

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

Le mot de la fin

Sylvie Meyer

3-8

Portrait de chercheuse

Annie Carrier

Yasmine Frikha

9-12

Articles de recherche

Le sous- et sur-investissement de l'occupation, une porte ouverte vers la compréhension des troubles du comportement alimentaire : étude de portée

Marie-Josée St-Pierre, Pierre-Yves Therriault, Sandra Béliveau, Johana Monthuy-Blanc

13-46

L'ennui durant le séjour psychiatrique : pistes d'intervention en ergothérapie

Émilie Dévaud, Marion Maillard, Jessica Mendes de Almeida, Benjamin Aznar, Julie Desrosiers

47-70

Méthodologies

Apprivoiser l'étude de l'application des connaissances à travers le prisme des méthodes de recherches mixtes

Mélanie Ruest, Manon Guay

71-84

Lu / Vu pour vous

Engagement in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing. Un livre paru en 2020, rédigé par Karen Whalley Hammell

Emmanuelle Jasmin

85-89

Résumés du JOS

91-93



LE MOT DE LA FIN

Au moment de quitter ses activités professionnelles, il est opportun de faire le bilan de sa carrière – ou peut-être pas –, mais puisque l'occasion m'est offerte par la RFRE, autant s'y risquer et, de cette manière, prendre congé des collègues d'ici et d'ailleurs, du milieu des ergothérapeutes et finalement du rôle de professeure. Cet éditorial souhaite remplir ces fonctions et également être l'occasion de vous communiquer quelques idées pour l'avenir de l'ergothérapie.

En près de quarante ans d'activités dans le contexte de l'ergothérapie, essentiellement dans la formation des ergothérapeutes, j'en ai lu des articles et des bouquins et j'en ai entendu des ergothérapeutes en pratique, en enseignement ou en recherche et développement exposer leur pensée, leurs activités et leurs questions. J'ai vu les changements, les conflits, les défis. J'ai vu les écueils aussi : rester bloqué sur ce qui a été appris il y a fort longtemps, tenir des positions d'autorité désuètes, adhérer sans critique à des influences scientifiques, parler sans savoir ou sans avoir lu, vouloir changer sans tenir compte du contexte, rêver d'uniformité et de simplicité... Sans doute je n'échappe pas à l'une ou l'autre de ces critiques. Rétrospectivement, l'élément dominant dans le contexte européen francophone apparaît être la recapture du concept d'occupation dans les théories – même en français –, dans l'enseignement, dans la recherche et l'exercice de l'ergothérapie ; et avec elle l'émergence, l'acceptation et une certaine consolidation de la science de l'occupation comme discipline. Mais en français comme en anglais, il y a un gouffre entre ce qui se déploie et se théorise en science de l'occupation et ce qui est livré aux thérapeutes pour l'exercice professionnel au service direct des client·e·s. Ainsi l'ancienne et lancinante question « qu'est-ce que ces résultats de recherche ou cette nouvelle modélisation théorique amènent à ma pratique ? » reste légitime.

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.222

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



L'occupation est le concept central de l'ergothérapie. Dans la discipline, c'est devenu une banalité et les ergothérapeutes, encore aux études ou diplômé-e-s, s'y réfèrent largement. Le leadership de la WFOT contribue à cet élan, tout comme à l'extension de la discipline et des pratiques vers un engagement social et politique plus clair qui met la défense, le respect, la promotion des occupations humaines à l'avant-plan en essayant de s'abstraire du modèle médical et de la prégnance de la culture occidentale. Et pourtant il y a tout juste dix ans, les réviseurs du futur ouvrage « de l'activité à la participation » (Meyer, 2013) refusaient le terme d'occupation dans le titre : ça ne correspondait pas à la tradition française et ça ne se vendrait pas !

Au-delà de l'anecdote, le concept d'occupation, bien que passé dans les routines des ergothérapeutes, est diablement complexe et ne se saisit pas facilement. Selon Pierce (2001), l'occupation est une expérience spécifique personnellement construite et non reproductible, donc quelque chose de subjectif. Mais pas seulement de subjectif puisque les occupations sont aussi, et généralement, culturellement dénommées (Meyer, 2013). Cependant, leur structure qui infléchit leur performance, comme leur début et leur fin, ne sont pas totalement prédéterminés par la culture. Ainsi lorsqu'une connaissance dit « je pars en vacances », on sait qu'il s'agit d'une occupation et on en devine des éléments parce qu'on partage la culture et qu'on a vécu des expériences similaires. Par contre, on ne sait pas ce que cela recouvre pour cette personne en termes d'activités, de lieux, de temps, d'accompagnant, de signification, etc.

L'occupation existe toujours dans l'environnement physique et social, en situation et en contexte, de sorte que sa performance émerge de façon contingente des transactions entre la personne et l'environnement (Madsen et Josephsson, 2017). Occupation, environnement et personne ne sont pas des entités distinctes fonctionnant indépendamment les unes des autres, elles se coconstruisent (Lee Bunting, 2016). De plus, l'environnement n'est pas un ensemble d'espaces physiques, sociaux, institutionnels et culturels singuliers dans lesquels l'occupation prend place. Ces espaces sont indissociables les uns des autres. Ils sont continuellement produits et modifiés par l'occupation (Delaisse *et al.*, 2021). Par exemple, le service d'ergothérapie est un espace produit par les ergothérapeutes qui l'agent, par les activités de thérapie en cours, par les règles de l'établissement... L'occupation – même individuellement conduite ou lorsque les personnes ne sont pas simultanément dans le même lieu – est toujours partagée parce qu'elle ne peut pas être abstraite de son contexte social, culturel, circonstanciel qui en formate les contours et les règles (p. ex. aller aux toilettes). Ainsi, participer à une occupation même solitaire (p. ex. se promener en forêt), ou sans la performer, mais juste y assister somnolant (p. ex. au repas de Noël de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées), c'est participer à la société. L'occupation comme l'environnement sont incarnés et vécus comme des expériences perçues, ressenties et agies corporellement (Bailliard *et al.*, 2018).

Au cœur de l'occupation, il y a son sens. Énoncé simplement, celui-ci est l'importance et la fonction que cette occupation a pour la personne qui y participe. Il est associé au contrôle que la personne a sur cette occupation, aux émotions qu'elle génère et aux relations sociales qu'elle permet (Rosenberg *et al.*, 2019). Le sens est donc instable. Il

n'est pas une propriété de l'occupation comme la couleur l'est d'un objet. Il s'élabore et se reconstruit en permanence dans les transactions entre le contexte social et la personne (Cole, 2016 ; Reed et Hocking, 2013). Le sens est subjectif, mais il prend aussi forme dans la culture. Ainsi, il va largement de soi et échappe volontiers à la verbalisation, voire à la conscience de la personne. De plus, il est multiple, peut être ambigu, contradictoire, positif ou négatif (Pentland *et al.*, 2018). Finalement, par leurs occupations, les gens donnent sens à leur vie (Ikiugu et Pollard, 2015), ce qui rend le sens de ce qui est fait en thérapie essentiel.

L'un des principes fondamentaux de l'ergothérapie est que l'engagement dans une occupation peut favoriser ou améliorer la participation à la vie de tous les jours et, de cette manière, améliorer la santé et le bien-être (AOTA, 2020). Aucun·e ergothérapeute n'en doute, mais cela n'aide guère à savoir quoi proposer en thérapie. Pour y répondre, Fisher (2013) a développé l'idée que l'intervention doit être centrée, basée et ciblée sur l'occupation. Basée signifie que l'engagement dans l'occupation est l'agent de changement employé par l'ergothérapeute pour aller à la rencontre des buts intermédiaires ou finaux d'intervention qui eux-mêmes visent les occupations du ou de la client·e. Fisher et Marterella (2019) expliquent qu'il faut procéder en recourant aux tâches courantes des personnes, menées de façon habituelle dans un environnement le plus écologique possible. Meyer (2020) rapporte que de nombreux auteurs ont montré les possibilités avec différentes clientèles ou dans différents contextes de soins, par exemple Burley et ses collègues (2018) dans le domaine de la main ou Wolf et ses collègues (2015) pour les AVC. Cependant, pour reprendre Wæhrens et ses collègues (2021, p. 1), il faudrait un modèle conceptuel qui aborde plus clairement et de manière systématique les principes à prendre en compte pour l'emploi de l'occupation comme mécanisme de changement dans les interventions ergothérapeutiques.

Pour ma part, je pense que cette proposition de recourir à l'occupation comme moyen d'intervention – certes rénové – n'est pas suffisante. Dans le modèle biomédical, il s'agissait d'utiliser une activité dont la structure et le *setting* agencés par l'ergothérapeute contraignaient les efforts que le ou la patient·e effectuait pour la réaliser, ce qui produisait la récupération des fonctions corporelles mises en jeu avec, comme conséquence logique, l'amélioration des performances dans la vie quotidienne. Avec la thérapie basée sur l'occupation, il s'agit non seulement de recourir à une tâche habituelle du client (p. ex. se laver les dents ou jouer de la guitare), mais aussi de considérer des aspects de la personne cliente et de son contexte, le contexte de la thérapie avec ses contraintes institutionnelles, les aspects relationnels et de collaboration, etc. Tout cela – et c'est beaucoup – étant nécessaire pour ajuster l'occupation convenue à chaque client·e (Wæhrens *et al.*, 2021) et viser d'emblée un changement en dehors de la thérapie.

L'avancée hors du modèle biomédical grâce à des thérapies basées sur l'occupation au sens de Fischer (2013) est sans doute considérable pour l'ergothérapie, mais le concept d'occupation y est malheureusement singulièrement réduit, car il ne satisfait pas les caractéristiques complexes d'une occupation précédemment exposées. En effet, l'occupation proposée en thérapie ne peut pas être une occupation usuelle de la personne cliente, puisque justement les occupations existent en contexte et que celui de la

thérapie n'est pas l'un ou l'autre de ceux de sa vie de tous les jours. Par exemple, faire une salade à la maison n'est pas faire une salade à l'hôpital précisément parce que l'activité n'est pas faite dans les mêmes intentions, ni dans les mêmes circonstances. Les transactions sont différentes et émergent de la situation de thérapie et non des situations de la vie de la personne externes à la thérapie. De plus, si l'occupation est une expérience unique, alors par définition, elle n'est pas reproductible en thérapie. Ce à quoi la personne cliente participe, ce dans quoi elle s'engage, ce qui est partagé, ce qui prend, produit, altère, renouvelle du sens, c'est la thérapie. Dans le processus thérapeutique, il y a évidemment ce que thérapeute et client·e planifient et font, mais aussi une relation humaine qui se construit pour promouvoir des changements qui permettront à la personne cliente de devenir autre (Price et Miner, 2007).

Conceptuellement parlant, lorsqu'il est question d'étapes, de début et de fin, d'agencement de l'environnement, c'est le concept d'activité qui est mobilisé (Meyer, 2013), pas celui d'occupation. Limité à ces caractéristiques structurelles résolument descriptives, il est plus restreint que le concept d'occupation. Il est par ailleurs judicieux en thérapie de réduire la complexité en allant chercher les activités qui appartiennent aux occupations des personnes et de les entraîner parce qu'il y a de multiples preuves que l'entraînement aux tâches de la vie quotidienne et l'exercice des habiletés de performance sont valables et produisent des résultats positifs. Mais il faut avoir la réduction en tête, aller plus loin et raisonner de manière plus différenciée lorsque l'effet escompté de la thérapie n'est pas au rendez-vous. Avec une compréhension plus large, il est possible de se demander ce qui, dans la thérapie, favorise le changement chez le ou la client·e et lui permet d'opérer une transition entre le contexte de la thérapie et celui de sa vie future afin de reconfigurer ses occupations (Pentland *et al.*, 2018). En sachant également qu'il y a nombre de phénomènes non maîtrisés dans l'intervention et qu'ils peuvent entraîner des résultats, favorables ou non, bien au-delà de la fin des séances effectuées.

Concevoir la thérapie comme une occupation favorise une compréhension plus large de ce qui est à l'œuvre dans une intervention. La thérapie, comme occupation, contient des activités plutôt spécifiques à décider, à organiser, à faire, à évaluer dans divers environnements. Plus ces activités sont proches des conditions environnementales et des procédures habituelles des gens, plus elles sont intéressantes pour soutenir les changements dans le système client. Sans toutefois que cela devienne un dogme. La thérapie comme occupation émerge ou devrait émerger dans le contexte des pratiques de l'ergothérapie, autrement dit dans les services d'ergothérapie, avec leurs contraintes parfois tellement limitatives. Elle contient bien davantage que des activités issues des habitudes du ou de la client·e. Elle comprend des relations humaines faites des actions partagées qui ont des composantes corporelles et faites d'échanges verbaux. Elle génère des émotions à partager. Elle est un processus de fabrication de sens (Mello *et al.*, 2021) et d'apprentissage sur soi et les autres. Finalement, elle ne mène pas forcément, ou pas que, où on pensait qu'elle mènerait (Pentland *et al.*, 2018).

Si la thérapie est une occupation, elle peut aussi inclure des activités comme moyens d'intervention qui n'appartiennent pas à la vie de tous les jours de la personne cliente, par exemple des activités créatrices manuelles, des exercices moteurs ou des

actions passives menées par l'ergothérapeute comme des massages ou des positionnements. En effet, ces activités d'une part ont leur légitimité scientifique, et d'autre part vont prendre sens dans l'occupation de thérapie de manière intelligible et communicable au sens de Trombly (1995). Il est en effet toujours possible d'en expliquer le fondement à la personne cliente ou à ses proches. En outre, comme la thérapie doit offrir un certain degré de défi pour favoriser l'engagement, sortir des habitudes de vie de la personne est sans doute un bon moyen pour accompagner le changement.

En conclusion, soyons clair qu'accepter des moyens d'intervention différents de l'occupation ne signifie pas céder à une approche complètement éclectique, mais se donner les moyens de prendre en compte les apports d'autres disciplines et de les passer par un « filtre » occupationnel. Par exemple, Bailliard et ses collègues (2018) prennent le concept de « corporéité » de Merleau-Ponty, et Delaisse et ses collègues (2021) celui d'« espace » de Lefebvre pour réfléchir à leur intérêt en ergothérapie comme en science de l'occupation. Cette approche nécessite cependant un solide bagage en science de l'occupation sans quoi le filtre est une passoire menant à une néo-construction de l'ergothérapie pourtant rétrograde. Une autre possibilité est d'aller explorer ce qui se passe dans les séances d'ergothérapie, à l'instar de Weiste (2020) qui s'intéresse aux microdécisions prises dans les activités de traitement. Ce type d'approche permet ainsi de mieux comprendre le rôle de l'occupation en thérapie et comment l'ergothérapeute ajuste l'intervention.

Au-delà de ces approches, il m'apparaît saillant, au terme de ma carrière en ergothérapie, qu'à trop rester sur l'occupation comme moyen de traitement, on appauvrit la profession. Voilà le type d'enjeux que sera amenée à explorer la recherche en ergothérapie et dans les sciences de l'occupation, au bénéfice des milieux de pratique.

Sylvie Meyer, Ergothérapeute, MSc, Professeure associée, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Bailliard, A. L., Carroll, A., et Dallman, A. R. (2018). The inescapable corporeality of occupation: Integrating Merleau-Ponty into the study of occupation. *Journal of Occupational Science*, 25(2), 222-233. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1397536>
- Burley, S., Di Tommaso, A., Cox, R., et Molineux, M. (2018). An occupational perspective in hand therapy: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(6), 299-318. <https://doi.org/10.1177/0308022617752110>
- Cole, M. (2016). Social reasoning in occupational therapy: integrating social theories. Dans M. Cole et J. Creek (dir.), *Global perspectives in professional reasoning*. Slack.

- Delaisse, A. C., Huot, S., et Veronis, L. (2021). Conceptualizing the role of occupation in the production of space. *Journal of Occupational Science*, 28(4), 550-560. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1802326>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912>
- Fisher, A. G., et Marterella, A. (2019). *Powerful practice*. CIOT.
- Ikiugu, M., et Pollard, N. (2015). *Meaningful living through occupation: Occupation-based intervention strategies for occupational therapists and scientists*. Whiting & Birch, Critical Studies in Occupational Therapy and Occupational Science.
- Lee Bunting, K. (2016). A transactional perspective on occupation: A critical reflection. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(5), 327-336. <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1174294>
- Madsen, J., et Josephsson, S. (2017). Engagement in occupation as an inquiring process: Exploring the situatedness of occupation. *Journal of Occupational Science*, 24(4), 412-424. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1308266>
- Mello, A. C. C., Araujo, A. S., Costa, A. L. B., et Marcolino, T. Q. (2021). Meaning-making in occupational therapy interventions: A scoping review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2859. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2158>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck.
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*, 77, 37-44.
- Pentland, D., Kantartzis, S., Clausen, M. G., et Witemyre, K. (2018). *Occupational therapy and complexity: Defining and describing practice*. Royal College of Occupational Therapists. <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/OT%20and%20complexity.pdf>
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Price, P., et Miner, S. (2007). Occupation emerges in the process of therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 441-450.
- Reed, K., et Hocking, C. (2013). Resituating the meaning of occupation: A transactional perspective. Dans *Transactional perspectives on occupation* (p. 39-49). Springer.
- Rosenberg, L., Pade, M., Reizis, H., et Bar, M. A. (2019). Associations between meaning of everyday activities and participation among children. *American Journal of Occupational Therapy*, 73, 7306205030. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.032508>
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanism. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 960-972. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960>
- Wæhrens, E. E., Nielsen, K. T., Cutchin, M., Fritz, H., Jonsson, H., et la Cour, K. (2021). Fostering change through occupation-based intervention: An international joint group concept mapping study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 42(1), 10-21. <https://doi.org/10.1177/153944922111038283>
- Weiste, E. (2020). Co-constructing desired activities: Small-scale activity decisions in occupational therapy. Dans *Joint decision making in mental health* (p. 235-252). Palgrave Macmillan.
- Wolf, T. J., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K., et Williams, E. (2015). Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012195>



PORTRAIT DE CHERCHEUSE



ANNIE CARRIER

Propos recueillis par Yasmine Frikha

Ergothérapeute, M. Erg., candidate au doctorat
VITAM, Centre de recherche en santé durable, Université Laval, Canada

Ce portrait retrace la richesse du parcours professionnel d'Annie Carrier, chercheuse affiliée à l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke (Québec, Canada). Annie a toujours été motivée par le désir de permettre aux ergothérapeutes d'exercer pleinement leurs compétences pour satisfaire les besoins de leur clientèle dans des contextes de pratique où se côtoient, non sans heurts, logiques organisationnelle et professionnelle. Ce portrait partage les conseils d'Annie pour utiliser la recherche à des fins de changement au sein même des organisations de santé, que l'on soit clinicien ou chercheur confirmé.

Au début de sa carrière, Annie a d'abord agi comme ergothérapeute clinicienne de première ligne en santé communautaire et soutien à domicile. Lors de sa formation initiale, elle n'avait pas d'intérêt pour la recherche. Elle souhaitait pratiquer l'ergothérapie et cette pratique a fait émerger en elle des questionnements. Elle souhaitait constamment identifier les moyens les plus adaptés pour répondre aux besoins de ses clients. Elle n'avait toutefois qu'un pouvoir limité pour mettre en œuvre ces moyens. Elle se heurtait aux limites de l'organisation, opérationnalisées par le gestionnaire qui refusait ses demandes eu égard à la loi, aux règlements ou au cadre institutionnel.

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.219

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



Se tourner vers la recherche est ainsi devenu un moyen d'agir face aux contraintes qu'elle vivait quotidiennement dans sa pratique.

Après dix ans en clinique, Annie a souhaité prendre du recul pour comprendre le contexte et l'influence de celui-ci sur sa pratique. Elle a réalisé ce premier pas en rejoignant la maîtrise en « droit et politiques de la santé », en compagnie de juristes et d'autres professionnels de la santé. La collaboration qu'elle a eue avec des juristes a grandement enrichi sa perspective. De manière générale, les professionnels de la santé ont pu comprendre l'esprit des lois, leurs fondements et l'intention avec laquelle elles ont été conçues. Les juristes ont pu appréhender leur réelle application dans la pratique quotidienne. D'après Annie, l'écart entre la théorie et la pratique semble plus proche du fossé que de la brèche, c'est pourquoi elle souligne l'importance pour les professionnels de la santé de connaître la base normative de leur profession et d'adopter une attitude réflexive face à celle-ci. Ouvrir son regard d'ergothérapeute sur une autre discipline aide à adopter cette pratique réflexive, à contextualiser les enjeux quotidiens pour aiguiser son analyse, à trouver de nouvelles perspectives d'action et à trouver des intérêts communs avec d'autres professions qui peuvent ainsi devenir des alliées.

Le début de la carrière de chercheuse d'Annie a ainsi été motivé par la question suivante : « Comment les lois, les règlements et les politiques d'application modulent-ils la pratique professionnelle ? » Annie a choisi d'étudier le raisonnement clinique des ergothérapeutes comme angle d'analyse des pratiques professionnelles. L'objectif de sa thèse était de comprendre comment les impératifs du contexte organisationnel, par exemple la reddition de compte et l'optimisation de la performance, modulent la façon dont l'ergothérapeute évalue le problème du client et envisage les solutions, dans une approche psycho-cognitiviste du raisonnement clinique. Loin d'offrir une réponse optimiste, les résultats de son doctorat ont confirmé la détresse parfois ressentie par les ergothérapeutes face au conflit entre leurs valeurs professionnelles et les normes organisationnelles axées sur la performance. Sensible à ces enjeux qui faisaient écho à ses propres constatations de clinicienne, Annie a décidé de poursuivre ses recherches pour comprendre comment changer les choses !

Une nouvelle fois, Annie a cherché des partenaires issus d'autres disciplines. Elle s'est rapprochée de Damien Contandriopoulos de l'Université de Montréal, dont les travaux portaient sur la capacité d'influence des chercheurs sur les décideurs et les politiques. Cette collaboration lui a permis de comprendre comment développer le pouvoir d'agir des ergothérapeutes au quotidien. Les récents travaux de recherche d'Annie ont justement exploré les dimensions du rôle d'agent de changement des ergothérapeutes, les stratégies à privilégier, les connaissances et compétences à acquérir ainsi que les facteurs influençant leur propension à agir.

Les prochains projets d'Annie visent à explorer davantage la thématique de l'agent de changement. Elle prévoit de collecter des données auprès d'autres professionnels de la santé. Elle souhaite également appréhender le principe de gouvernance collaborative à travers des projets de type recherche-action. La gouvernance collective réfère à un mode de décision partagée au sein d'une équipe interprofessionnelle et de ses gestionnaires. Elle a pour but d'augmenter l'autonomie des professionnels et la coordination des soins centrés sur les clients.

Les principaux défis liés à la poursuite d'une activité de recherche sont, selon Annie, le temps et le financement. Elle estime qu'il est possible de contribuer à des projets à

condition que cela soit effectué pendant le temps de travail. La négociation du temps alloué à la recherche avec l'employeur est la pierre angulaire de la réussite d'un projet. Faire financer la recherche par une organisation de santé nécessite généralement que le projet bénéficie à l'organisation, en favorisant par exemple des soins plus efficaces ou des rôles professionnels optimisés, rejoignant la logique de performance (gain de temps, d'argent et de qualité). Démontrer la pertinence d'un projet de recherche requiert ainsi pour l'ergothérapeute de penser au-delà des besoins du client, en intégrant les principes d'efficacité organisationnelle dans son argumentation, tels que les intérêts, les responsabilités et les enjeux des organisations. Pour convaincre les gestionnaires, l'ergothérapeute doit analyser la situation, le problème et les répercussions de celui-ci à court, moyen et long terme à l'aide de faits et de chiffres. La tâche peut sembler difficile et parfois même inaccessible. C'est pourquoi il est important d'identifier des partenaires, comme des clients, des chercheurs de l'établissement, une équipe de recherche déjà établie, etc. Il y a plusieurs façons de s'impliquer dans des projets et elles ne nécessitent pas toujours un retour aux études. En tant que clinicien, on peut par exemple proposer des idées à un chercheur confirmé. Une recherche pilote peut être une première étape pour amorcer un changement et permettre aux professionnels de la santé d'être plus écoutés, tout en étant appuyés par le « sérieux » d'une recherche.

Selon Annie, la recherche ne devrait pas être considérée comme un « loisir » réalisé le soir et les fins de semaine. Limiter le temps de travail et intégrer de « vrais » loisirs sont des éléments essentiels pour conserver un équilibre occupationnel. Annie souhaite sensibiliser les ergothérapeutes et surtout les femmes à prendre du temps pour elles en dehors de leur travail et de leur vie de famille. Ne rien faire, cela fonctionne aussi !

Enfin, Annie nous apprend qu'il est essentiel de décloisonner nos perspectives d'ergothérapeutes en nous ouvrant à d'autres disciplines. Elle insiste sur l'importance de la collaboration avec des partenaires, y compris des clients et des gestionnaires, pour entreprendre et pérenniser des changements qui contribueront à des soins de meilleure qualité. Je conclurai par le partage de la lecture choisie par Annie, « Indignez-vous » (Hessel, 2010), qui est à l'image de l'esprit de changement diffusé par ce portrait, ainsi que par quelques références de ses travaux les plus récents.

Blondin-Nadeau, P., Audet, J., Chenard, É., Joly, A. A., Pétrin, L., Ruest, J., et Carrier, A. (2021). Synthèse des facteurs internes essentiels aux ergothérapeutes pour agir en tant qu'agent de changement. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 7(1), 33-53.

Briand, S., Malo-Leclerc, I., Beaudoin, M., Côté-Boulanger, M., Croisette, É., Tremblay, A., et Carrier, A. (2021). Considerations in the use of podcasts in occupational therapy: A scoping study. *Journal of Occupational Therapy Education*, 5(2), 2.

Carrier, A. (2021). « Performance » et pratique professionnelle dans les services de soutien à domicile offerts aux aînés : effets et actions possibles pour assurer un développement durable. *Phronésis*, 10(4), 156-178.

Carrier, A., Éthier, A., Beaudoin, M., Hudon, A., Bédard, D., Jasmin, E., et Verville, F. (2021). Acting as change agents: Insight into Québec occupational therapists' current practice/Actions menées à titre d'agents de changement : aperçu des pratiques actuelles parmi les ergothérapeutes du Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 173-181.

Contandriopoulos, D., Stajduhar, K., Sanders, T., Carrier, A., Bitschy, A., et Funk, L. (2021). A realist review of the home care literature and its blind spots. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13627>

Éthier, A., et Carrier, A. (2021). A scoping review of the implementation of local health and social services for older adults. *Healthcare Policy*, 17(2), 105.

Hessel, S. (2010). *Indignez-vous*. https://www.millebords.org/IMG/pdf/INDIGNEZ_VOUS.pdf

Picotin, J., Beaudoin, M., Hélie, S., Martin, A.-É., et Carrier, A. (2021). Occupational therapists as social change agents: Exploring factors that influence their actions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 231-243.



**LE SOUS- ET SUR-INVESTISSEMENT DE L'OCCUPATION, UNE PORTE OUVERTE
VERS LA COMPREHENSION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE : ETUDE DE PORTEE**

**Marie-Josée St-Pierre^{1,2}, Pierre-Yves Therriault³, Sandra Béliveau⁴,
Johana Monthuy-Blanc^{2,5}**

¹ Ergothérapeute, PhD, Département d'ergothérapie, UQTR, Membre régulier du Groupe de recherche transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire (GR2TCA) – Loricorps

² Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, 7331, rue Hochelaga, H1N 3V2 Montréal (Québec), Canada

³ Ergothérapeute, PhD, Professeur titulaire, Département d'ergothérapie, UQTR, Directeur du laboratoire de recherche en ergologie

⁴ Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, UQTR

⁵ Professeure titulaire, PhD, Département des sciences de l'éducation, UQTR, Directrice du Groupe de recherche transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire (GR2TCA) – Loricorps

Adresse de contact : marie-josee.st-pierre@uqtr.ca

Reçu le 05.12.2020 – Accepté le 17.02.2022

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.192

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. Les troubles du comportement alimentaire (TCA) constituent des problématiques multifactorielles complexes qui s'expriment dans le fonctionnement quotidien d'une personne en interaction avec divers environnements. Une personne présentant un TCA peut choisir d'investir certaines occupations sur la base de ses préoccupations corporelles et alimentaires et du contexte écosystémique dans lequel elle évolue.

Objectifs. Cette étude de portée vise, d'une part, à documenter les occupations investies au quotidien par les personnes présentant un TCA et, d'autre part, à identifier les caractéristiques personnelles et environnementales influençant les occupations investies.

Méthode. Cette étude se base sur la méthodologie d'Arksey et O'Malley (2005). Les bases de données CINAHL, MEDLINE et PsycINFO ont été choisies pour recenser les écrits. L'extraction des données a été faite de façon indépendante par deux examinateurs pour finalement être validée par l'ensemble des auteurs de l'article.

Résultats. À partir de critères de sélection prédéterminés, un total de 14 écrits ont été retenus aux fins d'analyse. Cette étude met en évidence que la personne présentant un TCA envisage, expérimente et organise ses occupations autour de sa symptomatologie. L'émergence d'un continuum entre sous- et sur-investissement se dégage de l'analyse des données. Par ailleurs, l'investissement d'activités liées à la symptomatologie du TCA, plus précisément les comportements compensatoires inappropriés, suppose l'existence d'« occupations-symptômes ».

Conclusion. Caractérisée par un nombre limité d'écrits scientifiques faisant état de l'utilisation du temps en TCA, cette revue de portée ouvre sur un sujet de recherche à explorer : l'influence des caractéristiques liées au TCA sur les occupations.

MOTS-CLÉS

Troubles du comportement alimentaire, Préoccupations alimentaires et corporelles, Occupation, Sous- et sur-investissement, Ecologie

UNDER AND OVER-INVESTMENT OF OCCUPATION, A GATEWAY TOWARD THE UNDERSTANDING OF EATING DISORDERS: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Introduction. Eating disorders (ED) are complex multifactorial problems that are reflected, among other things, in the daily functioning of a person in interaction with various environments. A person with an eating disorder may experience occupational choices in interaction with body and food concerns and the multiple contexts in which they live.

Objectives. This scoping study aims to develop an in-depth understanding of the occupations invested in the daily lives of people with an ED and to identify the personal and environmental characteristics that contribute to occupational choices.

Method. A scoping review is conducted as an exploratory step of analysis to highlight key concepts and current knowledge gaps on this research topic (Arksey and O'Malley, 2005). The CINAHL, MEDLINE, and PsycINFO databases were chosen to identify the literature. Data extraction was performed independently by two reviewers and validated by all authors of the article.

Results/Discussion. Based on predetermined selection criteria, a total of 14 studies are included for analysis. This scoping review highlights that the person with an ED envisions, experiences, and organizes their occupations around their symptomatology. The conceptualization of the quantification and qualification of the level of investment in occupations on an under- and over-investment continuum reflects the analysis of the data. Furthermore, the time allocated to activities related to the symptomatology of the ED implies the presence of "symptom occupations".

Conclusion. Characterized by a limited number of scientific reports on the use of time in ED, this scoping review highlights a scientific field to be explored: perceived and real influence of ED on occupations.

KEYWORDS

Eating disorders, Body and food concerns, Occupation, Under and over-investment, Ecology

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA)¹ se caractérisent par des perturbations persistantes et envahissantes des attitudes et des comportements en lien avec l'alimentation, le contrôle du poids et l'image corporelle (Fairburn, 2008 ; APA, 2013). Des complications sur les plans physique, psychologique et social viennent teinter le portrait fonctionnel des personnes présentant un TCA (Fortinash *et al.*, 2016 ; Monthuy-Blanc, 2018 ; Shankland, 2020). Toutes les sphères de la vie d'une personne qui vit avec ces troubles, que Fairburn (2008) décrit comme un ensemble de perturbations du fonctionnement biopsychosocial, s'en trouvent affectées. S'inspirant des travaux de Desrosiers et collègues (2020), cette étude définit le fonctionnement comme la manière de réaliser une ou plusieurs occupations en relation avec un environnement, fonctionnement qui influe sur la santé et le bien-être de la personne. Le fonctionnement peut être évalué objectivement et subjectivement en intégrant simultanément les dimensions biologiques, psychologiques et sociales (Berquin, 2010). En effet, une personne présentant une psychopathologie associée aux TCA choisit, organise et expérimente ses occupations en fonction de ses préoccupations corporelles et alimentaires et des multiples contextes dans lesquels elle évolue (Costa, 2009 ; Masten *et al.*, 2006 ; Schell et Gillen, 2019). Dès 1986, Barris met en évidence que les personnes présentant un TCA : 1) éprouvent des problèmes sur le plan des soins personnels, de la productivité et des loisirs, 2) ont des attentes excessives envers elles-mêmes, 3) montrent un faible intérêt pour les activités sociales et professionnelles, 4) possèdent des compétences sociales dysfonctionnelles et 5) présentent un manque d'activités ayant du sens pour elles. Par ailleurs, de multiples auteurs s'entendent sur la complexité des TCA, caractérisés notamment par leur chronicité (Arcelus *et al.*, 2011 ; Linardon et Wade, 2018) et la comorbidité (Wonderlich *et al.*, 2014), ainsi qu'un taux de rechute élevé (Berends *et al.*, 2018 ; Södersten *et al.*, 2017). De ce fait, la perturbation de la qualité de vie et la détresse psychologique chez cette population sont marquées (de la Rie *et al.*, 2007 ; Shankland, 2020). En outre, une récente revue systématique des recherches publiées entre 2000 et 2018 indique une augmentation de la prévalence des TCA dans les pays industrialisés, qui était de 3,5 % entre 2000 et 2006, puis de 7,8 % entre 2013 et 2018 (Galmiche *et al.*, 2019). Illustrée par la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), développée par l'Association américaine de psychiatrie ou American Psychiatric Association (APA, 2013 ; traduction française Crocq et Guelfi, 2015), l'approche catégorielle classe les principaux troubles du comportement alimentaire dans la catégorie « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments ». Plus précisément, cette catégorie regroupe différents types de psychopathologies se déclinant sur un continuum entre l'anorexie mentale

¹ Il est à noter que le choix des auteurs d'utiliser le terme de trouble du comportement alimentaire (TCA) au lieu de celui de trouble des conduites alimentaires tout au long de l'article s'explique par une posture hybride alliant la conceptualisation catégorielle propre aux TCA et la conceptualisation dimensionnelle relative aux attitudes et comportements alimentaires selon un continuum allant de fonctionnels à dysfonctionnels. Ainsi, l'acronyme TCA tout au long de l'article réfère à trouble du comportement alimentaire.

(AM), la boulimie (B) et le trouble d'accès hyperphagique ou hyperphagie boulimique (HB) (APA, 2013 ; Chavez et Insel, 2007 ; Halmi, 2009). Dans une visée dimensionnelle, le DSM-5 (APA, 2013) introduit des degrés de gravité (léger, modéré, sévère et extrême) le long d'un continuum pour chaque type de TCA (au lieu de critères diagnostiques comme dans DSM-IV-R). Bien que les TCA soient définis comme qualitativement différents les uns des autres selon l'approche catégorielle pure du DSM-5 (APA, 2013), certains auteurs dits dimensionnalistes appellent à reconnaître leur point de convergence principal, à savoir un trouble perceptuel (Benninghoven *et al.*, 2006 ; Fairburn et Harrison, 2003 ; Grilo *et al.*, 2009 ; Nef, 2006 ; Stice et Bearman, 2001). Ainsi, appréhender particulièrement les processus communs entre les différents types de TCA en lien avec les attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels (ACAD) demeure une avenue de développement pour la clinique et la recherche (Nef, 2006 ; Peck et Lightsey, 2008 ; Stice *et al.*, 1998 ; Turgeon *et al.*, 2015).

Positionnée en tant que déterminant de la santé et du bien-être, l'occupation permet à la personne de s'épanouir, selon sa capacité à exercer pleinement et de façon autonome les différents rôles sociaux et à mener à bien les activités journalières qu'elle désire accomplir (Wilcock et Hocking, 2015). L'occupation se définit par tout ce qu'une personne fait et elle représente une expérience singulière (Pierce, 2016). Dans les sciences de l'occupation et en ergothérapie, cet « agir » peut être catégorisé selon la fonction de l'occupation, soit les soins personnels, la productivité, les loisirs et le repos (Law *et al.*, 2002 ; Morel-Bracq, 2017 ; Townsend *et al.*, 2013). Cette catégorisation limitative est remise en question, mais demeure toutefois très présente dans les écrits (Hammell, 2004 ; 2017). Ainsi, l'organisation d'une journée type, sous forme de routine quotidienne, rassemble des occupations diversifiées et signifiantes pour la personne qui les choisit (Pierce, 2016). Par ailleurs, l'organisation du quotidien est souvent influencée par les enjeux liés à la santé physique et mentale (Schell et Gillen, 2019 ; Yerxa, 1990). De surcroît, tout en étant influencé par des perturbations liées à certains problèmes de santé, le sens accordé à une occupation traduit la vision personnelle des expériences de vie, des valeurs et des croyances de la personne (Eakman *et al.*, 2018 ; Schell et Gillen, 2019). Le niveau d'engagement occupationnel peut fluctuer sur un continuum allant du désengagement à l'engagement (Bertrand *et al.*, 2018). Cet engagement est entendu ici comme l'investissement volontaire quotidien dans des occupations qui ont du sens pour la personne, entraînant des patrons occupationnels dynamiques, non linéaires au fil du temps (Bertrand *et al.*, 2018 ; Reid, 2011 ; Morris et Cox, 2017 ; Townsend *et al.*, 2013). Considérant que l'objectif de cette étude est de documenter les occupations des personnes présentant un TCA et que l'engagement occupationnel reste encore un concept qui ne fait pas consensus dans les écrits théoriques et empiriques, le concept d'investissement a été choisi pour représenter l'implication de la personne dans ses occupations. Par conséquent, le désengagement est déterminé par le désinvestissement. Selon Pierce (2016), les recherches en sciences de l'occupation ciblent comme objet d'étude l'agir des personnes et visent, entre autres, à appréhender les dimensions contextuelles de l'occupation à travers le vécu et la perception individuels. Ce positionnement conceptuel de l'investissement occupationnel fait écho à l'approche d'évaluation écologique instantanée proposée par Shiffman et ses collaborateurs (2008). Plus précisément, cette approche permet d'étudier en temps réel

des phénomènes directement « sur le terrain », soit le milieu de vie d'une personne (Kiepek, 2018 ; Stone, 2007). Dans cette perspective, l'exploration des occupations vécues, heure après heure, jour après jour, doit idéalement être faite directement dans le milieu de vie de la personne pour identifier la façon dont cette dernière organise sa vie et ce qui motive ses choix (Csikszentmihalyi, 2014 ; Csikszentmihalyi et Hunter, 2003 ; Lamy, 2001 ; Myin-Germeys *et al.*, 2009 ; Pierce, 2016 ; Shiffman *et al.*, 2008).

Les écrits en TCA, issus de disciplines psychosociales ou liées à la santé, se centrent principalement sur la symptomatologie, les comorbidités, la pathophysiologie, le traitement, l'étiologie et les facteurs de risque. De ce fait, il apparaît nécessaire tant conceptuellement qu'empiriquement et cliniquement d'explorer si les constats précités de Barris (1986) sont toujours d'actualité pour comprendre la problématique occupationnelle des TCA. Les questions centrales auxquelles cette étude cherche à répondre sont les suivantes : 1) Quel est le profil occupationnel des personnes présentant un TCA ? 2) Quelles occupations sont perturbées au quotidien chez les personnes présentant un TCA ? et 3) Quelles sont les caractéristiques personnelles et environnementales qui déterminent les choix et l'investissement de certaines occupations chez les personnes présentant un TCA ?

Objectifs

Cette étude de portée couvre un double objectif : décrire de façon structurée et analytique les écrits scientifiques à l'égard (O.1) des occupations investies au quotidien par des personnes présentant un TCA et (O.2) des caractéristiques personnelles et environnementales influençant les occupations investies.

MÉTHODES

Le sujet des occupations chez les personnes atteintes de TCA est peu évoqué en ergothérapie et en sciences de l'occupation. De manière à répondre au double objectif de l'étude, la méthodologie utilisée s'inspire de celle proposée par Arksey et O'Malley (2005). Un examen rapide et exploratoire des écrits scientifiques et professionnels devait permettre de faire ressortir les concepts-clés, les théories, les sources de données probantes et les lacunes actuelles en matière de connaissances (Arksey et O'Malley, 2005 ; Grant et Booth, 2009 ; McKinstry *et al.*, 2014 ; Rumrill *et al.*, 2010).

Initialement, les bases de données CINAHL, MEDLINE et PsycINFO ont été choisies pour leur fréquence d'utilisation dans les écrits scientifiques et la pertinence de leur contenu sur le sujet (Arksey et O'Malley, 2005 ; McColl *et al.*, 2009 ; McKinstry *et al.*, 2014). Ces bases de données connexes aux sciences de l'occupation et à l'ergothérapie et ayant une visée multidisciplinaire permettent d'obtenir des études ayant un point de vue différent et ainsi d'avoir un portrait juste du sujet. Le moteur de recherche « Google Scholar » a également été utilisé. Les mots-clés pour effectuer la recension ont été répertoriés selon trois grandes catégories basées sur les concepts

théoriques de l'occupation et la problématique des TCA : Groupe 1-G1 : occupation ou loisir ou engagement ou participation ou performance ou activité quotidienne ou AVQ (*occupation or leisure or engagement or participation or performance or activity of daily living or ADL's*) ; Groupe 2-G2 : évaluation écologique instantanée ou méthode d'échantillonnage de l'expérience ou carnet quotidien ou évaluation ambulatoire (*ecological momentary assessment or experience sampling or daily diary or ambulatory assessment*) ; et Groupe 3-G3 : trouble du comportement alimentaire ou anorexie mentale ou boulimie ou désordre de l'alimentation ou trouble d'accès hyperphagique (*eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating or binge disorder*). Les termes de chaque catégorie ont été combinés à l'aide de l'opérateur booléen « OR », et les termes des groupes G1 et G2 ont été combinés (« AND ») avec ceux du groupe G3.

Les listes de références des publications repérées ont été systématiquement examinées dans le but de répertorier d'autres écrits correspondant aux critères de sélection. Les cinq critères d'inclusion étaient : C1) la publication est datée de 2000 à ce jour pour représenter une période charnière de l'histoire des sciences de l'occupation ; C2) la publication est écrite en anglais ou en français ; C3) au moins un des mots-clés est présent dans le titre ou le résumé ; C4) le cadre conceptuel de l'écrit doit discuter explicitement du quotidien de la population ciblée et C5) les données empiriques et scientifiques ont été considérées. Concernant le critère C1, il faut noter que la période de publication avant 2000 a été exclue pour des raisons liées à la publication du DSM-IV-R (APA, 2000) dont les critères diagnostiques se rapprochent le plus de la forme actuelle. La présence de l'ensemble de ces éléments définit l'inclusion d'un écrit à l'étude de la portée. L'examen structuré des études repérées a été effectué tout au long de l'extraction des données par deux examinateurs différents pour en renforcer la validité. Une grille d'extraction des données a été créée par ces deux examinateurs et validée ensuite par l'ensemble des auteurs. Lors de l'analyse des résultats, l'équipe de recherche a participé à la synthèse finale des thèmes (cf. tableaux 2 à 5).

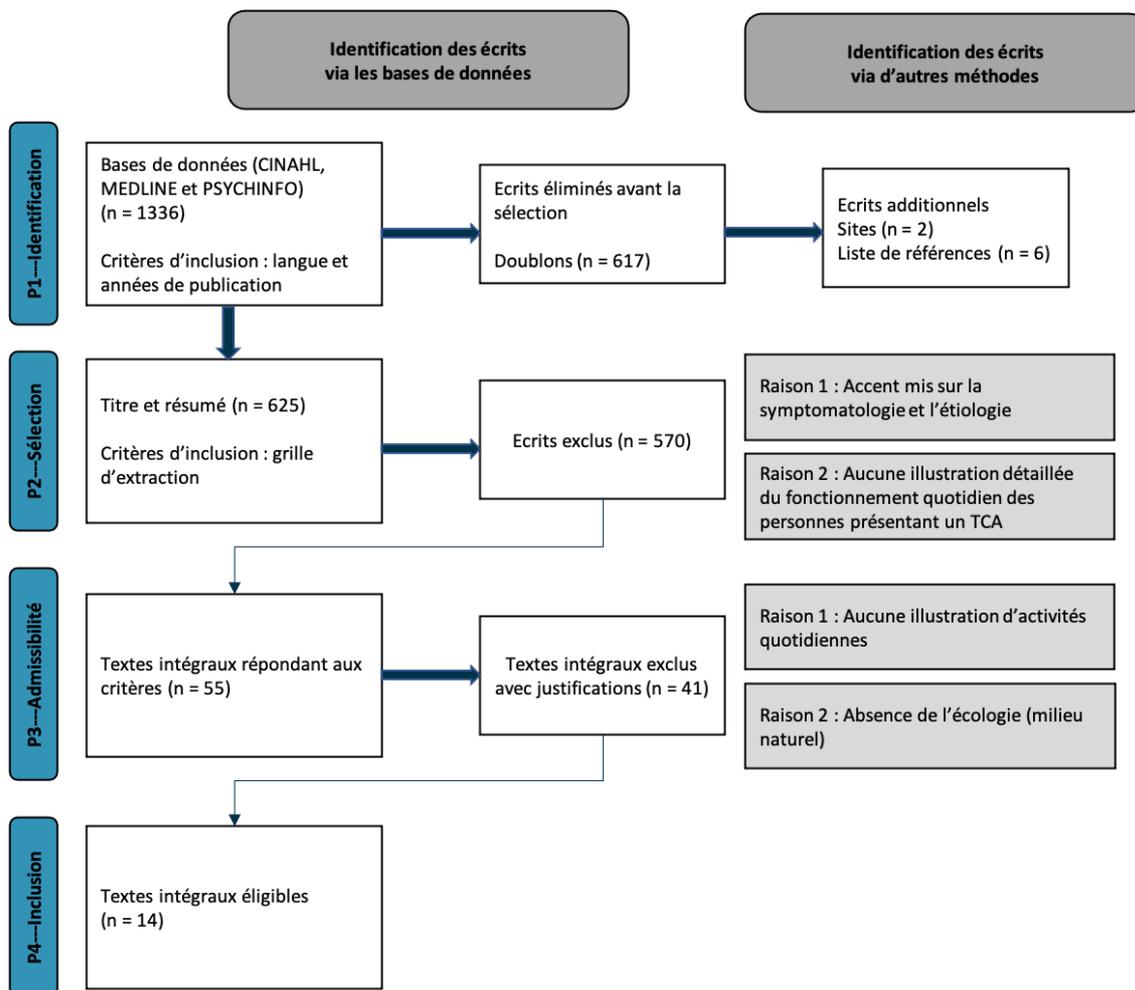
RÉSULTATS

Dans la prochaine section, après la description de l'échantillon des écrits retenus à travers l'étude de portée, les résultats sont exposés afin de mettre en évidence les occupations influencées par le TCA et de présenter précisément la façon dont les auteurs abordent l'influence du TCA sur les occupations. Un dernier point traite des caractéristiques personnelles et environnementales qui sont mises en évidence via l'extraction des données.

Description de l'échantillon

La figure 1 expose les résultats du processus de sélection des données en quatre phases (P1 à P4) selon le diagramme de flux PRISMA proposé par Page et ses collaborateurs (2021).

Figure 1 : Schéma de la démarche de sélection des données



*L'ensemble du processus a été fait par 2 évaluateurs

Lors de la phase P1, soit celle de l'identification sommaire des écrits, la recherche documentaire a permis de repérer 625 documents. Ce nombre inclut l'élimination des doublons et l'ajout d'écrits supplémentaires repérés principalement dans les listes de références et les sites Internet. Par la suite, lors de la phase de sélection selon le titre et le résumé (Phase P2), plusieurs articles ont été éliminés suivant la lecture de ce dernier. Les principales raisons de l'exclusion de 570 articles étaient l'accent mis sur la symptomatologie et l'étiologie des TCA sans la description détaillée du fonctionnement quotidien des personnes en présentant un. À la phase d'admissibilité des écrits (Phase P3), 41 écrits ont été exclus à la suite de la lecture du texte intégral, car les occupations ou les activités quotidiennes des personnes présentant un TCA n'étaient pas suffisamment documentées et ne concernaient pas l'aspect écologique. Finalement, un total de 14 écrits compose l'échantillon.

Le tableau 1 présente une description globale des données recueillies pour cette étude. Ce tableau regroupe des informations sur les auteurs, la date de publication, le lieu de publication, le type de publication, en précisant la méthodologie, et enfin le type de TCA abordé avec l'effectif et le genre s'il y a lieu.

Tableau 1 : Description des écrits retenus de la revue de portée

Auteurs (année) Lieu de publication	Type de publication (méthodologie)	Type de TCA (caractérisation de l'échantillon)
Clark et Nayar (2012) Nouvelle-Zélande	Article théorique	AM et B
Crouch et Alers (2014) Afrique du Sud	Chapitre de livre	AM et B
Elliot (2012) États-Unis	Article théorique	AM
Gardiner et Brown (2012) Irlande	Texte d'opinion	AM et B
Goldschmidt <i>et al.</i> (2015) États-Unis	Quantitative : carnet de suivi (écologie instantanée)	AM (n = 118 ; femmes)
Lock et Pépin (2019) Australie	Chapitre de livre	Tous types de TCA
Morris (2012) Angleterre	Chapitre de livre	AM et B
Pawaskar <i>et al.</i> (2017) États-Unis	Quantitative : questionnaire	Absence de diagnostic (n = 20 437) HB (n = 344)
Pettersen <i>et al.</i> (2013) Norvège	Qualitative : entrevue	AM (n = 13 ; femmes)
Quiles-Cestari et Ribeiro (2012) Brésil	Quantitative : questionnaire	AM (n = 22 ; femmes)
Selby <i>et al.</i> (2015) États-Unis	Quantitative : carnet de suivi (écologie instantanée)	AM (n = 118 ; femmes)
Singlehurst <i>et al.</i> (2007) Angleterre	Quantitative : carnet de suivi (écologie instantanée) Qualitative et quantitative : questionnaire	B (n = 10 ; 9 femmes)
Striegel <i>et al.</i> (2012) Angleterre	Quantitative : questionnaire	Échantillon total (n = 117 272) HB (n = 4 120)
Vansteelandt <i>et al.</i> (2007) Belgique	Quantitative : carnet de suivi (écologie instantanée)	AM et B (n = 32 ; femmes) AM restrictive (n = 14) ; AM purge (n = 5) ; B (n = 13)

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique

Les 14 textes retenus couvrent la période de 2006 à 2019 et sont tous rédigés en anglais. La plupart sont parus avant 2015, seuls quatre sont parus après. Aucune étude ne provient du Canada ni d'un pays francophone. Des études, au nombre de cinq, proviennent des États-Unis, cinq autres d'un pays européen, une de l'Australie, une de la Nouvelle-Zélande, une du Brésil et une de l'Afrique du Sud. Une diversité de pays industrialisés est donc représentée dans cet échantillon. Parmi les 14 écrits, seulement huit sont des articles à dominance empirique ; les six autres écrits regroupent des articles théoriques, des chapitres de livre ou des textes d'opinion. Parmi les huit articles de recherche, un seul présente un devis qualitatif (Pettersen *et al.*, 2013), six sont élaborés selon un devis quantitatif (Goldschmidt *et al.*, 2015 ; Pawaskar *et al.*, 2017 ; Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012 ; Selby *et al.*, 2015 ; Striegel *et al.*, 2012 ; Vansteelandt *et al.*, 2007) et un dernier a recours à un devis mixte comprenant l'analyse de données qualitatives et quantitatives provenant d'un carnet de suivi (Singlehurst *et al.*, 2007). Des études, au nombre de quatre, utilisent la méthode d'évaluation écologique instantanée par échantillonnage de temps avec biais de recouvrement au moyen d'un carnet de suivi afin de mettre l'accent sur la capture de données en temps réel. Les écrits à prédominance théorique se basent principalement sur l'analyse de vignettes cliniques.

En résumé, les 14 écrits retenus constituent un recueil varié de textes, qui comporte une minorité ($n = 4$) de recherches s'appuyant sur un échantillon de plus de 100 personnes, celles-ci provenant exclusivement des États-Unis (Goldschmidt *et al.*, 2015 ; Pawaskar *et al.*, 2017 ; Selby *et al.*, 2015 ; Striegel *et al.*, 2012). Au total, l'analyse des données des huit écrits empiriques se fait à travers un échantillon varié de la population à l'étude ($N = 4\ 777$).

Synthèse des occupations influencées par le TCA

Selon les écrits recensés, toutes les catégories d'occupations, y compris celles reliées aux soins personnels, aux tâches productives et aux loisirs, sont influencées par le TCA (cf. tableau 2). L'influence de la symptomatologie liée au TCA est amplifiée lorsqu'il s'agit d'occupations associées à l'alimentation (par exemple, faire l'épicerie, préparer des repas, s'alimenter) ou nécessitant des interactions avec autrui, voire la combinaison des deux (par exemple, aller au restaurant). Les auteurs illustrent avec des termes différents, selon leurs assises théoriques, un investissement occupationnel accentué dans certaines occupations et diminué dans d'autres.

Tableau 2 : Synthèse des occupations influencées par le TCA

Occupations	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Soins personnels	X		X			X						X		
Préparation des repas (de la planification à l'assemblage)	X	X	X	X		X	X		X			X		
Prise des repas					X	X	X		X		X			
Sexualité et intimité				X			X					X		
Habillage	X		X	X										
Travail / Études / Bénévolat (+/-)	X		X	X		X	X	X		X		X	X	
Planification financière		X		X			X							

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Tableau 2 : Synthèse des occupations influencées par le TCA (suite)

Occupations	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Responsabilités quotidiennes à la maison								X						
Magasinage (surtout des vêtements et l'épicerie)	X	X	X	X			X							
Activités sociales (surtout liées à la prise de nourriture)	X	X		X		X	X	X	X	X				
Loisirs (-)	X			X		X	X	X		X		X		
Activités familiales (rôles)				X										

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Tableau 2 : Synthèse des occupations influencées par le TCA (suite)

Occupations	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Activité physique (+)	X		X	X			X		X		X			X
Difficultés à tenir un rôle (ami, travailleur, etc.)		X				X		X		X				
Planification de la routine quotidienne	X	X	X			X			X			X		

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Plus spécifiquement, certaines occupations liées à la symptomatologie propre aux TCA ressortent dans les données. Ces occupations sont liées à la prise alimentaire, à la présence de comportements compensatoires inappropriés ainsi qu'à la relation à l'autre et à l'image du corps.

Occupations liées à la prise alimentaire

Les occupations liées à l'alimentation interfèrent directement avec l'ensemble de la routine occupationnelle (Clark et Nayar, 2012). Ainsi, la présence de symptômes liés au TCA entraîne un déséquilibre occupationnel qui influence l'accomplissement des divers rôles sociaux (Clark et Nayar, 2012 ; Gardiner et Brown, 2012, Lock et Pépin, 2019). Par exemple, la personne pourrait préférer exercer une activité solitaire au lieu de fréquenter ses pairs. L'impact fonctionnel du TCA, bien qu'omniprésent lors de crises ou de restriction alimentaire, n'est pas exclusif à la prise alimentaire. Il touche aussi les activités qui entourent la consommation de nourriture. Assurément, l'activité « faire l'épicerie » (« faire les courses ») est marquée par des émotions reliées à la nourriture, des obsessions relatives à l'apport calorifique, une rigidité dans les choix alimentaires et une préparation ritualisée des crises alimentaires (Clark et Nayar, 2012). L'étape de la préparation de repas s'organise aussi autour de la symptomatologie relative au TCA, ce qui se traduit par une variation de la durée et de la fréquence selon les « croyances dysfonctionnelles » associées (Morris, 2012). Par exemple, lorsque vient le temps de consommer le repas, certaines personnes présentant une anorexie justifient une prise alimentaire durant la préparation de repas pour expliquer le fait de ne pas manger. Singlehurst *et al.* (2007) soulignent que les pensées liées à la nourriture et à son accès deviennent si prédominantes dans le quotidien de la personne que les occasions de faire d'autres activités sont évitées et les relations interpersonnelles mises en péril. Des exemples de ces comportements d'évitement social sont la prise de pauses et la consommation de repas en solitaire, la simulation de maladies pour éviter de sortir avec les autres afin de pouvoir manger seul, l'absence de participation à une activité professionnelle touchant d'une manière ou d'une autre l'alimentation et l'investissement d'autres occupations lors d'une crise alimentaire. De plus, un déséquilibre s'installe relativement aux autres occupations du fait des rituels rigides qui entourent l'alimentation : contrôle strict de la nourriture et du poids (sous forme de pesées régulières), calcul des calories et des portions, exercices physiques répétés et excessifs et comportements compensatoires inappropriés (Clark et Nayar, 2012 ; Gardiner et Brown, 2012 ; Pettersen *et al.*, 2013).

Occupations liées aux comportements compensatoires inappropriés

Les occupations liées aux comportements compensatoires inappropriés sont particulièrement accentuées en fréquence et en durée (Selby *et al.*, 2015) au détriment d'occupations de loisirs ou d'occupations dites productives (Pettersen *et al.*, 2013). Par exemple, pour certaines participantes de l'étude, l'omniprésence des symptômes du TCA les avait obligées à abandonner leurs études ou leur travail, soit complètement, soit temporairement. Les comportements compensatoires inappropriés se définissent comme des comportements qui visent à perdre du poids ou à éviter la prise de poids,

tels que les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou d'autres médicaments, le jeûne et l'exercice physique excessif. Par exemple, la mise en place d'activités physiques peut être liée à la crainte de la prise de poids et viser à compenser la consommation alimentaire, et non résulter de l'intérêt et du sens accordés par la personne à cette activité physique (Clark et Nayar, 2012 ; Morris, 2012 ; Vansteelandt *et al.*, 2007). De plus, toutes les activités pouvant être associées à la symptomatologie du TCA, telles qu'aller à la pharmacie pour des achats de laxatifs, diurétiques ou vomitifs et prendre soin de façon excessive de son apparence personnelle, sont la plupart du temps associées aux comportements compensatoires inappropriés (Morris, 2012). Plus précisément, la gestion du budget relié aux coûts des produits utilisés (laxatifs, vomitifs) ainsi que la gestion du temps passé à la salle de bain constituent des exemples d'utilisation singulière du temps quotidien.

Occupations liées à l'exposition corporelle à l'autre et à soi

Concernant les occupations liées à l'exposition corporelle à l'autre, des difficultés relationnelles avec les proches et l'entourage immédiat amènent les personnes présentant un TCA à s'isoler (Clark et Nayar, 2012). Quiles-Cestari et Ribeiro (2012) ont démontré que ce sont les activités sociales et les activités de loisir qui sont généralement désinvesties en premier chez les personnes qui présentent un TCA. Un déséquilibre marqué des rôles sociaux est généralisé (Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012). Par exemple, le rôle de travailleur semble difficile à assumer et est marqué par l'absentéisme et des difficultés dans les relations interpersonnelles (Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012 ; Striegel *et al.*, 2012). De même, l'émergence d'un TCA peut entraver la réalisation du parcours scolaire chez les adolescents et ainsi compromettre leurs perspectives d'emploi (Gardiner et Brown, 2012). Également, les activités productives ne nécessitant pas d'exposition corporelle à l'autre semblent être investies au détriment des activités sociales (Elliot, 2012). Enfin, l'investissement d'occupations reliées à l'éducation, à l'emploi ou au bénévolat peut exprimer une compensation de performance chez certaines personnes présentant un TCA ; même si cela nécessite d'être en relation avec d'autres (Pettersen et coll, 2013). Par ailleurs, toutes les occupations liées aux soins personnels sont affectées par les préoccupations corporelles (Lock et Pépin, 2019). Par exemple, la difficulté que pose le regard des autres sur soi et les perturbations de l'image du corps influencent l'investissement à l'égard du magasinage et de l'essayage de vêtements (Morris, 2012). D'autre part, les soins d'hygiène peuvent être surinvestis ou évités en raison de la difficulté à s'exposer à soi-même (Clark et Nayar, 2012).

En résumé, plusieurs auteurs discutent de la planification de la routine quotidienne autour de la symptomatologie. La façon dont la personne présentant un TCA se perçoit, mais aussi dont elle croit que les autres la perçoivent, influencent l'investissement de toutes les occupations qui mobilisent cette préoccupation corporelle (Gardiner et Brown, 2012).

Influences du TCA sur les occupations

De manière centrale ou secondaire, chaque écrit explicite l'influence de la symptomatologie des TCA sur les activités du quotidien en situant la place accordée, entre

autres, à l'alimentation ou à certains comportements compensatoires inappropriés par rapport aux autres occupations ou activités quotidiennes. Le tableau 3 précise le vocabulaire utilisé pour relever le fonctionnement quotidien d'une personne présentant un TCA.

Certains auteurs discutent de l'organisation ou de l'utilisation du temps telle qu'elle est déterminée par l'influence des préoccupations alimentaires ou corporelles sur l'investissement des autres occupations (Clack et Nayar, 2012). D'autres auteurs abordent la question de la routine qui s'organise autour de ces mêmes préoccupations (Crouch et Alers, 2014 ; Lock et Pépin, 2019). Pour Crouch et Alers (2014), une routine souvent ritualisée s'installe progressivement et influence l'utilisation du temps quotidien des personnes présentant un TCA. Ces dernières mettent en place des routines de restrictions alimentaires, de crises boulimiques et de comportements compensatoires inappropriés (vomissement, purge, exercice physique excessif, etc.). Des écrits, au nombre de sept, discutent de ces comportements comme « occupant » un temps considérable dans le quotidien. À travers la voix d'un personnage composite présentant une anorexie mentale dans le monde figuré, Elliot (2012) discute quant à elle du développement de l'identité occupationnelle autour de la problématique des TCA. Selon cette auteure, la personne organise et choisit ses occupations en fonction de sa symptomatologie au point que son agir incarne la problématique.

Certains auteurs expliquent les défis occupationnels par les caractéristiques de la personne et de l'environnement, dans une perspective biomédicale. Ils abordent l'étiologie multifactorielle des TCA selon trois catégories de facteurs contributifs aux troubles psychopathologiques, tirées du modèle des 3 P de Garner (Garner *et al.*, 1983), soit : Prédisposants, Précipitants et Perpétuants (Lock et Pépin, 2019).

Le tableau 4 regroupe les différentes caractéristiques personnelles pouvant influencer les occupations et être influencées par elles

Tableau 3 : Influence du TCA sur les occupations

Types d'influences	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt et al. (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar et al. (2017)	Pettersen et al. (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby et al. (2015)	Singlehurst et al. (2007)	Striegel et al. (2012)	Vansteelandt et al. (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Comportements liés aux TCA sont des occupations qui influencent la routine	X		X	X										
Apparition d'occupations liées aux TC (planification repas/exercices/re-liées à la perte de poids*)		X	X	X		X	X		X		X			X
Engagement occupationnel dans des occupations liées au TCA			X											

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

* Restrictions, vomissements, prises de laxatifs, exercices physiques excessifs, activités d'évaluation corporelle comme se peser et vérifier les graisses du corps.

Tableau 3 : Influence du TCA sur les occupations (Suite)

Types d'influences	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Organisation et choix des occupations autour de l'identité de TCA			X											
Importance associée au poids dans la routine quotidienne			X											X
Participation à des occupations exigeantes sur le plan cognitif est difficile	X						X							
Déséquilibre occupationnel dû à l'investissement dans certaines activités au détriment d'autres	X			X			X	X	X				X	X

Note : AM = Anorexie mentale, B : Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique

Tableau 3 : Influence du TCA sur les occupations (suite)

Types d'influences	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt et al. (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar et al. (2017)	Pettersen et al. (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby et al. (2015)	Singlehurst et al. (2007)	Striegel et al. (2012)	Vansteelandt et al. (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Diminution de la qualité de vie							X							
Renforcement des émotions et ruminations positives liées aux activités de perte de poids qui augmente la fréquence de ces dernières											X			
Investissement dans des activités (p. ex. étude) pour échapper au TCA		X							X			X		
Peu d'activités significatives										X				

Note : AM = Anorexie mentale, B : Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Tableau 4 : Caractéristiques de la personne présentant un TCA influençant ses occupations

Caractéristiques	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Faible estime de soi	X	X	X	X		X	X					X		
Distorsions cognitives / pensées négatives	X		X	X							X	X		
Identité associée au TCA (positive comme négative)			X				X		X	X				
Perturbations de l'image du corps	X			X			X					X		
Difficultés à toucher son corps	X													
Pauvres habiletés sociales / problématiques relationnelles	X	X				X	X					X		

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Tableau 4 : Caractéristiques de la personne présentant un TCA influençant ses occupations (suite)

Caractéristiques	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Diminution de la concentration et de la mémoire due à la restriction alimentaire	X			X			X							
Intérêt perturbé / plaisir absent dans certaines occupations	X			X								X		
Déni de la faim et de la fatigue				X										
Anxiété liée à la prise de poids	X			X			X				X	X		X
Instabilité émotionnelle				X					X		X		X	

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique

Tableau 4 : Caractéristiques de la personne présentant un TCA influençant ses occupations (suite)

Caractéristiques	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Perte de libido							X							
Recherche de la reconnaissance des autres				X			X							
Perfectionnisme / hautes attentes envers soi		X				X			X			X		
Émotions négatives					X									
Stratégies d'adaptation (<i> coping </i>)		X							X					

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

La majorité des auteurs recensés expliquent le dysfonctionnement occupationnel en exposant les problèmes psychologiques et relationnels de la personne issus de ses préoccupations corporelles et alimentaires, tels que la faible estime de soi, la gestion émotive déficitaire et les habiletés sociales dysfonctionnelles. Ces caractéristiques personnelles influencent le niveau d'investissement de certaines occupations, qui se structurent fréquemment en routine autour de la problématique du TCA (Crouch et Alers, 2014 ; Elliot, 2012). Par exemple, les personnes présentant une anorexie mentale qui vivent de l'instabilité émotionnelle à la fois positive et négative sont plus sujettes à une variété d'occupations liées à la perte de poids et à l'évaluation corporelle telles que se peser et vérifier les graisses du corps (Selby *et al.*, 2015). La gestion dysfonctionnelle des émotions semble influencer les occupations (Lock et Pépin, 2019), même si Striegel et ses collaborateurs (2012) constatent l'existence d'une pluralité de variables explicatives autres que les émotions. Pour certains auteurs, la notion de perte ou de reprise de contrôle semble aussi être contributive à l'investissement de certaines occupations. Par exemple, l'exercice physique excessif s'associe souvent à des sentiments positifs de toute-puissance qui incitent la personne à organiser son quotidien autour de cette occupation (Vansteelandt *et al.*, 2007). Les comportements obsessionnels liés ou non à l'alimentation semblent aussi diriger l'organisation du quotidien (Lock et Pépin, 2019 ; Morris, 2012). De plus, la présence d'un perfectionnisme (négatif et positif) peut accentuer l'investissement occupationnel productif, mais aussi avoir l'effet inverse, ce qui peut accroître l'évitement de certaines activités (Pettersen *et al.*, 2013). Dans ce contexte, le fait de devoir composer avec des pensées envahissantes au point de nuire à l'efficacité personnelle et de parasiter l'emploi du temps affecte l'identité occupationnelle (Elliot, 2012). Chaque occasion de se nourrir rappelle le rapport au corps (Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012). Certains auteurs affirment qu'un rapport négatif au corps complique le rapport à l'alimentation et influence toutes les occupations qui y sont reliées (Morris, 2012 ; Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012). En outre, les stratégies d'adaptation lacunaires occasionnent des défis au niveau du rétablissement et du rééquilibrage entre les occupations liées à la symptomatologie et les occupations procurant du bien-être (Crouch et Alers, 2014 ; Pettersen *et al.*, 2013). De plus, Clark et Nayar (2012) rapportent la possible influence sur la productivité de faibles capacités attentionnelles, de concentration et de mémoire, dues à la restriction alimentaire. Ces auteures mentionnent également la perte de plaisir à différentes formes d'occupations ludiques (Clark et Nayar, 2012). Par ailleurs, les personnes présentant un trouble d'accès hyperphagique dû à la présence d'un surplus de poids peuvent se voir limitées dans certaines occupations, du fait de la présence d'inconfort ou de douleurs (Pawaskar *et al.*, 2017 ; Striegel *et al.*, 2012).

Le tableau 5 identifie les différentes composantes environnementales (sociales et culturelles) pouvant influencer le fonctionnement de la personne présentant un TCA.

Tableau 5 : Interrelation entre l'environnement et le TCA

Caractéristiques	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Relations sociales (en général)			X	X			X			X				
Recherche de la normalisation du comportement par la société (p. ex. bien manger et s'entraîner) / culte de la minceur			X			X			X					
Stigmatisation du TCA dans la société			X											
Influence sur les membres de la famille et les proches	X					X			X			X		

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Tableau 5 : Interrelation entre l'environnement et le TCA (suite)

Caractéristiques	Auteurs (date)													
	Clark et Nayar (2012)	Crouch et Alers (2014)	Elliot (2012)	Gardiner et Brown (2012)	Goldschmidt <i>et al.</i> (2015)	Lock et Pépin (2019)	Morris (2012)	Pawaskar <i>et al.</i> (2017)	Pettersen <i>et al.</i> (2013)	Quiles-Cestari et Ribeiro (2012)	Selby <i>et al.</i> (2015)	Singlehurst <i>et al.</i> (2007)	Striegel <i>et al.</i> (2012)	Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)
	Diagnostics													
	AB B	B	AM	AM B	AM	AM B HB	AM B	HB B	AM B	AM	AM	B	HB B	AM B
Valeurs et croyances influencées par les attentes de la famille, des pairs, de la culture et des médias				X		X						X		
Technologie et réseaux sociaux						X								
Renforcement par les pairs / la société alimentant le TCA						X			X			X		
Isolement social		X								X		X		

Note : AM = Anorexie mentale, B = Boulimie, HB = Trouble d'accès hyperphagique.

Lock et Pépin (2019) nomment comme facteurs prédisposants le fonctionnement familial. Par ailleurs, les difficultés liées à l'environnement social éprouvées par les personnes présentant un TCA semblent s'expliquer dans les écrits par des biais cognitifs chez la personne touchant à sa compréhension du regard de l'autre sur soi (Lock et Pépin, 2019). Les enjeux culturels liés aux TCA sont également relevés par plusieurs auteurs. Certains mentionnent l'influence de l'idéalisation de la minceur en lien avec l'alimentation et l'exercice physique (Elliot, 2012 ; Lock et Pépin, 2019 ; Petersen *et al.*, 2012). D'autres auteurs discutent des attentes sociétales ou familiales influençant les valeurs et les croyances de la personne à l'égard de l'image de soi et contribuant à l'apparition d'attitudes et de comportements alimentaires dysfonctionnels (Gardiner et Brown, 2012 ; Lock et Pépin, 2019 ; Singlehurst *et al.*, 2007). Les médias sociaux (réseaux sociaux) ainsi que l'utilisation de technologies de communication jouent également un rôle important dans l'apparition d'un TCA (Lock et Pépin, 2019). Par exemple, l'exposition à des sites Internet associés à l'apparence et l'image corporelle est liée à l'insatisfaction à l'égard du poids et à la recherche de la minceur.

D'autre part, quatre auteurs mentionnent les effets du TCA sur les membres de la famille et les proches (Clark et Nayar, 2012 ; Lock et Pépin, 2019 ; Pettersen *et al.*, 2013 ; Singlehurst *et al.*, 2007). Plus précisément, certains auteurs discutent de la détresse psychologique des proches aidants, qui peut générer des difficultés à assumer leurs autres rôles sociaux (Clark et Nayar, 2012).

DISCUSSION

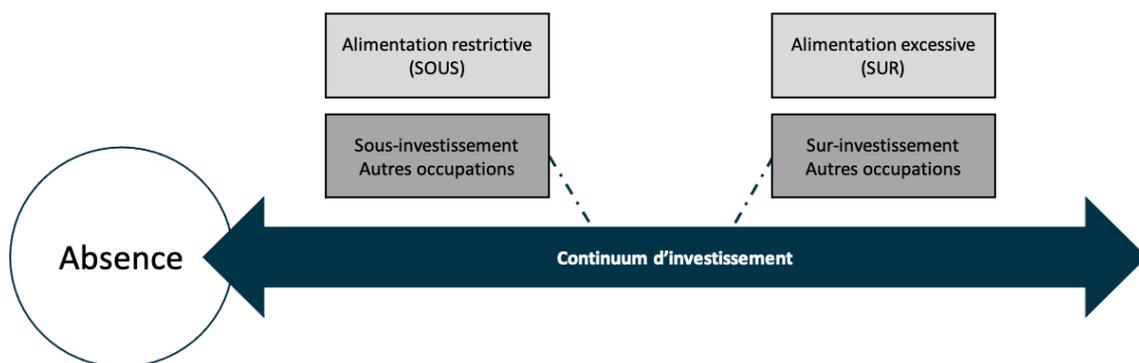
Cette étude de portée vise à élaborer une compréhension plus approfondie des occupations investies au quotidien par des personnes présentant un TCA et à identifier les caractéristiques personnelles et environnementales influençant les choix occupationnels telles qu'elles sont rapportées dans les écrits scientifiques et professionnels. Les écrits relatent des difficultés occupationnelles et des facteurs contributifs à ces difficultés qui font écho aux propos de Barris (1986), avec un accent mis sur le manque d'activités ayant du sens pour la personne présentant un TCA. Toutefois, le vocabulaire utilisé a évolué avec l'avancée des connaissances en ergothérapie et en sciences de l'occupation.

Cette étude montre qu'aux yeux des auteurs, la personne présentant un TCA envisage, expérimente et organise ses occupations autour de sa symptomatologie. En effet, les différents auteurs recensés s'appuient sur des modèles théoriques en sciences de l'occupation afin d'illustrer un investissement diminué dans certaines occupations et accentué dans d'autres. Les résultats obtenus permettent de voir les occupations sur-, sous-, voire non investies par la personne présentant un TCA. Plus précisément, le sous-investissement peut s'exprimer par l'évitement de certaines occupations ou de certains contextes d'occupation. Ainsi, une personne peut diminuer la fréquence ou la durée de certaines activités sociales (par exemple, manger rapidement à la cafétéria) ou de soins personnels (par exemple, prendre une douche au lieu d'un bain). Le non-investissement

se définit par l'absence totale de certaines occupations dans la routine quotidienne. Par exemple, une personne peut éviter toutes activités sociales comme aller au restaurant ou participer à des activités sportives en groupe qui exacerbent ses préoccupations corporelles ou alimentaires. À l'inverse, le sur-investissement se distingue par un investissement excessif ou extrême de certaines occupations. Par exemple, une personne peut s'adonner à la pratique d'un exercice physique de façon pathologique aux fins de compenser une prise alimentaire ou par peur/évitement de prendre du poids (Ouellet *et al.*, en préparation). En résumé, un sur-investissement de l'alimentation est souvent observé, ce qui provoque en contrepartie un sous-investissement des autres occupations. L'inverse, c'est-à-dire un sous-investissement de l'alimentation menant à un sur-investissement des autres occupations, peut aussi être possible.

Dans ce sens, la possibilité de situer le sous- et le sur-investissement sur un continuum se dégage dans la majorité des écrits sans être nommée explicitement. Cette conceptualisation émerge de la compréhension globale des résultats obtenus. L'investissement occupationnel discuté préalablement est ainsi conceptualisé par ce continuum d'investissement pouvant se singulariser par une perturbation de la routine occupationnelle. La figure 2 illustre cette compréhension du continuum d'investissement des occupations en TCA.

Figure 2 : Continuum d'investissement en TCA



La proposition de ce continuum d'investissement s'inspire des connaissances sur l'engagement occupationnel. Plus précisément, Bejerholm et Eklund (2006) ont montré qu'une problématique de santé mentale peut être liée à des fluctuations dans les occupations allant du sur-engagement au désengagement/sous-engagement total en termes de rythme et de sens accordé par la personne. Selon l'APA (2013), les TCA affectent l'ensemble du fonctionnement biopsychosocial. À l'appui de ce constat, cette étude met en évidence le fait que les personnes présentant un TCA n'expérimentent pas seulement un dysfonctionnement sur le plan des attitudes et comportements alimentaires en lien avec les préoccupations corporelles et alimentaires, mais aussi relativement à la poursuite et à l'engagement dans des occupations significantes (Gardiner et Brown, 2012 ; Quiles-Cestari et Ribeiro, 2012).

Considérant le temps investi par la personne présentant un TCA en rapport avec des restrictions et crises alimentaires ainsi que des comportements compensatoires, il serait possible de les aborder comme des « occupations-symptômes » comme le proposent Sorlie et ses collaborateurs (2020). Une occupation-symptôme correspond à l'investissement des symptômes psychopathologiques (l'exercice physique excessif, les crises boulimiques ou de suralimentation, les restrictions et les comportements compensatoires) comme parties prenantes du quotidien se transformant en occupation ayant un sens pour la personne. Par exemple, on peut s'investir dans une forme d'exercice physique excessif dit pathologique comme dans une occupation procurant du bien-être même si l'intention peut être liée à la perte de poids. En conséquence, un examen de la routine quotidienne peut permettre de cerner de façon explicite le dysfonctionnement psychosocial des personnes présentant un TCA en montrant avec précision le niveau d'investissement de certaines occupations au détriment ou en faveur de l'alimentation. D'autre part, comme le souligne Elliot (2012), le sens accordé aux occupations devrait être abordé pour convertir les occupations dysfonctionnelles liées au TCA en occupations fonctionnelles. Cependant, le temps investi versus le sens accordé aux occupations n'a pas été documenté dans les écrits recensés pour démontrer qualitativement et quantitativement le déséquilibre perçu ou réel de la personne présentant un TCA.

À l'égard de la spécificité liée au continuum psychopathologique (transdiagnostique) des TCA, il se dégage des résultats des préoccupations corporelles et alimentaires similaires chez les personnes présentant une anorexie mentale ou une boulimie. Certaines occupations semblent être sur-investies et d'autres sous- ou non-investies selon la symptomatologie et la présence de comportements compensatoires inappropriés ou non. La différence entre les catégories de TCA n'est pas démontrée puisqu'aucune étude recensée ne compare de façon explicite le profil occupationnel des trois principaux types de TCA. Considérant que le trouble d'accès hyperphagique, issu de la catégorie résiduelle des TCA non spécifiés (DSM-IV-R APA, 2000), n'est apparu que récemment comme un TCA principal (DSM-5 APA, 2013), les études recensées n'incluent pas toujours ce dernier. Par conséquent, la majorité des écrits n'offrent pas une analyse approfondie de la réalité psychopathologique des TCA. De plus, cette étude souligne que les facteurs contributifs aux défis occupationnels sont multifactoriels et qu'ils peuvent être liés aux caractéristiques personnelles associées à la présence du TCA ainsi qu'à l'influence de l'environnement.

Certaines limites peuvent être dégagées concernant la description des occupations quotidiennes des personnes présentant un TCA. Premièrement, plusieurs écrits ($n = 8$) mettent en évidence le fait que leurs résultats sont difficilement généralisables en raison d'un échantillon non représentatif. Les auteurs de ces articles soulignent dans les limites de leurs études la difficulté de comparer leurs résultats avec ceux d'études antérieures. La présente étude, comprenant moins de deux tiers d'études scientifiques, va dans le même sens. Indubitablement, le nombre et le type de données repérées indiquent qu'il existe peu d'études scientifiques qui renseignent directement la vie quotidienne des personnes présentant un TCA. Parmi les données, seuls les travaux de Singlehurst et ses collaborateurs (2007) détaillent le profil quotidien d'une personne présentant une boulimie sur une période de 24 heures.

Deuxièmement, les facteurs expliquant l'investissement des occupations au quotidien n'ont pas été étudiés. En particulier, aucune étude corrélationnelle sur l'interdépendance des variables liées à la symptomatologie des TCA (variable indépendante) et des variables liées aux occupations (variable dépendante) n'a été repérée. Notamment, plusieurs recherches sur la perception de l'apparence physique soutiennent l'importance de mesurer de façon répétée l'image du corps perçue dans la vie quotidienne afin d'augmenter la conscience de soi (Fuller-Tyszkiewicz, 2019). Dans ce sens, si des auteurs réaffirmaient récemment l'importance du trouble perceptuel pour distinguer les TCA des autres troubles mentaux (Treasure et Cardi, 2017), les données disponibles ne montrent pas l'influence de cette variable dans le déploiement d'occupations au quotidien. De fait, les éléments explicites identifiés sont liés aux préoccupations alimentaires et corporelles obsédantes qui semblent faire un consensus étiologique sur le dysfonctionnement occupationnel de la personne présentant un TCA. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude de Godfrey (2013) menée auprès d'ergothérapeutes, concernant leur perception de l'influence de cette obsession pour la perfection et les comportements alimentaires dysfonctionnels sur l'ensemble des occupations des personnes présentant une anorexie mentale. Toutefois, seulement quatre écrits recensés abordent explicitement la perturbation de l'image du corps comme caractéristique personnelle influençant les occupations.

Troisièmement, cette étude n'aborde pas la place des troubles concomitants dans le portait fonctionnel de la personne présentant un TCA. Finalement, le recours à la catégorisation des TCA selon les critères diagnostiques du DSM-5 ainsi que celui à la catégorisation des occupations suivant la fonction de l'occupation (soins personnels, productivité, loisirs, repos) sont encore très présents dans les écrits pour expliquer l'agir de la personne.

CONCLUSION

Cette étude visait à documenter les occupations investies au quotidien par les personnes présentant un TCA. Les analyses mènent à une perspective nouvelle sur la conceptualisation d'un continuum de l'investissement occupationnel des personnes présentant un TCA. Plus précisément, le sous- ou le sur-investissement de l'alimentation et/ou d'« occupations-symptômes » influence l'investissement d'autres occupations. Les résultats montrent aussi la pertinence de réaliser davantage d'études empiriques à propos de l'influence du TCA sur les occupations des personnes concernées et permettent de dégager des pistes de recherche prometteuses. Considérant que tous les écrits recensés prennent assise sur l'approche catégorielle du DSM-5 (APA, 2013) afin de conceptualiser les TCA sous l'angle de diagnostics psychiatriques, il serait pertinent d'explorer l'influence de la gravité du trouble à partir de l'investissement des occupations. Ce positionnement milite pour un continuum de gravité des attitudes et comportements alimentaires allant d'un état asymptomatique (absence de TCA) à un état clinique (présence avérée de TCA) en passant par des états subcliniques (restriction alimentaire, prise de laxatifs, utilisation de psychotropes pour activer la satiété et le

métabolisme, etc.). Considérant que chaque occupation demeure en partie une expérience subjective, il est alors opportun de mettre en avant la contribution des perceptions de la personne présentant un TCA dans son quotidien.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du Groupe de recherche transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire (GR2TCA) – Loricorps pour leur collaboration à la démarche de rédaction et Mme Karol-Ann Girard, ergothérapeute qui a collaboré comme évaluatrice (interjuge) lors de la démarche de sélection des articles durant son stage terminal en ergothérapie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Arceus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., et Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Barris, R. (1986). Occupational dysfunction and eating disorders: Theory and approach to treatment. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6, 27-45.
- Bejerholm, U., et Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13(2), 100-121.
- Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., et Jantschek, G. (2006). Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(2), 88-96.
- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H. W., et van Elburg, A. A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1546-1555.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., et Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. Dans J.-M. Caire et A. Schabaille (dir.), *Engagement, occupation et santé* (p. 47-57). ANFE.
- Chavez, M., et Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62(3), 159.
- Clark, M., et Nayar, S. (2012). Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 13-17.
- Costa, D. M. (2009). Eating disorders: Occupational therapy's role. *Occupational Therapy Practice*, 14(11), 13-16.

- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition)*. Elsevier Masson.
- Crouch, R., et Alers, V. (2014). The treatment of eating disorders in occupational therapy (chap. 25). Dans R. Crouch et V. Alers (dir.), *Psychiatry and Mental Health* (5^e éd.). John Wiley & Sons.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the foundations of positive psychology: The collected works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>
- Csikszentmihalyi, M., et Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 185-199. <https://doi.org/10.1023/A:1024409732742>
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., et van Furth, E. (2007). The patient's view on quality of life and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 13-20. <https://doi.org/10.1002/eat.20338>
- Desrosiers, J. J., Larivière, N., Desrosiers, J., et Boyer, R. (2020). Concept analysis of human functioning and potential applications to mental health evaluation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 36(1), 1-28. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2019.1684860>
- Eakman, A. M., Adler, K. E., Rumble, M., Gee, B. M., Romriell, B., et Hardy, N. (2018). A qualitative research synthesis of positive subjective experiences in occupation from the Journal of Occupational Science (1993-2010). *Journal of Occupational Science*, 25(3), 346-367. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1492958>
- Elliot, M. L. (2012). Figured world of eating disorders: Occupations of illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 15-22.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., et Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders [Review]. *Lancet*, 361(9355), 407-416. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12378-1)
- Fortinash, K. M., Holoday-Worret, P. A., Page, C., Bonin, J.-P., Houle, D., Brassard, Y., et Morissette, D. (2016). *Soins infirmiers – Santé mentale et psychiatrie* (2^e éd. française). Chenelière Éducation.
- Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). Body image states in everyday life: Evidence from ecological momentary assessment methodology. *Body Image*, 31, 245-272. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.010>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., et Tavolacci, M.-P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gardiner, C., et Brown, N. (2012). Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 38-43. <https://doi.org/10.4276/030802210X12629548272745>
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Godfrey, N. (2013). Occupational impact of anorexia nervosa: Occupational meaning, motivation and engagement. *British Journal of Occupational Therapy*, 76, 42-42.
- Gogarty, O., et Brangan, J. (2004). The lived body experience of women with eating disorders: A phenomenological study of the perceived impact of body image disturbance on occupational performance. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 33(2), 11-19.
- Goldschmidt, A. B., Accurso, E. C., Schreiber-Gregory, D. N., Crosby, R. D., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., et Wonderlich, S. A. (2015). Behavioral, emotional, and situational context of purging episodes in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 341-344. <https://doi.org/10.1002/eat.22381>
- Grant, M. J., et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108.
- Grilo, C. M., White, M. A., et Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228-234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>

- Halmi, K. A. (2009). Perplexities and provocations of eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 163-169.
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(5), 296-305.
- Hammell, K. W. (2017). Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), 209-222. <https://doi.org/10.1177/0008417417734831>
- Kiepek, N. (2018). Ecological momentary assessment: Enriching knowledge of occupation using app-based research methodology. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(3). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1425>
- Klein, D., et Walsh, B. (2003). Eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 205-216.
- Lamy, M. (2001). *Introduction à l'écologie humaine*. Ellipses Marketing.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., et Townsend, E. (2002). Core concepts of therapy. Dans E. Townsend (dir.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (p. 26-46). CAOT Publications ACE.
- Linardon, J., et Wade, T. D. (2018). How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 287-294. <https://doi.org/10.1002/eat.22838>
- Lock, L., et Pépin, G. (2019). Eating disorders (chap. 11). Dans C. Brown, V. Stoffel, et J. P. Muñoz (dir.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (2^e éd., p. 154-168). F.A. Davis.
- Masten, A. S., Burt, K. B., et Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology in development. Dans D. Cicchetti et D. Cohen (dir.), *Developmental psychopathology* (2^e éd., vol. 3, p. 696-738). Wiley.
- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., et Donnelly, C. (2009). Models for integrating rehabilitation and primary care: A scoping study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9), 1523-1531. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.03.017>
- McKinstry, C., Brown, T., et Gustafsson, L. (2014). Scoping reviews in occupational therapy: The what, why, and how to. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 58-66. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12080>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., et Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The prisma statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-341. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.02.007>
- Monthuy-Blanc, J. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Éditions JFD.
- Morel-Bracq, M.-C. (dir.) (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (coll. « Ergothérapie »). De Boeck Supérieur.
- Morris, R. (2012). Assessment of occupation and social performance (chap. 5). Dans J. Fox et K. Goss (dir.), *Eating and its disorders* (p. 61-74). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118328910.ch5>
- Morris, K., et Cox, D. L. (2017). Developing a descriptive framework for "occupational engagement". *Journal of Occupational Science*, 24(2), 152-164. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1319292>
- Myin-Germeys, I., Oorschot, M., Collip, D., Lataster, J., Delespaul, P., et van Os, J. (2009). Experience sampling research in psychopathology: Opening the black box of daily life. *Psychological Medicine*, 39(9), 1533-1547. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004947>
- Nef, F. (2006). *La boulimie. Des théories aux thérapies*. Éditions Mardaga.
- Ouellet, M., Bouchard, S., Pauzé, R., Rousseau, M., et Monthuy-Blanc, J. (en préparation). What my body like and what my body can do: Self-perception explanation of physical exercise in anorexic and bulimic patients.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). Prisma 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 372, 160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

- Pawaskar, M., Witt, E. A., Supina, D., Herman, B. K., et Wadden, T. A. (2017). Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States. *International Journal of Clinical Practice*, 71(7). <https://doi.org/10.1111/ijcp.12970>
- Peck, L. D., et Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling et Development*, 86(2), 184-192.
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K.-B., Wynn, R., et Rosenvinge, J. H. (2013). Eating disorders: Challenges in the later phases of the recovery process. A qualitative study of patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 92-98. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01006.x>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (trad. M.-C. Morel-Bracq, coll. « Ergothérapie »). De Boeck Supérieur.
- Quiles-Cestari, L. M., et Ribeiro, R. P. (2012). The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 1-2.
- Reid, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement: Presence in doing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 50-56.
- Rumrill, P. D., Fitzgerald, S. M., et Merchant, W. R. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work*, 35(3), 399-404.
- Schell, B. A. B. et Gillen, G. (2019). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (13^e éd.). Wolters Kluwer.
- Selby, E. A., Cornelius, T., Fehling, K. B., Kranzler, A., Panza, E. A., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., et Le Grange, D. (2015). A perfect storm: Examining the synergistic effects of negative and positive emotional instability on promoting weight loss activities in anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 6, 1260-1260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01260>
- Shankland, R. (2020). *Les troubles du comportement alimentaire. Prévention et accompagnement thérapeutique* (2^e éd., coll. « Psycho sup »). Dunod.
- Shiffman, S., Stone, A., et Hufford, M. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1-32.
- Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., et Beaulieu, K. (2007). The impact of binge eating disorder on occupation: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(11), 493-501. <https://doi.org/10.1177/030802260707001108>
- Sorlie, C., Cowan, M., Chacksfield, J., Vaughan, E., et Adler, K. E. (2020). Occupation-focused assessment in eating disorders: Preliminary utility. *Occupational Therapy in Mental Health*, 36(2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2020.1719271>
- Södersten, P., Bergh, C., Leon, M., Brodin, U., et Zandian, M. (2017). Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Physiology & Behavior*, 174, 178-190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.016>
- Stice, E., et Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-607. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.5.597>
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., et Taylor, C. B. (1998). Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 784-790.
- Stone, A. A. (2007). *The science of real-time data capture: Self-reports in health research*. Oxford University Press.
- Striegel, R. H., Bedrosian, R., et Wang, C. (2012). Comparing work productivity in obesity and binge eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 995-998. <https://doi.org/10.1002/eat.22069>
- Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., et Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd). CAOT Publications ACE.
- Treasure, J., et Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 years on from Hilde Bruch's Foundation lecture? *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 5(3), 139-147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>

- Turgeon, M.-È. K., Meilleur, D., et Blondin, S. (2015). Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63 (3), 175-182.
- Vansteelandt, K., Rijmen, F., Pieters, G., Probst, M., et Vanderlinden, J. (2007). Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1717-1734. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.005>
- Wilcock, A. A., et Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3^e éd.). SLACK Inc.
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., et Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa – CORRIGENDUM. *Psychological Medicine*, 44(11), 2462-2463. <https://doi.org/10.1017/S003329171300233X>
- Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4):1-17. https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04



L'ENNUI DURANT LE SEJOUR PSYCHIATRIQUE : PISTES D'INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE

**Emilie Dévaud¹, Marion Maillard², Jessica Mendes de Almeida³,
Benjamin Aznar⁴, Julie Desrosiers⁵**

¹ Ergothérapeute Bsc, Centre Hospitalier du Valais Romand, Sierre, Suisse

² Ergothérapeute Bsc, Centre médico-social (CMS), Epalinges, Suisse

³ Ergothérapeute Bsc, Cabinet d'ergothérapie Ergomarin, Marin, Suisse

⁴ Ergothérapeute Bsc, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Département de psychiatrie, Prangins, Suisse

⁵ Ergothérapeute, PhD, professeure associée à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Lausanne, Suisse

Adresse de contact : jessicamendes583@hotmail.com

Reçu le 29.09.2021 – Accepté le 29.03.2022

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.209

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. L'ennui est un ressenti complexe qui peut avoir des effets délétères sur la santé physique et psychique. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale y sont particulièrement vulnérables lors d'une hospitalisation en établissement psychiatrique. La problématique de l'ennui est toutefois peu considérée dans la prise en charge hospitalière. Les ergothérapeutes, en leur qualité de professionnels de l'occupation, souhaitent le prendre davantage en compte dans leurs interventions.

Méthode. Les objectifs de cette étude sont de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et de concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur un design descriptif-interprétatif. Deux groupes de discussion focalisée (GDF) ont été menés avec des ergothérapeutes (n = 16) travaillant dans le département de psychiatrie d'un hôpital universitaire suisse francophone.

Résultats. Les deux groupes de discussion ont permis de décrire la problématique et d'identifier les pistes d'intervention actuelles et potentielles concernant l'ennui en contexte hospitalier psychiatrique. Les pistes sont développées en 10 thèmes et ont été schématisées pour obtenir un processus d'intervention.

Conclusion. Cette étude propose des pistes d'intervention concrètes organisées sous la forme d'un processus pour la pratique en ergothérapie. Elle relève l'importance pour les professionnels de considérer l'ennui dans l'environnement hospitalier psychiatrique et de valoriser la notion de sens des activités dans leur prise en charge.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Santé mentale, Ennui, Hôpital psychiatrique

BOREDOM DURING THE PSYCHIATRIC STAY: LEADS FOR INTERVENTION IN OCCUPATIONAL THERAPY

ABSTRACT

Introduction. Boredom is a complex feeling that can have deleterious effects on physical and psychological health. People with a mental health disorder are particularly vulnerable to boredom during psychiatric hospitalization. However, the problem of boredom is still little considered in hospital care. Occupational therapists, in their capacity as occupation professionals, would like to consider it more in their interventions.

Method. The objectives of this study are to document the current practices of occupational therapists and to design an intervention model for the management of boredom in the hospital context. This is a qualitative study based on a descriptive-interpretive design. Two focused discussion groups were conducted with occupational therapists (n = 16) working in the psychiatry department of a Swiss university hospital.

Results. The two discussion groups made it possible to describe the problem and to identify current and potential avenues of intervention for boredom in the psychiatric hospital context. The avenues are developed in ten themes and have been diagrammed to obtain an intervention process.

Conclusion. This study proposes concrete avenues of intervention organized in the form of a process for occupational therapy practice. It highlights the importance for professionals to consider boredom in the psychiatric hospital environment and to value the notion of the meaning of activities in the management of boredom.

KEYWORDS

Occupational therapy, Mental health, Boredom, Psychiatric hospital

INTRODUCTION

L'ennui peut être associé à une puissante motivation à se mettre en action (Elpidorou, 2018). Il inciterait à la créativité (Mann et Cadman, 2014), aux interactions sociales (Barbalet, 1999 ; Bench et Lench, 2013) ou encore à s'investir dans de nouveaux projets de manière générale (Bench et Lench, 2019). Malgré cette facette positive, soutenue par des études réalisées en milieu expérimental (Bench et Lench, 2019 ; Mann et Cadman, 2014), d'autres auteurs relèvent de nombreux effets néfastes de l'ennui sur la santé (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Sommers et Vodanovich, 2000). Ainsi, l'ennui a pu être corrélé avec des ressentis négatifs tels que l'anxiété (Martin *et al.*, 2006), le manque de sens perçu dans la vie (Fahlman *et al.*, 2009), l'état dépressif (Constant, Val-Laillet *et al.*, 2021 ; Sommers et Vodanovich, 2000), avec le développement de conduites auto-agressives, avec la consommation des substances ou encore avec la dépendance au jeu (Constant *et al.*, 2019 ; Dal Mas et Wittmann, 2017 ; Sommers et Vodanovich, 2000).

Des études qualitatives réalisées en contexte psychiatrique rapportent que l'ennui est une expérience courante pour les personnes atteintes d'un trouble psychique (Milbourn *et al.*, 2015 ; Todman, 2003). L'ennui, souvent exacerbé lors d'une hospitalisation, nuit fortement à la santé physique, mentale, ainsi qu'à la qualité de vie des usagers (Bowser *et al.*, 2018 ; Newell *et al.*, 2012 ; Constant *et al.*, 2019). Les personnes hospitalisées en psychiatrie sont ainsi plus à risque de développer un ennui chronique et plus vulnérables face à ses conséquences destructrices. Bien que l'ennui fasse souvent l'objet de plaintes de la part des patients, il ne semble souvent pas considéré par les professionnels de la santé comme un problème réel (Long, 2004 ; Martin, 2009).

Depuis les années 2000, des études ont décrit les apports d'une prise en charge thérapeutique de l'ennui, notamment en psychologie et en ergothérapie (Long, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). De nombreux chercheurs défendent la nécessité de considérer sérieusement ce ressenti dans la prise en charge et des pistes d'intervention émergent peu à peu dans les écrits scientifiques (Marshall, Davidson *et al.*, 2019 ; Steele *et al.*, 2013). Malgré la reconnaissance des enjeux de l'ennui dans le contexte psychiatrique, ce phénomène n'a que peu été étudié en milieu clinique (Steele *et al.*, 2013). Quelques pistes ont été identifiées dans la littérature scientifique, cependant, elles sont rarement spécifiques au contexte et à la population des hôpitaux psychiatriques. De plus, il n'existe pas de recommandations spécifiques pour guider les ergothérapeutes dans l'accompagnement d'usagers dont le fonctionnement quotidien est perturbé par une souffrance liée au sentiment d'ennui (Bowser *et al.*, 2018).

L'ennui est décrit par plusieurs auteurs comme un sentiment de vide, de mécontentement, de tristesse, d'anxiété, de colère, voire même de dégoût (Barbalet, 1999 ; Bracke *et al.*, 2006 ; Eastwood *et al.*, 2012 ; Raffaelli *et al.*, 2018). Dans leur étude basée sur une importante recension de théories explicatives de l'ennui, Eastwood *et al.* (2012) suggèrent plus précisément que l'ennui correspondrait à un sentiment de désengagement et d'immobilisation dans un moment présent insatisfaisant, insignifiant (Barbalet, 1999) et sans fin.

Selon de nombreuses théories et études, l'ennui trouverait son origine dans les processus cognitifs (Martin *et al.*, 2012 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2014 ; Newell *et al.* 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). Sur la base de ces théories attentionnelles, plusieurs recherches ont tenté d'observer les retentissements éventuels de l'état d'ennui dans notre cerveau (p. ex. Danckert et Merrifield, 2016 ; Raffaelli *et al.*, 2018 ; Ulrich *et al.*, 2014 ; Yelamanchili, 2018). Danckert et Merrifield (2016) et Ulrich *et al.* (2014) se sont intéressés à la région corticale spécifique du « réseau du mode par défaut » (MPD). Cette zone s'activerait lorsque l'individu n'est pas engagé dans une tâche extérieure et que le cerveau s'occuperait davantage de la pensée interne. Danckert et Merrifield (2016) ont analysé l'activité cérébrale de 10 participants par l'imagerie (IRM) dans quatre états différents : de repos, d'ennui induit, d'intérêt induit et dans une tâche d'attention soutenue. Ils ont remarqué que lorsqu'on est engagé dans une tâche, l'activité cérébrale augmente dans le réseau exécutif central, pendant que l'activité du MPD diminue. Les résultats de cette étude appuient l'hypothèse que l'ennui traduit un état de désengagement (Eastwood *et al.*, 2012) ou de recherche de sens (Westgate et Wilson, 2018).

L'attention est certainement la fonction cognitive qui a été la plus étudiée en lien avec le sentiment d'ennui, notamment dans le domaine de la psychologie (Eastwood *et al.*, 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). Bien qu'il reconnaisse qu'une situation offrant trop ou insuffisamment de stimulation puisse engendrer de l'ennui, Barbalet (1999) souligne que cet état ne peut être réduit à une cause attentionnelle. Selon cet auteur, la composante centrale et déterminante de cette expérience resterait le sens, ou le but de l'action, qui ne doit pas être négligé (Barbalet, 1999). Il est fréquent que les témoignages d'ennui rapportent qu'il n'y a « rien à faire » (Fahlman *et al.*, 2013 ; Marshall, Davidson *et al.*, 2019). Cependant, l'ennui ne correspondrait pas au sentiment de « ne rien avoir à faire », mais plutôt de « ne rien avoir à faire qui ait du sens » (Barbalet, 1999 ; Eastwood *et al.*, 2012 ; Martin *et al.*, 2012). Dans le même ordre d'idées, certaines théories explicatives de l'ennui le décrivent comme une émotion gardienne du sens, nécessaire au fonctionnement humain (Barbalet, 1999 ; Bench et Lench, 2013 ; Elpidorou, 2018).

Dans une étude s'intéressant à la recherche de sens, Van Tilburg et Igou (2011) avancent, à l'instar des études expérimentales de Fahlman *et al.* (2009) et de Westgate et Wilson (2018), que l'ennui est causé par une activité qui n'offre ni un objectif signifiant ni suffisamment de défis sur le plan cognitif. Une étude qualitative réalisée auprès de 646 patients issus de 53 centres de réhabilitation de Belgique a montré que ces personnes se sentaient plus souvent ennuyées lorsqu'elles étaient confrontées à des tâches répétitives, sans valeur intrinsèque et sans objectifs clairs, ni obligations (Bracke *et al.*, 2006). Selon ces auteurs, des caractéristiques semblables peuvent être retrouvées dans les activités proposées en réadaptation. De plus, dans une étude explorant les aspects néfastes de l'hospitalisation en psychiatrie, selon l'expérience de 41 patients, Roe et Ronen (2003) remarquent que le manque d'opportunités d'agir aurait également des répercussions directes sur la perte de confiance en soi, elle-même associée à une perte de contrôle et de sens de la vie. Cette problématique est mise en évidence dans l'étude clinique des ergothérapeutes Boyd *et al.* (2012), qui relèvent que les résidents des établissements médico-sociaux passent la majeure partie de leur journée sans être occupés (environ un tiers du temps). Elles expliquent qu'une part importante de leur

agitation est attribuable à des besoins non satisfaits liés à l'ennui et à la confusion, appuyant le fait que le besoin d'être actif ne diminue pas avec l'âge (Boyd *et al.*, 2012).

De manière générale, plusieurs auteurs reconnaissent que l'environnement influence le sentiment d'ennui, indépendamment de la personne et de son occupation (Mikulas et Vodanovich, 1993). Au contraire, d'autres chercheurs pensent qu'il est question d'interprétation individuelle (Eastwood *et al.*, 2012) et non d'environnement problématique (Raffaelli *et al.*, 2018). Dans une étude s'intéressant aux effets de l'ennui chronique, Todman (2003) présente deux conceptions de l'ennui : l'un indépendant, et l'autre dépendant de la situation. L'ennui indépendant de la situation serait relié aux différents processus internes, comme l'incapacité à utiliser des mécanismes d'adaptation. Le second type d'ennui perçu par Todman serait dépendant de la situation, c'est-à-dire causé par des conditions de l'environnement comme la monotonie ou la répétitivité ; cet ennui disparaîtrait donc une fois le contexte modifié. L'interprétation des résultats de Mercer-Lynn *et al.* (2014) rejoint Todman (2003) : bien que chaque individu ait une sensibilité aux stimulations externes différente, l'environnement (p. ex. prison, hôpital psychiatrique) pourrait à lui seul être créateur d'ennui (Binnema, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2014). Ainsi, un sentiment de contrainte maximiserait les chances de faire émerger de l'ennui (Fahlman *et al.*, 2013). En outre, l'offre limitée d'activités, la réduction des droits de la personne ou encore de ses déplacements augmentent sa perception d'être incapable de s'engager dans une activité signifiante (Binnema, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

La capacité d'un individu à faire face à l'ennui serait influencée par divers facteurs de la personnalité ainsi que par le degré de vulnérabilité aux psychopathologies (Danckert et Allman, 2005 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2013 ; Sommers et Vodanovich, 2000). Les conséquences négatives de l'ennui seraient d'autant plus inquiétantes pour des personnes déjà fragilisées par un trouble de santé mentale (Martin, 2009 ; Newell *et al.*, 2012). La problématique de l'ennui chez les patients durant un séjour en psychiatrie est soutenue par une importante documentation multidisciplinaire (Binnema, 2004 ; Bowser *et al.*, 2018 ; Newell *et al.*, 2012 ; Steele *et al.*, 2013). Près de la moitié des études retenues par Marshall, McIntosh *et al.* (2019) pour leur étude de portée évoquent les difficultés créées par l'ennui dans les milieux de soins psychiatriques.

Par exemple, dans leur revue scientifique, Masland *et al.* (2020) relèvent que les symptômes du trouble de la personnalité limite sont fortement corrélés avec le sentiment d'ennui. L'enquête menée par Newell *et al.* (2012) auprès d'une population présentant une pathologie psychique a permis de constater que les personnes ayant un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux seraient plus sujettes à l'ennui. Les patients atteints de schizophrénie seraient moins prédisposés à l'ennui que ceux souffrant de dépression, mais tout de même davantage que ceux présentant d'autres troubles psychotiques (Newell *et al.*, 2012). Dans un contexte médico-légal, une majorité des participants atteints de psychose interrogés par Bowser *et al.* (2018) ont indiqué que l'ennui les rendait instables puisqu'ils avaient du temps pour se focaliser sur leurs pensées et leurs délires, tandis que le fait de s'adonner à des activités leur procurait une distraction qui les

maintenait dans le moment présent. Certains verraient même leurs symptômes psychotiques et dépressifs augmenter lorsqu'ils s'ennuient (Bowser *et al.*, 2018).

Plusieurs suggestions, conseils et solutions proposés par différents auteurs pour réduire l'ennui ont pu être identifiés. Tout d'abord, Marshall, McIntosh *et al.* (2019) ainsi que Westgate et Wilson (2018) mettent en avant l'importance d'une évaluation de l'ennui. Les ergothérapeutes devraient pouvoir différencier l'état d'ennui (ressenti passager) de la tendance à l'ennui (trait de personnalité prédisposant à l'ennui) (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). D'un point de vue ergothérapeutique, les chercheurs suggèrent d'évaluer l'ennui en considérant les aspects environnementaux, occupationnels (Long, 2004) et internes à la personne. Durant la prise en charge, le thérapeute devrait être attentif à adapter en continu le niveau de difficulté des tâches afin qu'elles soient vécues avec un juste niveau de défi permanent (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Martin *et al.*, 2012).

Plusieurs recherches s'accordent sur l'importance d'un engagement occupationnel signifiant pour l'utilisateur, car l'ennui pourrait être diminué lorsque sa vie est perçue comme porteuse de sens (Bracke *et al.*, 2006 ; Fahlman *et al.*, 2009 ; Newell *et al.*, 2012 ; Steele *et al.*, 2013). Westgate et Wilson (2018) proposent plusieurs pistes : si l'on veut maintenir la même activité, des objectifs peuvent être formulés en accord avec les valeurs de la personne. L'utilisateur pourrait également s'engager dans une activité différente, qui suscite davantage d'intérêt, de plaisir et de sens (Westgate et Wilson, 2018). L'étude de portée de Marshall, McIntosh *et al.* (2019) propose que des activités significatives, stimulant le corps et l'esprit (Steele *et al.*, 2013), soient mises en place dans des services hospitaliers de santé mentale (p. ex. espaces de discussion, jeux, activités physiques). Des activités non routinières et intrinsèquement gratifiantes sont également à privilégier pour réduire l'expérience de l'ennui (Bracke *et al.*, 2006). D'après une proposition de Steele *et al.* (2013), des bénévoles pourraient être engagés afin d'accroître la fréquence et la variété des activités proposées par les services.

La présente étude s'intéresse particulièrement à l'ennui vécu par des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale lorsqu'elles sont hospitalisées en milieu psychiatrique et souhaite apporter un soutien aux pistes d'intervention disponibles aux professionnels de santé. Les travaux scientifiques rapportés par cette recension des écrits montrent clairement que l'ennui est un problème complexe qui ne peut être réduit uniquement à un manque d'occupation. Différents travaux soutiennent que les compétences spécifiques des ergothérapeutes font d'eux des professionnels qualifiés pour intervenir auprès de personnes souffrant d'ennui (Newell, 2009 ; Newell *et al.*, 2012 ; Royal College of Occupational Therapists, 2017). Les ergothérapeutes sont vus comme les experts pour maximiser les capacités de la personne à vivre de façon autonome et indépendante, aider les individus à s'engager dans des rôles signifiants et gérer leurs responsabilités (Bowser *et al.*, 2018). Ainsi, de nombreux auteurs soutiennent que l'ergothérapie serait bénéfique pour remédier à un ennui problématique (Bowser *et al.*, 2018 ; Long, 2004). La présente recension révèle toutefois l'insuffisance de recommandations concrètes pour guider l'intervention des professionnels dans les milieux cliniques. Par ailleurs, la plupart des recherches citées

proviennent de pays anglophones et extra-européens et très peu de données sont disponibles pour la Suisse. Le service de psychiatrie ayant identifié la problématique de l'ennui chez les usagers et dans lequel cette étude a été menée dispose de 353 lits et présentait un taux d'occupation de 97 % en 2019. En 2020, l'ensemble des hôpitaux psychiatriques suisses enregistraient en moyenne une durée de séjour à 5,3 jours pour les hommes et 5,1 pour les femmes. Ces chiffres montrent que les professionnels en santé mentale travaillent dans des services remplis, mais où les patients ne restent que quelques jours. Il existe donc un besoin de développer des prises en charge efficaces et adaptées, ciblant les besoins des usagers.

MÉTHODES

Type de recherche envisagé

Cette étude vise à documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et à concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier, au travers de deux groupes de discussion focalisée (GDF). Pour cela, une méthodologie qualitative de type descriptif-interprétatif est indiquée (Gallagher et Marceau, 2020).

Afin d'obtenir des données compréhensives et descriptives sur le sujet de l'ennui durant une hospitalisation dans un établissement psychiatrique, le point de vue de 16 ergothérapeutes a été recueilli. Dans une perspective interprétative, à la fin de la rencontre, une réflexion collective a été réalisée autour des potentielles pistes d'intervention spécifiques pour la pratique dans le contexte suisse romand. L'ensemble de l'étude a été réalisé dans le contexte du travail de bachelor des trois premiers auteurs.

Groupes de discussion focalisée

Les GDF ont permis d'identifier les principaux points à explorer dans la problématique de l'ennui durant le séjour des patients en psychiatrie, ainsi que les pratiques actuelles et potentielles des ergothérapeutes pratiquant dans ce contexte. Cette méthode de collecte de données a servi avant tout à explorer les pistes d'intervention. Le but des GDF était de générer une compréhension du sujet riche et approfondie, mais aussi de l'expérience, des similitudes, des divergences et des croyances des ergothérapeutes interviewés (Desrosiers *et al.*, 2020).

Les GDF ont été organisés dans deux locaux où travaillaient certains des participants. Les discussions ont été coanimées par deux chercheuses pendant qu'une troisième observait et prenait note des interventions non verbales et des réactions perçues lors des échanges afin de compléter l'analyse ultérieurement. Cette démarche offre une vue d'ensemble sur les idées émises, dans le but de donner une rétroaction aux ergothérapeutes en fin de rencontre (Desrosiers *et al.*, 2020).

Participants à l'étude et stratégie d'échantillonnage

Il est recommandé de réunir entre 5 et 12 participants pour un groupe de discussion focalisée (Desrosiers *et al.*, 2020). D'après Gallagher et Marceau (2020), l'échantillon doit être composé d'experts du concept étudié. Dans le contexte de cette recherche, des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie dans un centre hospitalier universitaire en Suisse francophone avaient déjà identifié la problématique d'ennui chez les usagers. L'ensemble des ergothérapeutes du département a ensuite été contacté par courriel pour vérifier leur intérêt à participer à l'étude. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Au total, 16 ergothérapeutes ont accepté de participer à cette recherche. Leur patientèle allait de l'adolescence à l'âge avancé et englobait une variété de troubles psychiques (p. ex. troubles de l'humeur, troubles psychotiques, démences). Douze ergothérapeutes travaillaient principalement avec des patients en soins aigus, de la crise à la stabilisation des symptômes. Quatre participants étaient employés dans des services prodiguant uniquement des suivis ambulatoires. Quatre participants ont indiqué avoir une pratique à la fois hospitalière et ambulatoire. Finalement, deux participants étaient étudiants en ergothérapie en stage dans les services susmentionnés.

Récolte et analyse des données

La récolte de données du premier GDF s'est basée sur un canevas de questions ouvertes (voir tableau 1).

Tableau 1 : Canevas d'entretien du 1^{er} groupe

Questions d'entretien de groupe
1) Comment en êtes-vous arrivé à penser que l'ennui des patients est problématique dans ce contexte d'hôpital psychiatrique ?
2) À quelle fréquence observez-vous que les patients s'ennuient pendant leur hospitalisation ?
3) Qu'est-ce qui est fait dans vos lieux de pratique pour lutter contre l'ennui (qui ne vient pas du service d'ergothérapie) ?
4) Que faites-vous lorsqu'un patient montre de l'ennui actuellement ?
<i>[Présentation d'une synthèse de la recension des écrits avant la suite des questions.]</i>
5) Selon vous, les pistes identifiées dans la littérature seraient-elles réalisables ? Comment, d'après vous, pourrait-on les mettre en pratique dans votre contexte ?
6) En lien avec votre expérience et avec notre présentation, pouvez-vous imaginer des pistes pour l'intervention auprès de personnes qui s'ennuient ?

La méthode d'analyse du premier GDF a été construite sur la base des recommandations de Gallagher et Marceau (2020). Les entretiens ont été enregistrés audionumériquement et retranscrits en verbatim par les chercheuses du présent article. Ils ont été lus et écoutés plusieurs fois dans le but de s'imprégner des données et d'obtenir une vision globale de l'avis des participants. Ensuite, une grille d'analyse a été construite par thématisation indépendante à l'aveugle pour un premier tri des informations. Une étape de présentation des données a permis de faire ressortir les relations entre les thèmes afin d'approfondir la description. Cela a permis une compréhension interprétative et globale du phénomène étudié, comme le demande le design de recherche choisi, ensuite soumis à vérification. La confirmation de l'analyse par les participants a été obtenue par un second entretien de validation en présentiel.

Le second GDF s'est basé sur la synthèse du premier, où plusieurs thèmes avaient émergé. Les auteurs ont préparé une pancarte par thème. Ces dernières ont été réparties aléatoirement entre les participants, réunis par groupes de deux à trois personnes. Chaque groupe a écrit sur sa pancarte des idées et outils d'intervention. Une restitution finale avec l'ensemble des participants a permis de générer des débats et d'enrichir chaque thème d'éléments supplémentaires. Au terme du second GDF, les ergothérapeutes ont participé consensuellement à l'analyse des données en organisant les pancartes afin de faire apparaître un processus. L'analyse des données récoltées lors de cet entretien est identique à l'analyse du premier GDF.

Considérations éthiques

La présente recherche n'a pas été au préalable soumise à un comité d'éthique, néanmoins des mesures ont été prises afin de garantir les conditions éthiques. Un formulaire d'information et de consentement a été signé par l'ensemble des participants. L'ensemble des données récoltées pendant l'étude a été gardé confidentiel, anonyme et protégé. Seuls les auteurs de l'étude ont eu accès à ces données. Aucune compensation financière n'a été offerte pour la participation à cette recherche.

RÉSULTATS

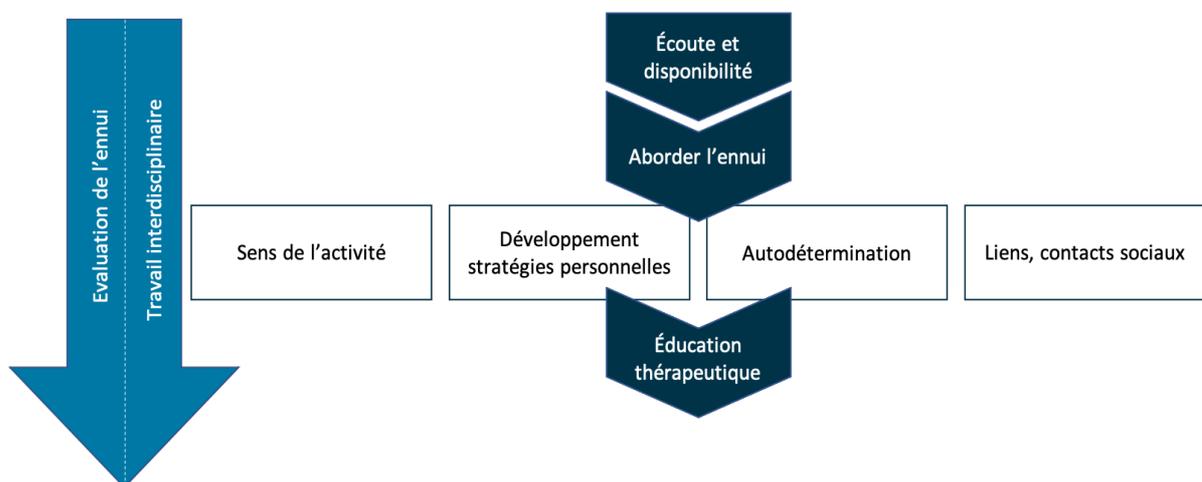
Les participants ont échangé leurs idées et expériences au cours de deux GDF d'une durée de deux heures. La première séance a compté 7 participants, et la seconde 13 participants. Quatre ergothérapeutes ont participé aux deux rencontres.

Au terme de la synthèse des données, 10 thèmes ont émergé de l'analyse des verbatim. Il s'agit de pistes proposées par les ergothérapeutes pour intervenir face à l'ennui (voir tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des thèmes issus des GDF

Pistes d'intervention (n = 10 thèmes)
Définir l'ennui
Être à l'écoute et se rendre disponible
Aborder l'ennui
Évaluer l'ennui
Travailler avec les autres professionnels pour des objectifs communs
Offrir la possibilité de faire des activités qui ont du sens
Soutenir le développement de stratégies personnelles
Favoriser l'autodétermination
Favoriser les liens et contacts sociaux
Soutenir l' <i>empowerment</i> par l'éducation thérapeutique

Les participants ont également organisé leurs pistes d'intervention concrètes en un processus à l'image d'une prise en charge ergothérapeutique. Le schéma suivant en est ressorti (voir figure 1).

Figure 1 : Processus schématisé selon la proposition des ergothérapeutes

Définir l'ennui

L'ennui est un concept pouvant référer à divers usages. Les participants ont d'abord tenu à préciser ce qu'ils entendaient par l'expérience de l'ennui.

Le fait de ne rien faire et d'accepter le fait de ne rien faire, ce n'est pas forcément de l'ennui dans ma vision. L'ennui, ça sera vraiment de ne rien faire et de s'en plaindre [...]. (P12)

Selon les participants, bien que certains usagers la verbalisent, l'expression de cette souffrance passe pour d'autres par l'action. Les ergothérapeutes interviewés ont constaté la problématique de l'ennui en observant les conséquences qu'il pouvait avoir sur leurs patients. Ils ont mentionné des conduites délétères pour la santé, telles que l'augmentation de la consommation de tabac, de drogues, ou encore des troubles du comportement (p. ex. agressivité, intolérance à la frustration).

Donc c'est vrai que ça c'est un signe [d'ennui] parfois : les troubles du comportement. Des personnes [...] qui vont commencer à taper contre les murs. [...] Je pense à un exemple, si le café, il n'y avait pas le sucre à côté, ils vont s'énerver, ils ne vont supporter absolument rien. (P6)

Ce sont souvent les conséquences négatives de l'ennui qui ont éveillé chez les ergothérapeutes des questionnements autour de ce thème.

Par leur formation et leurs compétences, les ergothérapeutes ont dit appréhender l'ennui avec une perspective globale et occupationnelle. Ils l'ont décrit comme une problématique sérieuse à considérer car pouvant nuire au rétablissement des patients en psychiatrie. Selon eux, l'ergothérapeute devrait se placer en « expert » de l'ennui au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Je pense que pour que l'ennui soit pris au sérieux, il faut montrer ses conséquences. [...] Je pense qu'il faut expliquer qu'est-ce que ça provoque en fait. [acquiescements] (P8)

Être à l'écoute et se rendre disponible

Pour entamer le processus d'intervention, les participants ont souligné l'importance de se montrer disponible et attentif aux signes d'ennui des patients. Selon eux, les ergothérapeutes ont l'avantage d'être plus flexibles et libres dans leur pratique par rapport aux autres professionnels.

Ils ont recommandé de vérifier l'accessibilité des espaces thérapeutiques, afin de retenir l'intérêt des patients qui s'ennuient et d'entrer plus facilement en contact avec eux. Selon les participants, prêter une oreille attentive aux patients est une attitude qui permet déjà d'engager un processus thérapeutique.

Aborder l'ennui

Sur cette base informelle et non intrusive, les participants ont ensuite suggéré d'utiliser des moyens typiquement ergothérapeutiques pour aborder concrètement l'ennui. Selon eux, les objets mis à disposition dans les salles d'ergothérapie permettent par exemple aux patients d'entreprendre une activité spontanément.

C'est beaucoup moins intrusif pour la personne que de l'asseoir devant et dire « allez-y, racontez-moi tout ». Juste s'asseoir à côté et sortir deux ou trois petits trucs et déjà ils vont se mettre en action [...] parce qu'on n'est pas face à eux. (P2)

Selon les ergothérapeutes, l'approche par l'activité permet de créer un lien avec la personne, de l'aider à s'exprimer, mais également de l'accompagner dans l'analyse du sens qu'elle met dans ses actions.

L'ennui peut être abordé en groupe, en discussion interdisciplinaire, voire lors de rencontres patients-soignants.

On a un forum [une rencontre] soignants-soignés où justement ce thème-là est abordé parfois. [...] Il y a un échange pluridisciplinaire avec le patient inclus. Et effectivement on peut échanger, et le médecin peut dire s'il pense que l'ennui peut être bénéfique. (P9)

D'après les participants, il faudrait éviter d'aborder l'ennui dans certains contextes. En chambre de soins aigus par exemple, où le patient subit une privation sensorielle et occupationnelle intentionnellement. L'environnement est imposé et l'état psychique de la personne est instable, limitant considérablement la possibilité de travailler sur l'ennui.

Évaluer l'ennui

Les participants ont souligné l'importance de réaliser une évaluation complète avant de proposer une prise en charge de l'ennui. À l'image des modèles de pratique spécifiques à l'ergothérapie, cela afin de poser des objectifs et mener l'intervention.

Les ergothérapeutes ont encouragé un dépistage précoce de l'ennui. Il s'agit d'être réactif, par exemple lorsqu'un patient erre ou vit une rupture occupationnelle.

Ce qu'on voit beaucoup, c'est la rupture de routine : ce sont des gens qui ont perdu soit leur formation, soit leur job, soit qui n'ont pas les moyens actuellement, en termes d'énergie, de se réinscrire dans les groupes dans lesquels ils étaient. Donc il y a du vide d'un seul coup, et puis là il y a de l'ennui. (P10)

Le diagnostic psychiatrique (p. ex. dépression) ne devrait pas, selon les ergothérapeutes interrogés, être au centre de l'évaluation. Ils insistent davantage sur l'identification des causes et conséquences de l'ennui, tout en considérant le contexte de la personne (p. ex. lieu de vie, sphère professionnelle, engagements sociaux) dans une perspective globale et occupationnelle.

Au terme de son analyse, l'ergothérapeute devrait rapporter les informations essentielles à l'équipe interdisciplinaire. Les participants ont mis l'accent sur l'utilisation d'un langage commun afin d'assurer la qualité des transmissions. Ils ont également réfléchi à l'adaptation ou la création d'outils de mesure ciblés afin de faciliter l'évaluation de l'ennui et les échanges entre professionnels de l'équipe. Ils ont suggéré de se baser sur des tests existants, comme l'échelle de tendance à l'ennui (Boredom Proneness Scale [BPS]) de Farmer et Sundberg (1986) ou l'échelle multidimensionnelle de l'état d'ennui (Multidimensional State Boredom Scale [MSBS]) de Fahlman *et al.* (2013).

Travailler avec les autres professionnels pour des objectifs communs

Les ergothérapeutes interviewés ont mis en évidence des divergences entre les représentations de l'ennui que peuvent avoir les différents professionnels d'une équipe. D'un point de vue occupationnel, eux voient plutôt l'ennui comme un problème, alors que les avis médicaux-soignants le trouvent thérapeutique puisqu'il permettrait l'introspection.

Il y a des médecins qui partent du principe qu'en hôpital, quand on s'ennuie, c'est bien parce que ça va permettre de réfléchir à sa maladie. [acquiescements] Et ça, ça reste quelque chose qui est profondément ancré. [plusieurs acquiescements] Quelle que soit la maladie, quelle que soit la personne, quelles que soient les occupations à l'extérieur : [ils partent du principe que] c'est bon. (P6)

D'après les participants, la prise en charge pourrait être négativement impactée par une telle conception basée sur des préconceptions positives de l'ennui. Il est impératif de tenir compte de la spécificité de chaque patient, car selon eux, l'ennui n'est pas bénéfique pour tous les usagers en santé mentale.

D'après les propos recueillis, cette vision de l'ennui devrait être déconstruite si l'on veut intervenir sur l'ennui de manière efficace et en interdisciplinarité. Les ergothérapeutes ont suggéré d'organiser des formations ou des moments d'échange interdisciplinaire sur l'ennui pour les équipes soignantes. Ce serait un moyen de transmettre les résultats et pistes des recherches récents, de partager réflexions et conceptions afin de développer une compréhension commune.

Les participants ont remarqué que leur fonction était encore parfois mal comprise.

Je pense que le sujet était tabou pour les ergothérapeutes pendant longtemps, parce qu'on ne voulait pas dire : « Je suis là pour vous désennuyer », donc on n'abordait pas les patients en disant : « Est-ce que vous vous ennuyez ? Parce que justement je suis là pour ça. » Et on en avait marre de se faire dire : « Ce patient s'ennuie, occupe-en toi, donne-lui un petit coloriage à faire. » (P2)

Pour y remédier, ils ont conseillé de se montrer ouvert et d'inviter les autres professionnels (p. ex. infirmiers, médecins) à observer leurs thérapies ou à coanimer des groupes. D'après eux, clarifier le champ d'expertise de chaque professionnel dans une dynamique d'équipe ouverte et curieuse améliorerait leur collaboration.

Accompagner la recherche de sens dans les activités

Selon les participants, l'investissement dans des activités signifiantes serait un important pilier pour le rétablissement des personnes hospitalisées en psychiatrie.

C'est souvent vu comme un problème simple, qu'on a juste à occuper les gens puis ça va être réglé. (P2)

Ils ont répété qu'une occupation valorisée par la personne est nécessaire pour réduire le sentiment d'ennui. Ils ont ensuite décrit comment l'ergothérapeute pourrait accompagner les patients vers un engagement signifiant dans la prise en charge de l'ennui.

Tout d'abord, avoir la possibilité de choisir favoriserait la perception de sens. D'après les participants, l'ergothérapeute peut soutenir le patient dans les prises de décision, pour l'accompagner progressivement vers l'autodétermination.

Lorsque quelqu'un porte une activité, qu'il a pu la choisir, que ça n'a pas été induit ou prescrit par nous... ça n'a pas du tout le même impact ! (P6)

Les participants ont également recommandé d'utiliser l'adaptation de l'activité (facilitation ou complexification) afin d'augmenter la perception de sens et même de réduire le sentiment d'ennui. Pour ce faire, ils ont préconisé d'ajuster l'activité à un bon degré de défi pour le patient. Selon eux, la tâche doit lui demander un effort dans sa zone de compétence, pour absorber son attention, créer une sensation d'investissement total et de la satisfaction.

Les ergothérapeutes proposent aussi d'aider la personne à trouver du sens par le biais d'une activité sociale. Il s'agit de s'y trouver un rôle signifiant afin de prendre du plaisir et de ne pas s'ennuyer. Cela peut être dans le cadre hospitalier (p. ex. groupes thérapeutiques) ou avec un engagement externe (p. ex. association, rôle professionnel).

Si la personne prend le lead du Time's Up [jeu de société] et qu'elle commence à avoir un rôle significatif dans l'activité, dans le groupe... Au début il [le patient] se disait « bof, j'ai pas trop envie », mais en le mettant en situation de prise de rôle ancré dans le jeu ou bien dans l'activité, là d'un coup l'ennui peut s'effacer. (P1)

Finalement, l'intérêt d'offrir une prise en charge au plus proche des activités quotidiennes du patient a été discuté. Certains participants ont trouvé qu'intervenir sur la réalisation des activités quotidiennes (p. ex. participation à la préparation d'un repas) donne souvent aux patients un grand sentiment de sens car cela maintient leurs routines, leurs compétences, et donc leur autonomie.

Soutenir le développement de stratégies personnelles

D'après les participants, une grande partie des patients s'ennuient par manque de ressources internes pour gérer les limitations et dérèglements occupationnels qu'engendre une hospitalisation (p. ex. espace fermé, attente). Améliorer l'autonomie des usagers par l'autogestion et le développement d'habiletés personnelles pour répondre à l'ennui constitue un objectif central pour les ergothérapeutes interviewés.

Les ergothérapeutes ont conseillé de valoriser les initiatives et les discours-changement des usagers. Des supports écrits, tels que le *listing* (p. ex. personnes-ressources, activités-ressources) ou la balance décisionnelle, peuvent également être utilisés.

Lister les personnes-ressources, qui serait une des stratégies à mettre en place [...] Ça peut être dans les contacts d'un téléphone par exemple. Mais le but, c'est que la personne sache où retrouver potentiellement ces informations. (P11)

Selon plusieurs ergothérapeutes, l'utilisation de l'emploi du temps comme outil permettrait de changer la perception de l'ennui et du temps qui passe.

Parfois, les gens ne s'ennuient qu'une heure dans leur journée, peut-être le soir, mais ils auront l'impression que ça prend toute la place. Finalement, ne serait-ce qu'en posant les choses sur un emploi du temps, ça va permettre de relativiser cet ennui. [acquiescements] (P13)

Toutefois, les participants ont souligné l'importance d'un suivi ambulatoire pour transférer au quotidien l'utilisation des stratégies organisationnelles développées durant le séjour.

Selon les ergothérapeutes, l'engagement personnel du patient constitue le carburant de la thérapie orientée sur le renforcement des ressources. L'usager doit entrer dans son processus de guérison comme acteur dans la prise de décisions et la poursuite de ses objectifs. Pour accéder aux activités dans l'environnement hospitalier, il semble nécessaire que le patient puisse faire preuve d'initiative, et c'est là que l'ergothérapeute peut entreprendre le rôle de soutien afin d'éviter le repli et l'ennui.

Favoriser l'autodétermination

Selon les participants, un cadre hospitalier rigide est imposé aux patients en psychiatrie (p. ex. heures des repas, prises de médicaments, sorties). Or, ils ont expliqué qu'aider l'usager à maintenir ou reprendre le contrôle sur sa vie donnerait plus de sens à son séjour et préviendrait l'ennui.

Lorsqu'un patient se trouve dans un état psychologique l'empêchant de raisonner avec lucidité (p. ex. décompensation), les participants ont suggéré d'utiliser la mise en activité pour déjà apporter une certaine reprise de contrôle sur sa vie.

On a des patients [hospitalisés contre leur volonté] qui n'ont absolument plus de droits. On leur dit à quelle heure se doucher, à quelle heure se laver les mains, à quelle heure manger... tout ! Pour aller faire pipi ils doivent sonner... Il faut vraiment s'imaginer. Donc de pouvoir, à un moment, dire à ces gens : « là vous avez le choix », même si c'est sur un dessin, sur quelque chose qui peut paraître complètement banal à l'extérieur. [...] C'est vraiment une partie de liberté, c'est offrir une opportunité à quelqu'un qui n'en a pas. (P6)

Plus le patient est en capacité de prendre des décisions, plus les ergothérapeutes recommandent de diminuer la guidance et de prendre un rôle d'émancipateur. Du matériel pourrait par exemple être prêté au patient pour soutenir un engagement occupationnel autonome tout en gardant un lien thérapeutique.

Les participants ont également pris conscience de leur rôle par rapport à l'accessibilité et l'intelligibilité de l'environnement hospitalier. Selon eux, l'ergothérapeute peut contribuer à informer les patients (p. ex. droit aux congés, offre d'activités) pour susciter des initiatives et baser leurs choix.

Ce que la personne voit, ce qu'elle va pouvoir regarder autour d'elle : « Bah tiens ça, ça me plaît, ça, ça m'intéresse, ça pas du tout. » Déjà rien que là, il y a une part de choix qui est réalisée, et sur laquelle la personne ne sent pas forcément... on ne lui a pas dit « il faut faire ça, et pas ça ». (P7)

Les propos des participants suggéraient qu'une plus grande responsabilité devrait être donnée au patient dans sa propre prise en charge. Afin d'augmenter cette responsabilisation, les ergothérapeutes ont discuté les apports et les limites d'une participation de l'usager à son programme hospitalier. Le fait d'organiser ses horaires, thérapies et temps libres rendrait la personne plus autonome et modifierait sa perception du temps qui passe, influençant ainsi positivement l'ennui. Toutefois, pour beaucoup de participants, l'application de cette idée dans la réalité hospitalière semble difficile.

Favoriser les liens et contacts sociaux

Les ergothérapeutes ont remarqué que les activités de groupe avaient de nombreux apports pour les patients qui s'ennuient. Les moments partagés avec d'autres personnes génèrent des interactions sociales, des prises de rôle ainsi qu'un sentiment d'appartenance. Ils permettent de combattre la solitude qui accompagne l'ennui, deux notions qui ont par ailleurs souvent été associées dans les discours des participants. Cela peut se faire autour d'occupations ludiques (p. ex. jeux de société), créatives ou lors d'activités quotidiennes communes (p. ex. groupe cuisine). Les participants ont proposé de s'inspirer de la pratique communautaire qu'ils trouvent innovante.

À faire une partie de cartes avec quelqu'un d'autre, le temps ne passe pas de la même façon que si t'étais en train de faire une petite patience. C'est les mêmes cartes, mais il y a quelque chose... t'es dans un sentiment d'être connecté avec les autres, déjà il me semble que c'est différent. (P2)

Les ergothérapeutes ont suggéré de partager leurs connaissances pour l'aménagement des espaces communs dans le but de favoriser les activités autonomes (p. ex. babyfoot, salle TV). La mise en place de groupes d'activité en collaboration avec le service d'animation (p. ex. jardinage, sport) ou avec l'équipe soignante (p. ex. activités spontanées le week-end) offrirait un terrain favorable aux réunions et au soutien, que ce soit entre pairs ou avec le personnel soignant.

Cette création de lien souvent leur fait du bien, que ce soit sur des moments spontanés, ou plus ludiques. [...] On a un monsieur qui se met tout le temps à cette table au milieu [désigne un espace commun à côté de l'atelier d'ergothérapie], parce qu'il sait qu'il va croiser des gens et il utilise un jeu pour entrer en contact avec les autres. Ça l'a beaucoup aidé. Je pense que ça a comblé l'ennui. (P5)

Les participants constatent moins de plaintes d'ennui chez les personnes qui reçoivent des visites à l'hôpital ou qui ont des proches disponibles et soutenant. Cependant, il n'est pas rare que le réseau social et occupationnel des patients qui s'ennuient soit déjà appauvri à domicile. Dans ces situations, le développement de contacts sociaux à l'hôpital ne suffit pas à remédier à l'ennui ; il faut développer les services de soins ambulatoires.

Soutenir l'empowerment par l'éducation thérapeutique

Selon les participants, l'éducation thérapeutique est un processus qui renforce les habiletés du patient à prendre en charge sa pathologie conjointement aux soins prodigués.

Quand on connaît mieux sa maladie, on a plus envie d'agir contre et de se mettre en mouvement. (P5)

D'après les professionnels interviewés, utiliser l'éducation thérapeutique aiderait le patient à mieux se connaître et analyser ses propres symptômes, afin de se mettre en action contre l'ennui. Ce thème a été placé à la fin du processus car selon eux, le patient doit avoir acquis certaines compétences et ressources personnelles (p. ex. auto-analyse, prise de décision) au préalable.

L'ennui fait aussi partie, pour certains patients, des facteurs qui annoncent qu'on vit moins bien, ou qu'on a plus de peine à s'intégrer dans des activités. À ce moment-là, il y a une [re]chute qui peut arriver et, comment on va prévenir le risque de réhospitalisation ? De décompensation ? Donc je pense que là il y a des choses à travailler [...] en termes de stratégies et de : comment fonctionner quand on sent qu'on va moins bien. (P7)

L'éducation thérapeutique est utilisée pour valider et pérenniser les stratégies personnelles pour gérer son ennui. Il est impératif que les usagers puissent progressivement s'en approprier pour faciliter la transition à domicile. Selon les participants, les pistes développées précédemment pour l'ergothérapeute visent à habiliter le patient à gérer son ennui de manière autonome. Toutefois, le développement de stratégies serait prédominant dans le suivi ambulatoire, lorsque le patient est plus stable psychiquement et retourne à son train de vie quotidien.

Au terme des GDF, il est ressorti que l'ennui peut, après reconnaissance et identification, se transformer par rapport à sa définition initiale.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et de concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier. Tous domaines confondus, de nombreux auteurs ont écrit sur l'ennui, mais aucune étude ne semble avoir jusqu'alors proposé de jalons pour la prise en charge en ergothérapie. Les GDF ont permis d'identifier les moyens d'intervention et de les organiser en un processus pratique guidant les ergothérapeutes en soins aigus de santé mentale pour la prise en charge des patients rapportant un sentiment d'ennui. L'analyse qualitative-interprétative des données, mise en lien avec les écrits scientifiques rapportés, a conduit à l'identification de trois recommandations principales.

Considérer sérieusement l'ennui et agir

Tout d'abord, les résultats de cette recherche appellent l'ensemble de l'équipe soignante à reconnaître les conséquences nombreuses et délétères que l'ennui entraîne pour les personnes atteintes d'un trouble psychique (Bowser *et al.*, 2018 ; Marshall, Davidson *et al.*, 2019 ; Milbourn *et al.*, 2015). En effet, des conceptions erronées de l'ennui, telles que l'idée que ce dernier est bénéfique pour le rétablissement, sont présentes au sein du personnel soignant en psychiatrie (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). Pourtant, le monde de la santé appelle les professionnels à se baser sur l'Evidence Based Practice (EBP) pour offrir des prestations efficaces et de qualité aux patients (Royal College of Occupational Therapists, 2017). Bien que l'ennui puisse être décrit comme un stimulateur d'action et de motivation chez des sujets en bonne santé (Bench et Lench, 2019 ; Elpidorou, 2018), les données scientifiques concernant les usagers en santé mentale sont unanimes : l'ennui tend à aggraver les symptômes psychiques (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019), il peut engendrer des troubles du comportement (Masland *et al.*, 2020) et fortement impacter l'état de santé et le rétablissement (Bowser *et al.*, 2018 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

Les résultats de la présente étude mettent en lumière l'importance de sensibiliser l'équipe interprofessionnelle à l'ennui et ses conséquences afin de trouver ensemble des moyens concrets et adaptés pour y remédier (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). Les écrits scientifiques (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Westgate et Wilson, 2018) et les ergothérapeutes consultés soulignent l'importance d'évaluer chez le patient les origines et les conséquences de son ennui de manière ciblée. Ils recommandent de considérer à la fois les aspects environnementaux, occupationnels et personnels (Long, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

Mettre du sens dans les occupations

Bien que la notion de sens soit personnelle, subjective et fluctuante (Barbalet, 1999), plusieurs éléments peuvent influencer le sens perçu dans l'activité, comme l'objectif du patient, le plaisir ou encore le degré de défi (Westgate et Wilson, 2018). En accord avec la littérature, les participants de la présente étude conseillent d'approfondir la phase initiale d'évaluation, afin de comprendre le sens que le patient attribue à ses activités mais également à son processus de soins (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Royal College of Occupational Therapists, 2017). Les ergothérapeutes consultés soutiennent que remédier à l'ennui par l'expérience du sens permettrait d'améliorer le processus de rétablissement de l'utilisateur (Bracke *et al.*, 2006), son engagement dans les activités (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019) et son sentiment de contrôle (Roe et Ronen, 2003).

L'idée primordiale est donc d'accompagner le patient qui s'ennuie vers un (ré)engagement occupationnel signifiant (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Newell *et al.*, 2012). Pour ce faire, l'ergothérapeute peut adapter les exigences d'une activité aux ressources de l'individu dans le but d'améliorer sa performance, son engagement attentionnel (p. ex. en travaillant l'autodétermination, la gestion de son

temps) (Westgate et Wilson, 2018 ; Long, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Martin *et al.*, 2006). De ce point de vue, les participants interrogés considèrent avoir une expertise particulière concernant l'analyse des activités et la gradation de l'intervention, en plus d'être des facilitateurs en offrant des choix et des opportunités occupationnelles.

Adapter l'environnement hospitalier

En milieu hospitalier, les activités quotidiennes et les routines des patients sont chamboulées. Dans un milieu dit « fermé », régulé par les soins et les thérapies planifiés à l'avance, peu de place est laissée à l'autodétermination des usagers (Binnema, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Martin *et al.*, 2012). Les chambres de soins aigus ou le milieu carcéral sont des exemples typiques d'environnements contraignants, privant le patient de ses libertés, et comportant peu, voire aucune possibilité pour lui de s'occuper. Tenter d'y apporter des adaptations pour diminuer le sentiment d'ennui peut donc représenter un grand défi pour les thérapeutes.

Pour remédier aux pertes de contrôle et de sens qui résulteraient d'un manque d'opportunités d'agir (Roe et Ronen, 2003), les ergothérapeutes consultés recommandent d'augmenter progressivement la marge de manœuvre des patients (Binnema, 2004) à travers la gradation de l'activité et en intégrant les patients dans les prises de décisions thérapeutiques (Bowser *et al.*, 2018 ; Newell, 2009 ; Steele *et al.*, 2013). Ainsi, les participants à cette étude encouragent une plus grande accessibilité aux espaces thérapeutiques, afin de retenir l'intérêt des patients qui s'ennuient et d'offrir une porte d'entrée dans la prise en charge de l'ennui.

Agir sur l'environnement social permet également de réduire l'ennui (Bracke *et al.*, 2006), car l'hospitalisation constitue déjà une forme d'exclusion sociale (Bowser *et al.*, 2018 ; Steele *et al.*, 2013). Une attention particulière doit être portée aux échanges soignants-patients, même si ceux-ci sont limités à cause du manque de personnel (Binnema, 2004 ; Bowser *et al.*, 2018 ; Steele *et al.*, 2013). Les soignants devraient également encourager l'autonomie et l'autodétermination des patients en les incitant à expérimenter des relations sociales entre pairs (Binnema, 2004 ; Corvinelli, 2005), mais également avec l'entourage à l'extérieur (Bowser *et al.*, 2018).

Étant donné que les conceptions de l'ennui peuvent varier au sein d'une équipe interdisciplinaire, les ergothérapeutes consultés suggèrent d'organiser des rencontres interdisciplinaires autour de ce thème (Steele *et al.*, 2013), afin de discuter les pratiques actuelles à la lumière des données scientifiques. Il leur semble nécessaire que les causes de l'ennui soient davantage investiguées et que les patients soient orientés plus précocement vers les thérapies adéquates (Long, 2004 ; Newell, 2009 ; Steele *et al.*, 2013).

Recherches futures

Afin de compléter ou de renforcer les résultats de la présente étude, la problématique de l'ennui vécu durant l'hospitalisation en psychiatrie doit faire l'objet de futures recherches. Le processus d'intervention pourrait faire l'objet d'une étude

d'implantation dans différents milieux cliniques psychiatriques afin d'approfondir la faisabilité et l'acceptabilité de celui-ci. Un travail pourrait être consacré au vécu des patients qui souffrent d'ennui afin d'enrichir la compréhension du phénomène et d'améliorer les pistes d'intervention. Finalement, une étude longitudinale évaluant l'impact de l'ennui sur le processus de rétablissement serait pertinente.

FORCES ET LIMITES

D'un point de vue méthodologique, la fiabilité de l'analyse des données est assurée par une thématization réalisée de façon indépendante par les trois premiers auteurs avec un pourcentage d'accord dépassant les 80 %. L'échantillon d'ergothérapeutes ayant participé aux GDF était varié et représentatif car les participants (n = 16) provenaient de différentes régions de Suisse francophone et de divers milieux de pratique en santé mentale. La saturation des données a été atteinte par le fait que les échanges au terme du deuxième GDF conduisaient continuellement aux mêmes résultats. Cela assure à l'étude une bonne transférabilité et permet de se rapprocher le plus possible de la saturation des données. La limite principale de cette étude est qu'elle ne comprend pas la perspective des patients dans la construction du processus de prise en charge. Le recueil de témoignages de patients aurait dû être un second volet de la présente étude. En raison du contexte sanitaire (COVID-19), les données récoltées n'étaient malheureusement pas représentatives. Il faudrait donc consacrer une nouvelle recherche à l'expérience de l'ennui des patients.

CONCLUSION

Les résultats de la présente étude sont issus d'un examen approfondi de la littérature scientifique sur le sujet, combiné à des entretiens de groupe avec des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie. Les enjeux et la complexité de l'ennui sont mis en lumière par une analyse descriptive-interprétative des données selon les trois domaines : Personne – Environnement – Occupation. Ce travail propose des pistes d'intervention concrètes pour les ergothérapeutes, organisées en un processus d'intervention unique pour faire face à l'ennui. Les 10 pistes d'intervention identifiées par les professionnels mettent en évidence la nécessité d'aider le patient à percevoir du sens dans les occupations qu'il investit. Ces jalons doivent être appuyés par une collaboration interdisciplinaire efficace et orientée vers le patient. La présente étude veut promouvoir la considération de l'ennui dans l'environnement hospitalier en santé mentale afin d'y répondre convenablement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barbalet, J. M. (1999). Boredom and social meaning. *The British Journal of Sociology*, 50(4), 631-646. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.1999.00631.x>
- Bench, S. W. et Lench, H. C. (2013). On the function of boredom. *Behavioral Sciences*, 3(3), 459-472. <https://doi.org/10.3390/bs3030459>
- Bench, S. W. et Lench, H. C. (2019). Boredom as a seeking state: Boredom prompts the pursuit of novel (even negative) experiences. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0000433>
- Binnema, D. (2004). Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(8), 833-842. <https://doi.org/10.1080/01612840490506400>
- Bowser, A., Link, W., Dickson, M., Collier, L. et Donovan-Hall, M. (2018). A qualitative study exploring the causes of boredom for men with a psychosis in a forensic setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(1), 32-48. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1331151>
- Boyd, A., Payne, J., Hutcheson, C. et Bell, S. (2012). Bored to death: Tackling lack of activity in care homes. *British Journal of Mental Health Nursing*, 1(4), 232-237. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2012.1.4.232>
- Bracke, P., Bruynooghe, K. et Verhaeghe, M. (2006). Boredom during day activity programs in rehabilitation centers. *Sociological Perspectives*, 49(2), 191-215. <https://doi.org/10.1525/sop.2006.49.2.191>
- Constant, A., Val-Laillet, D., Joubert, A., Foret, K., Thibault, R. et Moirand, R. (2021). Depressive symptoms are related to boredom proneness in patients receiving hospital care, regardless of alcohol status, lifestyle, or social support. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105319886049>
- Corvinelli, A. (2005). Alleviating boredom in adult males recovering from substance use disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21(2), 1-11. https://doi.org/10.1300/J004v21n02_01
- Dal Mas, D. E. et Wittmann, B. C. (2017). Avoiding boredom: Caudate and insula activity reflects boredom-elicited purchase bias. *Cortex*, 92, 57-69. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.03.008>
- Danckert, J. A. et Allman, A. A. A. (2005). Time flies when you're having fun: Temporal estimation and the experience of boredom. *Brain and Cognition*, 59(3), 236-245. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2005.07.002>
- Danckert, J. et Merrifield, C. (2016). Boredom, sustained attention and the default mode network. *Experimental Brain Research*. <https://doi.org/10.1007/s00221-016-4617-5>
- Desrosiers, J., Pouliot-Morneau, D. et Larivière, N. (2020). Le focus group. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 141-172). Presses de l'Université du Québec.
- Eastwood, J. D., Frischen, A., Fenske, M. J. et Smilek, D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482-495. <https://doi.org/10.1177/1745691612456044>
- Elpidorou, A. (2018). The good of boredom. *Philosophical Psychology*, 31(3), 323-351. <https://doi.org/10.1080/09515089.2017.1346240>
- Fahlman, S. A., Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B. et Eastwood, J. D. (2013). Development and validation of the multidimensional state boredom scale. *Assessment*, 20(1), 68-85. <https://doi.org/10.1177/1073191111421303>
- Fahlman, S. A., Mercer, K. B., Gaskovski, P., Eastwood, A. E. et Eastwood, J. D. (2009). Does a lack of life meaning cause boredom? Results from psychometric, longitudinal, and experimental analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(3), 307-340. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.3.307>
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.
- Long, C. (2004). On watching paint dry: An exploration of boredom. Dans M. Molineux (dir.), *Occupation in occupational therapy: A labour in vain?* Oxford : Blackwell Pub.

- Mann, S. et Cadman, R. (2014). Does being bored make us more creative? *Creativity Research Journal*, 26(2), 165-173. <https://doi.org/10.1080/10400419.2014.901073>
- Marshall, C. A., McIntosh, E., Sohrabi, A. et Amir, A. (2019). Boredom in inpatient mental healthcare settings: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/0308022619876558>
- Marshall, C. A., Davidson, L., Li, A., Gewurtz, R., Roy, L., Barbic, S., Kirsch, B. et Lysaght, R. (2019). Boredom and meaningful activity in adults experiencing homelessness: A mixed-methods study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(5), 357-370. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO7025>
- Martin, M. (2009). Boredom as an important area of inquiry for occupational therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 40-42. <https://doi.org/10.1177/030802260907200108>
- Martin, M., Sadlo, G. et Stew, G. (2006). The phenomenon of boredom. *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 193-211. <https://doi.org/10.1191/1478088706qrp066oa>
- Martin, M., Sadlo, G. et Stew, G. (2012). Rethinking Occupational Deprivation and Boredom. *Journal of Occupational Science*, 19(1), 54-61. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.640210>
- Masland, S. R., Shah, T. V. et Choi-Kain, L. W. (2020). Boredom in borderline personality disorder: A lost criterion reconsidered. *Psychopathology*, 53(5-6), 239-253. <https://doi.org/10.1159/000511312>
- Mercer-Lynn, K., Bar, R. et Eastwood, J. (2014). Causes of boredom: The person, the situation, or both? *Personality and Individual Differences*, 56(1), 122-126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.034>
- Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B., Fahlman, S. A. et Eastwood, J. D. (2013). The measurement of boredom: Differences between existing self-report scales. *Assessment*, 20(5), 585-596. <https://doi.org/10.1177/1073191111408229>
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (2^e éd.). Lausanne : Haute école de travail social et de la santé.
- Mikulas, W. L. et Vodanovich, S. J. (1993). The essence of boredom. *The Psychological Record*, 43(1), 3.
- Milbourn, B., McNamara, B. et Buchanan, A. (2015). The lived experience of everyday activity for individuals with severe mental illness. *Health Sociology Review*, 24(3), 270-282. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1034747>
- Newell, S. (2009). Boredom, mental health inpatients and occupational therapy. *Mental Health Occupational Therapy*, 14(1), 25-27.
- Newell, S., Harries, P. et Ayers, S. (2012). Boredom proneness in a psychiatric inpatient population. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 488-495. <https://doi.org/10.1177/0020764011408655>
- Raffaelli, Q., Mills, C. et Christoff, K. (2018). The knowns and unknowns of boredom: A review of the literature. *Experimental Brain Research*, 236(9), 2451-2462. <https://doi.org/10.1007/s00221-017-4922-7>
- Roe D. et Ronen Y. (2003). Hospitalization as experienced by the psychiatric patient: A therapeutic jurisprudence perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00041-4](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00041-4)
- Royal College of Occupational Therapists (2017). *Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals: Practice guideline*. Récupéré de : <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/secure-hospitals>
- Sommers, J. et Vodanovich, S. J. (2000). Boredom proneness: Its relationship to psychological- and physical-health symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 149-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200001\)56:1<149::AID-JCLP14>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200001)56:1<149::AID-JCLP14>3.0.CO;2-Y)
- Steele, R., Henderson, P., Lennon, F. et Swinden, D. (2013). Boredom among psychiatric in-patients: does it matter? *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 259-267. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010363>
- Todman, M. (2003). Boredom and psychotic disorders: Cognitive and motivational issues. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(2), 146-167. <https://doi.org/10.1521/psyc.66.2.146.20623>
- Ulrich, M., Keller, J., Hoenig, K., Waller, C. et Grön, G. (2014). Neural correlates of experimentally induced flow experiences. *Neuroimage*, 86, 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.019>

- Van Tilburg, W. A. et Igou, E. R. (2011). On boredom and social identity: A pragmatic meaning-regulation approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(12), 1679-1691.
<https://doi.org/10.1177/0146167211418530>
- Westgate, E. C. et Wilson, T. D. (2018). Boring thoughts and bored minds: The MAC model of boredom and cognitive engagement. *Psychological Review*, 125(5), 689. <https://doi.org/10.1037/rev0000097>
- Yelamanchili, T. (2018). Neural correlates of flow, boredom, and anxiety in gaming: An electroencephalogram study (Mémoire de master, Missouri University of Science and Technology).
Récupéré de : https://scholarsmine.mst.edu/masters_theses/7812



APPRIVOISER L'ÉTUDE DE L'APPLICATION DES CONNAISSANCES A TRAVERS LE PRISME DES METHODES DE RECHERCHE MIXTES

Mélanie Ruest¹, Manon Guay²

¹ Ergothérapeute, Ph. D., Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Canada

² Ergothérapeute, Ph. D., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Canada

Adresse de contact : Manon.Guay@usherbrooke.ca

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.187

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

À partir du cas de figure de l'application d'un algorithme clinique en ergothérapie (Algo) dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, ce texte vulgarise les paradigmes et les concepts subjacents au processus d'application des connaissances (AC). Plus précisément, en suivant les critères de rigueur relatifs à la recherche mixte, il discute des retombées et des défis liés à l'utilisation d'une approche dite d'AC intégrée dans le développement d'une connaissance en ergothérapie.

Mots clés : Application des connaissances, Algo, Devis mixtes

INTRODUCTION

À travers les paradigmes de l'application des connaissances (AC) (Bowen et Graham, 2013a), diverses approches d'AC (*knowledge transfer and exchange* ; Salbach, 2010) sont définies et leur utilisation respective est de plus en plus étudiée dans les sciences de la santé (Banner *et al.*, 2019 ; Harrison et Graham, 2012). Depuis le début du XXI^e siècle, la science de l'implantation (*implementation science* : étude scientifique des méthodes et des pratiques visant à promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé; Bauer, 2015) vise globalement à soutenir l'AC au sein de différents contextes de prise de décision (Curran *et al.*, 2011 ; Nilsen *et al.*, 2013), en considérant notamment le potentiel d'amélioration de l'utilisation des résultats de la recherche par les intervenants dans les milieux cliniques (Bowen et Graham, 2013a ; Camden *et al.*, 2015). Or, peu d'études empiriques analysent l'apport d'une démarche de nouveaux modes de développement en AC dans un projet, tel que celui de la co-construction mise en œuvre par l'approche dite de l'AC intégrée (*integrated knowledge translation*) (Bird *et al.*, 2019 ; McIsaac *et al.*, 2018 ; Oborn *et al.*, 2013), pour le développement d'un outil au sein des systèmes de santé et de services sociaux (Gagliardi et Dobrow, 2016 ; Jull *et al.*, 2017 ; Kreindler, 2018). Les études sur l'application de connaissances développées par l'entremise d'une approche d'AC intégrée en réadaptation émergent (Bird *et al.*, 2019 ; Roberge-Dao *et al.*, 2019) et les repères méthodologiques pour guider la réflexion des ergothérapeutes en ce domaine sont rares.

L'Algo est un outil clinique qui a été développé de manière collaborative entre chercheurs et cliniciens. Ancré à la fois dans la démarche et la culture scientifiques et dans les besoins cliniques des services de soutien à domicile (SSAD) du Québec, cet algorithme permet d'orienter les intervenants non ergothérapeutes (p. ex. : auxiliaires aux services de santé et aux services sociaux) vers l'équipement qui permet au client de réaliser son hygiène en fonction de ses préférences, de ses capacités et de son environnement (Guay *et al.*, 2014a). L'étude du développement de l'Algo (Guay, 2017) présente un intérêt particulier, puisque celui-ci est un bon exemple d'une approche de co-construction des savoirs, soit l'approche d'AC intégrée, décrite en contexte canadien (Parry *et al.*, 2015). Son déploiement fut étudié en profondeur par Ruest (2020) à partir d'un devis mixte multiphases. Le but de cet article est de présenter un exemple de l'utilisation

des méthodes mixtes (et les critères de rigueur pouvant être utilisés en recherche mixte) pour faire l'étude d'un processus d'AC. Le cas de l'application de l'Algo ici décrit vise à illustrer une démarche concrète d'AC intégrée en ergothérapie.

Processus d'application des connaissances

Au début du XX^e siècle, le champ d'étude relatif à l'AC puise dans les domaines de l'agriculture et de la sociologie (Dearing *et al.*, 2018 ; Grimshaw *et al.*, 2012). Suivant la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers dans les années 1960, le délaissement progressif des frontières disciplinaires mène à une perspective d'étude plus globale et pragmatique de l'AC (Curran *et al.*, 2011). On considère aujourd'hui que celle-ci est non linéaire, interactive, lente et doit être soutenue dans la durée afin qu'on puisse observer un effet réel (Dijkers *et al.*, 2012). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'AC comme la synthèse, l'échange et l'application des connaissances par les parties prenantes concernées pour accélérer les avantages de l'innovation, aux échelles locale et mondiale, dans le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la santé des personnes (traduction libre de OMS, 2012). Dans le contexte canadien plus spécifiquement, l'AC, qui renvoie au concept de *knowledge translation*, est défini dans le domaine de la santé comme :

Un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé (Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

Au fil des travaux sur l'AC, deux principaux paradigmes ont émergé visant à faciliter sa conceptualisation, la formulation de ses objectifs et la portée des résultats obtenus. Le premier paradigme, centré sur le transfert des connaissances et issu des sciences biomédicales, a initialement conceptualisé l'AC comme un processus unidirectionnel (Straus *et al.*, 2013). L'AC y est considérée comme un processus d'intermédiation qui vise à rapprocher les milieux cliniques et scientifiques afin d'accroître la dissémination de la recherche. Dans le cadre du mouvement de l'*evidence-based practice* (Sackett *et al.*, 1996), la promotion de l'AC en sciences de la santé fut généralement ancrée dans une perspective unidirectionnelle plutôt que dans une perspective de co-construction (Bowen et Graham, 2013b). Avec le temps, la conceptualisation de l'écart entre la diffusion et l'utilisation des connaissances sous cet angle unidirectionnel fut cependant remise en question (p. ex. : faible considération des autres dimensions de la prise de décision, comme l'expérience clinique ; voir Bussièrès *et al.*, 2019 ; Greenhalgh *et al.*, 2014).

Avec l'influence croissante des sciences sociales dans l'étude de l'AC, le deuxième paradigme, celui de l'engagement, suggère de conceptualiser davantage l'AC comme un processus d'échange des savoirs et des expériences plutôt que comme le développement et l'application d'un savoir positif, déterminé d'avance, au sein d'un contexte donné. Dans cette perspective, la valorisation de la coproduction des savoirs (Bowen et Graham, 2013b) vise à reconnaître l'expertise de tous les acteurs concernés (Straus *et al.*, 2013). Cette évolution a conduit à de nouveaux modes de développement en AC, comme l'approche d'AC intégrée. Bien que l'importance d'intégrer les besoins des utilisateurs des connaissances dans l'application de ces dernières soit reconnue depuis un certain temps déjà, l'intérêt

pour cette perspective en recherche dans les sciences de la santé demeure récent (Gagliardi *et al.*, 2016 ; Kothari et Wathen, 2013 ; Kothari et Wathen, 2017 ; Landry *et al.*, 2003).

L'approche d'AC intégrée, principalement ancrée dans ce paradigme de l'engagement, partage plusieurs principes avec la recherche participative. Elle a pour fondement la collaboration étroite entre les chercheurs et les utilisateurs potentiels de la connaissance tout au long du processus de co-construction du savoir (Kothari et Wathen, 2013 ; Straus *et al.*, 2013). En contexte canadien, leur alliance doit minimalement donner lieu à (1) la formulation de questions de recherche communes, (2) une interprétation conjointe des données, ainsi qu'à (3) la rédaction contextualisée des conclusions pour leur mise en pratique (Parry *et al.*, 2015).

L'étude de l'application de l'Algo

L'Algo est un exemple d'outil développé à partir d'une approche d'AC intégrée en ergothérapie. En effet, il découle d'une synthèse des écrits scientifiques et professionnels ainsi que des pratiques cliniques rapportées par les intervenants des SSAD (Guay *et al.*, 2010). Les qualités métrologiques de l'Algo furent étudiées en contexte réel pour établir celles qui seraient satisfaisantes au regard des intervenants du Québec (Guay *et al.*, 2012 ; Guay *et al.*, 2014a ; Guay *et al.*, 2014b ; Guay *et al.*, 2017). Diverses stratégies d'AC (p. ex. : manuel de référence, guide d'utilisation, formation en milieu de travail) furent aussi conçues avec des intervenants non ergothérapeutes impliqués dans la sélection d'aides techniques au bain (Guay *et al.*, 2013 ; Guay *et al.*, 2019).

Or, la progression de l'utilisation de l'Algo dans les SSAD et la manière dont les caractéristiques relatives à l'approche d'AC intégrée mobilisée influencent cette utilisation doivent être documentées afin d'identifier les retombées de cette démarche et le soutien ultérieur nécessaire. Pour ce faire, les méthodes mixtes, reconnues pour soutenir l'intégration de données de différentes natures, sont particulièrement à même de mettre en évidence les barrières et les facilitateurs au processus d'application de connaissances développées à partir d'une approche intégrée, et ainsi, de contribuer à l'élaboration de stratégies de facilitation ultérieures (Palinkas et Rhoades Cooper, 2018).

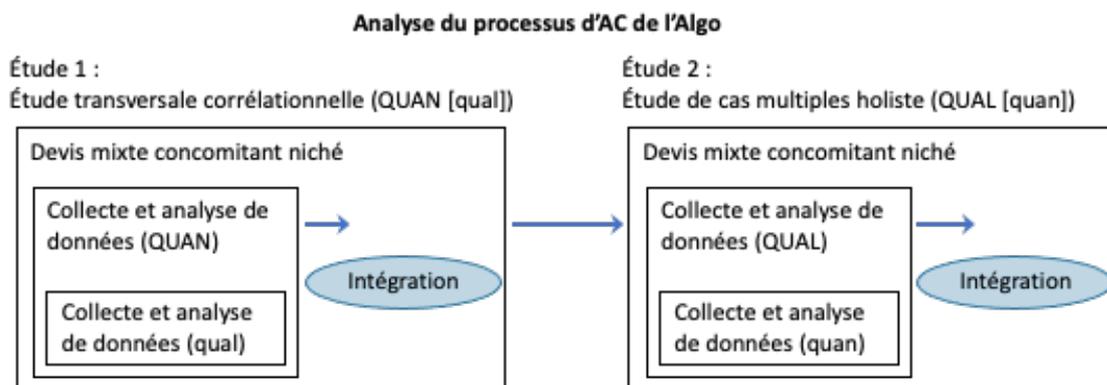
Ainsi, la thèse de Ruest (2020) détaille un devis de recherche mixte multiphase : (1) une étude transversale corrélationnelle (QUAN [qual]) et (2) une étude de cas multiples (QUAL [quan]) (figure 1). Chacune de ces études fut menée à partir d'un devis mixte concomitant niché, c'est-à-dire par l'entremise d'une collecte de données quantitatives et qualitatives dans laquelle l'un des deux types de données occupait une place prépondérante (noté en majuscules, soit QUAN [qual] ou QUAL [quan]) (Creswell, 2014). Dans un premier temps, la composante dominante de l'étude transversale corrélationnelle choisie était celle de nature quantitative (QUAN), considérant que certaines hypothèses concernaient *a priori* la valeur ajoutée de l'approche d'AC intégrée de l'Algo sur le niveau d'utilisation ultérieur de celui-ci par les équipes interprofessionnelles œuvrant en SSAD. Cette étape visait également à identifier des variables prédictives susceptibles d'orienter les stratégies de facilitation à déployer (Palinkas et Rhoades Cooper, 2018). Dans un deuxième temps, à partir des portraits dégagés par l'entremise de ces premiers travaux de recherche, une étude de cas multiples (Yin, 2013) comportant une composante qualitative dominante (QUAL) fut menée afin d'approfondir la compréhension des liens entre les déterminants (c.-

à-d. les caractéristiques qui agissent à titre de facilitateurs ou de barrières) relatifs au processus d'AC de l'Algo ainsi que de considérer une multiplicité de perspectives auprès des membres d'équipes interprofessionnelles œuvrant dans les SSAD.

Le stade d'utilisation de l'Algo (y : variable dépendante) fut identifié avec la classification de Knott et Wildavsky (1980) qui définit l'évolution de l'utilisation d'une connaissance selon sept stades. Dans l'étude 1, les caractéristiques du processus d'AC intégrée de l'Algo (x_{1-n} : variables indépendantes) furent identifiées avec le cadre *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)* et l'outil *Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement*. D'une part, le cadre *PARIHS* permet d'analyser le processus d'AC à partir de l'interrelation entre trois construits centraux : les caractéristiques de la connaissance à adopter (*Evidence*), celles de l'environnement au sein duquel celle-ci est intégrée (*Context*) et les méthodes par lesquelles le processus d'application de cette connaissance est facilité (*Facilitation*) (Kitson *et al.*, 1998 ; 2008). D'autre part, l'outil *Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement* permet de documenter les niveaux d'engagement et d'efficacité, tels que perçus par les membres d'une organisation donnée, face à l'implantation potentielle d'un changement (Shea *et al.*, 2014).

Dans l'étude 2, cet outil ainsi que le modèle *integrated-PARIHS (i-PARIHS ;* version révisée du cadre *PARIHS*) furent retenus. Pour sa part, le modèle *i-PARIHS* invite à analyser l'implantation d'une connaissance en fonction des éléments facilitateurs mis en place (« ingrédients actifs ») qui touchent l'innovation elle-même (connaissance à adopter), les destinataires (individus concernés ou impliqués par la connaissance) et le contexte (environnement de l'application de la connaissance ; Harvey et Kitson, 2015).

Figure 1 : Devis mixte multiphase (Inspiré de Creswell, 2014)



L'étude 1 avait pour objectifs d'identifier le niveau d'utilisation de l'Algo dans les SSAD du Québec (objectif 1 de la thèse de Ruest [2020]) ainsi que de documenter les caractéristiques, relatives à la connaissance, aux individus et au contexte qui décrivent le processus d'AC de l'Algo (objectif 2 de la thèse de Ruest [2020]). Dans le cadre de cette étude, les données furent recueillies auprès des ergothérapeutes avec un questionnaire électronique développé à partir des écrits scientifiques sur l'Algo et des conceptualisations en AC. Les données quantitatives ont fait l'objet de statistiques descriptives et d'analyses corrélacionnelles ($p \leq 0,005$). Par la suite, un modèle de régression logistique binaire fut développé avec les caractéristiques associées à un niveau plus élevé d'utilisation d'Algo ($p < 0,05$). Les données qualitatives (c.-à-d. commentaires et

précisions des participants) furent codées de manière déductive (notamment à partir des thèmes du cadre PARIHS) et inductive.

L'étude 2 avait pour objectifs de documenter la manière dont les caractéristiques, relatives à la connaissance, aux individus et au contexte, décrivant le processus d'AC de l'Algo influencent ce dernier (objectif 2 de la thèse de Ruest [2020]) et de dégager les orientations de facilitation à favoriser pour la poursuite de l'utilisation de l'Algo dans les SSAD du Québec (objectif 3 de la thèse de Ruest [2020]). Dans le cadre des analyses intra-cas pour chacun des cinq cas de l'étude 2, les données de la composante quantitative (c.-à-d. statistiques descriptives), recueillies à partir du même questionnaire, ont permis d'actualiser le portrait de chaque SSAD (présélectionné à partir de l'étude transversale) et d'identifier les déterminants du processus d'AC à approfondir lors de la composante qualitative. Les transcriptions des entrevues semi-dirigées et du groupe de discussion (organisés auprès des membres œuvrant dans les SSAD) furent analysées itérativement avec la technique du *pattern matching* (Yin, 2013). Les analyses intra-cas ont permis de dégager les unités de sens et de produire une synthèse narrative de chaque cas, alors que les analyses inter-cas ont mené à l'identification des similitudes et des divergences entre les cas, selon leur stade d'utilisation d'Algo. Par la suite, les résultats portant sur l'expérience du patient dans le cadre de la passation de l'Algo furent triangulés par l'entremise de discussions avec un patient collaborateur (membre de l'équipe de recherche) afin d'intégrer la perspective des bénéficiaires de l'Algo. Enfin, pour chaque devis mixte concomitant niché (études 1 et 2), les résultats furent intégrés dans une matrice de méthodes mixtes afin de trianguler les perspectives des participants.

Application des critères de rigueur des méthodes de recherche mixte à l'étude de l'AC : exemple de cette thèse

Ces travaux de recherche peuvent inspirer les ergothérapeutes désirant étudier une approche d'AC intégrée à l'aide des méthodes mixtes. Les critères de rigueur des méthodes mixtes (Tashakkori et Teddlie, 2008), qui s'appuient sur une nomenclature transcendant les paradigmes de la recherche quantitative et qualitative (Tashakkori et Teddlie, 2003), sont retenus ici pour discuter des principaux apports et limites de celles-ci dans l'étude de l'AC, à partir de l'exemple de l'Algo. Pour chaque critère, les termes permettant de le définir sommairement sont présentés, à partir d'une traduction libre de Tashakkori et Teddlie (2008).

Qualité du devis

La notion de qualité du devis est appréciée selon les normes évaluant la rigueur des méthodes mixtes. Cette qualité dépend de l'adéquation et de la fidélité du devis, la cohérence conceptuelle ainsi qu'à l'adéquation analytique (Onwuegbuzie et Johnson, 2006).

Adéquation du devis : est-ce que la méthode d'étude était appropriée pour répondre aux questions de recherche ?

L'utilisation de méthodes mixtes au sein d'une perspective pragmatique (c.-à-d. paradigme qui considère les valeurs, les actions et les interactions humaines préalablement à la recherche de descriptions et d'explications pour un phénomène donné ; Creswell, 2014) est tout d'abord recommandée pour identifier et documenter un phénomène émergent et peu documenté tel que celui des caractéristiques relatives au processus d'AC (Palinkas *et al.*, 2015). La formulation de la question et des objectifs des travaux doit concorder avec la

nature des composantes dominantes (quantitatives ou qualitatives) de chaque étude constituant le devis mixte multiphase. Ainsi, l'utilisation initiale d'une perspective principalement déductive avec le recours aux méthodes quantitatives dans l'étude 1 du processus d'AC intégrée de l'Algo (QUAN [qual]) a tout d'abord permis de considérer une partie considérable du corps de connaissances disponibles dans le domaine de l'AC, soit de tester des hypothèses basées sur une conceptualisation (c.-à-d. *PARIHS*) ainsi que d'identifier les variables (p. ex. : avantage relatif) permettant de prédire l'atteinte de stades d'utilisation avancés de l'Algo (Tashakkori et Teddlie, 2003). Dans l'étude 2 (QUAL [quan]), l'utilisation d'une perspective principalement inductive avec le recours aux méthodes qualitatives a permis d'approfondir la compréhension des motifs expliquant la progression ou la rétrogradation de l'utilisation de l'Algo d'un contexte à un autre (Tashakkori et Teddlie, 2003), au-delà des conceptualisations initialement retenues (p. ex. : remise en question de certains postulats de la classification de Knott et Wildavsky).

Fidélité du devis : les éléments de la conception (p. ex. : échantillonnage, collecte de données) ont-ils été mis en œuvre de manière adéquate ?

La fidélité du devis concerne le niveau de rigueur relatif à l'application des procédures pour chaque composante. En ce qui a trait à l'échantillonnage, la stratégie utilisée dans le cadre de ce devis mixte multiphase a permis de lier les deux devis mixtes concomitants nichés. En effet, la sélection des cas (c.-à-d. les équipes interprofessionnelles œuvrant dans différents SSAD) pour l'étude 2 fut réalisée à partir des caractéristiques relatives à l'Algo (Innovation), aux ergothérapeutes (Destinataires) et aux SSAD (Contexte), documentées dans l'étude 1. Cependant, l'échantillon à partir duquel les SSAD furent sélectionnés pour l'étude 2 a initialement considéré exclusivement la perspective des ergothérapeutes, en tant que professionnels de la santé devant obligatoirement être présents dans le milieu clinique afin de pouvoir implanter l'Algo en collaboration avec les intervenants non ergothérapeutes. Par la suite, en plus des ergothérapeutes, les perspectives des intervenants non ergothérapeutes et des gestionnaires recueillies lors de l'étude 2 ont alors permis de procéder à une analyse plus complète du construit Destinataires du modèle *i-PARIHS*, en tant que groupes d'individus concernés par le processus d'application de l'Algo dans les SSAD.

En ce qui a trait à la collecte et l'analyse de données, celles-ci se sont appuyées sur des conceptualisations documentées (c.-à-d. classification de Knott et Wildavsky, *PARIHS* et *i-PARIHS*) dans le domaine de l'AC pour soutenir l'analyse du processus au sein de différents contextes disciplinaires, à la fois pour la composante quantitative et qualitative de l'étude 1 et pour celles de l'étude 2. Ces assises ont permis d'appuyer la validité conceptuelle des travaux ainsi que la réplique théorique des conclusions émises. Le développement du questionnaire, qui fut utilisé dans la composante quantitative de l'étude transversale corrélacionnelle et de l'étude de cas multiples, a fait l'objet de procédures de pré-test rigoureuses. En effet, à l'aide de la technique *Think Aloud* (Arocha et Patel, 2008), la réponse préliminaire au questionnaire par sept ergothérapeutes et deux gestionnaires en SSAD a permis d'obtenir une rétroaction détaillée sur le contenu et le format de l'outil de collecte de données, de manière à en faciliter la passation (p. ex. : compréhension des questions). Dans le cadre de chacune des études constituant le devis mixte multiphase, la fiabilité du devis a également été étayée par la description et la structure minutieuses des étapes de collecte et d'analyse des données afin de créer une chaîne de preuves.

Cohérence conceptuelle : les éléments de la conception s'emboîtaient-ils de manière homogène et cohérente ?

Une cohérence conceptuelle doit être présente entre les composantes d'un devis mixte (ainsi qu'entre chacun des devis) afin d'en favoriser la qualité méthodologique. Dans l'étude 1, l'utilisation prépondérante de méthodes quantitatives a tout d'abord permis d'établir un portrait descriptif du niveau d'utilisation de l'Algo dans les SSAD et des caractéristiques relatives à son processus d'application afin de situer le phénomène à l'étude dans son contexte. Ce choix s'est également appuyé sur le fait que certaines hypothèses (p. ex. : potentiel facilitateur de l'AC intégrée dans la progression de l'Algo vers des stades d'utilisation avancés) étaient *a priori* posées au sujet de l'approche d'AC intégrée de même que la possibilité d'identifier des variables prédictives susceptibles de soutenir l'élaboration des démarches ultérieures de facilitation (Palinkas et Rhoades Cooper, 2018). À partir de l'étude 1 et en prévision de l'étude 2, l'utilisation de méthodes quantitatives a également permis de considérer une pluralité de caractéristiques relatives à la connaissance, aux individus et au contexte du processus d'AC de l'Algo, de manière à bonifier la représentativité théorique des SSAD rencontrés pour l'étude de cas multiples (Palinkas et Rhoades Cooper, 2018).

Adéquation analytique : les techniques d'analyse des données sont-elles appropriées et adéquates pour répondre aux questions de recherche ?

Dans l'exemple de l'étude du processus d'AC de l'Algo, l'adéquation analytique du devis renvoie à l'utilisation de techniques d'analyse propres à chaque composante des devis mixtes concomitants nichés (p. ex. : statistiques descriptives, corrélationnelles et de régression pour la composante quantitative, analyses thématiques et intra-/inter-cas pour la composante qualitative) qui ont permis de dégager l'inférence relative à chacun des paradigmes de recherche. En fonction de la composante dominante de chaque étude (c.-à-d. quantitative pour l'étude 1 et qualitative pour l'étude 2), la somme des analyses fut compilée au sein de matrices de méthodes mixtes, c'est-à-dire de tableaux permettant, pour chaque cas, l'affichage conjoint des données quantitatives et qualitatives sur les niveaux d'utilisation de l'Algo et sur les déterminants relatifs à son processus d'application, de manière à détailler les liens qui peuvent être établis entre eux et soutenir l'émergence des interprétations au-delà des thèmes initialement documentés (O'Cathain *et al.*, 2010). Cette technique d'analyse a permis de synthétiser l'intégration des données de chaque devis mixte concomitant niché dans le but de répondre aux objectifs 1 et 2, dans le cas de l'étude transversale corrélationnelle, ainsi qu'aux objectifs 2 et 3, dans le cas de l'étude de cas multiples.

Rigueur interprétative

La notion de rigueur interprétative est appréciée pour sa part selon les normes évaluant la rigueur des interprétations dégagées à l'aide des méthodes mixtes. Elle renvoie à la cohérence des inférences, la cohérence théorique, l'accord interprétatif, le caractère distinctif ainsi que l'efficacité intégrative (Onwuegbuzie et Johnson, 2006).

Cohérence des inférences : chaque conclusion suit-elle de près les constatations (c.-à-d. cohérence des inférences entre elles et avec les résultats de l'analyse des données) ?

Pour l'exemple de l'étude de l'AC entourant l'Algo, l'intégration des résultats de chacune des composantes propres aux deux devis mixtes concomitants nichés a permis

de corroborer plusieurs des conclusions dégagées. En effet, l'intégration des données quantitatives et qualitatives indique une cohérence interprétative appréciable quant aux caractéristiques à approfondir pour identifier les orientations de facilitation. Par exemple, la faible variabilité des perceptions recueillies à l'égard des caractéristiques facilitatrices de l'Algo (construit Innovation du modèle *i-PARIHS*) dans l'étude 1 et l'étude 2 a permis de mettre davantage en perspective le rôle des caractéristiques relatives aux construits Destinataires et Contexte dans la variabilité observée du niveau d'utilisation de l'Algo. Bien que cette homogénéité de perceptions à l'égard de la connaissance (construit Innovation) puisse être nuancée (biais de sélection potentiel), les stratégies d'échantillonnage utilisées pour la réalisation de l'étude 2 (c.-à-d. choix raisonné [de critère, à variation maximale et basée sur la théorie] et de convenance) ont permis d'identifier les cas susceptibles d'informer davantage la variabilité des deux autres composantes.

Cohérence théorique : chaque inférence est-elle cohérente avec les théories actuelles dans le domaine universitaire et/ou les conclusions empiriques d'autres études ?

Pour favoriser une cohérence théorique lors de l'utilisation de méthodes mixtes, les démarches et les conclusions doivent se baser sur l'état des connaissances du domaine, dans ce cas-ci celui de l'AC. Ainsi, l'utilisation de conceptualisations documentées (c.-à-d. classification de Knott et Wildavsky, *PARIHS* et *i-PARIHS*) a soutenu l'identification des déterminants relatifs à l'utilisation de l'Algo, en plus de corroborer (ou nuancer selon le cas) l'utilité de ces modèles en sciences de la santé et de situer plus précisément les enjeux relatifs à l'utilisation d'outils d'aide à la décision pour les pratiques interprofessionnelles telles que la sélection d'aides techniques au bain. Bien que les perspectives de tous les groupes de destinataires concernés (p. ex. : les décideurs) par le processus d'AC de l'Algo n'aient pas été recueillies, la documentation d'une pluralité de déterminants relatifs au contexte fut néanmoins amorcée. L'étude détaillée des échelles organisationnelle et externe du contexte pourrait toutefois soutenir davantage la compréhension de l'interdépendance des caractéristiques relatives à la connaissance, aux destinataires et au contexte ainsi que de leur impact sur le processus d'AC de l'Algo.

Accord interprétatif : les inférences des chercheurs concordent-elles avec les interprétations des participants ? Parviennent-ils aux mêmes conclusions sur la base des résultats de l'étude ?

À ces égards, deux types d'accord furent documentés à l'aide des méthodes mixtes durant l'étude du processus d'AC de l'Algo. D'une part, pour l'accord interprétatif dans l'équipe de recherche, une révision par les pairs fut réalisée pour chaque devis mixte concomitant niché. Pour l'étude 1, la sélection et la réalisation des analyses quantitatives furent réalisées avec des statisticiennes et un chercheur afin d'appuyer la rigueur interprétative des conclusions. Pour l'étude 2, le co-codage d'extraits issus de la composante qualitative du cas n° 1 avec un chercheur et un patient-collaborateur et des cas n°s 2 à 5 avec un patient-collaborateur a mené à consolider l'interprétation des caractéristiques relatives au processus d'AC de l'Algo. Les discussions soutenues dans l'équipe de recherche concernant les conclusions qui ont émergé de l'intégration des données pour chaque cas ont permis de consolider l'interprétation des déterminants.

D'autre part, pour l'accord interprétatif entre les conclusions de la chercheuse et la perspective recueillie auprès des participants dans l'étude 2, les rapports de validation, élaborés par la chercheuse qui synthétisent les déterminants du processus d'AC de

l'Algo tels que rapportés par les participants dans chacun des cas à l'étude, ont été commentés et vérifiés de nouveau par ces derniers afin de corroborer, de bonifier et de nuancer, le cas échéant, les conclusions dégagées avec l'analyse thématique et l'intégration des données (Yin, 2013). La triangulation des perspectives (c.-à-d. participants, patient collaborateur et chercheurs) durant l'analyse des données a aussi permis de soutenir le caractère distinctif des inférences dégagées par les pairs.

Efficacité intégrative : les inférences faites dans chaque volet de l'étude ayant recours aux méthodes mixtes sont-elles effectivement intégrées dans une méta-inférence théoriquement cohérente ?

Enfin, l'intégration des données fut réalisée avec la classification de Fetters et collaborateurs (2013) détaillant trois niveaux d'intégration en recherche mixte (devis, méthodes et interprétation des données). Le devis concomitant niché fut sélectionné pour chaque étude afin de joindre les données quantitatives et qualitatives et de pouvoir mener une interprétation approfondie. Cette conceptualisation a conduit à l'utilisation de trois des méthodes proposées (c.-à-d. connecter, bâtir et fusionner) pour soutenir l'intégration des données mixtes (O'Cathain *et al.*, 2010). La connexion des données entre les deux devis mixtes concomitants nichés fut réalisée par l'entremise de l'échantillonnage des cas retenus pour l'étude 2, à partir du profil dressé avec les participants de l'étude 1. Cette connexion des données a permis de procéder à une sélection contextualisée de milieux cliniques (c.-à-d. à la lumière des niveaux d'utilisation de l'Algo et des caractéristiques documentées lors de l'étude 1) afin d'avoir un accès potentiel à une pluralité de déterminants relatifs au processus d'AC. Le fait de bâtir également la collecte de données d'une composante à partir d'une autre dans le cadre de l'étude 2 a permis l'intégration des inférences propres aux composantes qualitatives et quantitatives de celle-ci, en plus de faciliter les interprétations relatives au devis mixte multiphase. D'une part, pour l'étude 1, les données qualitatives (c.-à-d. précisions, commentaires relatifs au niveau d'utilisation de l'Algo et aux déterminants du processus d'AC) recueillies à l'aide du questionnaire ont permis de corroborer, de bonifier et de nuancer, le cas échéant, l'interprétation des résultats obtenus dans le cadre de la composante quantitative (c.-à-d. niveau d'utilisation de l'Algo et niveaux de désaccord/accord relatifs aux déterminants du processus d'AC). Pour l'étude 2, les données quantitatives (c.-à-d. niveau d'utilisation de l'Algo et niveaux de désaccord/accord relatifs aux déterminants du processus d'AC) recueillies à partir du même questionnaire, au début de l'étude de chaque cas, ont contribué à orienter de façon concomitante la collecte de données qualitatives (c.-à-d. perspectives détaillées des ergothérapeutes, intervenants non ergothérapeutes et gestionnaires des SSAD au sujet du niveau d'utilisation de l'Algo et des déterminants du processus d'AC). D'autre part, en ce qui a trait au processus méthodologique bâti d'une étude à l'autre, la collecte et l'analyse des données issues de l'étude 1 ont permis d'orienter la collecte de données (p. ex. : caractéristiques à approfondir relativement aux destinataires impliqués et au contexte concerné par le processus d'AC de l'Algo) et le choix du paradigme de recherche dominant pour l'étude 2 (c.-à-d. constructiviste).

L'intégration des conclusions respectives à chaque devis a aussi permis d'illustrer la pertinence de positionner l'étude du processus d'AC dans une perspective pragmatique. D'une part, l'étude 1, qui a notamment mené à l'identification de deux caractéristiques relatives à la connaissance prédictives d'un niveau d'utilisation plus élevé de l'Algo par les ergothérapeutes en SSAD (soit la valorisation des connaissances scientifiques dans la pratique professionnelle et l'avantage relatif de l'Algo), a permis

d'identifier le niveau d'utilisation de l'Algo (objectif 1) et de documenter en partie les caractéristiques relatives au processus d'AC de l'Algo (objectif 2). L'étude 1 a également permis de mettre en exergue la difficulté à cerner l'influence des caractéristiques organisationnelles sur le processus d'AC de l'Algo. Devant les inférences limitées dégagées à partir des résultats de l'étude 1 dans un paradigme post-positiviste, l'analyse approfondie menée lors de l'étude 2 a permis de bonifier l'étude des caractéristiques (p. ex. : celles concernant les individus et le contexte) relatives au processus d'AC de l'Algo (et la manière dont celles-ci s'articulent) ainsi que de dégager différentes orientations de facilitation afin de favoriser la poursuite de l'utilisation de l'Algo (objectif 3) dans un paradigme constructiviste. Enfin, pour l'interprétation des données intégrées, l'élaboration de matrices de méthodes mixtes a permis de corroborer ou nuancer les résultats de la composante dominante de chaque devis mixte concomitant niché, de manière à soutenir l'émergence des conclusions permettant de transcender les limites inhérentes au paradigme dominant propre à chacune des deux études.

En somme, l'intégration des conclusions relatives à chacune des deux études a permis de dégager que la promotion d'un avantage relatif clair de l'Algo (conclusions de l'étude 1) doit être combinée à un accompagnement des usagers et des superviseurs de l'outil (conclusions de l'étude 2) afin d'optimiser le soutien à l'application de l'Algo dans les équipes interprofessionnelles des SSAD. Aux échelles organisationnelle et externe du contexte, une révision en profondeur des mécanismes d'imputabilité utilisés lors du recours au chevauchement des compétences et le développement de structures et de politiques organisationnelles susceptibles de soutenir l'implantation durable d'un changement auront le potentiel de propulser dans le réseau de santé et de services sociaux le déploiement des partenariats nécessaires au développement et à l'utilisation de connaissances conçues dans le cadre d'approches d'AC intégrée.

CONCLUSION

Le domaine de recherche relatif à l'AC s'est développé à un rythme accéléré dans les dernières années afin d'identifier et de comprendre les difficultés relatives à l'utilisation des connaissances scientifiques dans les systèmes de santé (Graham *et al.*, 2006 ; Straus *et al.*, 2013 ; Wensing, 2015). Bien que les retombées relatives à l'implantation des connaissances conçues au sein d'approches de co-construction des savoirs soient de plus en plus documentées (Gagliardi et Dobrow, 2016 ; Jull *et al.*, 2017 ; Kothari et Wathen, 2017), l'apport relatif à leur utilisation en ergothérapie demeure peu étayé. Pour combler cette lacune, les étapes du processus d'AC intégrée doivent d'abord être apprivoisées par les ergothérapeutes, chercheur·e·s et clinicien·ne·s. Les ergothérapeutes sont encouragés à préconiser des méthodes mixtes de recherche afin d'évaluer les effets de projets menés dans le cadre d'études sur les approches d'AC intégrée. L'alliance des méthodes quantitatives et qualitatives peut nourrir l'élaboration de devis de qualité favorisant l'émergence de conclusions valides dans le domaine des approches d'AC intégrée et de l'ergothérapie.

Les personnes intéressées à prendre connaissance des articles publiés en lien avec ce projet peuvent notamment consulter la thèse de doctorat regroupant les travaux de recherche menés sur l'étude du processus d'AC de l'Algo dans les SSAD du

Québec sur le site web de dépôt institutionnel de l'Université de Sherbrooke (SAVOIRS UdeS) à partir du lien suivant : <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/19044>.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arocha, J. F. et Patel, V. L. (2008). Methods in the study of clinical reasoning. Dans J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical Reasoning in the Health Profession* (3^e éd., p. 193-203). Philadelphie, PA : Elsevier.
- Banner, D., Bains, M., Carroll, S., Kandola, D. K., Rolfe, D. E., Wong, C. et Graham, I. D. (2019). Patient and public engagement in integrated knowledge translation research: Are we there yet? *Research Involvement and Engagement*, 5, 8. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0139-1>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J. et Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 32. doi: 10.1186/s40359-015-0089-9
- Bird, M.-L., Mortenson, B. W., Chu, F., Acerra, N., Bagnall, E., Wright, A., Hayley, K., Yao, J. et Eng, J. J. (2019). Building a bridge to the community: An integrated knowledge translation approach to improving participation in community-based exercise for people after stroke. *Physical Therapy*, 99(3), 286-296. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy146>
- Bowen, S. J. et Graham, I. D. (2013a). From knowledge translation to engaged scholarship: Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1 Suppl 1), S3-S8.
- Bowen, S. J. et Graham, I. D. (2013b). Integrated knowledge translation. Dans S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (dir.), *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (2^e éd., p. 14-23). Oxford : Wiley Blackwell.
- Bussièrès, E.-L., Grandissson, M. et Périard-Larivière, D. (2019). Au-delà de la pyramide des preuves. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(2), 88-98. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n2.158>
- Camden, C., Shikako-Thomas, K., Nguyen, T., Graham, E., Thomas, A., Sprung, J., Morris, C. et Russell, D. J. (2015). Engaging stakeholders in rehabilitation research: A scoping review of strategies used in partnerships and evaluation of impacts. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1390-1400. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.963705>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Curran, J. A., Grimshaw, J. M., Hayden, J. A. et Campbell, B. (2011). Knowledge translation research: The science of moving research into policy and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(3), 174-180. <https://doi.org/10.1002/chp.20124>
- Dearing, J. W., Kee, K. F. et Peng, T.-Q. (2018). Historical roots of dissemination and implementation science. Dans R. C. Brownson, G. A. Colditz et E. K. Proctor (dir.), *Dissemination and Implementation Research in Health* (2^e éd., p. 47-61). New York, NY : Oxford University Press.
- Dijkers, M. P., Murphy, S. L. et Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: Concepts and controversies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, S164-S176. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.12.014>
- Fetters, M. D., Curry, L. A. et Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. *Health Services Research*, 48, 6.
- Gagliardi, A. R. et Dobrow, M. J. (2016). Identifying the conditions needed for integrated knowledge translation (IKT) in health care organizations: Qualitative interviews with researchers and research users. *BMC Health Services Research*, 16, 256. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1533-0>
- Gagliardi, A. R., Berta, W., Kothari, A., Boyko, J. et Urquhart, R. (2016). Integrated knowledge translation (IKT) in health care: A scoping review. *Implementation Science*, 11, 38.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.

- Greenhalgh, T., Howick, J. et Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. et Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7, 50.
- Guay, M. (2017). Le point sur les travaux de développement de l'Algo, un outil d'aide à la décision pour la sélection des aides techniques pour l'hygiène corporelle des Québécois vivant à domicile. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 78-90. <https://doi.org/10.13096/rfre.v3n1.38>
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J. et Charest, J. (2010). The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17(6), 300-308. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.6.48153>
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. (2012). Identifying characteristics of 'straightforward cases' for which support personnel could recommend home bathing equipment. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 563-569. <https://doi.org/10.4276/030802212X13548955545576>
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londeï, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment : New challenges for occupational therapy collaboration. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(3), 263-271. <https://doi.org/10.3233/WOR-121527>
- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014a). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246. <https://doi.org/10.1177/0008417414539643>
- Guay, M., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. (2014b). Can home health aides using the clinical algorithm Algo choose the right bath seat for clients having a straightforward problem? *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 172-182. <https://doi.org/10.1177/0269215513494027>
- Guay, M., Gagnon, M., Ruest, M. et Bourget, A. (2017). Interrater reliability of Algo used by non-occupational therapist members of homecare interdisciplinary teams. *Disability and Rehabilitation*, 39(9), 883-888. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1168488>
- Guay, M., Ruest, M. et Contandriopoulos, D. (2019). De-implementing untested practices in homecare occupational therapy: A pre-post observational design. *Occupational Therapy International*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2019/5638939>
- Harrison, M. B. et Graham, I. D. (2012). Roadmap for a participatory research–practice partnership to implement evidence. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 9(4), 210-220. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00256.x>
- Harvey, G. et Kitson, A. (2015). *Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare – A Facilitation Guide*. New York, NY : Routledge.
- Instituts de recherche en santé du Canada (2014). *À propos de l'application des connaissances aux IRSC*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>.
- Jull, J., Giles, A. et Graham, I. D. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: Advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Science*, 12, 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
- Kitson, A., Harvey, G. et McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If dissemination is the solution, what is the problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578. <https://doi.org/10.1177/107554708000100404>
- Kothari, A. et Wathen, C. N. (2013). A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.004>
- Kothari, A. et Wathen, C. N. (2017). Integrated knowledge translation: Digging deeper, moving forward. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 619-623.
- Kreindler, S. A. (2018). Advancing the evaluation of integrated knowledge translation. *Health Research Policy and Systems*, 16, 104. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0383-0>

- Landry, R., Lamari, M. et Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192-205. <https://doi.org/10.1111/1540-6210.00279>
- Mclsaac, J.-L. D., Penney, T. L., Storey, K. E., Sigfridson, L., Cunningham, J., Kuhle, S. et Kirk, S. F. L. (2018). Integrated knowledge translation in population health intervention research: A case study of implementation and outcomes from a school-based project. *Health Research Policy and Systems*, 16, 72. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0351-8>
- Nilsen, P., Stahl, C., Roback, K. et Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet? A comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation Science*, 8, 63.
- Oborn, E., Barrett, M., Prince, K. et Racko, G. (2013). Balancing exploration and exploitation in transferring research into practice: A comparison of five knowledge translation entity archetypes. *Implementation Science*, 8, 104. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-104>
- O’Cathain, A., Murphy, E. et Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ*, 341, 1147-1150. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4587>
- Onwuegbuzie, A. J. et Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. *Research in Schools*, 13(1), 48-63.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012, 22 février). *Knowledge translation framework for ageing and health*. https://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation.pdf?ua=1
- Palinkas, L. A. et Rhoades Cooper, B. (2018). Mixed methods evaluation in dissemination and implementation science. Dans R. C. Brownson, G. A. Colditz et E. K. Proctor (dir.), *Dissemination and Implementation Research in Health* (2^e éd., p. 335-353). New York, NY : Oxford University Press.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Parry, D., Salsberg, J. et Macaulay, A. C. (2015, 29 septembre). *Guide sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances dans la recherche en santé*. Instituts de recherche en santé du Canada. <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/44954.html>
- Roberge-Dao, J., Yardley, B., Menon, A., Halle, M.-C. Maman, J., Ahmed, S. et Thomas, A. (2019). A mixed-methods approach to understanding partnership experiences and outcomes of projects from an integrated knowledge translation funding model in rehabilitation. *BMC Health Services Research*, 19, 230.
- Ruest, M. (2020). Étude du processus d’application des connaissances de l’Algo dans les services de soutien à domicile du Québec (thèse de doctorat, Université de Sherbrooke).
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, M., Haynes, B. et Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn’t. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Salbach, N. M. (2010). Knowledge translation, evidence-based practice, and you. *Physiotherapy Canada*, 62(4), 295-297.
- Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K. et Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, 9, 7.
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (2^e éd.). Oxford, GB : Wiley Blackwell.
- Tashakkori, A. et Teddlie, C. (2003). The past and future of mixed methods research: From data triangulation to mixed model designs. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (p. 671-702). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Tashakkori, A. et Teddlie, C. (2008). Quality of inferences in mixed methods research: Calling for an integrative framework. Dans M. M. Bergman (dir.), *Advances in Mixed Methods Research* (p. 101-119). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Wensing, M. (2015). Implementation science in healthcare: Introduction and perspective. *Evidenz Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, 109, 97-102.
- Yin, R. K. (2013). *Case Study Research: Designs and Methods - Applied Social Research Methods* (5^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.



**ENGAGEMENT IN LIVING: CRITICAL PERSPECTIVES ON OCCUPATION,
RIGHTS AND WELLBEING. UN LIVRE PARU EN 2020, RÉDIGÉ PAR
KAREN WHALLEY HAMMELL**

Emmanuelle Jasmin¹

¹ *Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire et directrice du programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Chercheuse à l'axe de recherche Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie ; Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : emmanuelle.jasmin@usherbrooke.ca

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.214

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



Porter un regard critique sur l'ergothérapie, tant en ce qui concerne la pratique, la recherche que la formation, c'est ce que propose Karen Whalley Hammell (2020) dans *Engagement in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Ergothérapeute de formation, Hammell est professeure honoraire au Department of Occupational Science and Occupational Therapy à la University of British Columbia à Vancouver au Canada. Elle détient une maîtrise de sciences de la réadaptation et un doctorat en études interdisciplinaires (réadaptation, anthropologie, sociologie). Elle est l'auteur de plusieurs articles, de chapitres de livre et de livres portant notamment sur la recherche qualitative, les lésions médullaires et les théories critiques du handicap.

Le livre *Engagement in living* a été publié par l'Association canadienne des ergothérapeutes en 2020. Il s'adresse aux ergothérapeutes et aux scientifiques de l'occupation – en devenir ou en exercice –, et à toutes personnes qui s'intéressent aux relations entre l'engagement occupationnel, le bien-être et les droits humains. À travers cet ouvrage, Hammell examine de près les prémisses sous-jacentes aux modèles dominants de l'occupation et de la pratique en ergothérapie, revendique l'adoption de perspectives critiques, explicite les facteurs sociaux structurels et idéologiques qui façonnent l'ergothérapie et qui créent et reproduisent les inégalités sociales, et propose d'agir comme ergothérapeutes de façon à égaliser les capacités des personnes, soit leurs opportunités réelles de s'engager dans des occupations porteuses de sens. Cet ouvrage de 261 pages comprend 10 chapitres.

Dans le premier chapitre, Hammell clarifie certaines notions, dont la santé, le bien-être, la qualité de vie, l'engagement occupationnel, la participation, les droits occupationnels et le handicap, et introduit les perspectives critiques. Elle propose des perspectives sociales, qualitatives et contextuelles pour comprendre et promouvoir la santé, le bien-être et l'engagement occupationnel. Elle critique les perspectives individualistes et biomédicales à l'égard de la santé, du bien-être, de la participation et du handicap. Elle montre également comment des groupes sociaux occidentaux privilégiés, qui considéraient leurs points de vue comme universels et neutres, ont influencé le développement des connaissances, des théories et des modèles en ergothérapie. Ce chapitre aide à comprendre les relations entre l'engagement occupationnel et le bien-être, de même qu'à concevoir la profession non seulement dans la résolution de défis occupationnels, mais aussi en prévention et en promotion de la santé. Il nous amène également à reconnaître l'importance des dimensions spirituelles, sociales et culturelles des personnes et de leur contexte de vie pour promouvoir leur santé, leur bien-être, leur participation, leur engagement occupationnel, leur qualité de vie et leurs capacités.

Le deuxième chapitre décrit ce qui caractérise une perspective critique et explique en quoi la pensée critique, les théories critiques et les pratiques critiques sont essentielles pour les ergothérapeutes et les scientifiques de l'occupation. Hammell y présente aussi l'ergothérapie critique, consistant à adopter une pratique engagée qui reconnaît les conséquences négatives des iniquités et les limites des actions axées uniquement sur les capacités individuelles pour améliorer le bien-être, et qui s'efforce d'amener des changements à la fois chez les individus et dans leur environnement. Par ailleurs, elle discute de l'intérêt de la pratique fondée sur les preuves (*evidenced-based*

practice) ou éclairée par les preuves (*evidence-informed practice*) dans une perspective critique, pour amener une utilisation judicieuse et pertinente pour la clientèle des connaissances en ergothérapie, ainsi qu'un développement des savoirs plus inclusif, contextuel et axé sur ce qui est important pour les personnes concernées.

Dans le troisième chapitre, Hammell met en évidence la pertinence et l'importance des perspectives critiques en ergothérapie. Elle nous amène à remettre en question le sens commun (connaissances ou jugements implicites partagés avec une majorité d'individus), les prémisses considérées comme universelles (conceptions et normes européennes et nord-américaines), ainsi que l'imprégnation et l'influence du néolibéralisme et de l'individualisme en ergothérapie.

Les quatrième et cinquième chapitres visent à explorer le concept de bien-être et à contribuer à l'élaboration de fondements ergothérapeutiques éclairés par les preuves, c'est-à-dire par des savoirs scientifiques et empiriques. Après avoir exposé le manque d'attention portée au bien-être et à ses relations avec l'occupation dans les modèles dominants en ergothérapie, Hammell propose et examine six dimensions clés du bien-être humain, soit : 1) le soin de soi et des autres ; 2) l'appartenance, la connexion et la contribution ; 3) l'estime de soi ; 4) le sens et le but ; 5) le choix et le contrôle ; 6) l'espoir.

Dans le sixième chapitre, Hammell soutient la validité des six dimensions clés du bien-être humain en s'appuyant sur la recherche concernant les événements de vie perturbateurs. Plus spécifiquement, elle y explique qu'une perturbation biographique ou occupationnelle (*biographical or occupational disruption*) ou encore un traumatisme peuvent être une invitation à revisiter nos valeurs, nos croyances, nos normes, nos priorités, etc. De plus, elle démontre que la résilience et le rétablissement à la suite d'une perturbation biographique ou occupationnelle ou d'un traumatisme peuvent être facilités par des relations de qualité, la participation à des occupations et à des rôles valorisés, l'accès à des espaces ou milieux inclusifs, ainsi qu'une approche centrée sur les forces.

Dans le septième chapitre, Hammell explore de manière critique les notions de participation, d'occupation et de bien-être. Elle y souligne la nécessité de considérer les significations subjectives et sociales de la participation pour que cette dernière soit porteuse de sens. Elle soutient également que ce sont davantage les possibilités de participation que la réalisation en soi d'une activité ou d'une occupation qui sont essentielles pour le bien-être. Par ailleurs, elle expose les limites de la notion de « vieillissement réussi » (p. ex. : non-prise en compte des iniquités sociales), du bénévolat (p. ex. : culpabilisation des personnes malades) et des prescriptions sociales (p. ex. : micro-interventions n'agissant pas sur les problèmes sous-jacents dans la communauté, comme l'isolement social). De plus, elle souligne l'importance de considérer le « avec qui » et le « où » de l'occupation pour favoriser la participation et le bien-être. Enfin, elle critique le fait que les interventions ou les actions en ergothérapie ciblent davantage les capacités des individus que l'environnement.

Le huitième chapitre porte sur les droits humains, les déterminants sociaux de la santé, l'approche fondée sur les droits et l'approche des capacités. Dans ce chapitre, Hammell présente l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour

améliorer la santé, le bien-être et la participation, pour réduire les barrières ainsi que pour égaliser les opportunités. Pour ce faire, elle recommande d'adopter une approche fondée sur les droits et plus spécifiquement, l'approche des capacités, qui tient compte des possibilités pour les personnes d'être et d'agir comme elles le souhaitent.

Dans le neuvième chapitre, Hammell résume les arguments et les affirmations contenus dans les chapitres précédents et fait ressortir la nécessité d'élaborer un nouveau cadre conceptuel en ergothérapie. Par la suite, elle présente les prémisses, les concepts et l'organisation de son cadre conceptuel, lequel est fondé sur les droits, les capacités, les forces, les connaissances scientifiques et empiriques, ainsi que l'équité, la diversité et l'inclusion. De plus, son cadre conceptuel est axé sur l'amélioration de la santé, du bien-être, de la participation, de l'engagement et de la qualité de vie à travers l'occupation.

Dans le dixième et dernier chapitre, Hammell s'arrête sur les notions de pratique centrée sur la clientèle, de compétence structurelle (capacité à discerner les iniquités sociales ainsi que leurs causes et leurs conséquences) et d'humilité culturelle (manière d'être impliquant un engagement à vie à s'autoévaluer et à s'autocritiquer pour réduire les déséquilibres de pouvoir et adopter une pratique culturellement sécuritaire et respectueuse). Elle y critique certaines prémisses concernant la pratique centrée sur la clientèle (p. ex. : affirmer que les clients souhaitent être des partenaires, alors qu'en réalité, ils ont surtout besoin de se sentir valorisés, écoutés et considérés) et y propose un modèle respectueux de l'ergothérapie centrée sur la clientèle (*respect model of client-centred occupational therapy*). En outre, elle remet en question la notion de compétence culturelle et préconise plutôt l'humilité culturelle. Enfin, elle y discute des iniquités socialement construites, de l'intersectionnalité (théorie pour comprendre et expliquer les expériences et les systèmes d'oppression et de discrimination en tenant compte, entre autres, des identités multiples des individus) et de l'engagement comme caractéristique fondamentale de la pratique centrée sur la clientèle.

À mon sens, la lecture de cet ouvrage est avant tout une invitation à réfléchir sur soi et sur l'ergothérapie. En s'appuyant sur plusieurs exemples et références, Hammell nous amène à déconstruire ce qu'on tient pour acquis comme manières de penser, d'être et d'agir et nous invite à éviter de l'imposer aux autres, voire de leur faire violence de manière symbolique. Comme elle remet en question des conceptions de l'ergothérapie que l'on peut considérer comme universelles ou sensées, certains propos peuvent nous heurter ou nous bousculer. Cependant, en cherchant à protéger nos croyances ou notre vision de nous-même ou de la profession, nous contribuons à justifier et à maintenir, sur la base d'idées reçues ou de préjugés, des situations socialement injustes, comme la pauvreté et l'exclusion sociale. Prendre conscience de nos *a priori* peut donc être une première étape pour remettre en question le *statu quo* et pour contribuer à rendre notre monde plus juste sur les plans social et occupationnel.

Cette lecture soulève également des questions concernant la pratique, la recherche et la formation en ergothérapie. D'abord, on peut s'interroger sur l'influence du néolibéralisme et des perspectives individualistes et biomédicales sur les évaluations et les interventions utilisées ou enseignées en ergothérapie. La formation est-elle trop centrée sur les fonctions, les incapacités et les déficits des personnes ainsi que sur leur

degré d'indépendance ou d'autonomie ? Néglige-t-elle de considérer leurs forces, leurs dimensions spirituelles, sociales et culturelles, leurs ressources, leurs priorités et leur qualité de vie ? Est-ce que, en tant qu'ergothérapeutes, nous saisissons l'occasion pour inviter les individus ou les groupes rencontrés à reconsidérer leurs valeurs, leurs croyances, leurs priorités et leurs projets, lors d'une perturbation biographique ou occupationnelle ou d'un traumatisme ? Est-ce que notre discours de la santé véhicule une approche individualiste, culpabilisante ou discriminante ? Est-ce que nous omettons de tenir compte des facteurs sociaux qui influencent la santé, le bien-être et la participation ? Est-ce que l'accès à des environnements inclusifs, sécuritaires et naturels est suffisamment examiné et facilité ? Voilà autant de questions à se poser.

Parmi les principales forces de l'ouvrage, je tiens à souligner que les propos de l'auteurice sont solidement justifiés et appuyés. Par ailleurs, le cadre conceptuel et le modèle centré sur la clientèle élaborés par Hammell m'apparaissent fort pertinents pour la pratique de l'ergothérapie. En revanche, Hammell ne propose pas de moyens d'évaluation ou d'intervention ni d'exemple d'application pour opérationnaliser son cadre conceptuel. Une autre limite de l'ouvrage concerne la longueur, voire la lourdeur, des phrases et l'utilisation interchangeable de certains termes. De plus, la façon de présenter et d'expliquer certaines notions (p. ex. : sens commun, intersectionnalité) peut laisser celles-ci abstraites ou vagues pour le lectorat qui n'y a pas été exposé antérieurement. Pour y remédier, je suggère de consulter le livre *Des sciences sociales à l'ergothérapie* (Jasmin, 2019). Il est aussi étonnant que l'auteurice n'ait pas défini la notion de sécurité ou sécurisation culturelle dans cet ouvrage ni justifié son choix d'utiliser le terme « client » alors qu'elle critique le néolibéralisme.

En terminant, si vous accordez une grande importance à la pensée critique, au bien-être humain ainsi qu'à la justice sociale et occupationnelle, cette lecture est pour vous. Je vous souhaite également d'avoir l'opportunité d'échanger à ce sujet pour enrichir votre réflexion et pour promouvoir une ergothérapie critique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Hammell, K. W. (2020). *Engagement in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Ottawa, ON : Canadian Association of Occupational Therapists.
- Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie. Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.



PRÉAMBULE

Le *Journal of occupational science* (JOS), la Société francophone de recherche sur les occupations (SFRO) et la Revue francophone de recherche en ergothérapie (RFRE) collaborent à la diffusion des articles publiés par le JOS dans le monde francophone, par la traduction en français des résumés d'articles. Nous vous proposons dans cette rubrique les versions françaises et anglaises des derniers résumés d'articles parus en ligne sur le site du JOS. Vous trouverez également les liens vers les articles originaux.

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.227

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



CENT JOURS DE CONFINEMENT : FAIRE, ETRE, DEVENIR ET APPARTENIR CHEZ LES PERSONNES AGEES EN SUEDE PENDANT LA PANDEMIE DE COVID-19

Carlsson, G., Granbom, M., Fristedt, S., Jonsson, O., Hägg, L., Ericsson, J., et Kylén, M.

Contexte : Le moment et la manière dont les gens pouvaient se livrer à leurs occupations quotidiennes ont changé brusquement avec la pandémie de coronavirus. Définies comme un groupe à risque en raison de leur âge, les personnes âgées de 70 ans et plus en Suède ont connu le confinement, tout comme les personnes âgées dans le monde.

Objectif : Explorer les dimensions occupationnelles du faire, de l'être, du devenir et de l'appartenir dans la vie des Suédois de 70 ans ou plus, 100 jours après le début de la pandémie de coronavirus.

Méthode : Les données ont été obtenues à partir d'entretiens semi-structurés avec 17 participants (11 femmes, 6 hommes, âge moyen 76 ans), vivant dans des logements ordinaires en Suède. Les entretiens ont été menés en juin 2020 dans le cadre d'un projet de recherche longitudinal plus large. Une approche d'analyse de contenu dirigée a été utilisée pour examiner les données en fonction des dimensions occupationnelles du faire, de l'être, du devenir et de l'appartenir.

Résultats : Après 100 jours de confinement, les occupations quotidiennes avaient changé et les habitudes et routines étaient perturbées. Cependant, le besoin de s'engager dans des occupations était fort. Les participants ont discuté de la manière dont ils ont adapté leurs occupations en fonction des restrictions, mais aussi la manière dont leurs activités ont affecté leur bien-être, leur développement ultérieur et leurs opportunités d'interactions sociales.

Conclusion : Les participants, qui étaient des personnes âgées sans diagnostic spécifique, ont réfléchi à leurs occupations quotidiennes au cours d'une expérience naturelle non répétée lorsque, plus que toute autre chose, les circonstances de l'environnement social ont changé. L'analyse élucide la manière dont le faire, l'être, le devenir et l'appartenir sont intégrés dans la vie des gens. L'étude peut servir de base à d'autres recherches sur la compréhension des besoins individuels des personnes en tant qu'êtres occupationnels.

Mots-clés : Science de l'occupation ; Occupation signifiante ; Théorie ; Bien-être

Carlsson, G., Granbom, M., Fristedt, S., Jonsson, O., Hägg, L., Ericsson, J., et Kylén, M. (2022). A hundred days in confinement: Doing, being, becoming, and belonging among older people in Sweden during the COVID-19 pandemic. *Journal of Occupational Science*. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2057572>

APPRENDRE ET CONNAÎTRE L'OCCUPATION CREATION DE COURS EN REPOSE A DES PANDEMIES CROISEES : AMELIORER LES CAPACITES DES ETUDIANT·E·S A EXPLOITER ET A MOBILISER UNE PERSPECTIVE OCCUPATIONNELLE

Aldrich, R. M., Bream, S., et McLaughlin Gray, J.

La pandémie de COVID-19 est apparue au début de l'année 2020, tout comme les appels à apporter une perspective occupationnelle à une situation en évolution. Cependant, le rôle que pouvait jouer la formation ciblant l'occupation afin de mieux répondre à la crise mondiale était absent de ce dialogue. Cet article vise à combler cette lacune en décrivant le développement d'un nouveau cours dispensé à l'*University of Southern California* en 2020 et 2021. Ancré dans les sciences de l'occupation, ce cours visait à répondre à divers besoins d'enseignement et d'apprentissage au sein du programme de doctorat post-professionnel en ergothérapie. Cet article décrit comment l'objectif, le format et le contenu du cours ont été développés grâce à une approche de planification à rebours, afin d'aborder à la fois des sujets liés à la pandémie de COVID-19 et aux crises continues et croisées liées au racisme structurel et aux inégalités sociales et de santé. Le principal travail du cours consistait à développer un outil de mobilisation des connaissances. Ainsi, les étudiant·e·s ont pu tirer parti de cette occasion inédite pour mettre à profit leurs perspectives occupationnelles, afin de mieux répondre aux problèmes émergents. L'article conclut en abordant trois sujets interdépendants : l'importance des mécanismes institutionnels qui facilitent les innovations pédagogiques sensibles au contexte ; la nécessité d'évaluer les impacts de ces innovations sur l'enseignement et l'apprentissage ; et la manière dont ces innovations reflètent l'importance de la formation en sciences de l'occupation.

Mots-clés : Science de l'occupation ; Planification à rebours ; Mobilisation des connaissances ; Formation professionnelle ; Ergothérapie

Aldrich, R. M., Bream, S., et Gray, J. M. (2022). Course creation as a response to intersecting pandemics: Enhancing students' abilities to leverage and mobilize an occupational perspective. *Journal of Occupational Science*. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2061038>