescents with anorexia nervosa using a systemic approach: the role of the occupational therapist.
Background: Anorexia Nervosa is a mental disorder that affects family functioning by modifying the interactions and family habits. Thus, when this disorder affects an adolescent, parents can feel helpless and guilty causing significant parental distress. The literature emphasizes that supporting the parents of adolescents with anorexia nervosa contributes to the adolescents' recovery. Objective: This study aimed to explore how occupational therapists support parents of adolescents with anorexia nervosa in order to foster their recovery using a systemic approach. Methodology: A qualitative method based on a hypothetical-deductive approach was chosen. A semi-structured interview was implemented to collect empirical data, based on an interview guide. A vertical and horizontal analysis of this interview was conducted. Results: An occupational therapist practicing in a specialized unit that combines somatic and psychiatric care, in both full and day hospital, was interviewed. The results show that occupational therapy support is primarily focused on the adolescent, while parental support remains occasional and mainly related to academic issues; they also highlight the significant influence of family functioning and dynamics on the adolescent's recovery process, even though a systemic approach is not mobilized in practice. Conclusion: This study highlights the fact that occupational therapy care is primarily focused on adolescents, while occupational therapy support for parents remains occasional and still underdeveloped in this clinical setting. Keywords: Occupational therapist, Anorexia nervosa, Adolescence, Parenting, Recovery, Systemic approach.

L'accompagnement parental pour favoriser le rétablissement des adolescents atteints d'anorexie mentale dans une approche systémique : le rôle de l'ergothérapeute.
Introduction : L'anorexie mentale est un trouble mental qui impacte le fonctionnement familial en modifiant les interactions et les routines familiales. Ainsi, quand ce trouble affecte un adolescent, les parents peuvent se sentir impuissants et culpabiliser, cela entraînant une souffrance parentale majeure. La littérature souligne que l'accompagnement des parents d'adolescents atteints d'anorexie mentale contribue au rétablissement de ces derniers. Objectif : Cette étude visait à comprendre comment les ergothérapeutes accompagnent les parents ayant un adolescent atteint d'anorexie mentale afin de favoriser le rétablissement de celui-ci en s'appuyant sur une approche systémique. Méthodologie : Une méthode qualitative fondée sur une approche hypothético-déductive a été utilisée. Les données ont été récoltées à l'aide d'un entretien semi-directif en s'appuyant sur un guide d'entretien. Une analyse verticale et horizontale de cet entretien a été effectuée. Résultats : Un ergothérapeute exerçant dans une Unité Somato-Psychiatrique, en hospitalisation complète et de jour, a été interrogé. Les résultats montrent que l'accompagnement en ergothérapie est principalement centré sur l'adolescent, tandis que l'accompagnement parental reste ponctuel et majoritairement lié aux enjeux de scolarité. Ils mettent également en évidence l'influence importante des dynamiques et fonctionnements familiaux sur le processus de rétablissement, sans qu'une approche systémique soit explicitement mobilisée dans la pratique. Conclusion : Cette recherche met en évidence une prise en soins ergothérapique principalement centrée sur l'adolescent, l'accompagnement parental en ergothérapie restant ponctuel et encore peu développé dans ce contexte clinique. Mots clés : Ergothérapeute, Anorexie mentale, Adolescence, Parentalité, Rétablissement, Approche systémique.