



HAL
open science

L'influence de l'équilibre et de la satisfaction occupationnelle sur l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA) : le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement

Chloé Michel

► To cite this version:

Chloé Michel. L'influence de l'équilibre et de la satisfaction occupationnelle sur l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA) : le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2025. <dumas-05099013>

HAL Id: dumas-05099013

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05099013v1>

Submitted on 5 Jun 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et
paramédicales

École des sciences de la réadaptation

Formation Ergothérapie

Chloé MICHEL

UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la
recherche

**L'influence de l'équilibre et de la satisfaction occupationnels
sur l'estime de soi des personnes présentant un trouble du
comportement alimentaire (TCA) : Le rôle de l'ergothérapie
dans l'accompagnement**

Sous la direction de Anaïs GIRAUDIER et Kimia RAVARI

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma référente professionnelle Madame Kimia RAVARI pour son accompagnement tout au long de ce travail, pour sa disponibilité, son attention et ses apports expérientiels sur le sujet de mon mémoire. Je tiens également à remercier ma directrice de mémoire Madame Anaïs GIRAUDIER pour ses apports méthodologiques, sa bienveillance et sa disponibilité.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes qui ont participé à mon étude. Leurs partages d'expériences ont contribué à la richesse de mes recherches.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation de Marseille m'ayant permis d'acquérir de solides connaissances en ergothérapie.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes tuteurs de stage qui m'ont permis de découvrir diverses facettes de l'ergothérapie et de construire ma posture professionnelle.

Ensuite, je souhaite remercier mes camarades de promotion pour leur partage et leur soutien durant les trois années de formation.

Enfin, je tiens à remercier mes proches qui m'ont soutenue pendant ces trois années de formation.

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Le contexte.....	1
1.1.1	Le point de rupture.....	1
1.1.2	La problématique professionnelle.....	2
1.2	Le thème	2
1.2.1	Champs disciplinaires	2
1.2.2	Explications terminologiques	2
1.3	Résonance	4
1.3.1	Questionnement socialement vif (QSV).....	4
1.3.2	Enjeux, utilité.....	5
1.4	Enquête exploratoire	6
1.4.1	Objectifs généraux	6
1.4.2	Objectifs spécifiques.....	7
1.4.3	La population cible	7
1.4.4	Sites d'explorations.....	8
1.5	Choix ORD (outil de recueil de données).....	8
1.5.1	Réflexion éthique et législative.....	9
1.5.2	Les biais et stratégies à adopter pour les limiter	9
1.6	Construction de l'ORD	10
1.6.1	Modalité de passation	10
1.6.2	Outils de traitement.....	10
1.6.3	L'enquête d'échantillonnage.....	10
1.6.4	Le test.....	11
1.7	Les résultats de l'enquête exploratoire	11
1.7.1	Analyse descriptive de la population	11
1.7.2	Analyse textuelle des entretiens.....	12
1.7.3	Analyse critique	14
1.7.4	Problématisation pratique	14
1.8	La revue de littérature	15
1.8.1	Champs disciplinaires et leurs bases de données.....	15
1.8.2	Equation de recherche.....	15
1.8.3	Les articles cibles.....	16

1.8.4	L'analyse de la revue de littérature	17
1.8.5	Synthèse de la problématisation pratique	20
1.9	Question initiale de recherche	21
1.10	Cadre de référence	21
1.10.1	L'estime de soi	21
1.10.2	L'équilibre occupationnel	23
1.10.3	Problématisation théorique et recontextualisation	27
1.11	Question de recherche	28
2	Matériel et méthode	28
2.1	Méthode de recherche	29
2.2	Population cible et sites d'explorations	29
2.3	Les objectifs de la recherche	30
2.4	Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données	30
2.4.1	Outil théorisé de recueil de données	31
2.4.2	Biais et stratégies pour les atténuer	31
2.4.3	Construction de l'outil théorisé de recueil de données	32
2.4.4	Le cadre réglementaire et éthique	33
2.4.5	Outils de traitement et d'analyse des données	33
2.4.6	Test de l'outil de recueil de données	34
2.5	Déroulement de la recherche	34
3	Résultats	35
3.1	Les données descriptives	35
3.2	L'analyse thématique	36
4	Discussion	42
4.1	Interprétation des résultats	42
4.2	Les éléments de réponse à l'objet de recherche	44
4.3	La critique du dispositif de recherche	45
4.4	Les apports, les intérêts et les limites des résultats pour la recherche	46
4.5	Les propositions d'éléments de transférabilité pour la pratique professionnelle	47
4.6	Les perspectives de recherche	48
	Bibliographie	49
	Annexes	52

1 Introduction

Cette première partie nous permet de rassembler les connaissances actuelles sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) ainsi que la perception de l'image corporelle des personnes avec un TCA. Ensuite, une enquête exploratoire sera menée pour découvrir la pratique en ergothérapie actuelle. Celle-ci permettra de faire émerger des thématiques. Ces thématiques construiront la revue de littérature. Nous pourrons confronter les pratiques aux données théoriques existantes. Pour finir, un cadre de référence sera réalisé afin d'étayer l'analyse et d'apporter un éclairage sur le sujet de l'étude.

1.1 Le contexte

Pour commencer, depuis le début de ma deuxième année, nous avons eu des apports de connaissances conséquents sur le domaine de la psychiatrie. Je souhaite réaliser mes recherches sur une pathologie psychiatrique, car c'est un domaine qui suscite mon intérêt et ma curiosité. J'ai pensé aux troubles du comportement alimentaire qui ont une cohérence avec mon vécu en tant qu'ancienne gymnaste. En effet, j'ai rencontré de nombreuses filles dans l'équipe de gymnastique qui avaient un trouble du comportement alimentaire. La surcharge mentale et la stigmatisation du poids de ces filles ont développé une anorexie mentale, de la boulimie, et même de la potomanie.

1.1.1 Le point de rupture

La formation en ergothérapie de l'Institut de formation de Marseille inclut plusieurs heures sur le sujet des troubles du comportement alimentaire. Nous avons beaucoup appris sur les troubles en eux-mêmes et sur la globalité de la prise en soin en ergothérapie des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire. Néanmoins, l'aspect de leur représentation de l'image corporelle reste un peu flou.

De plus, durant le stage du semestre 4, j'ai pu découvrir l'ergothérapie en hôpital psychiatrique et j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. Cette pathologie impacte tous les aspects de leur vie quotidienne et leur vision des choses.

En constatant l'impact de la représentation corporelle sur ces patients, nous pouvons remarquer que, dans notre société actuelle, le sujet du corps de la femme évolue petit à petit. Sur les réseaux sociaux le phénomène de « body positivisme » est un anglicisme francisé, ce qui, théoriquement, devrait améliorer le rapport des femmes à leur corps. Cependant, il y a 600 000

adolescents et jeunes adultes en France atteints d'un trouble du comportement alimentaire et ces troubles affectent davantage les femmes que les hommes (1).

1.1.2 La problématique professionnelle

La problématique professionnelle qui a été réfléchiée en amont et que nous avons souhaité traiter est la suivante : en quoi la prise en soin en ergothérapie pourrait-elle intégrer la représentation de l'image corporelle des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire ?

1.2 Le thème

Dans cette partie, nous explorerons les champs disciplinaires et les définitions terminologiques.

La problématique professionnelle nous interroge sur la thématique suivante : l'ergothérapie et l'accompagnement de l'intégration de la représentation du corps auprès des personnes ayant un trouble du comportement alimentaire.

1.2.1 Champs disciplinaires

Nous allons évoquer les champs disciplinaires concernant la thématique.

Premièrement, les sciences médicales car la population étudiée est traitée avec des données et des connaissances médicales. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit les sciences médicales comme : « Une science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies; art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé » (2).

Dans un second temps, nous nous appuyerons sur les sciences humaines et sociales car le sujet évoque une thématique en ergothérapie sur un public particulier. Et nous devons traiter les interactions humaines et les dynamiques sociales. De plus, les sciences humaines font partie du champ de la psychologie. L'Encyclopédie Française définit les sciences humaines et sociales comme : « l'ensemble des branches de connaissances scientifiques qui permettent de comprendre la façon de vivre des hommes dans leur environnement et leurs interactions » (3).

Ensuite, nous utiliserons les sciences de l'occupation afin d'avoir des notions sur la pratique ergothérapeutique, qui est une discipline qui prend en compte les activités de la vie quotidienne. Les sciences de l'occupation sont définies comme étant une « science fondamentale dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal » (4).

1.2.2 Explications terminologiques

Pour amorcer le sujet, nous devons définir les principaux termes de notre thématique.

Pour commencer, les troubles du comportement alimentaire sont définis par l'OMS : « Les troubles du comportement alimentaire, tels que l'anorexie mentale et la boulimie, impliquent une alimentation anormale et une obsession pour la nourriture, ainsi que des préoccupations prédominantes concernant le poids et la forme du corps. » (5). C'est-à-dire qu'il y a une relation anormale avec l'alimentation et que ce trouble impacte la représentation du poids et du corps de la personne concernée.

Comme énoncé en amont, il y a différents troubles du comportement alimentaire. Premièrement, il y a l'anorexie mentale qui est le trouble de santé mentale dont le risque de mortalité est le plus élevé (6). Elle est décrite comme une conduite restrictive d'alimentation qui est volontaire. La persistance et la sévérité laissent penser qu'il s'agit d'une manifestation de troubles névrotiques tels que « le trouble obsessionnel-compulsif » et le « trouble de la personnalité plus grave ». Cela implique une perte de contact avec une partie de la réalité de leur corps et aussi un déni massif des besoins fondamentaux (6).

Ensuite, il y a la boulimie, qui se caractérise par un ensemble d'épisodes récurrents d'hyperphagie (consommation d'une grande quantité d'aliments) incontrôlée, puis la personne met en œuvre des comportements compensatoires qui visent à garder le même poids. Ces comportements sont souvent des vomissements, la prise de laxatifs et de diurétiques, le jeûne et l'excès d'activité physique. Ces personnes ressentent de la honte, du dégoût et de la culpabilité (6).

Il y a aussi l'hyperphagie qui ressemble à la boulimie sans comportements compensatoires. Après cette consommation excessive, la personne ressent aussi de la honte, du dégoût et de la culpabilité (6).

Il existe des formes atypiques de trouble du comportement alimentaire. Le grignotage en fait partie. En effet, c'est une habitude qui consiste à ingérer de façon répétée de faibles quantités de nourriture en dehors des repas. Aussi, l'orthorexie peut être apparentée à un trouble, c'est le fait d'être excessivement centré sur la qualité de la nourriture. La personne peut ressentir une angoisse de manger un aliment perçu comme « malsain » et préférera ne pas manger. L'avant-dernier est le pica, ce trouble est l'ingestion de substances non comestibles. Ce trouble est souvent présent chez les personnes présentant un retard mental ou un trouble du spectre autistique. Pour finir, nous allons parler de la potomanie, c'est le fait de boire excessivement un liquide comestible, afin d'atteindre une sensation de satiété (6).

L'ordre des ergothérapeutes du Québec décrit que l'ergothérapeute en psychiatrie « *soutient la personne pour qu'elle atteigne un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Pour ce faire, il cherche à faciliter la récupération ou le développement des fonctions cognitives (l'attention, la concentration, la mémoire, la résolution de problème, etc.), affectives (par exemple, le contrôle des émotions) et sociales (la connaissance des règles sociales, la capacité à s'adapter au contexte social, etc.) nécessaires pour vivre un quotidien satisfaisant* » (7).

Donc, l'ergothérapeute a une approche globale et holistique vis-à-vis de la personne. Ce professionnel va prendre en compte toutes les composantes de cette personne pour la rendre la plus autonome et indépendante dans le contexte social. Il va aussi essayer de détendre les tensions psychiques du patient par des activités manuelles, corporelles...

L'image corporelle, « c'est la perception qu'une personne a de son propre corps : c'est l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense » (8), c'est-à-dire, ce que la personne projette de son corps, ce qu'elle ressent lorsqu'elle se regarde et ce qu'elle perçoit, pour elle, comment elle représente et incarne son corps dans l'espace. L'image corporelle peut être positive ou négative.

1.3 Résonance

Cette partie va nous permettre d'aborder les enjeux et l'utilité de cette étude. Nous pourrions voir si notre thématique est une question socialement vive.

1.3.1 Questionnement socialement vif (QSV)

Les médias jouent un rôle essentiel dans la formation de sa propre image corporelle. Des normes souvent irréalistes sont véhiculées par les publicités, les magazines et les réseaux sociaux (9). Des individus peuvent comparer leur apparence et cela peut augmenter le risque de développer des troubles du comportement alimentaire (9). En effet, une étude faite en 2021 démontre qu'il y a une hausse des comparaisons dans les relations virtuelles sur les médias sociaux et que les personnes qui ont une utilisation plus élevée des médias sociaux sont plus susceptibles d'avoir une satisfaction corporelle inférieure (10).

L'image corporelle peut être impactée par des facteurs psychologiques et sociaux. En effet, si la personne a une estime d'elle-même fragile, qu'elle vit des expériences de discrimination ou de harcèlement sur des aspects physiques, cette personne peut avoir une représentation de son image corporelle négative. Ces expériences de discrimination ou de harcèlement social peuvent conduire à une déformation de sa perception de son propre corps (9).

Les personnes qui ont un trouble du comportement alimentaire sont prises en soin par une équipe pluridisciplinaire, pour allier des interventions psychologiques, nutritionnelles et

médicales. Il existe une thérapie qui se nomme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Cette approche peut permettre aux patients d'analyser toutes leurs pensées négatives sur leur corps en général et de favoriser des comportements alimentaires plus sains (11).

Ces trois éléments peuvent alimenter notre réflexion. En effet, nous pouvons constater que la représentation de notre corps peut être influencée par les réseaux sociaux. Les êtres humains se sont toujours comparés, les réseaux sociaux et les filtres beauté peuvent accentuer cette comparaison et, si les personnes qui regardent ces images sont potentiellement avec une estime d'eux-mêmes basse, il peut y avoir une envie de changement. Ce changement peut être positif, par exemple, changer d'alimentation ou pratiquer une activité physique de façon modérée, comme il peut être négatif avec une discrimination de l'image du corps et de l'estime de soi. La TCC est une thérapie avec de nombreuses documentations qui pourront nous être utiles pour explorer comment le patient peut devenir acteur, se rendre compte de ses pensées négatives et en quoi l'ergothérapeute peut proposer cette pratique pour favoriser des comportements alimentaires sains.

1.3.2 Enjeux, utilité

Ce mémoire sera utile pour comprendre la prise en soin en ergothérapie sur l'image corporelle et la représentation du corps pour les personnes qui ont un trouble du comportement alimentaire.

Une étude a démontré que l'anorexie mentale est l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15 - 24 ans, elle est responsable de 1% des décès en France (12). En effet, la période de l'adolescence et du début de la vie d'adulte qui sont des périodes distinctes, peuvent être mal vécues par certains. Notamment, les jeunes filles et jeunes femmes ne se sentent pas forcément à l'aise dans leur corps. Ce mal être peut se répercuter dans l'alimentation. Cette cause de mortalité est un enjeu de santé publique.

De plus, les troubles du comportement alimentaire des étudiants durant la pandémie de la COVID-19 sont devenus un enjeu majeur pour la santé publique sur le plan social. En effet, une étude démontre qu'avec le confinement, la distanciation sociale, le stress et la dépression sur un échantillon de 8 897 étudiants. Il en ressort une prévalence des troubles du comportement alimentaire de 20,3 % d'étudiants en 2015 contre une prévalence des troubles du comportement alimentaire de 46,6 % d'étudiants en 2021 (13).

Cette réflexion a un enjeu thérapeutique. Le livre « l'ergothérapie en santé mentale » de Hélène Hernandez nous évoque que l'ergothérapie peut aider les personnes à intégrer la perception de leur corps, à faire des rééducations sensorielles, et à renforcer l'autonomie (14). Cela pourra

apporter des connaissances sur l'efficacité de l'ergothérapie dans la gestion de la perception corporelle. Nous pourrions donc faire un état des lieux clinique sur tout ce qu'il existe déjà et ce qu'il est dit sur ce sujet.

Il y a aussi un enjeu psychologique, l'étude pourrait démontrer que les thérapies occupationnelles apportent un développement des compétences occupationnelles avec un travail sur la réappropriation du corps à travers des activités significatives, une expérience corporelle positive avec des approches sensori-motrices et un renforcement du sentiment de compétence (15). Pour comprendre le bien-être de la personne, nous devons comprendre la pyramide de Maslow. La pyramide de Maslow est un outil qui interprète de façon pertinente le bien-être physique, mental et social chez les humains. Les personnes qui ont des troubles du comportement alimentaire ont souvent une représentation de leur corps négative donc cette représentation négative impacte leur estime d'elles-mêmes (16).

Pour finir, le sujet du positionnement et de la démarche en ergothérapie sur des personnes ayant un trouble du comportement alimentaire et l'accompagnement de l'ergothérapeute dans leur interprétation de leur corps et leur acceptation corporelle peuvent être un questionnement utile pour certains professionnels de santé. En effet, les troubles du comportement alimentaire sont un enjeu de santé publique, il est donc important de comprendre les rôles et l'accompagnement de chacun. Cela pourra aussi apporter des connaissances à la communauté scientifique et comprendre que l'ergothérapeute peut intervenir dans chaque activité de la vie quotidienne et en psychiatrie à l'aide de médiation corporelle, avec un objet transitionnel, la participation des individus ou en utilisant les activités manuelles.

1.4 Enquête exploratoire

Dans cette partie, qui est l'enquête exploratoire, nous allons décrire chaque étape de l'élaboration de cette enquête.

Le thème principal est : le positionnement et l'accompagnement en ergothérapie sur la représentation de l'image corporelle des personnes avec trouble du comportement alimentaire.

1.4.1 Objectifs généraux

Les objectifs généraux sont :

- Confronter la thématique à la réalité du terrain.
- S'assurer de la vivacité de la problématique professionnelle sur le terrain des praticiens et de son utilité pour les professionnels.

- Découvrir les éléments pertinents reliés à la thématique.

1.4.2 Objectifs spécifiques

Pour ce questionnaire, il y a plusieurs objectifs spécifiques, qui sont :

- Comprendre la perception de l'ergothérapeute sur les attendus de la thérapie auprès des personnes avec un trouble du comportement alimentaire.
- Comprendre la perception de l'ergothérapeute concernant l'acceptation du corps.
- Comprendre l'influence de la prise en soin et identifier les techniques d'intervention auprès des personnes avec un TCA.
- Connaître et comprendre la perception de l'ergothérapeute concernant l'aspect psychoaffectif de la personne avec un TCA lors de l'intervention et plus précisément lors de la verbalisation.

1.4.3 La population cible

Pour cette partie, nous allons définir la population cible et reconnaître les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont :

- Des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie avec des personnes qui ont un trouble du comportement alimentaire.
- Des ergothérapeutes qui travaillent en SMR (Service Médicaux et de Réadaptation) pouvant travailler avec des personnes avec des TCA.
- Des ergothérapeutes francophones.
- Des ergothérapeutes qui abordent l'image corporelle ou la médiation corporelle.
- Des ergothérapeutes qui font de la veille professionnelle.

Les critères d'exclusion sont :

- Des ergothérapeutes ayant obtenu leur diplôme il y a moins de 3 ans, car ils n'auront pas le recul nécessaire et ne pourront pas appuyer leurs justifications sur des données et expériences professionnelles.
- Des ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé avec ce public.
- Des ergothérapeutes non francophones.
- Des ergothérapeutes ne prenant pas en soin l'image corporelle ou la médiation corporelle.

1.4.4 Sites d'explorations

Les ergothérapeutes que nous allons interroger travailleront essentiellement en psychiatrie, plus précisément en hospitalisation complète ou de jour en hôpital, en clinique, dans un centre spécialisé, en réhabilitation psychosociale et en SMR car dans cette discipline, les ergothérapeutes peuvent prendre en charge des personnes avec un trouble alimentaire.

1.5 Choix ORD (outil de recueil de données)

L'outil de recueil de données choisi pour cette enquête est l'entretien. C'est une méthode qualitative. Nous avons choisi une méthode qualitative en premier lieu pour avoir des données précises sur notre sujet.

De plus, il y a différentes techniques pour récolter des données qualitatives, il y a l'observation, l'entretien et le focus group. Nous allons utiliser la méthode de l'entretien, qui est décrite comme une méthode qui permet « d'analyser et de comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets » (17) car les données de l'entretien nous permettront d'obtenir des réponses concrètes et de fond (17).

Dans le cadre de notre sujet, nous avons choisi l'entretien pour comprendre l'intervention de l'ergothérapeute sur la perception du corps en profondeur.

Pour l'entretien, il existe trois types d'entretiens différents : l'entretien directif, semi-directif et non-directif ou libre (17).

Pour l'enquête exploratoire, nous avons décidé d'utiliser un entretien semi-directif car nous pourrions avoir des réponses spécifiques en ciblant l'image corporelle. Nous souhaitons qu'il y ait un équilibre entre la structuration et la flexibilité. L'objectif est de cibler des réponses sur l'image corporelle et son intégration dans la pratique ergothérapeutique, mais de laisser émerger des éléments qui n'ont pas été anticipés.

Voici, les avantages d'un entretien semi-directif. Une démarche semi-directive permet à un entretien d'être structuré et impose une interaction entre les deux interlocuteurs. Elle permet aussi d'approfondir des sujets précis avec des relances ou des questions ciblées. Enfin, la démarche semi-directive permet d'identifier des problématiques méconnues et d'enrichir une réflexion théorique (18).

En revanche, voici les inconvénients d'un entretien semi-directif : la personne interviewée a moins de liberté pour donner son avis et peut être influencée involontairement par les questions(18).

1.5.1 Réflexion éthique et législative

Dans cette partie, nous pourrions savoir si l'enquête exploratoire peut être réalisable en termes d'éthique et de législation.

Premièrement, la loi Jardé existe pour défendre les personnes humaines qui participent à des enquêtes. Nous pouvons constater que nous ne correspondons pas au cadre réglementaire défini par cette loi, car notre étude interroge des professionnels de santé qui correspondent à des personnes non vulnérables. De plus, cette loi ne s'applique pas car l'étude n'influence pas l'intervention habituelle des ergothérapeutes (19).

Néanmoins, il y a le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) qui s'applique pour le respect des droits, de la confidentialité, de la transparence des données, de la minimisation des données des individus. Elle protège les données et elle assure l'anonymat, la confidentialité et la suppression des données. Ainsi, conformément à la réglementation, les personnes doivent remplir une fiche de consentement (20). (Cf. Annexe 1)

Nous avons donc informé les participants interrogés du respect de cette réglementation et nous nous sommes engagés à détruire les enregistrements après l'étude.

1.5.2 Les biais et stratégies à adopter pour les limiter

Les biais en recherche, qui sont aussi nommés des limites, sont une déformation des données que nous transmettons. Ils peuvent se manifester de manière consciente ou inconsciente, c'est pour cela qu'il est important de les repérer pour pouvoir anticiper et les atténuer efficacement (21).

Les principaux biais :

- Les biais affectifs, qui comprennent la déformation du jugement qui peut affecter le processus de raisonnement et l'impact sur l'écoute. Pour pallier ces biais, il faut comprendre que notre état d'esprit du moment peut perturber la qualité du recueil de données et faire en sorte que ces états aient moins de conséquences sur le déroulement de l'entretien (21).
- Les biais de désirabilité sociale, qui correspondent au comportement à se montrer sous une facette positive, à vouloir plaire, et à une motivation provoquée par une valorisation. Il faudra multiplier les entretiens avec plusieurs individus pour avoir des points de vue variés (21).

- Les biais méthodologiques, qui comportent un recueil d'informations insuffisant, la personne interrogée n'est pas caractéristique de la population recherchée. Pour les atténuer, il faut prendre du temps et organiser son travail d'analyse et de traitement des informations et avoir des informations sur la population cible (21).

1.6 Construction de l'ORD

Dans cette partie, nous allons pouvoir cibler les thèmes que nous souhaitons aborder lors de l'entretien. Le thème principal est le positionnement et l'accompagnement en ergothérapie sur la représentation de l'image corporelle des personnes avec un trouble du comportement alimentaire. Nous allons présenter dans un tableau les questions relatives à l'image corporelle, à son intégration dans la pratique et à la composante psycho-affective, en lien avec la population cible.

Nous questionnerons les ergothérapeutes sur leurs pratiques auprès des personnes adolescentes ou adultes qui ont au moins un trouble du comportement alimentaire. (Cf. Annexe 2)

1.6.1 Modalité de passation

Les entretiens se feront en face à face dans un lieu calme ou en visioconférence afin de favoriser une meilleure compréhension. Cela nous permettra aussi d'observer les comportements et le paralangage. Nous disposerons d'au moins une heure. Les entretiens seront enregistrés avec le microphone du téléphone ou s'il y a une visioconférence, par un enregistreur sur Zoom afin d'être concentrés sur l'échange et d'éviter de prendre des notes. Les interlocuteurs questionnés seront au préalable avertis de l'enregistrement et auront signé une fiche de consentement.

1.6.2 Outils de traitement

La retranscription des entretiens sera réalisée sur Word à partir de l'enregistrement qui sera converti en format Mp4 et nous utiliserons un tableau d'analyse thématique pour analyser les entretiens. Il nous permettra de classer les ergothérapeutes et les différentes idées échangées durant l'entretien.

1.6.3 L'enquête d'échantillonnage

Nous avons contacté plus de soixante ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie par mail, ainsi que deux en SMR par téléphone. De plus, nous avons essayé de contacter par téléphone et par mail des ergothérapeutes qui exercent dans les centres spécialisés pour les personnes avec des troubles du comportement alimentaire en France. Après trois semaines, les ergothérapeutes n'ayant pas répondu ont été relancés par mail.

1.6.4 Le test

Le test est une façon de percevoir les erreurs. Nous avons réalisé un entretien test avec une ergothérapeute qui travaille dans un service d'hospitalisation complète et qui a travaillé dans un service spécifique pour accompagner les personnes avec un trouble du comportement alimentaire. En effet, grâce à celui-ci, nous avons pu cibler les actes des ergothérapeutes auprès de ce public car nos questions étaient trop générales. De plus, nous avons aussi éliminé les questions sur l'ergothérapeute et sa propre image corporelle qui, avec du recul, n'avaient pas un réel intérêt.

Le test a permis de modifier le terme « image corporelle » et d'ouvrir le sujet. En effet, dans les autres entretiens, nous avons pu donner plusieurs synonymes comme représentation de soi, image de soi, ces termes étaient plus explicites pour les ergothérapeutes. De plus, il a permis de valider la grille d'entretien. (Cf. Annexe 2)

1.7 Les résultats de l'enquête exploratoire

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de l'outil de recueil de données et l'analyser. (Cf. Annexe 3)

Nous avons réalisé trois entretiens, donc il y a trois retranscriptions.

1.7.1 Analyse descriptive de la population

Trois ergothérapeutes ont accepté de réaliser un entretien. Elles respectaient toutes les critères d'inclusion et d'exclusion décrits en amont.

Description des ergothérapeutes interviewées :

La première est une femme âgée de 57 ans, elle est ergothérapeute et exerce depuis 35 ans ce métier, elle travaille dans le Sud-Ouest de la France. Elle exerce dans un hôpital psychiatrique public et intervient auprès de patients psychotiques et névrotiques. (Cf. Annexe 3)

La seconde est une femme de 38 ans, elle est ergothérapeute depuis 2008. Depuis 8 ans, elle est spécialisée dans l'intervention en addictologie. Elle exerce dans le Sud-Est de la France. Elle travaille dans un hôpital psychiatrique public et intervient auprès de patients psychotiques et névrotiques. (Cf. Annexe 3)

La troisième est une femme de 60 ans, elle est ergothérapeute et exerce depuis 37 ans ce métier. Elle est formée à plusieurs techniques en psychiatrie, elle travaille dans le centre de la France. Elle exerce dans un hôpital psychiatrique privé et a toujours côtoyé les personnes avec des troubles du comportement alimentaire. (Cf. Annexe 3)

1.7.2 Analyse textuelle des entretiens

Grâce à ces entretiens, nous pouvons explorer le point de vue des ergothérapeutes sur les thèmes majeurs. De plus, il y a divers sujets qui ont émergé tels que les médiations, la prise de plaisir, la gestion des comportements alimentaires et l'importance de la relation de confiance. (Cf. Annexe 3)

Les objectifs généraux de la prise en soin

Pour commencer sur les objectifs généraux de la prise en soin, Ergo 1 met en avant l'intérêt de réduire les tensions et les angoisses de la personne, ce qui favorise la détente de la personne (L45-55). Ergo 2 souligne l'importance de l'expression de soi à travers des activités manuelles et créatives, pour elle, ces activités permettent d'explorer l'image de soi (L701). De son côté, Ergo 3 insiste sur la première étape qui est la mise en place du lien de confiance (L909-911).

L'acceptation de l'image corporelle

Dans le prolongement des objectifs, l'acceptation de l'image corporelle apparaît comme un élément central. Ergo 1 met en avant les relations humanistes qui se basent sur l'accueil des émotions, sans jugement (L154-156). Alors que, Ergo 2 met l'accent sur l'amélioration de l'estime de soi pour se projeter positivement au niveau corporel (L703-705,793). Par ailleurs, Ergo 3 propose des activités pratiques telles que les bracelets brésiliens afin que la personne avec un TCA mesure son poignet. Cela initie la prise de conscience corporelle chez la personne avec un TCA (L942-946).

La composante psycho-affective

De plus, pour la composante psycho-affective que nous avons voulu interroger, Ergo 1 préconise un cadre bienveillant et structurant (L228-237). Du côté d'Ergo 2, elle met en évidence les bienfaits du travail en groupe qui contribue à un soutien mutuel et émotionnel entre les patients (L721-726,846-847). Enfin, Ergo 3 évoque la verbalisation spontanée qui s'appuie sur des activités artisanales. Elles contribuent à l'expression libre des émotions et du ressenti (L932-946).

Les médiations

En parallèle, la médiation occupe une place centrale lorsqu'on analyse les axes d'interventions des trois ergothérapeutes. Ergo 1 valorise les activités comme le dessin, la photographie, le Tai chi, le Qi Gong et aussi certains massages (L131,212,293-317). Aussi, Ergo 2 privilégie les

médiations artistiques et quelques activités de groupe pour renforcer la confiance en soi (L700,815-817). Quant à Ergo 3, elle met en évidence les activités manuelles (L932-943).

De plus, il y a la médiation sensorielle qui est évoquée par Ergo 1. Elle décrit l'utilisation des activités sensorielles comme des activités avec des odeurs, des bains sonores ou même des séances dans la nature. L'objectif pour elle, c'est une reconnexion avec leurs sensations (L105-106,290-300).

La recherche du plaisir

La recherche du plaisir est un point commun pour les trois ergothérapeutes. Ergo 1 mentionne l'utilisation d'activités relaxantes et même plaisantes ou encore des moments de partage autour d'un thé à la fin des séances (L54-63,202-237,293). Ergo 2 évoque qu'il est important d'offrir une expérience agréable et valorisante lors des médiations (L700). Enfin, Ergo 3 souligne l'encouragement qu'elle donne lors des activités pour que le patient retrouve du plaisir sans culpabiliser (L905-906).

La gestion des comportements alimentaires

Pour la gestion des comportements, Ergo 1 insiste sur la perception de leur corps et qu'il n'est pas qu'un objet, mais plutôt un outil actif dans leur vie (L116-117). Ergo 2 travaille sur l'exploration de soi en intégrant progressivement le trouble (L747-753). De son côté, Ergo 3 travaille sur le renforcement de l'estime de soi grâce à un cadre bienveillant et sans jugement (L921-922).

Les fondements de l'accompagnement

Voici un autre aspect fondamental, la relation de confiance, Ergo 1 insiste sur le rôle d'un environnement enveloppant et bienveillant (L137-165). De son côté, Ergo 2 met en avant le travail en groupe, qui, pour elle, peut renforcer cette relation (L698-714). Et enfin, Ergo 3 considère que la relation de confiance amène à un mieux-être de la personne lors de séances (L925-946).

La verbalisation

Et pour finir, les trois ergothérapeutes pensent qu'il est important de ne pas centrer la discussion sur le symptôme. Ergo 1 favorise le maintien d'un espace neutre afin de ne pas dévier sur une focalisation excessive du trouble en séance (L190-196). Ergo 2 souligne que les patients peuvent échanger entre eux à propos de leurs expériences, pour se transmettre des conseils, sans

que l'aspect du corps ne soit discuté (L721-726,788). Enfin, Ergo 3 pense qu'une verbalisation indirecte permet d'aborder certains problèmes de manière détournée (L943-946).

1.7.3 Analyse critique

Cette enquête exploratoire, nous a permis de mieux comprendre l'intervention ergothérapeutique auprès des personnes avec un trouble du comportement alimentaire. Nous avons remarqué les convergences de points de vue des ergothérapeutes sur la prise de plaisir et le cadre bienveillant, mais aussi certaines divergences comme l'approche sensorielle qui est utilisée par une et absente chez les deux autres. Le choix méthodologique a été pertinent, nous avons obtenu des données qualitatives détaillées et riches.

Nous avons identifié certaines limites.

Premièrement, nous avons eu un faible échantillon, ce qui impacte l'obtention de résultats représentatifs. De plus, une enquête exploratoire qualitative peut être chronophage sur plusieurs niveaux. Tout d'abord, la recherche des ergothérapeutes demande du temps, la planification est complexe car il faut prendre en compte les contraintes de disponibilité. Par ailleurs, la retranscription est une étape qui requiert de la rigueur et de la précision et, ensuite, l'analyse du contenu implique une lecture approfondie et une réflexion.

Cette enquête amène un éclairage intéressant sur les pratiques des ergothérapeutes avec leurs patients, malgré des contraintes méthodologiques.

1.7.4 Problématisation pratique

La présentation et l'analyse des résultats de cette enquête exploratoire font ressortir plusieurs questions et nous dirigent vers un sujet plus précis.

Au vu des résultats obtenus, l'image corporelle n'est pas spécifiquement le point de prise en soin en ergothérapie, mais il y a de nombreux aspects autour qui font travailler l'image de soi sans que cela soit un objectif d'intervention. Nous savons aussi qu'il est difficile d'échanger avec des ergothérapeutes qui utilisent cette spécificité. Nous avons donc décidé d'élargir le thème et de ne plus nous fermer qu'à l'image corporelle. Les entretiens font ressortir le travail sur l'estime de soi, alors nous pouvons nous demander ce que prend en compte l'estime de soi et en quoi elle pourrait être bénéfique pour ce public ? Donc, par quels moyens les ergothérapeutes accompagnent la personne à favoriser l'augmentation de leur estime d'eux-mêmes ?

Aussi, la relation au plaisir et la satisfaction dans les activités sont ressorties dans les différents entretiens. Nous pouvons donc nous demander en quoi l'ergothérapie peut-elle travailler sur

cette composante ? Comment les personnes avec un TCA peuvent retrouver du plaisir dans les activités de la vie ?

Enfin, nous pouvons donc nous questionner sur un thème qui a évolué depuis le début de ce mémoire : quel est le rôle de l'ergothérapeute pour favoriser l'estime de soi et la satisfaction dans les activités de la vie quotidienne auprès des personnes avec un trouble du comportement alimentaire ?

1.8 La revue de littérature

Dans cette partie, nous allons explorer les connaissances scientifiques et théoriques sur les troubles du comportement alimentaire. Pour assurer une analyse rigoureuse, nous baserons notre méthodologie sur une recherche documentaire à partir de bases de données scientifiques et aussi d'ouvrages de référence. De plus, nous sélectionnerons nos articles avec des critères déterminés en amont.

1.8.1 Champs disciplinaires et leurs bases de données

Nous allons illustrer les champs disciplinaires ainsi que leurs bases de données.

Les champs disciplinaires sont les sciences médicales car les troubles du comportement alimentaire sont une pathologie psychiatrique. Les sciences humaines qui pourront nous apporter des données sur la représentation du corps et des données sur l'aspect psychologique. Les sciences de l'occupation car ce travail traite un sujet d'ergothérapie.

Les bases de données sont pour les sciences de l'occupation, OT seeker, Sage Journals. Pour les sciences humaines, nous chercherons sur Cairn et Sage Journals. Pour les sciences médicales, nous utiliserons PubMed, ScienceDirect, Sage Journals et Cochrane et pour finir, nous utiliserons la base de données Google Scholar qui englobe de nombreux champs disciplinaires.

1.8.2 Equation de recherche

Pour créer une équation de recherche, nous devons utiliser des mots clés et des opérateurs booléens.

Pour notre équation de recherche, nous allons mettre le mot-clé « ergothérapie » car cette revue de littérature se concentre sur une pratique ergothérapeutique. Nous utiliserons la troncature « ergothérap* » pour trouver les mots « ergothérapeute, ergothérapeutes, ergothérapie et ergothérapies ». Cette troncature nous sert à élargir le champ de recherche à toutes les formes d'un terme. Nous allons aussi mettre les termes « image corporelle » et « estime de soi » pour

avoir des données sur la représentation du corps et de l'état interne ou avoir des sujets qui survolent notre thème. Et pour finir, nous mettrons « trouble du comportement alimentaire » et en revanche, nous ne traduirons pas « TCA » car il n'y a pas de traduction en anglais.

Nous avons utilisé HeTop pour connaître les termes et synonymes MESH des mots-clés en anglais afin de regrouper toutes les études qui utilisent des synonymes ou variantes d'un même mot afin de préciser la recherche.

Les mots clés en anglais sont :

- Occupational therapy ou OT et la troncature occupational therap*
- Body image
- Self esteem
- Feeding and Eating Disorders

Nous pouvons maintenant les relier avec des opérateurs booléens. Nous avons choisi le « ET », « OU ». Voici, les équations de recherches :

- En français : (ergothérap*) ET ("image corporelle" OU "estime de soi") ET ("troubles des conduites alimentaires" OU "trouble du comportement alimentaire" OU TCA)
- En anglais : ("occupational therapy" OR OT) AND ("body image" OR "self-esteem") AND "Feeding and Eating Disorders"

1.8.3 Les articles cibles

Afin de disposer d'une revue de littérature qui correspond à notre thème, nous allons identifier les critères d'inclusion et d'exclusion pour sélectionner des articles.

Voici, les critères d'inclusion déterminés :

- Articles portant sur des adolescents ou des adultes présentant un trouble du comportement alimentaire.
- Articles provenant de tous les pays anglophones ou francophones.
- Articles publiés après 2010 pour assurer une revue de littérature actualisée.
- Articles scientifiques, professionnels et aussi de la littérature grise.

Maintenant, les critères d'exclusion sont déterminés :

- Etudes portant sur des enfants/adolescents de moins de 12 ans.
- Articles publiés avant 2010.
- Articles qui citent les TCA sans apporter des données probantes sur le sujet.

- Articles inaccessibles en texte intégral.

Les tableaux des résultats des bases de données sont en annexe. (Cf. Annexe 4)

1.8.4 L'analyse de la revue de littérature

Dans cette partie, la revue de littérature va être présentée. Premièrement, elle s'appuie sur 10 articles, trois francophones, l'un est français et les deux autres sont québécois, deux des États-Unis, un du Royaume-Uni, un d'Allemagne, un de Nouvelle-Zélande, l'un du Canada et le dernier provient du Maroc. Les articles ont été publiés entre 2011 et 2023.

Cette revue de littérature repose sur six articles scientifiques, dont trois études quantitatives, deux qualitatives avec une qui a une méthodologie clinique, et une étude mixte avec une méthodologie transversale. Nous retrouvons aussi deux études professionnelles, dont une avec une méthodologie de revue narrative et l'autre de portée. Pour finir, nous présenterons deux littératures grises. (Cf. Annexe 5)

L'estime de soi

L'article de Catherine Bégin, Katrine Boucher, Audrey St-Laurent, Jenny-Lee Heppel et Carole Ratté explique que l'estime de soi est une perception globale qu'a une personne de sa propre valeur, impactant ses pensées, ses comportements et ses émotions (22). L'estime de soi joue un rôle important dans le développement et le maintien des troubles alimentaires. Elle peut être implicite, c'est-à-dire inconsciente et automatique, ou explicite qui veut dire consciente et mesurable (22). Catherine Bégin, Katrine Boucher, Audrey St-Laurent, Jenny-Lee Heppel et Carole Ratté démontrent que l'estime de soi implicite est l'insatisfaction corporelle, tandis que l'estime de soi explicite est associée à un sentiment de dévalorisation et à une focalisation sur la validation de l'apparence corporelle d'autrui (22). Nous comprenons donc que cette distinction des deux types d'estimation de soi est primordiale pour comprendre et analyser les mécanismes sous-jacents aux troubles du comportement alimentaire. Elle doit donc être prise en soin car elle influence les émotions, les pensées et les comportements de la personne (22).

Ensuite, nous pouvons constater que la perception qu'une personne a de son propre corps est souvent centralisée sur son estime de soi. En effet, une image corporelle qualifiée de négative est une distorsion perceptuelle et une insatisfaction souvent chronique (22). Pour compléter, Marie-Josée St-Pierre souligne que cette obsession de l'apparence physique néglige d'autres aspects valorisants de leur identité, tels que les compétences intellectuelles, créatives et sociales (23). Maree Sievwright interprète que la participation aux activités professionnelles permet de

redéfinir une certaine identité personnelle de manière positive, ce qui peut appuyer l'estime de soi. Elle met aussi en avant que les activités centrées sur le corps comme la danse ou le yoga, permettent de développer une relation plus saine et réaliste avec leur corps (24).

De plus, dans un cadre clinique, Nadia Attouche, Soukaina Hafdi, Rkia Somali, Omar Battas et Mohamed Agoub ont montré que la dépression et l'anxiété augmentent le risque de TCA et aggravent la faible estime de soi (25).

En lien avec les facteurs de risque ci-dessus, une nouvelle approche de l'estime de soi est présentée, elle concerne les traitements et l'accompagnement. Taona Haderlein et Janet Tomiyama testent un programme de prévention de TCA sur la motivation de l'alimentation basée sur la récompense. Ce programme de prévention qui utilise la technique de dissonance, démontre une réduction des cas. Les thérapies par dissonance cherchent à confronter leurs croyances avec leurs comportements. Elles aident les personnes à ajuster leurs comportements et leurs pensées dans le sens de leurs valeurs (26).

Pour finir, il existe des techniques pour renforcer l'estime de soi comme la TCC et les approches humanistes. L'article de Merle Lewer, Joachim Kosfelder, Johannes Michalak, Dorothea Schroeder, Nadia Nasrawi, Silja Vocks et l'article de Bryony Bamford et Victoria Mountford évoquent une réduction des distorsions corporelles lorsqu'une intervention est réalisée sur l'image corporelle ou l'estime de soi (27,28). L'article de Rhonda Merwin, Patrisia Nikolaou, Ashley Moskovich, Michael Babyak, Patrick Smith et Maria Karekla propose une thérapie d'acceptation et d'engagement, celle-ci réduit considérablement le score de surcharge pondérale des personnes avec une hyperphagie boulimique (29).

L'estime de soi, qui est la perception globale de sa propre valeur, est primordiale dans la compréhension des TCA. Cela soulève de nombreuses interrogations : dans quelle mesure l'anxiété et la dépression aggravent-elles la dévalorisation personnelle ? En quoi l'estime de soi influence-t-elle la participation des personnes avec un trouble du comportement alimentaire aux activités de la vie quotidienne ? Comment l'insatisfaction de soi impacte-t-elle l'engagement dans les activités valorisantes ? En quoi la participation à des activités centrées sur le corps pourrait-elle encourager une perception de soi plus saine et réaliste ? En quoi les interventions ergothérapeutiques favoriseraient-elles une redéfinition de l'identité personnelle et une meilleure estime de soi ?

L'équilibre de vie

L'équilibre de vie est un élément clé afin de maintenir la santé, le bien-être, le travail, la qualité des relations sociales, les loisirs. La perturbation de cet équilibre peut engendrer l'apparition des troubles du comportement alimentaire (23).

L'article fait par Marie-Josée St-Pierre, Pierre-Yves Therriault, Sandra Béliveau, Johana Monthuy-Blanc met en évidence le déséquilibre de vie caractérisé pour les personnes avec une anorexie mentale, hyperphagique ou boulimique par une organisation des activités de la vie quotidienne autour de leur symptomatologie. En effet, les personnes boulimiques et hyperphagiques surinvestissent les occupations telles que faire les courses, préparer des repas. A contrario, les personnes qui ont une anorexie mentale surinvestissent les activités physiques et les comportements compensatoires (30). Marie-Josée Saint-Pierre appuie l'idée en montrant que ce déséquilibre renforce l'épuisement mental et l'isolement social. Cela crée un cercle vicieux qui peut aggraver les symptômes des TCA (23). Par ailleurs, Nadia Attouche, Soukaina Hafdi, Rkia Somali, Omar Battas et Mohamed Agoub analysent aussi que les routines des personnes avec un TCA limitent leurs flexibilités et leurs adaptations. En plus d'avoir un déséquilibre qui compromet leur santé mentale, la capacité de ces personnes à s'engager dans les occupations valorisantes est perturbée (25).

Ensuite, il existe différentes approches pour évaluer et restaurer l'équilibre de vie. Il y a certaines approches étudiées par Merle Lewer, Joachim Kosfelder, Johannes Michalak, Dorothea Schroeder, Nadia Nasrawi, Silja Vocks et Bryony Bamford, Victoria Mountford qui sont inspirées de la TCC combinant un travail sur les pensées dysfonctionnelles et une réorganisation des routines de vie. L'objectif est d'initier les patients à adopter une vision de la vie plus flexible et à accepter des activités qu'ils pourraient en premier lieu percevoir comme inutiles ou inconfortables (27,28). En complément, Marie José Saint Pierre dit que les ergothérapeutes utilisent des outils d'évaluation afin d'analyser les routines et les occupations. Ces grilles d'analyses évaluent les déséquilibres et les priorités des patients, elles sont importantes afin de suivre les patients tout au long du processus thérapeutique (23). L'article de Mack Rebekah, Stanton Caroline, Carney Marissa précise que l'ergothérapie vise à retrouver un équilibre occupationnel en proposant des alternatives qui répondent aux besoins et capacités des personnes. L'objectif de cette démarche est de diminuer la place centrale des comportements alimentaires problématiques dans leur quotidien (31).

Pour finir, l'article de Mack Rebekah, Stanton Caroline, Carney Marissa aborde le rétablissement d'un équilibre de vie. Cet article dit que ce rétablissement contribue à une

amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes avec un TCA. L'article parle de « réintroduction d'activités significatives » (31). Celle-ci renforce la satisfaction personnelle et les relations sociales. Aussi, le sentiment de satisfaction dans les activités de la vie quotidienne est un élément important pour assurer un équilibre de vie (31) .

L'équilibre de vie, qui est défini comme une harmonisation des activités de la vie quotidienne, est un facteur déterminant pour la santé de l'individu. Lorsqu'une personne a un TCA, elle peut avoir un déséquilibre occupationnel, et nous pouvons nous questionner sur : Comment évaluer et identifier les déséquilibres occupationnels de la personne présentant un TCA ? En quoi les interventions basées sur la réorganisation des routines influenceraient-elles la flexibilité et l'adaptation de ce public ? Comment et par quels moyens l'ergothérapie peut-elle aider à retrouver un équilibre de vie auprès de ce public ? Par quels moyens les personnes avec un TCA pourraient-elles redécouvrir de la satisfaction dans certaines activités significatives ?

1.8.5 Synthèse de la problématisation pratique

A travers cette revue de littérature, nous pouvons constater que les troubles du comportement alimentaire impactent l'estime de soi, l'équilibre de vie et leur satisfaction dans les activités de la vie quotidienne.

D'une part, l'estime de soi qui, chez la personne avec un TCA, se voit altérée avec une insatisfaction corporelle et une focalisation sur l'apparence et la validation d'autrui.

D'autre part, l'équilibre de vie qui chez la personne avec un TCA est désorganisé, peut aggraver leur bien-être et leur satisfaction. Cette désorganisation se caractérise par un surinvestissement ou même une rigidité dans certaines activités de la vie quotidienne. Ce phénomène limite la capacité d'adaptation et la flexibilité. Certaines approches ergothérapeutiques décrites ci-dessus viennent répondre à ces enjeux, proposant des stratégies (évaluation de routine, ajustement progressif de l'engagement...) afin de retrouver une harmonie occupationnelle pour la personne.

Nous avons donc plusieurs interrogations sur le sujet : En quoi la perspective de l'ergothérapie diffère-t-elle des autres professions, particulièrement concernant l'équilibre de vie , la satisfaction dans leur vie et l'estime de soi ? Comment les interventions basées sur la réorganisation des routines influenceraient-elles l'adaptation et la flexibilité de ce public ? Comment l'ergothérapie peut-elle contribuer à la gestion des occupations et de la satisfaction de celles-ci afin de favoriser un équilibre occupationnel de ces personnes ? Quels sont les bénéfices de la réinsertion sociale des personnes qui ont un trouble du comportement alimentaire ?

1.9 Question initiale de recherche

A la suite de cette synthèse de la problématisation pratique, une question initiale de recherche en découle, la voici :

En quoi l'équilibre et la satisfaction occupationnels influenceraient-ils l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire ?

1.10 Cadre de référence

Dans le cadre de cette étude, nous allons élaborer un cadre de référence structuré sur deux thématiques principales : l'estime de soi et l'équilibre occupationnel.

Pour construire ce cadre de référence, nous nous sommes appuyés sur différents champs disciplinaires. L'estime de soi et la satisfaction sont évoquées à travers les apports de la psychologie et des sciences sociales. Nous avons utilisé les sciences de l'occupation et les sciences sociales pour l'équilibre occupationnel. Une matrice conceptuelle est détaillée en annexe. (Cf. Annexe 6)

1.10.1 L'estime de soi

Définitions

L'estime de soi est une perception qu'un individu a de sa propre valeur. Celle-ci est importante pour le bien-être global, pour une satisfaction et pour un équilibre de vie de la personne. L'ouvrage de Patrice Ras « Estime de soi, confiance en soi et amour de soi : les trois piliers du succès », présente trois termes clés (32) :

- La confiance en soi, qui incarne la croyance dans la capacité d'agir et de réussir. Elle est un levier primordial pour surmonter certaines étapes de la vie puis atteindre des objectifs personnels. Elle se construit à travers de nombreuses expériences réussies et positives. La confiance en soi se renforce par la gestion des échecs, ce sont des opportunités d'apprentissage. Patrice Ras pense qu'une confiance en soi solide renvoie à une vision réaliste des compétences et capacités à résoudre les difficultés de chacun (32).
- L'amour de soi, qui reflète l'acceptation de soi inconditionnelle, enveloppe une reconnaissance et une bienveillance de soi-même. Patrice Ras fait bien la distinction entre l'égoïsme ou le narcissisme et la base stable que l'individu construit avec une vision plus saine de sa propre valeur. L'amour de soi autorise à être imparfait

(reconnaissance des forces et des faiblesses). L'amour de soi ressemble aux approches basées sur « la pleine conscience » qu'explorent Ilios Kotsou et Alexandre Heeren. Ces approches encouragent un dialogue intérieur bienveillant, ainsi elles renforcent un sentiment de sécurité interne indispensable (32).

- Et pour finir, l'estime de soi, elle reflète l'évaluation subjective de sa propre valeur. Elle englobe certaines croyances telles que ses compétences, ses capacités et sa valeur interne. Elle est souvent influencée par l'auto-perception, l'autocritique, mais aussi des facteurs externes comme les réussites, les échecs et les interactions sociales (32).

Ces trois dimensions fondamentales sont complémentaires pour une stabilité psychique (32).

Les mécanismes de la construction de l'estime soi

Emeline Bardou et Nathalie Oubrayrie-Rouseel dans le livre « L'estime de soi : quelle valeur attribue-t-on à sa propre personne ? » abordent les mécanismes de la construction de l'estime de soi (33). Elles identifient que la construction de l'estime de soi se développe lors de l'enfance, grâce aux interactions avec l'environnement familial, scolaire ou social (33).

L'environnement familial est le premier lieu où se crée l'estime de soi grâce au cadre affectif sécurisant, qui correspond à une reconnaissance des besoins de l'enfant et à une éducation appropriée. Ce cadre fournit un équilibre entre le soutien et l'autonomie (33).

Pour le cadre scolaire, il est basé sur des opportunités de rencontrer des pairs et d'être évalué sur ses compétences. Lorsque cet environnement est encourageant, il y a une valorisation égale des efforts et des résultats. Cependant, des critiques régulières peuvent développer un sentiment d'échec, pouvant altérer la construction de l'estime de soi (33).

Une estime de soi saine est un équilibre qui lie une affirmation de soi et une reconnaissance des autres. Cet équilibre permet d'identifier ses qualités, ses besoins réalistes et puis de s'affirmer dans les relations sociales (33).

De plus, chaque individu continue de développer son estime de soi tout au long de son existence, à travers ses choix et ses expériences (33).

La pleine conscience et l'acceptation

Dans cette perspective, l'estime de soi joue un rôle central, le travail sur l'acceptation de soi et la pleine conscience sont des notions à comprendre. Nous allons donc présenter ces phénomènes.

Les docteurs en psychologie Ilios Kotsou et Alexandre Heeren, qui ont réalisé l'ouvrage « Pleine conscience et acceptation : Les thérapies de la troisième vague », mettent en évidence que l'estime de soi peut être renforcée par les approches basées sur la pleine conscience (34).

Premièrement, ces approches incluent une attitude bienveillante envers soi-même. Cette attitude permet de réduire l'auto-critique et améliore la perception de nous-mêmes. Spécifiquement, la pleine conscience fait prendre du recul sur le jugement interne, elle favorise une vision plus objective. Pour réaliser ces pratiques, il existe des exercices tels que la méditation guidée, qui est un outil de relaxation qui peut être mental ou corporel afin de se connecter à soi. Cet exercice est favorable pour la gestion des émotions. Il y a aussi l'auto-compassion, c'est-à-dire être à l'écoute de soi sans dévalorisation. Cet exercice renforce l'équilibre émotionnel et la résilience (34).

De plus, ils mettent en lumière l'adoption de perspectives non jugeantes qui devraient diminuer les pensées négatives et améliorer le sentiment d'acceptation globale de soi. Cela peut améliorer la gestion des situations de stress et solidifier l'estime de soi durable (34).

1.10.2 L'équilibre occupationnel

Définitions

Occupation

Avant d'aborder « l'équilibre occupationnel », il est important de définir ce qu'est une occupation.

Elizabeth Townsend et Charles Christiansen abordent l'occupation comme une activité significative qui est personnelle et socialement construite. Les personnes réalisent des occupations au quotidien. Il existe différents thèmes d'occupations comme les soins personnels, la productivité, les loisirs et les interactions sociales. De plus, ils mettent en évidence le rôle fondamental des occupations lors de la construction d'une vie équilibrée (35).

Equilibre occupationnel

Elizabeth Townsend et Charles Christiansen définissent l'équilibre occupationnel comme un état où la personne participe à une variété d'occupations qui répondent « aux besoins biologiques, sociaux et psychologiques » (35).

Catherine Backman complète la définition de l'équilibre occupationnel, elle le qualifie de processus « dynamique » et « évolutif » (36). Ce processus est influencé par les priorités de la personne, ses obligations ou ses opportunités, dans la vie quotidienne. Pour elle, l'équilibre occupationnel est subjectif et il dépend notamment de la signification destinée aux activités pour l'individu. De plus, l'altération d'une routine de vie peut déséquilibrer l'individu, ce qui peut entraîner des conséquences sur son état physique et psychologique (36).

Maintenant, que ce concept est défini, nous pouvons constater que Yannick Ung pense que l'équilibre occupationnel facilite la gestion des différentes activités de la vie quotidienne. Il souligne que celui-ci permet de structurer les rôles, les tâches et les attentes de la vie. De plus, cet équilibre assure une organisation cohérente des occupations de la personne. Cette structuration ne se restreint pas à une répartition du temps des activités du quotidien, mais elle inclut également la satisfaction, le désir et la signification qu'elle procure à la personne. (37).

Elizabeth Townsend et Charles Christiansen mettent en évidence que l'équilibre est primordial pour un bien-être, une santé et une adaptation. Pour eux, il harmonise les changements dans la vie et la personne sera capable d'agir sans d'importantes perturbations, assurant une stabilité et ajustant aux diverses demandes et événements de la vie (35).

Facteurs influençant l'équilibre occupationnel

Catherine Backman met en évidence qu'il y a des facteurs qui peuvent influencer l'équilibre occupationnel, comme les déterminants personnels tels que les valeurs, les préférences et les capacités de la personne, et il y a aussi les déterminants contextuels comme l'environnement physique et social et la culture (36).

Du point de vue de Catherine Backman, mais aussi Elizabeth Townsend et Charles Christiansen nous pouvons constater qu'ils ont le même avis, pour eux, certains déterminants influencent l'équilibre occupationnel. Ils abordent d'autres notions telles que les priorités de la personne perturbées, la santé qui, lorsqu'elles sont touchées, peut introduire un déséquilibre occupationnel (35,36).

Impact d'un déséquilibre

Elizabeth Townsend et Charles Christiansen abordent la notion de déséquilibre. Pour eux, le déséquilibre occupationnel peut être présent lorsque certaines occupations prennent beaucoup de place ou, au contraire, sont négligées (35).

Ce déséquilibre peut entraîner des conséquences physiques, mentales, sociales telles qu'un mal-être, une fatigue chronique, un épuisement, de l'anxiété, de la dépression, une perte d'estime de soi, un sentiment d'insatisfaction et de l'isolement (35).

Equilibre occupationnel en ergothérapie

Catherine Backman décrit l'équilibre occupationnel comme un concept en ergothérapie qui harmonise les activités significatives qui font partie de la vie quotidienne d'une personne. L'ergothérapie est une pratique centrée sur l'occupation, elle évalue donc les capacités des personnes à réaliser les occupations, mais aussi ses préférences, et ses besoins subjectifs en termes d'activités. L'ergothérapeute se doit d'être à l'écoute afin de récolter des informations sur les expériences des personnes et leur perception de l'équilibre. Enfin, cette discipline utilise l'occupation pour rétablir ou maintenir l'équilibre de vie. Ce professionnel aide à prévenir l'anxiété ou l'épuisement liés à un déséquilibre occupationnel (36).

Pour Yannick Ung, la discipline de l'ergothérapie est importante lors d'un déséquilibre occupationnel. Il met en lumière l'adaptation de l'environnement et l'engagement de la personne qui y participe pour une réelle évolution (37). En parallèle, Pétra Wagman, Carita Håkansson, Anita Björklund identifient l'équilibre occupationnel à travers l'ergothérapie. Elles désignent cet équilibre comme la manière de gérer et d'organiser des activités. Elles pensent que l'ergothérapie est essentielle dans le processus de réadaptation qui prend en compte toutes les sphères de la vie des personnes (38).

Stratégies d'intervention

Catherine Backman analyse plusieurs stratégies d'intervention en ergothérapie. Elle cite plusieurs moyens comme la gestion du temps, l'adaptation de l'environnement physique ou social. Pour elle, ces stratégies peuvent consolider le maintien d'un équilibre durable (36).

De plus, Yannick Ung propose certaines stratégies d'interventions pour évaluer l'équilibre occupationnel. Il cite la « MCRO », qui est la mesure canadienne du rendement occupationnel, et le « MOH », qui est le modèle de l'occupation humaine (37). Après ces évaluations, il propose des axes d'interventions comme la gestion du temps, l'intégration d'occupations significatives et le renforcement des compétences. Ces stratégies permettent de retrouver ou de

maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant qui respecte leurs capacités, leurs besoins et leurs attentes (37).

Et pour finir, Pétra Wagman, Carita Håkansson et Anita Björklund abordent l'importance de la prise en soin pluridisciplinaire, ce qui soutient l'équilibre occupationnel et offre des perspectives et approches diverses (38).

Equilibre de vie

Après avoir, exploré le concept d'équilibre occupationnel, il est pertinent d'identifier l'équilibre de vie, englobant une approche plus large.

Sinem Kilic met en lumière le concept d'équilibre de vie qui diverge de l'équilibre occupationnel. En effet, l'ouvrage évoque l'importance du maintien d'un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle. C'est-à-dire que la différence est que l'un aborde la vie en général et l'autre aborde simplement les occupations significatives pour l'individu. Il utilise le terme « juste milieu » entre le personnel et le professionnel car s'il n'est pas bien géré, pour lui, il peut y avoir une augmentation de stress et une diminution de la satisfaction dans la vie en général (39).

Il évoque aussi le soutien social, l'engagement et la satisfaction au travail qui sont essentiels pour un équilibre de vie (39).

La satisfaction

Il convient maintenant, de s'intéresser à la satisfaction qui est liée à l'équilibre occupationnel.

Définition

Selon Sinem Kilic qui a écrit « Equilibre de vie personnelle-vie professionnelle, soutien social, engagement et satisfaction au travail », la satisfaction est définie par une intégration équilibrée des sphères de la vie (39). L'intégration est favorisée par un soutien social qui est régulateur de situations stressantes. Le soutien social qui provient de l'entourage familial et professionnel joue un rôle afin d'offrir des ressources émotionnelles et pratiques (39).

Aussi, pour Ryff et Keyes la satisfaction se manifeste par l'accomplissement de diverses composantes, telles que des objectifs et une perception de l'autonomie dans ses choix. Ils évoquent que la satisfaction occupationnelle amène une « vie équilibrée » dans les engagements personnels, professionnels, les loisirs et les relations sociales (40).

Ensuite, la MCRO met en avant la satisfaction de la personne, lorsqu'elle exécute des activités. Cette satisfaction occupationnelle met l'accent sur le degré de plaisir, l'épanouissement et l'accomplissement qui est ressenti par l'individu lors de la réalisation de la tâche. Elle peut être influencée par la signification, les valeurs et les interactions avec l'environnement. Un manque de satisfaction peut induire un désengagement dans l'activité (41).

De plus, le concept de « Flow » créé par Mihaly Csikszentmihalyi alimente la compréhension de la satisfaction en mettant en avant l'importance des expériences optimales (42). Le « Flow » est présent lorsque la personne est complètement immergée dans l'activité, utilisant ses compétences qui répondent à un défi stimulant (42). Cet état crée une satisfaction interne et durable, qui est régulièrement associée à une sensation d'accomplissement profond (42).

Le plaisir

Pour finir, la satisfaction peut être également reliée à la notion de plaisir, qui est un concept central en psychanalyse annonçant que l'Homme est motivé par la recherche de plaisir et veut éviter la douleur. Sigmund Freud introduit ce principe, disant que le plaisir est un comportement cherchant à satisfaire ses besoins et ses désirs immédiats (43). Alors que le principe de plaisir évoqué par Jacques Angelergues et Françoise Cointo interroge l'importance d'un équilibre entre les désirs immédiats et les objectifs qui sont à long terme. Pour eux, la satisfaction découle d'une gestion de ces deux dynamiques, cela évite la privation et les excès (44).

1.10.3 Problématisation théorique et recontextualisation

L'interférence entre estime de soi, équilibre occupationnel et satisfaction occupationnelle confirme un champ d'initiation à l'étude pertinent auprès des personnes avec un trouble du comportement alimentaire.

En effet, ce trouble impacte le rapport au corps, à soi et même aux autres. Le trouble peut également affecter l'équilibre de la personne, notamment dans les activités du quotidien. Ce déséquilibre compromet l'épanouissement personnel et professionnel.

L'équilibre occupationnel se caractérise par une répartition harmonieuse et significative de toutes les activités de l'être humain. Cette répartition permet de répondre aux besoins psychologiques, physiques et sociaux de l'Homme. Chez les TCA, cet équilibre est souvent perturbé, ce qui engendre une diminution de la satisfaction occupationnelle, une perte de sens à certaines occupations du quotidien et aussi un isolement social.

Par ailleurs, l'estime de soi des TCA est impactée, car ce public évalue subjectivement leur propre valeur par leurs compétences. C'est pour cela qu'en ergothérapie, les activités significatives peuvent jouer un rôle crucial, en consolidant le sentiment d'accomplissement et de compétence.

Nous pouvons donc nous questionner sur : En quoi les activités significatives peuvent contribuer à rétablir l'équilibre occupationnel ? Est-ce que les ergothérapeutes identifient qu'ils travaillent sur l'équilibre et la satisfaction occupationnels pour travailler sur l'estime de soi ? Quels sont les obstacles majeurs rencontrés par les ergothérapeutes lors de la prise en soin des TCA, particulièrement dans la réinsertion des activités de productivité ou de loisir ?

Grâce à cette problématisation théorique, nous pouvons constater que l'équilibre et la satisfaction occupationnels sont étroitement liés.

Afin de recontextualiser, les TCA sont un ensemble de symptômes qui impacte la santé physique et psychologique. Nous pouvons regarder que, sur le plan occupationnel, ces personnes ont souvent un déséquilibre occupationnel qui se caractérise par un abandon des activités de loisirs ou de productivité. De plus, leurs routines alimentaires et leurs comportements compensatoires retiennent une place importante au quotidien. Or, dans la littérature, nous pouvons voir que l'équilibre et la satisfaction occupationnels réduisent les symptômes et valorisent l'estime de soi des personnes.

1.11 Question de recherche

Nous pouvons donc maintenant établir une question de recherche visant à approfondir les connaissances sur le sujet.

Dans quelles mesures les ergothérapeutes, dans leurs pratiques, identifieraient-ils l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi auprès des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire ?

L'objet de recherche est :

Une étude qualitative des pratiques des ergothérapeutes portée sur l'identification de l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi auprès des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

2 Matériel et méthode

Cette partie comprendra les modalités de la recherche amorcée.

2.1 Méthode de recherche

La question de recherche « Dans quelles mesures les ergothérapeutes, dans leurs pratiques, identifieraient-ils l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi auprès des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire ? » questionne la manière dont les ergothérapeutes identifient que l'équilibre et la satisfaction occupationnels peuvent influencer l'estime de soi des personnes avec un TCA. Nous allons donc choisir la méthode qualitative, qui correspond à notre étude.

Selon Norman Denzin et Yvonna Lincoln, la recherche qualitative est le processus qui vise à explorer certains phénomènes (45). Pour eux, il s'agit de mettre en évidence des expériences subjectives et des pratiques professionnelles (45).

Ce choix justifie la volonté de comprendre en profondeur comment les ergothérapeutes identifient l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers de l'estime de soi. La méthode qualitative nous permettra de recueillir un discours riche et nuancé, qui reflète une diversité dans les pratiques et une représentation professionnelle.

2.2 Population cible et sites d'explorations

Pour maintenir une rigueur méthodologique à cette étude, il est important de définir une population cible qui correspond à l'objet de recherche. La sélection des ergothérapeutes repose sur l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion.

Des critères d'inclusion ont été établis :

- Des ergothérapeutes diplômés depuis au moins deux ans car cela assure que les professionnels aient une expérience solide et une vision clinique suffisante.
- Des ergothérapeutes qui ont rencontré dans leurs pratiques des personnes présentant un TCA pendant au moins 6 mois afin d'avoir des données sur leurs pratiques avec ce public.
- Des ergothérapeutes qui sont francophones et européens afin de pouvoir communiquer correctement et aussi d'assurer une cohérence sur les pratiques étudiées.
- Des ergothérapeutes francophones travaillant en France afin de maintenir l'homogénéité des contextes professionnels.

Ensuite, des critères d'exclusion ont été établis, les voici :

- Des ergothérapeutes sans expérience spécifique avec des patients ayant un TCA ou lors de courtes périodes (moins de six mois) car nous allons interroger l'influence de l'estime de soi qui est un processus lent.
- Des ergothérapeutes qui refusent l'enregistrement car c'est un outil clé pour analyser son discours.
- Des ergothérapeutes ayant été diplômés il y a moins de deux ans car ils manqueront de maturation professionnelle.

De plus, la recherche est menée au sein de divers sites d'explorations, auprès de professionnels qui exercent dans des structures psychiatriques tels que les hôpitaux psychiatriques (hospitalisation complète ou hospitalisation de jour) et des centres spécialisés accueillant les personnes avec un TCA, ainsi qu'en libéral accueillant des personnes avec un trouble du comportement alimentaire.

2.3 Les objectifs de la recherche

Pour cette étude, nous avons établi un objectif principal en cohérence avec l'objet de recherche. L'objectif principal est : de comprendre dans quelles mesures les ergothérapeutes identifient l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi des personnes avec un trouble du comportement alimentaire.

Nous avons construit plusieurs objectifs secondaires qui nous seront utiles pour construire la matrice d'entretien. Voici les objectifs secondaires de la recherche, qui sont tous en lien avec les personnes présentant un TCA :

- Identifier comment les ergothérapeutes perçoivent l'équilibre occupationnel et la satisfaction occupationnelle.
- Identifier les moyens ergothérapeutiques pour obtenir un équilibre occupationnel et une satisfaction occupationnelle.
- Identifier quels sont les leviers pour les ergothérapeutes qui agissent sur l'estime de soi.

2.4 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

Nous allons maintenant choisir et construire l'outil théorisé qui nous sera essentiel pour réaliser les entretiens et les analyser.

2.4.1 Outil théorisé de recueil de données

Pour cette recherche, la méthode clinique est privilégiée. Elle permet une analyse fine des discours et aussi des pratiques professionnelles. En effet, elle repose sur une posture subjective et compréhensive afin de comprendre le vécu des participants, leurs environnements et leurs représentations. La méthode clinique s'inscrit dans une démarche qualitative et englobe l'analyse de la complexité des phénomènes humains (46).

Dans le cadre de cette étude, l'outil théorisé de recueil de données est l'entretien. L'entretien permet de mettre en mots des expériences, de développer des réflexions et aussi de partager des perceptions concernant des notions (18).

Nous avons choisi l'entretien semi-directif. Il offre de la structure tout en laissant libre l'exploration de thématiques émergentes. L'entretien semi-directif permet aux participants d'exprimer leurs avis, leurs perceptions et leurs expériences, favorisant la compréhension des pratiques étudiées. De plus, une trame préalablement construite facilite l'échange (18).

Nous identifions certains avantages et limites à l'entretien semi-directif.

Les avantages :

- Les professionnels peuvent partager librement leurs pratiques, parcours et leurs représentations.
- L'entretien semi-directif fait émerger des notions.
- Pour l'enquêteur, la trame est un support afin de se repérer lors de l'échange.
- Interactivité entre l'enquêteur et la personne (18).

Les limites :

- L'enquêteur peut influencer les réponses selon les formulations des questions.
- L'analyse des entretiens doit être rigoureuse.
- La qualité de l'entretien semi-directif dépend de la capacité à écouter activement l'enquêté.
- La personne interrogée a moins de temps et aussi de liberté pour donner son avis (18).

2.4.2 Biais et stratégies pour les atténuer

Pour cette recherche, divers biais peuvent influencer la collecte, mais aussi l'analyse des données. Il est important d'identifier les principales sources des biais pour mettre en œuvre des stratégies atténuantes.

Les biais méthodologiques peuvent apparaître à différentes étapes du processus de recherche. En premier lieu, une mauvaise formulation des questions lors de l'entretien peut diriger les réponses des participants et aussi limiter l'authenticité du recueil de données. Pour atténuer ce biais, une grille d'entretien a été élaborée en amont. Elle s'appuie sur des données théoriques et prend en compte les objectifs attendus pour chaque thématique. De plus, le biais de sélection est identifié, si l'échantillon n'est pas représentatif de la population étudiée. Pour atténuer ce biais, nous avons utilisé des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler un profil type de participants pertinent, au regard de l'objet de l'étude. Notre choix de recruter seulement des ergothérapeutes francophones travaillant en France intervient également pour renforcer la rigueur méthodologique (21).

Il est important de prendre en considération certains biais qui peuvent être liés à l'entretien tel que le biais affectif. En effet, lors de l'entretien, si l'enquêteur connaît la personne interrogée, l'entretien peut être biaisé par des éléments émotionnels. Afin de limiter ce biais identifié, il est essentiel d'adopter une posture professionnelle en restant attentif à son propre positionnement émotionnel. Concrètement, cela peut être que, au début de l'entretien, le cadre de la recherche est rappelé. Le biais de redondance est identifié, en effet, après plusieurs entretiens, nous pouvons anticiper diverses réponses, ce qui peut influencer les réponses du participant. Pour l'atténuer, nous devons garder une posture active d'écoute et reformuler les questions ou réponses comme si cela était la première fois. Un autre biais est essentiel à prendre en compte, le biais de désirabilité sociale. Il apparaît lorsque le participant cherche à apporter des réponses qu'il semble pour lui être socialement valorisées ou attendues. Pour limiter ce biais, l'enquêteur peut évoquer l'anonymat des réponses et la non-évaluation des paroles (21).

Nous identifions aussi un biais méthodologique au moment de l'analyse. En effet, le biais de confirmation est à prendre en compte car il ne faut pas retenir que les éléments qui confirment les hypothèses questionnées. Afin de limiter ce biais, nous devons être vigilants à toutes les données et en comptant celles qui sont à l'encontre des attentes (21).

2.4.3 Construction de l'outil théorisé de recueil de données

Le choix de l'outil théorisé de recueil de données et l'identification de divers biais permettent de créer une matrice d'entretien. Pour s'assurer de la cohérence entre la partie « cadre de référence » et les entretiens pour l'étude, un tableau a été réalisé. (Cf. Annexe 7)

Ce tableau comprend les différents indicateurs des concepts développés en amont tels que l'estime de soi et l'équilibre occupationnel. Nous faisons donc un lien entre ces concepts et les thématiques qui seront abordées lors des entretiens.

De plus, une matrice d'entretien a été réalisée, elle a pour objectif de guider l'entretien pour avoir les informations souhaitées. (Cf. Annexe 8)

La matrice comprend les trois thématiques telles que la perception de l'équilibre et la satisfaction occupationnels, la prise en soin pour obtenir un équilibre et une satisfaction occupationnels et l'estime de soi. Ces thématiques ont chacune des questions principales, ainsi que les objectifs souhaités pour l'entretien.

2.4.4 Le cadre réglementaire et éthique

L'implication des personnes humaines dans la recherche peut poser question. En France, la Loi Jardé encadre des recherches qui impliquent « la personne humaine ». Nous pouvons constater que la Loi Jardé ne s'applique pas à notre étude. En effet, nous n'évaluons ni une thérapeutique, ni un diagnostic, mais des modalités d'exercices d'interventions exercées par des professionnels (19).

Néanmoins, l'étude respecte les exigences du RGPD. En effet, dès la retranscription, les données seront anonymisées et pseudonymisées. L'enregistrement sera conservé uniquement le temps nécessaire pour l'étude et les données ne seront pas transmises à autrui en dehors du cadre du mémoire (20).

En complément, il est important de garantir une transparence, une protection des données personnelles et une liberté de participation. Ainsi, une fiche de consentement sera transmise à chaque participant. Cette fiche comprend l'objet de recherche, les conditions de participation (retrait possible, anonymat). Chaque personne devra lire, comprendre, remplir et signer la fiche (20). (Cf. Annexe 9)

2.4.5 Outils de traitement et d'analyse des données

Le premier entretien s'est effectué sur TEAMS et les deux autres par appel téléphonique.

Les entretiens sont enregistrés par un enregistreur vocal et via la plateforme TEAMS qui a transmis un audio en Mp4. Ce choix est établi car les outils d'enregistrement garantissent la fiabilité et la qualité des enregistrements. De plus, la plateforme TEAMS permet une sauvegarde à distance avec un archivage automatique. Ces audios ont ensuite été retranscrits sur Word de manière automatique. Une retranscription est visible en annexe.

Après la retranscription, une analyse du contenu des entretiens est effectuée. Avant l'analyse du contenu des entretiens, une analyse descriptive est réalisée afin d'identifier les profils des ergothérapeutes et de connaître leurs lieux d'exercice.

Nous avons choisi pour cette recherche, l'analyse thématique de Pierre Paillé et Alex Mucchielli (47). Ce choix s'explique car cette analyse permet d'explorer le discours sans imposer notre vision, ni un cadre théorique dès le départ. Ensuite, cette analyse met en évidence les thèmes dominants dans les discours des ergothérapeutes et permet d'identifier les similitudes ou divergences de pratiques (47). Concrètement, une première lecture a été réalisée de l'ensemble des entretiens pour se familiariser avec les discours. Ensuite, une deuxième lecture a été effectuée avec une prise de notes des éléments intéressants. Ces éléments ont été classés par différentes thématiques. Et pour finir, un nom a été attribué à chaque thématique.

2.4.6 Test de l'outil de recueil de données

Un entretien test a été réalisé auprès d'un ergothérapeute francophone travaillant en France, diplômé depuis au moins 2 ans, ayant travaillé avec des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire pendant une période d'au moins 6 mois.

Cet entretien test nous a permis de vérifier la compréhension des thématiques et la clarté des questions. Grâce à celui-ci, nous avons ajouté une question sur la première cible de notre matrice. Lorsque nous demandions les définitions de l'équilibre occupationnel et de la satisfaction occupationnelle, l'ergothérapeute ne savait s'il devait les distinguer ou donner une définition globale. Ce flou nous a montré que la formulation manquait de précision et devait être ajustée. Nous avons donc choisi de maintenir ces questions en demandant de donner la définition personnelle des deux notions, et puis nous avons choisi de rajouter une question sur leur perception de la distinction entre l'équilibre et la satisfaction occupationnels. De plus, des questions de relance ont été ajoutées. Pour finir, la suite de l'entretien était satisfaisante. Ainsi, aucune modification supplémentaire n'a été apportée à cette matrice.

Sur notre posture en tant qu'enquêteur en entretien, nous allons utiliser des questions de reformulation, car nous interrogeons un phénomène spécifique qui peut être complexe pour certains ergothérapeutes. Grâce à la reformulation, les notions interrogées peuvent être plus identifiées. De plus, des questions additionnelles seront posées sur leurs pratiques afin de comprendre leurs raisonnements.

2.5 Déroulement de la recherche

Cette partie permet de comprendre les différentes étapes du déroulement de la recherche.

A la suite de l'élaboration de la matrice d'entretien et de l'entretien test, nous avons récolté un grand nombre d'adresses mail et de numéros par le biais d'un tableau qui répertorie les ergothérapeutes en psychiatrie. Des mails et des SMS ont été envoyés à différents ergothérapeutes et structures accueillant des personnes avec un TCA. De plus, des messages ont été envoyés sur des groupes de réseaux sociaux. Ces approches mettent en rigueur une méthodologie d'échantillonnage. En effet, nos mails, les SMS, et les posts sur les groupes comprenaient une description de nos critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, à la fin de nos entretiens, nous demandons aux ergothérapeutes s'ils y ont des contacts en précisant le profil que nous cherchons.

Après avoir identifié les ergothérapeutes susceptibles d'être interrogés. Nous avons échangé pour établir un rendez-vous. Le premier entretien a été réalisé via la plateforme TEAMS et les deux autres en appel téléphonique.

L'entretien commence par des salutations et une présentation du contexte de l'entretien. Pour les deux premiers entretiens, les données descriptives des ergothérapeutes ont été récoltées par mail et le troisième lors de l'entretien. Ensuite, l'enquêteur rappelle les règles de l'entretien, c'est-à-dire que l'entretien est anonyme et confidentiel. L'enquêteur demande aussi au participant s'il est d'accord pour être enregistré afin de permettre une analyse approfondie du discours de la personne. De plus, le thème et la raison pour laquelle ces concepts sont évoqués, sont expliqués.

Pour finir l'entretien, nous demandons si la personne ne souhaite pas ajouter quelque chose sur la thématique.

3 Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter synthétiquement les résultats obtenus de l'étude.

3.1 Les données descriptives

La première ergothérapeute (E1) est une femme qui exerce depuis 35 ans, elle travaille en psychiatrie dans le service intra-hospitalier. Auparavant, elle exerçait dans un centre spécialisé pour les personnes avec un TCA. Elle rencontre des personnes avec un trouble du comportement alimentaire régulièrement. L'entretien a duré environ quarante minutes.

Le deuxième ergothérapeute (E2) est un homme, diplômé depuis 8 ans. Il exerce dans un CHU dans l'unité psychiatrique depuis un an et demi et rencontre aussi des personnes avec un trouble du comportement alimentaire. L'entretien a duré environ quarante-cinq minutes.

La troisième ergothérapeute (E3) est une femme qui exerce depuis 36 ans. Elle travaille dans un hôpital psychiatrique qui accueille aussi des externes. Elle a rencontré tout au long de sa carrière des personnes avec un trouble du comportement alimentaire. La passation de l'entretien a duré trente minutes.

3.2 L'analyse thématique

L'analyse thématique des entretiens menés avec trois ergothérapeutes, répondant aux critères d'inclusion a fait émerger cinq thèmes principaux. Chacun est composé de plusieurs sous-thématiques. Un tableau qui comprend l'analyse thématique est disponible en annexe. (Cf. Annexe 10)

➤ L'identification de l'équilibre occupationnel dans la pratique par les ergothérapeutes

Dans un premier temps, les ergothérapeutes s'accordent sur la définition de l'équilibre occupationnel. Tous mettent en évidence l'idée de répartition des activités. E1 le définit comme une répartition des activités personnelles et professionnelles, tout en respectant un rythme propre à chacun et un dosage ainsi que sur l'importance d'un ancrage personnel (L969-1018). De son côté, E2 parle de la signification subjective des activités en appuyant leur sens pour la personne et évoque plusieurs domaines comme le loisir, le social, le domestique et le productif (L1366-1376). Quant à E3, elle préfère parler d'harmonisation de tâches, tout en soulignant l'importance de la découpe des activités (L1868-1870). L'approche individualisée est également partagée. Pour E1, l'équilibre occupationnel se base sur une auto-évaluation du vécu de la personne (L969-1018), tandis qu'E2 juge qu'il s'agit d'un repère subjectif, qui n'est pas normé (L1366-1376). Enfin, E1 est la seule à intégrer la sphère émotionnelle à la définition, soulignant l'impact du contrôle émotionnel sur l'équilibre occupationnel de la personne avec un TCA (L969-1018).

Après la définition de l'équilibre occupationnel, nous allons nous arrêter sur l'identification dans la pratique de celle-ci. Alors que E1 et E3 ne pensent pas identifier ce concept de manière directe, elles considèrent son intégration dans leurs pratiques comme importante (L1072-1081, 1918-1925). E1 précise ne pas utiliser d'outil formel à ce sujet (L1072-1081). En parallèle, E2 adopte une approche plus formelle. En effet, il affirme que ce concept est exploré dès l'entrée du patient durant une quinzaine de jours pour réaliser des évaluations. En ergothérapie, ces évaluations incluront des analyses d'activités et un questionnaire sur l'équilibre de vie (L1418-1446). Pour E2, ces outils permettent de comprendre les sources du déséquilibre. Pour finir, E3,

même sans outils standardisés, s'appuie sur le dialogue pour interroger le quotidien des patients et les habitudes de vie (L1918-1925).

Les moyens utilisés pour agir sur l'équilibre occupationnel reflètent des positionnements variés. E1 déclare ne pas suivre de dispositifs spécifiques, elle préfère se fier à son ressenti (L1091-1104). A l'inverse, E2 s'inscrit dans une approche écologique, il se base sur des activités concrètes comme des sorties, la cuisine, les transports en commun ou même la recherche de formation afin d'aider ses patients à retrouver une productivité dans la vie de tous les jours (L1494-1635). Fidèle à son approche dialogique, E3 utilise l'échange verbal comme support pour aider les personnes à gérer leurs activités (L1918-1925). De plus, l'activité du repas détermine un point de convergence entre E2 et E3. Tous les deux mobilisent cette activité de vie quotidienne pour travailler l'équilibre occupationnel. E2 met en place des mises en situation, même en milieu écologique donc au restaurant, et travaille des objectifs précis tels que le tri des aliments ou l'ordre de consommation (L1567-1635). De son côté, E3 utilise la visualisation mentale et des mises en scène sous forme imaginaire (L1982-1991).

Pour finir, le concept de performance occupationnelle apparaît comme une dimension transversale liée à l'équilibre occupationnel. E1 et E3 l'associent à une progression des compétences et à divers apprentissages techniques (L1161-1165, 1933-1939). E3 valorise également l'aboutissement d'une activité technique comme levier de revalorisation (L1933-1939). Et E2 relie étroitement performance, équilibre et satisfaction occupationnels. Il pense qu'un bon équilibre occupationnel n'implique pas forcément une performance satisfaisante, ce qui peut justifier un travail spécifique sur des activités anxigènes comme les courses ou la cuisine. Pour lui, le terme satisfaction vient plus d'une tâche bien accomplie que le plaisir est lié à la notion de détente (L1403-1476, 1768-1772).

- L'identification de la satisfaction occupationnelle dans la pratique par les ergothérapeutes

Premièrement, les ergothérapeutes ont aussi apporté leur définition de la satisfaction occupationnelle. Elle est abordée de manière variable dans leur pratique. Pour E1, la satisfaction occupationnelle est liée au ressenti du patient face à ses occupations. Elle la décrit comme subjective et personnelle, puis elle insiste sur l'importance d'identifier ce qui a du sens pour la personne dans ses activités (L1110-1116). E2 rejoint cette idée en affirmant que la satisfaction occupationnelle influe sur le vécu du patient, en lien avec le plaisir, la signification personnelle de l'occupation ou encore la réussite (L1403-1406). E3, quant à elle, évoque une

forme de gratification liée à l'activité, ce que peut laisser croire un sentiment d'efficacité personnelle (L1933-1939).

Les données recueillies démontrent une identification de la satisfaction occupationnelle qui varie selon les ergothérapeutes. E3 ne la mentionne pas explicitement, contrairement à E1 et E2 qui y font référence en abordant la notion de plaisir ressenti (L1072-1081, 1451-1468). Pour E1, elle considère cette satisfaction comme un élément central dans l'intervention (L1072-1081). E2 l'envisage plus sous un versant émotionnel, sans recourir à un outil standardisé. Il précise aussi que cette notion est prise en compte et échangée lors des réunions pluridisciplinaires (L1451-1468).

Des moyens spécifiques ont été détectés pour la satisfaction occupationnelle. E1 souhaite utiliser une échelle qui mesure la satisfaction et le plaisir en fin d'activité. Celle-ci est déjà utilisée par l'une de ses collègues de travail et elle permet aux patients de procéder à une auto-évaluation du ressenti personnel (L1109-1125). De leur côté, E2 et E3 mettent en évidence l'objectif de prise de plaisir dans les activités proposées (L1499-1507, 1933-1939). E2 favorise le choix autonome des patients sur l'activité en veillant à ce qu'elle ait une signification. Il encourage aussi une mise à distance des préoccupations liées à l'alimentation afin de favoriser le lâcher-prise (L1499-1507, 1586-1601). Puis, E3 utilise la visualisation mentale comme stratégie pour obtenir des sensations de bien-être en s'appuyant sur certaines images mentales qui sont positives (L1982-1992). Également, elle propose des activités orientées vers l'apprentissage du plaisir (L1933-1939).

Ensuite, les ergothérapeutes ont partagé leurs avis, qui s'accordent sur la distinction entre l'équilibre et la satisfaction occupationnels. En effet, E1 éveille la possibilité d'avoir un équilibre sans pour autant ressentir une satisfaction, tout en soulignant que les journées peuvent se dérouler de manière mécanique, même automatique, sans réel plaisir. Pour elle, la satisfaction représente un enrichissement de l'expérience occupationnelle (L1037-1048). E2 se dirige dans le même sens en expliquant que l'équilibre occupationnel peut être vu comme correct sans qu'il s'accompagne d'un sentiment de satisfaction sur le plan occupationnel. Il insiste sur la différence entre les dimensions organisationnelle et émotionnelle des deux notions (L1400-1405). Enfin, E3 juge que l'équilibre occupationnel n'est pas obligatoirement associé à une expérience positive et que la satisfaction occupationnelle semble liée à la perception du retour positif (L1893-1895).

- L'influence de l'estime de soi pour les personnes avec un trouble du comportement alimentaire

Nous avons récolté des informations sur la place de l'estime de soi dans la pratique ergothérapeutique. E1 a observé que la grande majorité des personnes avec un TCA présente une faible estime d'eux-mêmes, qu'elle relie aux expériences précoces marquées par certains traumatismes (L1161-1180). Pour E2 et E3, l'estime de soi constitue un axe de travail dans l'accompagnement. L'estime de soi est décrite comme étant au cœur de la prise en soin et est travaillée en continu (L1654-1664, 1917-1925). E2 pointe l'importance de valoriser les patients tout en les accompagnant à faire face à l'échec et à relativiser l'impact (L1654-1664). E3, quant à elle, met en lumière le rôle de la créativité et de l'expression comme des moyens de revalorisation (L1917-1925).

Les ergothérapeutes ont rapporté des moyens spécifiques pour agir sur l'estime de soi. E1 et E3 s'accordent sur l'importance de la valorisation dans leur approche (L1161-1214, 1948), tandis qu'E2 complète en soulignant le rôle émotionnel qu'il propose en tant que thérapeute (L1669-1685). E1 appuie son intervention sur les compétences de la personne pour les mettre en valeur en mobilisant la parole, la créativité et une approche psychanalytique pour construire des moyens d'actions. L'objectif est que le patient sorte de l'hospitalisation avec des outils utiles à son autonomie (L1161-1247). E2 cherche à favoriser un sentiment de fierté chez les patients lorsqu'ils réussissent leur activité et même en cas d'échec (L1669-1685). E3 insiste sur l'expression, le dépassement et la progression de la personne qui peuvent être accentués grâce à la dynamique de groupe (L2011-2016). Aussi, E2 accorde une place prioritaire au développement de la flexibilité mentale afin de réduire la rigidité mentale et aider les patients à se détacher du résultat final et à favoriser une prise de recul (L1669-1685).

Nous avons interrogé la question de temporalité dans l'évolution de l'estime de soi. Les avis se croisent, en effet, E1 et E3 le décrivent comme particulièrement long (L1225-1274, 1974-1976) tandis qu'E2 précise que l'évolution dépend des individus (L1691-1725). E1 précise que les premiers signes de changement émergent souvent lors de discussions avec des patients (L1225-1274). E2 met en avant l'importance du suivi post-hospitalisation qui accentue la progression dans le temps (L1691-1725) et de son côté, E3 mentionne qu'elle n'observe pas spécifiquement cela dans sa pratique (L1974-1976).

- Les leviers utilisés en ergothérapie

Le premier levier est le début de prise en soin, celui-ci varie selon les ergothérapeutes. E1 adopte une approche par les médiations créatives sans forcément passer par les entretiens formels, pour elle cela favorise une première accroche spontanée (L1277-1305). E2 privilégie une démarche structurée, débutant par des évaluations, la définition des objectifs avec le patient et, par la suite, la mise en place d'activités significatives. L'atelier est pour lui un point d'entrée dans l'accompagnement (L1418-1446, 1511). E3 commence également le suivi par des activités, mais en intégrant une phase de découverte en proposant une présentation des différentes disciplines, tout cela à travers le dialogue (L1918-1925).

Ensuite, il y a la relation thérapeutique qui occupe une place essentielle dans le suivi des trois ergothérapeutes. E1 met l'accent sur l'importance de l'accueil dans l'atelier et utilise une posture empathique pour accompagner le patient dans la création du lien thérapeutique (L1178-1180, 1294-1301). E2 valorise la construction progressive du lien de confiance entre le patient et le thérapeute et il s'appuie sur un travail autour de l'échec et de la réussite qui pourrait établir une alliance thérapeutique plus forte (L1654-1700). Et E3 insiste sur une relation de confiance où le patient se sent libre de se confier et de s'exprimer. E3 ajoute que cette relation n'est pas duelle ainsi elle renforce la dynamique de collaboration (L2035-2061).

Le groupe apparaît comme un levier important, il est utilisé par les trois ergothérapeutes. E1 en souligne la force en le considérant comme un outil de valorisation, de développement de la confiance, de reconstruction de soi, il favorise pour elle une dynamique collective stimulante (11169-1174). E2 met en avant son utilité pour introduire de la diversité parmi les personnes, il réunit des patients présentant différentes pathologies au sein d'un même cadre thérapeutique (L1511-1538). Et pour finir, E3 expérimente le groupe à travers des activités dites « conviviales » telles que des sketches, des jeux de société qui visent à créer du plaisir partagé et du lien entre les personnes (L2002-2024).

Les médiations sont aussi un support en ergothérapie. E1, E2 et E3 utilisent des activités manuelles et artisanales comme moyen d'expression (L1265-1267, 1494-1507, 1909-1925). La musique est aussi utilisée comme support par E1 et E2, bien qu'elle soit à des fins différentes. E1 pratique de la sono-thérapie incluant des bains sonores visant la détente des patients avec un TCA (L1265-1267). E2 emploie la musique dans une visée productive (L1630-1635). Aussi, E1 intègre des médiations dites corporelles comme le Qi Gong ou certains massages (L1049-1055) et E3 s'appuie sur de la relaxation et de la visualisation mentales afin d'atteindre un apaisement (L1982 -1988).

Le lien au corps est abordé, les avis des ergothérapeutes sont contrastés. E1 travaille le « rapport au corps » à travers des médiations liées à l'apparence, notamment via une friperie qu'elle utilise deux heures par semaine. Elle utilise des activités comme le maquillage et l'habillage pour soutenir l'estime de soi et aussi favoriser un rapport au corps positif (L1196-1217). En revanche, E2 adopte une posture centrée sur la symptomatologie des personnes avec un TCA, comme l'insatisfaction corporelle et l'hyperactivité. Pour limiter la fatigue associée, il ajuste ses séances à 45 minutes au lieu de 1h30 habituellement (L1548-1557). E3 relie le travail corporel à la relaxation. En effet, elle l'utilise comme un temps privilégié au relâchement musculaire et à la détente physique (L1982-1992).

Ensuite, nous avons fait le lien entre les activités et le plaisir au vu du discours des trois ergothérapeutes. E1 et E2 voient les activités comme un moyen de relancer du plaisir, ce qui est primordial pour la démarche thérapeutique (L1049-1055, 1472-1476). De plus, E2 démontre le rôle des émotions dans ce processus, ce qui souligne dans un sens que l'activité peut générer une forme de confrontation émotionnelle chez la personne (L1596-1601). Ensuite, E3 parle du plaisir ressenti lors de l'aboutissement de l'activité. Elle souligne que la diversité technique qu'elle propose est un avantage pour répondre aux préférences des patients (L1933-1947).

La flexibilité mentale est utilisée par les ergothérapeutes, à travers une diversité de supports. E1 mobilise de nombreuses activités, qu'elles soient corporelles, créatives, en groupe. Cela encourage l'ouverture d'esprit et une adaptation aux situations complexes ou récentes (L1049-1055, 1169-1217). Quant à E2, il cible la rigidité mentale et utilise par exemple la couture qui est un bon outil pour lâcher le perfectionnisme. Son but est de stimuler la flexibilité cognitive et créative qui sont importantes pour la recherche d'alternatives et la résolution de problèmes (L1501-15007, 1598-1601). E3 se base plus sur la visualisation mentale, étant un outil facilitant cette flexibilité. Elle utilise aussi des activités variées pour atteindre cet objectif (L1933-1939, 1982-1988).

➤ Les conséquences d'une mauvaise estime de soi

Le déséquilibre occupationnel est un sujet émergent, E1 observe des formes de surcontrôle alimentaire souvent accompagnées d'activités physiques excessives, cette description nous fait penser à l'anorexie mentale. Elle évoque que ces personnes ne génèrent aucun plaisir, donc une perte de régulation dans les occupations de la vie quotidienne (L993-1009). E2 identifie ce déséquilibre comme un investissement ou un désinvestissement anormal de certaines activités, notamment lorsque cela tourne autour des activités reliées à l'alimentation. Il décrit ce

déséquilibre comme source de travail thérapeutique d'autant plus sachant que ce déséquilibre s'accompagne régulièrement de dévalorisation, de culpabilité et d'un sentiment de punition qui nous fait penser à une faible estime de soi chez les patients avec un trouble du comportement alimentaire (1444-1465, 1774). Aucune notion spécifique n'a été relevée chez E3 sur ce thème.

Pour finir, l'identité occupationnelle semble être affectée chez les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. E1 constate que la majorité de ces personnes ont une mauvaise estime d'elles-mêmes et que cela impacte directement leur manière de s'engager dans leurs occupations (L1131-1155). E2 met en avant que l'identité des patients soit souvent centrée autour de la pathologie et de l'alimentation. Il souhaite élargir les centres d'intérêts de la personne par la diversification pour que la personne se projette dans de nouveaux objectifs et qu'elle puisse reconstruire une identité occupationnelle plus variée (L1630-1635, 1773-1781). E3 souligne l'intérêt de faire découvrir des activités artisanales méconnues, cela permet aux patients d'établir des liens personnels entre les activités et leur propre vécu (L1944-1947, 2011-2051).

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats

L'analyse des entretiens a mis en évidence les éléments significatifs concernant la place de l'estime de soi, de la satisfaction occupationnelle et de l'équilibre occupationnel dans le processus d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

Premièrement, il est important de souligner que le trouble du comportement alimentaire impacte le rapport à soi, aux occupations et aux autres. En effet, cette désorganisation fait écho à un déséquilibre occupationnel souvent marqué par un surinvestissement ou, au contraire, un sous-investissement de certaines routines. Ce constat est largement appuyé par la littérature ainsi que par les observations de terrain. Les personnes présentant un TCA peuvent avoir une routine centrée sur les symptômes au détriment d'autres activités de la vie quotidienne. Cela compromet l'épanouissement et isole davantage la personne (39).

Dans ce contexte, les résultats d'étude évoquent que l'ergothérapie permet une réorganisation progressive des activités de la vie quotidienne en partant de la médiation d'activités signifiantes. Le choix d'activités porteuses de sens pour la personne est perçu comme un levier pour restaurer un sentiment de compétence et même d'utilité. Cela contribue de manière indirecte à la reconstruction de l'estime de soi. La littérature dit que l'estime de soi, qui est fragilisée par

l'histoire personnelle, des stigmatisations ou des échecs, peut être renforcée par la valorisation des professionnels, l'aboutissement d'objectifs et la reconnaissance de ses capacités (25).

Les résultats abordent que la satisfaction occupationnelle joue un rôle dans la progression. Dans la littérature, nous observons que retrouver du plaisir est perçu comme un signe d'évolution positive pour les personnes avec un TCA (44). Ce phénomène traduit une reprise de contact avec certains désirs de la personne et une prise de distance lors de l'activité avec les exigences de la maladie. Les ergothérapeutes l'expriment comme une prise de plaisir qui illustre une réappropriation de soi dans l'activité. Cet éclairage est lié à l'équilibre occupationnel selon un des ergothérapeutes interrogés, car il y a un processus d'ajustement de la routine, et l'ergothérapeute peut accompagner son patient dans l'expression de nouvelles formes d'engagement, plus adaptées à ses besoins et désirs.

De plus, lors de l'enquête exploratoire et de la recherche, les ergothérapeutes rencontrés affirment l'impact majeur de cette pathologie sur l'estime personnelle des patients. Notre revue de littérature démontre que ces troubles affectent la perception de soi, les capacités à se projeter dans des rôles sociaux et l'évaluation de sa propre valeur. Ces patients ont régulièrement une image dévalorisée qui est renforcée par des expériences d'échec et aussi une diminution du champ occupationnel (22,33). Dans ce contexte, l'ergothérapie peut offrir un espace de reconstruction de l'estime de soi par l'engagement de la personne dans des activités significatives qui peuvent permettre de retrouver un sentiment de plaisir, d'utilité et de compétence (39). Dans nos résultats, les ergothérapeutes font référence à l'entretien où le patient aborde ses centres d'intérêts ou lorsque le patient choisit l'activité qu'il souhaite réaliser durant plusieurs semaines.

Nous avons analysé un aspect de cette recherche qui est : l'âge des ergothérapeutes. En effet, deux d'entre eux étaient des ergothérapeutes diplômés de plus de 30 ans. Celles-ci n'avaient pas forcément les connaissances de tous les termes utilisés aujourd'hui. L'ergothérapeute plus jeune identifiait plus simplement les notions interrogées.

Pour finir, les résultats confirment que la problématisation théorique s'est révélée pertinente. Les concepts de l'équilibre occupationnel, de la satisfaction occupationnelle et de l'estime de soi sont interconnectés. Les activités proposées participent à une reconstruction identitaire, soutiennent le plaisir et contribuent à redonner du sens à une journée grâce à un sentiment de compétence. Cela fait écho à notre revue de littérature. Elle démontre que la participation à des

occupations permet une redéfinition de l'identité et a une visée de rééquilibrage quotidien pour les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

4.2 Les éléments de réponse à l'objet de recherche

Pour rappel, l'objet de recherche est le suivant : une étude qualitative des pratiques des ergothérapeutes portée sur l'identification de l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi auprès des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

Les entretiens ont permis d'apporter des éléments de réponse.

Nous pouvons constater que les ergothérapeutes montrent une attention au déséquilibre dans le quotidien des personnes ayant un trouble du comportement alimentaire, même s'ils n'utilisent pas concrètement le terme d'équilibre occupationnel. Ils renvoient à une répartition harmonieuse des sphères de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes repèrent souvent une prédominance dans les activités centrées sur la performance, l'alimentation, et le contrôle, souvent au détriment d'un rythme plus varié. L'un des ergothérapeutes cherche à modifier cette dynamique, à travers l'analyse de routines, la diversité des activités et la régulation du temps d'activité, et d'autres ergothérapeutes se concentrent sur des aspects concrets sans se rattacher à la notion de l'équilibre occupationnel.

La satisfaction occupationnelle aussi n'est pas toujours identifiée, mais les ergothérapeutes évoquent régulièrement l'importance du plaisir, du sentiment de compétence, ce qui fait référence à un sujet émergent développé dans les résultats, qui est la performance occupationnelle et l'intérêt qu'a une activité pour la personne. Ils pensent que ce public peut maintenir diverses occupations sans ressentir une satisfaction, parfois par automatisme, par exemple. Si certains professionnels prennent en compte cet élément, un autre ne le place pas comme un axe central dans son intervention. Le lien entre engagement et satisfaction reste ainsi peu explicite selon les pratiques et les ergothérapeutes.

En revanche, l'estime de soi est incluse dans chaque intervention des ergothérapeutes interrogés. Ils reconnaissent une importance centrale dans l'accompagnement et tous évoquent son influence sur la motivation, la capacité de s'engager ou encore le rapport au corps. Cette estime est vue comme un objectif transversal qui peut être influencée par la reprise d'activités valorisantes. Toutefois, si elle est intégrée dans leurs observations et leurs objectifs, le lien avec les concepts d'équilibre et de satisfaction occupationnels n'est pas formalisé.

Les leviers en ergothérapie sont nombreux, les professionnels peuvent s'appuyer sur des analyses de routines afin d'introduire des ajustements si le patient le souhaite, sur la réintégration d'activités qui sont sources de plaisir. De plus, l'utilisation d'activités ludiques et créatives, l'accompagnement à la reprise des rôles sociaux et la valorisation des réussites sont abordés.

Enfin, l'analyse des entretiens démontre que les ergothérapeutes abordent toujours l'estime de soi dans leur pratique en la considérant comme un enjeu dans l'intervention. Mais les concepts d'équilibre et de satisfaction occupationnels ne sont pas systématiquement cités comme tels, mais sont régulièrement utilisés également. Ils sont présents de façon implicite à travers l'attention portée au quotidien et aux expériences occupationnelles. L'objet de recherche est donc partiellement éclairé : les ergothérapeutes n'identifient pas tous l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour renforcer l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire, mais les ergothérapeutes utilisent cette démarche et des outils reliés à ces concepts.

4.3 La critique du dispositif de recherche

Dans le cadre d'une démarche de recherche, il est conseillé de porter un regard réflexif sur le dispositif mis en place afin de reconnaître les forces et les limites. L'analyse critique permet de mettre le doigt sur ces aspects et d'être dans une volonté d'amélioration continue et de transparence.

Cette étude offre une exploration approfondie des données sur la pratique ergothérapeutique auprès des personnes avec un TCA. Nous avons choisi comme outil d'analyse de données, l'analyse thématique. Elle a permis d'identifier des thématiques émergentes afin de faciliter la compréhension de notre objet d'étude.

La collecte des données a été réalisée rigoureusement, avec une lecture attentive et plusieurs lectures des trois entretiens. De plus, la construction d'un tableau qui comprend les différents thèmes a été réalisée pour organiser les informations.

Cependant, plusieurs limites ont influencé la qualité des données recueillies.

Le choix des modalités de passation (le premier par TEAMS, les deux autres par téléphone) a constitué une méthodologie hétérogène. En effet, l'entretien en visioconférence a permis de créer plus vite un climat de confiance et nous a permis d'observer le langage non verbal. En revanche, les entretiens par appel téléphonique ont été plus simples à organiser, mais n'ont pas

permis ce niveau d'interaction. Le changement de modalité a pu impacter la dynamique relationnelle et la spontanéité des réponses des ergothérapeutes.

D'autres biais ont influencé le déroulement des entretiens et ont impacté la qualité de ceux-ci. Tout d'abord, nous avons rencontré des problèmes techniques lors des entretiens. Le premier, qui s'est déroulé sur TEAMS, a eu deux coupures. Le troisième entretien a eu une mauvaise qualité sonore impactée par la localisation de l'ergothérapeute qui était en milieu rural. Ces imprévus ont nui à la fluidité des échanges et à certaines précisions des données recueillies. Aussi, le premier entretien a été écourté en raison du manque de disponibilité de l'ergothérapeute, ce qui a réduit le temps de questions et entraîné une rapidité de l'enquêteur pour avoir toutes les réponses.

De plus, l'absence d'un arbre thématique qui apporte une analyse visuelle et hiérarchisée peut limiter l'identification des liens entre les sous-thématiques et la clarté de l'organisation des données. Ce choix a été décidé en grande partie à cause de la contrainte de temps.

Pour finir, les données ne prennent pas en compte le patient qui a un trouble du comportement alimentaire. Des données prenant en compte son avis auraient pu apporter une compréhension plus globale de l'impact de l'intervention des ergothérapeutes. De plus, nous ne sommes pas parvenus à une saturation des données et nous pensons que le phénomène n'a pas été exploré dans son entièreté. Néanmoins, les résultats sont intéressants.

4.4 Les apports, les intérêts et les limites des résultats pour la recherche

Les résultats de cette recherche apportent un éclairage sur les concepts d'équilibre occupationnel et de satisfaction occupationnelle pour soutenir l'estime de soi des personnes avec un TCA et la manière dont les ergothérapeutes les mobilisent. En mettant en évidence les liens étroits entre ces notions, cette recherche contribue à apporter des connaissances théoriques et pratiques dans un domaine encore peu exploré en ergothérapie. De plus, l'identification des leviers spécifiques tels que la valorisation des compétences dans les activités signifiantes ou la diversification des activités qui influencent une redéfinition identitaire à travers les occupations forme un intérêt pour la profession.

Au cours de la passation des entretiens lors de l'enquête exploratoire et lors de notre recherche, les ergothérapeutes ont montré un certain intérêt pour le sujet par des mails exprimant que, pour les ergothérapeutes, le sujet est jugé pertinent. Nous avons mis en évidence l'importance de considérer l'estime de soi comme un point central dans l'accompagnement, ce qui ouvre des perspectives très intéressantes pour des recherches interdisciplinaires. Les résultats peuvent

aussi nourrir certaines réflexions futures sur, par exemple, des constructions d'outils d'évaluation ou même d'intervention plus spécifiques incluant le travail de l'équilibre et la satisfaction occupationnels pour les personnes ayant un trouble du comportement alimentaire. Cette réflexion fait référence à l'amélioration continue de la discipline et peut être un processus de transformation des pratiques et des enjeux de la profession.

Néanmoins, nous soulignons des limites. Le discours recueilli prouve qu'il n'existe pas de « manuels » d'utilisation de la satisfaction et de l'équilibre occupationnels auprès des personnes présentant un TCA. Cette absence peut rendre complexe l'intégration de ces notions dans la pratique. Bien que certains ergothérapeutes les mobilisent, cela est souvent implicite et réduit la transmission des savoirs et des interventions, limitant les reproductions des ergothérapeutes.

4.5 Les propositions d'éléments de transférabilité pour la pratique professionnelle

Ce travail invite à réfléchir à certaines dimensions de la pratique ergothérapeutique auprès des personnes ayant un TCA. L'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers d'intervention sont transférables dans la pratique actuelle, lors d'approches individuelle ou groupale.

Dans les contextes cliniques où il y a souvent des protocolisations et des objectifs standardisés, l'étude démontre l'importance d'une approche individualisée. En effet, inclure l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme des repères personnalisés et pas comme des normes permet de donner une place à l'expérience vécue de l'occupation. Pour cela, l'ergothérapeute doit adopter une posture adaptée et être à l'écoute.

Cette transférabilité se manifeste par l'adaptation des outils d'intervention et du processus d'intervention par rapport aux besoins du patient.

L'utilisation du groupe apparaît aussi comme un support intéressant. Le groupe permet la normalisation des expériences et la reconnaissance mutuelle. Les ergothérapeutes ont démontré qu'il est un levier pour travailler sur l'affirmation de soi.

La redéfinition du rapport à l'occupation est importante. Il s'agit d'organiser des activités, mais aussi d'y rétablir du sens, du plaisir. Par exemple, il peut y avoir une co-construction des projets occupationnels entre le thérapeute et le patient. Tout en partant des valeurs, centres d'intérêt et des motivations de la personne. Cela peut passer par des médiations, de la visualisation mentale, des mises en situation concrètes ou même la redécouverte d'activités délaissées. L'ergothérapeute valorise ce que la personne fait ou ce qu'elle souhaite explorer et il soutient

le sentiment de compétence et de légitimité, ce qui est important afin d'influencer l'estime de soi.

Enfin, les résultats mettent en avant l'alliance thérapeutique, qui est un concept fondé sur l'écoute, la confiance, la collaboration et la disponibilité. Cette posture professionnelle est transférable sur le terrain à toute pratique.

4.6 Les perspectives de recherche

Cette étude soulève des axes prometteurs qui pourraient affiner la compréhension du rôle de l'équilibre et de la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

La première perspective est de faire une journée expérimentale d'observation de situations. Cette perspective innovante serait d'organiser une journée d'observation de situation clinique chez les ergothérapeutes. Cela compléterait les entretiens en ayant des données sur les ajustements spontanés, les leviers implicites, la posture thérapeutique et d'autres éléments complexes à faire émerger lors d'un entretien.

De plus, nous pensons qu'élargir le nombre d'ergothérapeutes interrogés serait pertinent. Cela permettrait de comparer les représentations et les modalités d'intervention avec une analyse affinée pour répondre à l'objet de recherche. Aussi, nous pourrions mieux comparer les contraintes institutionnelles.

Comme énoncé ci-dessus dans les limites, croiser les points de vue des ergothérapeutes et des patients serait complémentaire. Les entretiens croisés pourraient rajouter des éléments sur la perception des patients sur leur équilibre et leur satisfaction occupationnels et comprendre dans quelles mesures ces concepts résonnent sur leur vécu.

Une autre ouverture consisterait à réaliser puis à évaluer des programmes ergothérapeutiques expérimentaux ciblant l'équilibre et la satisfaction dans les activités de la vie quotidienne. Par exemple, des « modules hebdomadaires » qui comprennent des explorations occupationnelles, des réflexions identitaires avec les patients ou des activités collectives afin de mesurer l'influence sur l'estime de soi.

Et pour finir, explorer comment l'estime de soi est abordée au sein des équipes pluridisciplinaires. Il pourrait être intéressant de comprendre quels sont les leviers des professionnels de santé en psychiatrie pour influencer l'estime de soi des personnes présentant un trouble du comportement alimentaire.

Bibliographie

1. Troubles des conduites alimentaires (TCA) [Internet]. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/troubles-des-conduites-alimentaires-tca>
2. MEDECINE : définition de MEDECINE [Internet]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/medecine>
3. Sciences humaines et sociales - définition - Encyclopédie.fr [Internet]. Disponible sur : https://www.encyclopedie.fr/definition/sciences_humaines_et_sociales
4. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie [Internet]. Disponible sur : <https://www.rfre.org/article/view/4968>
5. Khalil RB. Impact des psychotraumatismes sur l'expression des troubles du comportement alimentaire [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-04090148/>
6. Shankland R. Les troubles du comportement alimentaire : Prévention et accompagnement thérapeutique. 2e édition. 2020. 205 p.
7. Du Québec O des E. L'ergothérapie en santé mentale [Internet]. Ordre des Ergothérapeutes du Québec. Disponible sur : <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
8. Gouvernement du Québec. Disponible sur : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/image-corporelle>
9. Dany L. Psychologie du corps et de l'apparence [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pup/38525?lang=fr>
10. Jarman HK, McLean SA, Slater A, Marques MD, Paxton SJ. Direct and indirect relationships between social media use and body satisfaction : A prospective study among adolescent boys and girls. *New Media & Society* [Internet]. 19 nov 2021 ; 26(1) : 292-312. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/14614448211058468>
11. Dany L. Psychologie du corps et de l'apparence [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pup/38645?lang=fr>
12. Troubles des conduites alimentaires (TCA) [Internet]. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/troubles-des-conduites-alimentaires-tca>
13. Tavalacci MP, Ladner J, Dechelotte P. Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. 2021;
14. ANFE. Ergothérapie en psychiatrie De la souffrance psychique à la réadaptation (2ème édition) - ANFE [Internet]. ANFE. 2025. Disponible sur : <https://anfe.fr/product/ergotherapie-en-psychiatrie-de-la-souffrance-psychique-a-la-readaptation/>

15. Body Image : A Handbook of Science, Practice, and Prevention : 9781462509584 : Medicine & Health Science Books @ Amazon.com [Internet]. Disponible sur : <https://www.amazon.com/Body-Image-Second-Handbook-Prevention/dp/1462509584>
16. Anoleg, Anoleg. La pyramide de Maslow au travail : la psychologie au service des besoins humains - Actualité des entreprises [Internet]. Actualité des entreprises -. 2021. Disponible sur: <https://www.annonces-legales.org/blog/pyramide-de-maslow-travail/#:~:text=En%201943%2C%20le%20psychologue%20am%C3%A9ricain,au%20cours%20des%20ann%C3%A9es%2060.>
17. Claude G. Étude qualitative ; : définition, techniques, étapes et analyse [Internet]. Scribbr. 2019. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
18. Claude G. L'entretien semi-directif ; : définition, caractéristiques et étapes [Internet]. Scribbr. 2019. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
19. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
20. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-protection-donnees-rgpd>
21. Chabal S. les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. 2014.
22. Bégin C, Boucher K, St-Laurent A, Heppell JL, Ratté C. L'ESTIME DE SOI EXPLICITE ET IMPLICITE CHEZ DES FEMMES SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES EXPLICIT AND IMPLICIT SELF-ESTEEM AMONG WOMEN SUFFERING FROM EATING DISORDERS. 2016;
23. St-Pierre MJ. Dynamique occupationnelle des personnes présentant un trouble des comportements alimentaires. 2022;
24. Sievwright M. Identifying the factors influencing the occupational identity of people journeying from adolescent anorexia nervosa toward well-being. 2023;
25. Attouche N, Hafdi S, Somali R, Agoub M. Facteurs associés au risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Casablanca, Maroc. 2021;
26. Haderlein T, Tomiyama J. Effects of internet-delivered eating disorder prevention on reward-based eating drive: A randomized controlled trial.
27. Lewer M, Kosfelder J, Michalak J, Schoroeder D, Nasrawi N, Vocks S. Effects of a cognitive-behavioral exposure based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study. *J Eat Disord*. 2017;
28. Bamford B, Mountford V. Cognitive Behavioural Therapy for Individuals with Longstanding Anorexia Nervosa: Adaptations, Clinician Survival and System Issues. 2010;

29. Merwin R, Nikolaou P, Moskovich A, Babyak M, Smith P, Karekla M. Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. 2022;
30. Therriault PY, St-Pierre MJ, Béliveau S, Monthuy-Blanc J. Le sous- et sur-investissement de l'occupation, une porte ouverte vers la compréhension des troubles du comportement alimentaire. 2022;
31. A. Mack R, E. Stanton C, R. Carney M. The importance of including occupational therapists as part of the multidisciplinary team in the management of eating disorders: a narrative review incorporating lived experience. *J Eat Disord.* 2023;
32. Ras P. Estime de soi, confiance en soi, amour de soi: Les trois piliers du succès. 2013. 95 p.
33. Bardou E, Oubrayrie-Roussel N. L'estime de soi: Quelle valeur attribue-t-on à sa propre personne? Comment se construit l'estime de soi? 2014. 304 p.
34. Wilson K, Kotsou I, Heeren A, André C. Pleine conscience et acceptation: Les thérapies de la troisième vague. 2011. 512 p.
35. Christiansen C, Townsend E. Introduction to Occupation: The Art and Science of Living : New Multidisciplinary Perspectives for Understanding Human Occupation as a Central Feature of Individual Experience and Social Organization. 2009. 456 p.
36. Backman C. Occupational balance: exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. 2004.
37. Ung Y. Le concept d'équilibre occupationnel: Application des connaissances en ergothérapie. 2019;
38. Wagman P, Björklund A, Håkansson C. L'équilibre occupationnel utilisé en ergothérapie : une analyse conceptuelle :
39. Kilic S. Équilibre vie personnelle-vie professionnelle, Soutien social, Engagement et Satisfaction au travail : une analyse des effets médiateurs. 2018. 23 à 33.
40. Ryff C, Keyes CL. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. 1995. 719-727 p.
41. Law M. La mesure canadienne du rendement occupationnel.
42. Csikszentmihalyi M. Flow: The Psychology of Optimal Experience. 2008. 336 p.
43. Sigmund F. Au-delà du principe de plaisir. 1920. 96 p.
44. Angelergues J, Cointot F. Le principe de plaisir. 2016. 156 p.
45. Denzin N, Lincoln Y. The Sage Handbook of Qualitative Research. 2011. 784 p.
46. Pedinielli JL. La méthode clinique et ses outils. 2022. 128 p.
47. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. 2012. 231 à 314.

Annexes

Annexe 1 : Fiche de consentement vierge

<p style="text-align: center;">  Formulaire du recueil de consentement </p> <p style="text-align: center;"> « La prise en soin en ergothérapie sur la représentation corporelle des personnes avec un trouble du comportement alimentaire » </p> <p> Michel Chloé, chloe.michel.3@etu.univ-amu.fr, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « la prise en soin en ergothérapie sur la représentation corporelle des personnes avec un trouble du comportement alimentaire » en collaboration avec l'investigateur secondaire </p> <p> J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées. </p> <p> J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles. </p> <p> J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence. </p> <p> Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « la prise en soin en ergothérapie sur la représentation corporelle des personnes avec un trouble du comportement alimentaire ». </p> <p> <small>Conformément aux dispositions de la loi CNIL et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles de 25 mai 2018, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur du projet.</small> </p> <p> Fait à 12 h, le vendredi 07 juin 2024 En deux exemplaires originaux. </p> <p> Participant à la recherche Investigateur principal </p>	<p style="text-align: center;">  </p> <p> Nom Prénoms <u>Nom_Prenom</u> MICHEL, Chloé </p> <p> Signature : <u>Signature :</u> <small>(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)</small> </p> <p style="text-align: right;"> Lu, compris et approuvé  </p>
---	---

Annexe 2 : Grille d'entretien

Thème principal	Positionnement et accompagnement en ergothérapie sur la représentation de l'image corporelle des personnes avec un TCA	
	Question thématique :	Objectifs :
CIBLE 1 : image corporelle	Quels sont les objectifs de prise en charge auprès des personnes avec des TCA ?	Comprendre la perception de l'ergothérapeute sur les attendus de la thérapie auprès des personnes avec un TCA.

CIBLE 2 : intégration de l'image corporelle/représentation corporelle/représentation de soi	Selon vous, quel est le processus de progression/évolution pour arriver à une acceptation de l'image corporelle/représentation de soi/image de soi pour les personnes avec des TCA ?	Comprendre la perception de l'ergothérapeute concernant l'acceptation du corps et comprendre l'influence de la prise en soin et identifier les techniques d'intervention auprès des personnes avec TCA.
CIBLE 3 : composante psychoaffective	Selon vous, en quoi les séances en ergothérapie pourraient-elles induire à une verbalisation du ressenti ou de l'état d'esprit de la personne avec des TCA ?	Connaître et comprendre les perceptions de l'ergothérapeute concernant l'aspect psychoaffectif de la personne avec un TCA lors de l'intervention et plus précisément lors de la verbalisation.

Annexe 3 : Analyse thématique des entretiens

Thèmes	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3
	57 ans, femme, 35 ans, travaille en psychiatrie et elle a travaillé avec des personnes avec un TCA.	38 ans, femme, diplômée en 2008, 8 ans qu'elle est spécialisée en addictologie, et a travaillé avec des personnes avec un TCA.	60 ans, femme, 37 ans de carrière, travaille depuis toujours avec ce public.

<p>Objectifs de prise en charge de l'image corporelle</p>	<p>Réduire les tensions psychiques, les angoisses ; favoriser la détente.</p> <p>(L45-55)</p>	<p>Favoriser l'expression à travers les activités créatives pour explorer l'image de soi.</p> <p>(L701)</p>	<p>Renforcer les comportements alimentaires positifs, établir un lien de confiance.</p> <p>(L909-911)</p>
<p>Acceptation de l'image corporelle</p>	<p>Relation humaniste, accueil des émotions sans jugement, verbalisation possible.</p> <p>(L154-156)</p>	<p>Utilisation de médiations pour permettre aux patients de se projeter positivement.</p> <p>(L703-705,793)</p>	<p>Discussion et prise de conscience par des activités artisanales (ex : mesure du poignet).</p> <p>(L942-946)</p>
<p>Composante psycho-affective</p>	<p>Temps de parole bienveillant, cadre structurant sans évoquer directement les symptômes.</p> <p>(L228-237)</p>	<p>Travail en groupe pour résonance émotionnelle et soutien mutuel.</p> <p>(L721-726,846-847)</p>	<p>Verbalisation spontanée encouragée par des activités pratiques.</p> <p>(L932, 946)</p>
<p>Les médiations</p>	<p>Détente, Qi Gong, Tai Chi, massages accompagnés de musique, travail avec odeurs</p>	<p>Médiations artistiques et activités de groupe pour renforcer la confiance en soi et favoriser la projection positive.</p>	<p>Utilisation d'activités manuelles comme outil principal pour favoriser l'échange.</p>

	(reconnexion), bains sonores. (L105-131, 212, 290,317)	(L700,815-817)	(L932-943)
Prise de plaisir/satisfaction	Utilisation d'activités relaxantes et plaisantes (ex : Qi Gong), prendre un thé tous ensemble à la fin de la séance. Alimentation positive (L54-63,202-293)	Médiation artistique pour favoriser une expérience agréable et valorisante. (L700)	Activités artisanales pour encourager la prise de plaisir sans culpabilité (ex : bracelet brésilien). (L905-906)
Gestion des comportements alimentaires	Non mentionné spécifiquement, mais soutien indirect par des activités visant la détente. (L116-117)	Encouragement à une exploration personnelle sans pression pour intégrer des comportements positifs. (L747-753)	Renforcer les comportements positifs comme la consommation d'aliments sans jugement. (L921-922)
Importance de la relation de confiance	Importance d'un environnement enveloppant et bienveillant. (L137-165)	Travailler en groupe pour créer un soutien émotionnel et un environnement de confiance. (L698-714)	L'établissement du lien de confiance est vu comme essentiel pour l'évolution. (L925-946)

<p>Évitement de la verbalisation des symptômes</p>	<p>Cadre structurant : éviter les discussions centrées sur les symptômes pour maintenir un espace neutre et bienveillant.</p> <p>(L190-196)</p>	<p>Favoriser une communication indirecte par des activités artistiques, sans confrontation directe.</p> <p>(L721-788)</p>	<p>Pas de concentration directe sur les symptômes, mais opportunité d'évoquer les problèmes via l'activité.</p> <p>(L943-946)</p>
---	---	---	---

Annexe 4 : Tableaux des résultats des bases de données

Français :

Total à partir des mots-clés	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
683	OT seeker	0	0	0	0
	Cairn	2	2	4	0
	PubMed	31	103	168	1
	Google scholar	358	/	/	1
	Sage Journals	1	1	0	0
	Cochrane	0	12	0	0
	RFRE	1	/	/	1

Lecture opportuniste : 1

Anglais :

Total à partir des mots clés	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
35 295	OT seeker	0	0	1	0
	Science direct	3	172	682	4
	PubMed	42	145	159	2
	Google scholar	27 700	/	/	0
	Sage Journals	1258	2045	3082	0
	Cochrane	6	0	0	0

Annexe 5 : Les articles de la revue de littérature

Titre	“The importance of including occupational therapists as part of the multidisciplinary team in the management of eating disorders: a narrative review incorporating lived experience”
Sources	PubMed
Rigueur scientifique	Q1
Thème	L’inclusion des ergothérapeutes dans une équipe pluridisciplinaire pour accompagner les personnes avec un TCA
Population	Patients TCA
Méthode utilisée	Revue narrative
Approche théorique	Définition des troubles du comportement alimentaire selon le DSM-V Définition de l’ergothérapie
Principaux résultats	Bénéfique pour que la personne présentant un TCA retrouve une participation équilibrée aux activités de la vie quotidienne, redéfinir son identité, développer des compétences dans la gestion de sa santé

	et de sa vie en général. Régulation des émotions et adaptation environnementale.
Questionnements	<p>Y a-t-il des recommandations précises sur la manière d'intégrer systématiquement l'ergothérapie ?</p> <p>L'intervention ergothérapique est-elle différente en fonction des types de troubles ?</p> <p>Quels sont les avantages et les défis de l'intégration de l'ergothérapie dans une équipe pluridisciplinaire pour la prise en soins des TCA ?</p> <p>En quoi la perspective de l'ergothérapie diffère-t-elle de celle des autres professionnels concernant l'estime de soi et l'équilibre de vie ?</p>

Titre	“ Effects of a cognitive-behavioral exposure Based body image therapy for overweight females with binge eating disorder : a pilot study”
Sources	PubMed
Rigueur scientifique	Q1
Thème	L'effet et l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sur l'exposition à l'image corporelle
Population	Femmes hyperphagiques
Méthode utilisée	Quantitative
Approche théorique	Définition des troubles du comportement alimentaire selon le DSM-V Approche cognitivo-comportementale
Principaux résultats	La technique de distorsion photonique et cognitive induit une réduction significative de l'image corporelle négative et moins de préoccupations liées à la forme et au poids, une amélioration de l'estime de soi, et une diminution des dépressions.

Questionnements	Y a-t-il des effets à long terme ?
------------------------	------------------------------------

Titre	“ Le sous- et sur-investissement de l’occupation, une porte ouverte vers la compréhension des troubles du comportement alimentaire”
Sources	RFRE
Rigueur scientifique	/
Thème	Lien entre les TCA et l’investissement dans les occupations des individus, ainsi que leur impact dans les soins personnels, la productivité, les loisirs et les relations sociales
Population	Patients TCA
Méthode utilisée	Etude de portée
Approche théorique	Définition des troubles du comportement alimentaire selon le DSM-V Continuum de sous et surinvestissement
Principaux résultats	Ces personnes organisent leurs activités de la vie quotidienne autour de leur symptomatologie. Ces occupations sont influencées par leurs préoccupations alimentaires et corporelles. Les personnes boulimiques ou hyperphagiques vont surinvestir les occupations comme faire les courses, préparer des repas, alors que les personnes avec une anorexie mentale vont plus surinvestir les exercices physiques ou les comportements compensatoires, et inversement.
Questionnements	En quoi la technologie et les réseaux sociaux peuvent être des facteurs qui sont surinvestis ou sous-investis suivant le type du trouble ?

Titre	“Effects of internet-delivered eating disorder prevention on reward-based eating drive: A randomized controlled trial”
--------------	---

Sources	ScienceDirect
Rigueur scientifique	Q2
Thème	Effets d'un programme de prévention des TCA
Population	Femmes à risque élevé de développer des TCA
Méthode utilisée	Quantitative
Approche théorique	Approche cognitivo-comportementale Dissonance cognitive
Principaux résultats	Le groupe avec la dissonance a eu une diminution de la motivation alimentaire basée sur la récompense.
Questionnements	Y a-t-il des effets à long terme ?

Titre	“Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy”
Sources	ScienceDirect
Rigueur scientifique	Q1
Thème	Rôle de la flexibilité de l'image corporelle comme processus de changement chez la personne avec un TCA
Population	Femmes obèses
Méthode utilisée	Quantitative
Approche théorique	Thérapie d'acceptation et d'engagement Concept de flexibilité psychologique Processus de changement
Principaux résultats	Réduction de la surcharge pondérale au bout d'un mois post intervention.
Questionnements	Y a-t-il des effets à long terme au-delà d'un mois ? Quels sont les mécanismes précis par lesquels la flexibilité appliquée à l'image corporelle influence les symptômes des TCA ?

Titre	“Identifying the factors influencing the occupational identity of people journeying from adolescent anorexia nervosa toward well-being”
Sources	ScienceDirect
Rigueur scientifique	/
Thème	Identité occupationnelle des personnes anorexiques
Population	Femmes anorexiques
Méthode utilisée	Qualitative
Approche théorique	Identité occupationnelle Ergothérapie
Principaux résultats	Impact de la stigmatisation sur l'accès à des occupations significatives. L'identité de ces femmes est influencée par l'environnement.
Questionnements	Comment l'identité occupationnelle peut-elle évoluer ? Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la reconstruction de cette identité ?

Titre	"Cognitive behavioural therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: Adaptations, clinician survival and system issues"
Sources	ScienceDirect
Rigueur scientifique	Q2
Thème	Adaptation nécessaire pour utiliser la TCC
Population	Patients souffrant d'anorexie mentale
Méthode utilisée	Revue clinique
Approche théorique	Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) Approche cognitivo-comportementale

Principaux résultats	Réduction de la pression sur les objectifs de prise de poids et se concentre plus sur la qualité de vie, le bien être globale et sur le fait de retrouver un équilibre de vie.
Questionnements	Quelles sont les comparaisons entre la TCC classique et la version adaptée qu'ils ont utilisé ?

Titre	« L'estime de soi explicite et implicite chez des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires »
Sources	Google Scholar
Rigueur scientifique	/
Thème	Relation entre estime de soi explicite et implicite
Population	Patients TCA
Méthode utilisée	Etude longitudinale
Approche théorique	Approche cognitivo-comportementale
Principaux résultats	Les personnes avec un TCA ont une estime de soi faible. L'estime de soi explicite se définit par les attitudes alimentaires dysfonctionnelles et l'estime de soi implicite explique l'insatisfaction corporelle.
Questionnements	Quelles interventions thérapeutiques pourraient cibler l'amélioration de l'estime de soi de la personne ? Quels sont les mécanismes qui expliquent la divergence entre l'estime de soi explicite et implicite ?

Titre	« Facteurs associés au risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Casablanca »
Sources	PubMed
Rigueur scientifique	Q3

Thème	Prévalence et facteurs de risques de TCA
Population	Etudiants en médecine de Casablanca
Méthode utilisée	Etude transversale
Approche théorique	/
Principaux résultats	Prévalence du risque de TCA : 25,09%. Facteurs de risques : âge, niveau d'études, utilisation de moyens de contrôle du poids, anxiété et dépression.
Questionnements	Comment intégrer le dépistage systématique des TCA ? Quelles interventions préventives peuvent être mises en place auprès des étudiants ?

Titre	« Dynamique occupationnelle des personnes présentant un trouble des comportements alimentaires »
Sources	Littérature opportuniste
Rigueur scientifique	/
Thème	La dynamique occupationnelle et l'équilibre occupationnel
Population	Personnes présentant un trouble du comportement alimentaire
Méthode utilisée	Qualitative
Approche théorique	Ergothérapie
Principaux résultats	Les personnes avec un TCA ont un déséquilibre occupationnel, elles surinvestissent ou sous-investissent certaines occupations, ce qui entraîne une perturbation affective et émotionnelle qui renforce la fluctuation dans les activités quotidiennes
Questionnements	Quelles occupations peuvent servir de levier pour une réintégration significative dans le quotidien des personnes avec un TCA ? Comment identifier les occupations ayant un potentiel thérapeutique ?

Annexe 6 : La matrice conceptuelle

Concepts	Sous-parties	Variables	Indicateurs
Estime de soi	Définitions (D)	Confiance en soi (Dcs)	Dcs 1 : Croyances = capacité d'agir et de réussir.
			Dcs 2 : Construction = expérience réussie et positive
			Dcs 3 : Confiance en soi = gestion des échecs → opportunités d'apprentissage
			Dcs 4 : Confiance en soi solide = vision réaliste
	Amour de soi (Das)	Amour de soi (Das)	Das 1 : Amour de soi= acceptation de soi inconditionnelle
			Das 2 : Distinction entre « égoïste » ou « narcissisme » et « base stable » ou « vision saine de sa propre valeur »
			Das 3 : Amour de soi = être imparfait
	Description (DE)	Estime de soi (Des)	Des 1 : Estime de soi = évaluation subjective de sa propre valeur
			Des 2 : Croyances = compétences, capacités et sa valeur interne
			Des 3 : Estime de soi = facteurs internes : auto-perception , auto-critique ; facteurs externes : les réussites, les échecs et les interactions sociales
		Construction (DEc)	Construction (DEc)
	DEc 2 : Environnement familial = cadre affectif sécurisant		
	DEc 3 : Environnement scolaire = rencontre des pairs et valorisation des résultats		
DEc 4 : Estime de soi = affirmation de soi et reconnaissance des autres			

		Pleine conscience (DEpc)	<p>DEpc 1 : Pleine conscience = attitude bienveillante envers soi-même → réduction de l'auto-critique et amélioration la perception de nous-même</p> <p>DEpc 2 : Pleine conscience = prendre du recul sur le jugement interne</p> <p>DEpc 3 : Médiation guidée = outil de relaxation afin de se connecter à soi</p> <p>DEpc 4 : L'auto-compassion = être à l'écoute de soi sans dévalorisation</p>
		Acceptation (DEa)	<p>DEa 1 : Acceptation = perspectives non jugeantes → diminuer les pensées négatives</p> <p>DEa 2 : Acceptation = gestion des situations de stress et solidifie l'estime de soi durable</p>
Equilibre occupationnel	Définitions (DEF)	Occupation (DEFo)	<p>DEFo 1 : Occupation = activité signifiante</p> <p>DEFo 2 : Thèmes = soins personnels, productivité, loisirs et interactions sociales</p> <p>DEFo 3 : Construction d'une vie équilibrée = rôle fondamental des occupations</p>
		Equilibre occupationnel (DEFeo)	<p>DEFeo 1 : Variété d'occupations = besoins biologiques, sociaux et psychologiques</p> <p>DEFeo 2 : Un processus « dynamique » et « évolutif »</p> <p>DEFeo 3 : Equilibre occupationnel = subjectif</p>

	Description (DES)	Equilibre occupationnel (DESeo)	DESeo 1 : Structuration = les rôles, les tâches, et les attentes
			DESeo 2 : Equilibre = harmonise les changements de vie, capacité d'agir
	Facteurs influençant l'équilibre occupationnel (DESfeo)	DESfeo 1 : Déterminants personnels = valeurs, préférences, capacités, priorités	
		DESfeo 2 : Déterminants contextuels = environnement physique et social, la culture et la santé	
		DESfeo 3 : déséquilibre occupationnel = priorité perturbée ou santé touchée	
	Impact sur le bien-être de la personne (DESibe)	DESibe 1 : Conséquences = physiques, mentales et sociales	
	Ergothérapie (DESe)	DESe 1 : Ergothérapie = centrée sur la personne et l'occupation	
		DESe 2 : Être à l'écoute afin de récolter des informations sur la perception de leur équilibre	
		DESe 3 : Discipline qui veut maintenir l'équilibre occupationnel	
		DESe 4 : Stratégies d'intervention = gestion du temps, adaptation de l'environnement physique et social	
DESe 5 : Ergothérapie = essentiel pour processus de réadaptation			

	Définition (DF)	Stratégie d'intervention (DESSI)	DESSI 1 : Evaluation et modèle en ergothérapie = MCRO et MOH
			DESSI 2 : Prise en soin en ergothérapie = gestion du temps, intégration des activités signifiantes, renforcement des compétences
			DESSI 3 : Collaboration pluridisciplinaire = perspectives et approches complémentaires
		Equilibre de vie (DESev)	DESev 1 : un « juste milieu » entre vie personnelle et professionnelle
			DESev 2 : Equilibre de vie = soutien social, engagement et satisfaction au travail
		Satisfaction (DFs)	DFs 1 : Satisfaction = intégration équilibrée des sphères de la vie de manière satisfaisante
			DFs 2 : Satisfaction = « vie équilibrée » et une satisfaction dans les engagements personnels, professionnels, les loisirs et les relations sociales
		MCRO (DFm)	DFm 1 : évaluation de la satisfaction occupationnelle = degré de plaisir, d'épanouissement et d'accomplissement
			DFm 2 : la satisfaction est influencée → signification, les valeurs et interactions
		Flow (DFf)	DFf 1 : Flow = complète immersion dans l'activité

			DFf 2 : Satisfaction = interne et durable avec une sensation d'accomplissement profond
		Plaisir (DFp)	DFp 1 : Plaisir = comportement cherchant à satisfaire ses besoins et ses désirs immédiats
			DFp 2 : Il est important qu'il y ait un équilibre entre désirs immédiats et les objectifs à long terme

Annexe 7 : La matrice conceptuelle et thématique des entretiens

Indicateurs	Thématiques
<u>Occupation</u> : activité signifiante, soins personnels, productivité, loisir et interactions sociales, construction d'une vie équilibrée	Perception de l'équilibre et la satisfaction occupationnels par les ergothérapeutes
<u>Equilibre occupationnel</u> : variété d'occupation (besoins biologique, social et psychologique), processus dynamique et évolutif, subjectif	
<u>Satisfaction</u> : intégration équilibrée des sphères de la vie de manière satisfaisante, satisfaction dans les engagements personnels, professionnels, les loisirs et relations sociales	
<u>Equilibre occupationnel</u> : les rôles, les tâches et les attentes, harmonise les changements de vie, capacité d'agir	Prise en soin pour obtenir un équilibre et une satisfaction occupationnels
<u>Facteurs influençant l'équilibre occupationnel</u> : déterminants personnels= valeurs, préférences, capacités, priorités, déterminants contextuels= environnement physique et social, culture et santé	
<u>Impact sur le bien-être de la personne</u> : conséquences= physiques, mentales et sociales	

<p><u>Ergothérapie</u> : centrée sur la personne et l'occupation, être à l'écoute pour avoir des informations sur la perception de leur équilibre, maintien de l'équilibre occupationnel, gestion du temps, adaptation de l'environnement, essentiel pour le processus de réadaptation</p>	
<p><u>Stratégies d'intervention</u> : évaluation, gestion du temps, intégration des activités significatives, renforcement des compétences, collaboration pluridisciplinaire</p>	
<p><u>Equilibre de vie</u> : juste milieu entre vie personnelle et professionnelle, soutien social, engagement et satisfaction au travail</p>	
<p><u>MCRO</u> : évaluation de la satisfaction occupationnelle (degré de plaisir, épanouissement, accomplissement), signification, valeurs et interactions</p>	
<p>Flow : complète immersion dans l'activité, sensation d'accomplissement profond</p>	
<p><u>Plaisir</u> : comportement cherchant à satisfaire ses besoins et désirs</p>	
<p><u>Confiance en soi</u> : croyances, construction, gestion des échecs, solidité</p>	Estime de soi
<p><u>Amour de soi</u> : acceptation de soi, base stable et vision saine, être imparfait</p>	
<p><u>Estime de soi</u> : évaluation subjective, croyances, facteurs internes et externes</p>	
<p><u>Construction</u> : enfance, environnement familial, scolaire, affirmation de soi et reconnaissance des autres</p>	
<p><u>Pleine conscience</u> : attitude bienveillante, prise de recul, médiation guidée, l'auto-compassion</p>	
<p><u>Acceptation</u> : perspectives non jugeantes, gestion des situations de stress</p>	

Annexe 8 : La matrice d'entretien

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir répondu positivement pour participer à cet entretien. Je vous rappelle que le contenu de l'entretien est confidentiel et qu'il sera enregistré pour faciliter l'analyse si vous acceptez. Donnez-vous votre accord ?

Pouvez-vous s'il vous plait vous présenter succinctement ?

Merci, je vous rappelle que mon mémoire comprend les éléments tels que l'équilibre occupationnel, la satisfaction occupationnelle et l'estime de soi. Toutes mes questions cibleront les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. Etes-vous prêt ?

Thématique	Questions	Objectifs
Cible 1 : Perception de l'équilibre et la satisfaction occupationnels	Comment définiriez-vous l'équilibre occupationnel ?	Identifier comment les ergothérapeutes perçoivent l'équilibre occupationnel
	Comment définiriez-vous la satisfaction occupationnelle ?	Identifier comment les ergothérapeutes perçoivent la satisfaction occupationnelle
	En quoi l'équilibre occupationnel se distingue de la satisfaction occupationnelle ?	Identifier comment les ergothérapeutes distinguent l'équilibre et la satisfaction occupationnelle
Cible 2 : Prise en soin pour obtenir un équilibre et une satisfaction occupationnels	Quelle place identifiez-vous à l'équilibre occupationnelle dans votre accompagnement ?	Comprendre si les ergothérapeutes identifient l'équilibre occupationnel comme un objectif d'intervention
	Quelle place identifiez-vous à la satisfaction	Comprendre si les ergothérapeutes identifient la

	<p>occupationnelle dans votre accompagnement ?</p> <p>Quels sont vos moyens ergothérapeutiques pour obtenir un équilibre occupationnel/ quels sont vos moyens ergothérapeutiques pour obtenir une satisfaction occupationnelle</p>	<p>satisfaction occupationnelle comme un objectif d'intervention</p> <p>Identifier les moyens ergothérapeutiques pour obtenir un équilibre occupationnel/une satisfaction occupationnelle</p>
Cible 3 : Estime de soi	<p>Quelle place accordez-vous à l'estime de soi dans votre pratique ?</p> <p>Quels leviers identifiez-vous dans vos interventions pour agir sur l'estime de soi ?</p> <p>Quelle évolution de l'estime de soi remarquez-vous au fil du temps avec ces leviers ?</p>	<p>Identifier la place de l'estime de soi dans la pratique pour les ergothérapeutes</p> <p>Identifier quels sont les leviers pour les ergothérapeutes qui agissent sur l'estime de soi</p> <p>Comprendre selon les ergothérapeutes l'évolution de l'estime de soi au fil du temps</p>

Formulaire du recueil de consentement

« La pratique ergothérapeutique intégrant l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi des personnes avec un TCA »

MICHEL, Chloé, chloe.michel.3@etu.univ-amu.fr, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « la prise en soin en ergothérapie sur la représentation corporelle des personnes avec un trouble du comportement alimentaire » en collaboration avec l'investigateur secondaire nom, prénom, et mail

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « La pratique ergothérapeutique intégrant l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi des personnes avec un TCA ».

Conformément aux dispositions de la loi CNIL et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles de 25 mai 2018, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur du projet.

Fait à 8 h, le samedi 14 Avril 2025 à Marseille
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

MICHEL, Chloé

Signature :
Lu, compris et approuvé

Signature :

Lu, compris et approuvé

(Précédé de la mention : Lu, compris et approuvé)



Annexe 10 : Tableau de l'analyse thématique

Thèmes	Sous-thématiques	E1	E2	E3
Equilibre occupationnel (EO)	Définitions	Activités personnelles et professionnelles, bon dosage, rythme d'activités, contrôle émotionnel, auto-évaluation, ancrage personnel (L969-1018)	Répartition des activités qui ont du sens (domestique, loisir, productif, social), équilibre propre à chacun, rien n'est normé (L1366-1376)	Tâches quotidiennes avec découpes et harmonisation (L1868-1870)
	Identification de l'EO	Identification indirecte, pas d'évaluation, EO est important(L1072-1081)	Evaluation pendant les 15 premiers jours, analyses des activités, questionnaire de l'équilibre de vie, compréhension du déséquilibre(L1418-1446)	Indirectement et remarque ce qui ne fonctionne pas dans le quotidien, questions sur les habitudes de la personne, beaucoup de dialogue (L1918-1925)
	Moyens	Son ressenti, pas de moyen spécifique pour cette objectif (L-1091-1104)	Sorties, activités artisanales, cuisine, balades, transports, recherches de formations pour adolescents,	Beaucoup de dialogue sur la gestion des activités, mise en scène au restaurant, visualisation

			travail sur la prise des repas, le tri dans l'assiette, l'ordre des aliments puis aller au restaurant prendre un à manger ou à boire, retrouver de la productivité, apprentissage de nouvelles activités (L1494-1575, 1630-1635)	mentale sur les repas (L1918-1925, 1982-1991)
	Performance occupationnelle (PO)	Les leviers pour influencer l'estime de soi sont en général dans l'occupationnel, toucher à des matières, apprendre, évoluer (L1161-1165)	Lien avec SO et EO, les personnes peuvent avoir un équilibre et se sentir moins performantes et moins satisfaites. Pour lui, satisfait veut dire quand on fait bien donc PO alors que les personnes veulent dire satisfait quand on s'amuse c'est plus de la prise de plaisir, Travail sur la performance alimentaire : courses, cuisines,	Travailler sur les finalités, apprentissage de technique, aboutissement, revalorisation par l'amélioration d'une activité manuelle, grâce à la visualisation mentale comment la personne fait, comment elle peut s'améliorer ? (L1933-1939, 1987-1992)

			aliments anxiogènes, contact progressif (L1403- 1405,1472-1476, 1768-1772)	
Satisfaction occupationnell e (SO)	Définition	Avoir aimé ses activités de la journée, aussi un dosage, donner du sens à une activité (L1026-1032)	Equilibre qualitatif, engagement dans les acticités alignées aux valeurs de la personne et des centres d'intérêts, prise de plaisir, comment profiter SO quand on s'engage dans des choses qui comptent, environnement favorable (L1380- 1396)	Retour positif des activités, revalorisation par les activités (L1885-1889)
	Identification de SO	Se base sur le ressenti du plaisir, SO est importante, préoccupation SO (L1072- 1081)	N'utilise pas de questionnaire mais parle du plaisir, sujet évoqué lors des synthèses d'équipe, identifie plus dans le versant émotionnel (L1451-1468)	Elle ne l'identifie pas

	Moyens	Utilisation de l'échelle de la satisfaction et de plaisir, auto-évaluation (L1109-1125)	Activités choisies qui fait plaisir, signification, déconnexion de l'alimentaire, se laisser aller (L1499-1507,1586-1601)	Apprentissage à travers des activités de plaisir et un aboutissement, visualisation mentale avec prise plaisir en pensant à un beau paysage et même au chocolat (L1933-1939,1982-1992)
	Distinction entre EO et SO	Possibilité d'avoir un équilibre sans satisfaction, chose faites dans la journée mais juste par enchainement, la satisfaction est comme la cerise que le gâteau (L1037-1048)	Equilibre correct sans forcément se sentir satisfait et performant sur le plan occupationnel, satisfaction émotionnelle différente de l'EO (L1400-1405)	EO pas toujours positif, SO est surtout lié aux retours positifs (L1893-1895)
L'estime de soi (ES)	Place de l'ES	90 % de mauvaise estime de soi, impact de l'enfance et des traumatisme (L1161-1180)	Cœur de l'intervention, travail en permanence, importance de valoriser mais aussi de confronter	Grande place de l'estime de soi, Importance, revalorisation par la création et l'expression (L1917-1925)

			à l'échec, comment relativiser (L1654- 1664)	
	Moyens pour agir sur l'ES	Partir de ce que la personne sait faire, valoriser, transfert de connaissance, parole, créativité, les mettre en valeur, démarche psychanalytique , mettre en place les leviers pour qu'ils sortent avec des outils (L1161-1214, 1241-1247)	Réussir une activité , les personnes soient fières, soutenir émotionnellement, stimuler la flexibilité mentale(cognitif ou créatif), déconnecter du résultat, (L1669- 1685)	Utilise toujours la valorisation, utilisation du groupe pour dépassement personnel, oser prendre la parole, s'affirmer (L1948, 2011- 2016)
	Temporalité de l'évolution de l'ES	Très longue, premiers changements analysés via des discussions (L1225-1274)	Dépend de chaque individu, processus plutôt long, suivi parfois poursuivi après hospitalisation (L1691-1725)	Très long mais ne regarde pas cela spécifiquement (1974-1976)
Les leviers utilisés	Travail en groupe	Valorisation, puissant pour valoriser, re- narcissisation, confiance en	Sorties de groupe être patients avec un TCA et patients avec autres	Activités conviviales : jeux, karaoké, sketchs (L2002- 2024)

		eux, dynamique d'émulation collective (L1169-1174)	pathologies (L1511-1538)	
	Médiations	Qi gong, bains sonores, massages, dessins, sonothérapie (L1049-1055, 1265-1267)	Activités artisanales productives, musique (L1494-1507, 1630-1635)	Support de base est manuel, artisanal, atelier manuel (cuir, vitrail, bois, peinture), relaxation, visualisation mentale (L1909-1925, 1982-1988)
	Lien au corps	Travail du rapport au corps via la friperie, compliments, habillage, maquillage, regarder son corps (L1196-1217)	Sentiment d'insatisfaction corporelle, hyperactivité à modérer → objectif donc au lieu de faire une séance 1h30 elle sera d'e 45 min pour gérer le niveau de fatigue du corps, perfectionnisme (L1502, 1548-1557, 1645)	Lors de la relaxation, l'ergo utilise se moment pour une détente du corps (L1982-1992)
	Lien entre les activités et le plaisir	Usage de médiations créatives pour	Insistance sur la diversification identitaire par la	Travail sur la finalité et l'aboutissement

		relancer le plaisir et revalorisation (L1049-1055,1265-1267)	prise de plaisir, voit l'activité comme prise de plaisir, vecteur de lien social, confrontation avec ses émotions (L1472-1476,1596-1601)	pour générer le plaisir, panel technique qui peut correspondre au gout de chacun (L1933-1939, 1944-1947)
	Flexibilité mentale	Diversité des activités (créatives, corporelles, groupes) (L1049-1055,1169-1174,1196-1217)	La couture fait travailler la flexibilité comme d'autres activités afin de lâcher le perfectionnisme, Stimulation de flexibilité cognitive et créative afin de lutter contre la rigidité mentale, trouver des alternatives, résolution de problèmes (L1501-1507,1598-1601)	La visualisation mentale est un bon outil, diversité des activités artisanales (L1933-1939,1982-1988)
	Début de prise en soin	Commence par les médiations créatives, pas d'entretien formels (L1277-1305)	Démarrage par des évaluations, élaboration d'objectifs puis des activités significatives et	Démarrage avec des médiations, la discussion découverte de toutes les

			progressives, l'atelier est le point d'entrée (L1418-1446, 1511)	disciplines(L191 8-1925)
	Relation thérapeutique	Accueil dans l'atelier, posture empathique, aider l'autre dans le lien (L1178- 1180,1294- 1301)	Construction d'un lien de confiance, travail sur l'échec et réussite, trouver une alliance thérapeutique (L1654-1685, 1700)	Relation de confiance, liberté de parler et de se confier, pas de relation duelle (L2035-2051, 2057-2061)
Conséquence d'une mauvaise ES	Déséquilibre occupationnel	Surcontrôle alimentaire, activités physiques excessives (ex : danse trois heures de suite sans arrêt, pas de prise de plaisir) (L993- 1009)	Lié à l'investissement ou désinvestissement des activités, tout tourné autour de l'alimentation, ce déséquilibre est remarqué et peut être une piste de travail, dévalorisation, culpabilité, sentiment de punition (L1444- 1446,1465-1468, 1774)	/
	Identité occupa- tionnelle	90 % des personnes avec un TCA →	Identité principalement centrée sur	Diversification d'activités artisanales

		mauvaise image d'eux-mêmes (L1131-1155)	l'alimentation et la maladie , souhaite diversifier les activités pour agrandir les centres d'intérêts de la personne, que les personnes trouvent des nouveaux objectifs(L1630- 1635, 1773-1781)	méconnues , peut être poussée par le groupe, grâce aux activités la personne fait le lien avec sa propre vie (L1944-1947, 2011-2016, 2043-2051)
--	--	---	---	--

Résumé :

La littérature démontre que l'estime de soi est fréquemment altérée chez les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA). Ces personnes ont un déséquilibre occupationnel et ne ressentent plus de plaisir lorsqu'elles entreprennent des occupations. Le but de cette recherche est de déterminer si l'équilibre et la satisfaction occupationnels pourraient être mobilisés en ergothérapie et s'il y a une influence sur leur estime de soi. La méthode clinique a été utilisée pour mener la recherche avec des entretiens semi-directifs. Ils ont été réalisés avec des ergothérapeutes travaillant avec des personnes présentant un TCA. Leurs discours ont été étudiés par une analyse thématique. La recherche a démontré que les trois ergothérapeutes n'identifient pas explicitement l'équilibre et la satisfaction occupationnels comme leviers pour influencer l'estime de soi mais ils identifient qu'ils travaillent sur le déséquilibre occupationnel et qu'ils souhaitent une prise de plaisir. La recherche apporte des éléments sur des approches implicites en ergothérapie et ouvre des perspectives d'interventions pour favoriser une amélioration de l'estime de soi des patients avec un TCA.

Mot clés : ergothérapie, TCA, équilibre occupationnel, satisfaction occupationnelle, estime de soi

Abstract :

The literature shows that self-esteem is frequently impaired in people with an eating disorder (ED). These people have an occupational imbalance and no longer feel pleasure when they undertake occupations. The aim of this research is to determine whether occupational balance and satisfaction could be mobilized in occupational therapy and if there is an influence on their self-esteem. The clinical method was used to conduct the research with semi-structured interviews. They were conducted with occupational therapists working with people with an ED. Their discourses were studied through thematic analysis. The research demonstrated that the three occupational therapists do not explicitly identify occupational balance and satisfaction as levers to influence self-esteem but they identify that they work on occupational imbalance and that they want to experience pleasure. The research provides elements on implicit approaches in occupational therapy and opens up perspectives for interventions to promote an improvement in the self-esteem of patients with an eating disorder.

Keywords: occupational therapy, ED, occupational balance, occupational satisfaction, self-esteem