

ESSAI PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
PÉNÉLOPE DEMEULE

OCCUPATION ET ÉPISODE DE SUR-/SOUS-ALIMENTATION: ÉTUDE DE PORTÉE

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

Au terme de ce projet, je remercie monsieur Pierre-Yves Therriault, professeur titulaire, superviseur de cet essai et directeur du Département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Merci pour vos commentaires constructifs et suggestions. Ils m'ont permis de clarifier mes réflexions afin de parvenir à ce résultat.

Je souhaite également adresser mes remerciements à mesdames Marie-Josée St-Pierre et Johana Monthuy-Blanc pour leurs pistes de réflexion pour cet essai et pour l'intérêt auprès de cette clientèle qu'elles m'ont transmis pendant mon stage au LoriCorps.

J'ai une pensée particulière pour mes parents, ma sœur, mes amis et mon conjoint qui m'ont soutenu tout au long de ce travail et de mon parcours universitaire.

Finalement, je tiens à exprimer ma reconnaissance aux neuf personnes de mon groupe de séminaire de l'essai critique pour leurs soutiens, commentaires et suggestions donnés. Tout spécialement Émilie Gervais sans qui le résultat de cet essai ne serait pas le même.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	V
RÉSUMÉ.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Définition de l'occupation	3
2.2. Définition d'un trouble du comportement alimentaire.....	5
2.3. Conséquences aux niveaux social et socio-économique	6
2.4. Impact sur l'investissement des occupations quotidiennes	6
2.4.1 <i>Soins personnels</i>	7
2.4.2. <i>Épicerie</i>	7
2.4.3. <i>Activités sociales</i>	7
2.4.4. <i>Étude et travail</i>	8
2.4.5. <i>Loisirs</i>	8
2.4.6. <i>Exercices physiques</i>	8
2.4.7. <i>Vie familiale</i>	8
2.5. Épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA.....	9
2.6. Consommation de drogue associée à une occupation	10
2.7. Pertinence de la recherche	12
2.8. Objectif et question de recherche	12
3. CADRE CONCEPTUEL.....	13
3.1. Constituée de petites unités d'actions ou de tâches.....	13
3.2. Composé un point de départ et de fin identifiables.....	13
3.3. Imprimées culturellement.....	13
3.4. Dépendante des circonstances occupationnelles.....	14
3.5. Une expérience unique	14
4. MÉTHODOLOGIE.....	15
4.1. Devis de recherche	15
4.2. Méthode de recherche	15
4.2.1. <i>Formuler la question de recherche</i>	16
4.2.2. <i>Identifier les études pertinentes</i>	16
4.2.3. <i>Sélectionner les articles</i>	16
4.2.4. <i>Classer les données</i>	17
4.2.5. <i>Analyser et synthétiser les données</i>	18

5. RÉSULTATS.....	19
5.1. Constituée de petites unités d'actions ou de tâches.....	28
5.2. Composée de points de départ et de fin identifiables	28
5.3. Imprimée culturellement.....	29
5.4. Dépendante des circonstances occupationnelles.....	29
5.4.1. <i>Le sexe</i>	29
5.4.2. <i>Environnement physique et social</i>	29
5.4.3. <i>Éléments déclencheurs</i>	30
5.4.4. <i>Planification</i>	31
5.4.5. <i>Habitudes alimentaires</i>	31
5.5. Une expérience unique	32
6. DISCUSSION.....	33
6.1. Critères de l'occupation	33
6.1.1. <i>Constituée de petites unités d'actions ou de tâches</i>	33
6.1.2. <i>Composée de points de départ et de fin identifiables</i>	34
6.1.3. <i>Imprimée culturellement</i>	35
6.1.4. <i>Dépendante des circonstances occupationnelles</i>	36
6.1.5. <i>Une expérience unique</i>	36
6.2. Dénouement du raisonnement.....	38
6.2. Forces et limites de la recherche	38
6.3. Retombées pour la profession de l'ergothérapie	39
7. CONCLUSION.....	41
8. RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXE A.....	48
ANNEXE B.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des études, niveau d'évidence et qualité des évidences scientifiques	18
Tableau 2.	Extraction de l'information des articles sélectionnés selon les critères de l'occupation de Christiansen et al. (2015).....	21
Tableau 3.	Gradation des recommandations fondée sur le niveau de preuve scientifique.....	52

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAE	Association américaine des ergothérapeutes
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ANEB	Anorexie et boulimie Québec
APA	American Psychiatric Association
coll.	collaborateurs
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HAS	Haute autorité de santé
TCA	Trouble du comportement alimentaire

RÉSUMÉ

Problématique: Les troubles du comportement alimentaire (TCA) correspondent à une problématique majeure qui engendre d'importantes conséquences sur la vie quotidienne des individus, perturbant leurs routines et l'utilisation de leur temps. Les épisodes de sur-/sous-alimentation sont des perturbations objectives de leurs habitudes alimentaires, telles que les restrictions alimentaires, les crises alimentaires et les comportements compensatoires inappropriés qui influencent leur quotidien. **Objectif:** Le but de cet essai est de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devrait être considéré comme une occupation. **Cadre conceptuel:** Le cadre théorique de Christiansen et coll. (2015) permet d'établir des critères objectifs d'une occupation, soit d'être constituée de petites unités d'actions ou de tâches, composée de points de départ et de fin identifiables, imprimée culturellement, dépendante des circonstances occupationnelles et être une expérience unique. **Méthode:** L'étude est une étude de portée de la littérature disponible (CINAHL, PubMed et Scopus) pour les dates allant de janvier 2007 à juillet 2021. Huit articles ont été sélectionnés pour générer les résultats après avoir été soumis à un processus de traitement des données visant la vérification de la pertinence en regard à la question de recherche, le respect des critères d'inclusion/d'exclusion et la qualité scientifique (Dumont, 2011; Haute autorité en santé, 2013). Les résultats ont été obtenus à l'aide d'une grille d'extraction de l'information. **Résultats:** Les épisodes de sur-/sous-alimentation coresspondent à manger une quantité élevée ou faible de nourriture, ont un interval de temps identifiable, sont influencés par des caractéristiques de la personne et de son environnement et varient de jour en jour. **Discussion:** Les épisodes de sur-/sous-alimentation respectent tous les critères objectifs d'une occupation tirés du cadre de Christiansen et coll. (2015). **Conclusion:** Cette présente recherche suggère qu'un épisode de sur-/sous-alimentation est une occupation, toutefois, elle ne permet pas de l'affirmer hors de tout doute, démontrant l'importance de continuer les études à ce niveau.

Mots-clés: habitudes alimentaires, occupation, trouble du comportement alimentaire, ergothérapie et épisode de sur-/sous-alimentation

ABSTRACT

Background: Eating disorders (ED) correspond to a major problem that has significant consequences at the occupational level of individuals, disrupting their routines and the use of their time. Episodes of over-/under-eating are objective disturbances in their eating habits, such as eating restrictions, binge eating and inappropriate compensatory behaviors that influence their daily lives. **Objective:** The aim of this study is to determine whether an episode of over-/under-eating for people with an eating disorder should be considered an occupation. **Conceptual framework:** The theoretical framework of Christiansen and his collaborators (2015) makes it possible to establish objective criteria of an occupation, which are to be made up of small units of actions or tasks, composed of identifiable starting and ending points, culturally imprinted, dependent on occupational circumstances and a unique experience. **Method:** The study is a scoping review of the available literature (CINAHL, PubMed and Scopus) for the dates ranging from January 2007 to July 2021. Eight articles were selected to generate the results after being subjected to a treatment process data aimed at verifying relevance to the research question, compliance with inclusion/exclusion criteria and scientific quality (Dumont, 2011; Haute Autorité en santé, 2013). The results were obtained using an information extraction grid. **Results:** Episodes of over-/under-eating correspond to eating a high or low amount of food, have an identifiable time interval, are influenced by characteristics of the person and their environment and vary from day to day. **Discussion:** Episodes of over-/under-eating meet all objective criteria of an occupation taken from the framework of Christiansen and collaborators (2015). **Conclusion:** This present research suggests that an episode of over-/under-eating is an occupation, however, it does not allow definite conclusions to be drawn, demonstrating the importance of continuing research at this level.

Keywords: eating habits, occupation, eating disorder, occupational therapy and episodes of over-/under-eating

1. Introduction

À une époque où les réseaux sociaux sont omniprésents dans le quotidien, une forte association entre l'utilisation des médias sociaux et les préoccupations alimentaires a été trouvée dans un échantillon national représentatif de jeunes adultes de 19 à 32 ans aux États-Unis (Sidani et al., 2016). Il est désormais facile pour les personnes de s'abonner à des fils sur divers réseaux sociaux tels que Facebook et Instagram afin de suivre des individus correspondant à leur idéal corporel auquel ils souhaiteraient s'identifier. Ces images récurrentes peuvent créer ou renforcer des préoccupations de l'image corporelle. Ces préoccupations combinées avec l'accès facile, avec les réseaux sociaux, à des régimes, exercices et applications de calcul de calories peuvent entraîner des troubles du comportement alimentaire (TCA). La Semaine nationale de sensibilisation aux TCA au Québec en 2020, organisée par Anorexie et boulimie Québec (ANEB) et la Maison l'Éclaircie avait comme thème « Ne laissez pas le contenu sur les réseaux sociaux influencer votre poids. L'obsession du poids peut mener à un trouble alimentaire ». Ce thème démontre bien la réalité de la société et le besoin de sensibiliser la population de ne pas laisser le contenu sur les réseaux sociaux influencer leurs alimentations ou leurs comportements pour altérer leur corps (Gravel, 2020).

Il est reconnu que les ergothérapeutes sont bien placés pour favoriser le rétablissement des personnes ayant un TCA (Clark et Nayar, 2012; Gardier et Brown, 2010; Lock et Pépin, 2011; Robinson et al., 2005; Sorlie et al., 2020). Les ergothérapeutes participent au rétablissement des personnes ayant un TCA en créant un plan d'intervention individualisé qui traitent des occupations, des facteurs de la personne ainsi que des influences de l'environnement de manière individuelle (Clark et Nayar, 2012; Lock et Pépin, 2011; Robinson et al., 2005; Sorlie et al., 2020). Pour y arriver, il est essentiel que les ergothérapeutes comprennent le quotidien des personnes ayant un TCA et leurs investissements dans les occupations.

La position présentée dans cet essai expose d'abord la problématique du quotidien des personnes ayant un TCA ainsi que l'investissement de leurs occupations.

L'étude prend appui sur la littérature actuellement accessible en lien avec les occupations, les TCA et les épisodes de sur-/sous-alimentation des personnes ayant un TCA. L'objectif de cette étude est de déterminer si les épisodes de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devraient être considérés comme une occupation. Les critères de l'occupation issus de la définition de l'occupation selon le cadre choisi seront définis dans la section du cadre conceptuel. La méthode complète employée pour la réalisation de cette étude de portée fait ensuite l'objet d'une description exhaustive. Ensuite, les résultats extraits de cette étude de portée sont détaillés et interprétés dans la discussion. Pour terminer, les forces et limites de la recherche, les retombées pour la profession de l'ergothérapie et des pistes de futures recherches sont identifiées.

2. Problématique

Dans cette section, la problématique justifiant cette étude est présentée. Tout d'abord, une définition du concept de l'occupation est indiquée. Par la suite, la définition d'un TCA et ses conséquences aux niveaux social et socio-économique sont détaillées. Des explications concernant l'investissement des occupations quotidiennes des personnes ayant un TCA sont ensuite abordées, en se référant aux écrits scientifiques à ce sujet. Puis, une description du dérèglement au niveau de l'alimentation chez les personnes ayant un TCA entraînant des épisodes de sur-/sous-alimentation est exposée. Par la suite, un survol d'une recherche antérieure comportant une démarche similaire est évoqué. De cette problématisation, la question à l'origine de cette recherche ainsi que l'objectif sont identifiés. La section est conclue par la présentation de la pertinence professionnelle, sociale et scientifique qui justifie le questionnement et le fondement de cette recherche.

2.1. Définition de l'occupation

De prime à bord, il est nécessaire de définir l'occupation. Le terme « occupation fait référence à quelque chose qui se fait à un moment et un endroit particuliers » [Traduction libre] (Christiansen et al., 2015, p.262). En d'autres mots, les occupations sont les éléments que les individus répètent quotidiennement (Christiansen et al., 2015). Les occupations sont divisées en trois sous-groupes, soit la productivité, les soins personnels et les loisirs (Townsend et Polatajko, 2013). Les occupations de productivité permettent à l'individu de subvenir à ses besoins. Par exemple, ces occupations peuvent correspondre à un emploi, prendre soin des enfants et faire les tâches ménagères (Christiansen et al., 2015). Les soins personnels représentent tout ce que fait une personne pour prendre soin d'elle et s'occuper d'elle-même (Townsend et Polatajko, 2013). Les loisirs correspondent à toutes activités qui permettent de prendre plaisir à la vie (Townsend et Polatajko, 2013).

Christiansen et coll. (2015) rapporte que tout dépendamment comment l'individu utilise et organise son temps, la somme de ses occupations crée une routine. Cette routine est idiosyncratique et évolue tout au long de la vie. La routine d'un individu est

composée de différentes catégories d'occupations, soit les occupations principales, dissimulées, inattendues et le sommeil. Le temps accordé à chacune des catégories d'occupation varie. Tout d'abord, les occupations principales prennent le plus de temps dans la routine des individus et les individus leur accordent davantage d'importance. Ces occupations principales varient selon le contexte, l'âge et les intérêts de l'individu. Ce sont les occupations auxquelles les individus se réfèrent lorsqu'ils sont questionnés sur ce qu'ils ont fait dans leur journée. Par exemple, pour un enfant, ses occupations principales dans une journée peuvent être de jouer avec son ami et de faire un examen. Ensuite, les occupations dissimulées sont entrelacées avec les occupations principales. Les occupations dissimulées sont nécessaires pour l'accomplissement de la routine quotidienne. Elles sont réalisées entre les occupations principales. Les individus ont tendance à porter moins d'attention à cette catégorie d'occupations. Par exemple, prendre une douche le matin, conduire pour aller au travail, prendre un verre d'eau entre les rencontres au travail. Les occupations dissimulées sont souvent les occupations affectées lorsque les individus ont des limitations fonctionnelles. À ce moment, les occupations dissimulées prennent davantage de temps et d'importance dans la routine, laissant moins de temps pour effectuer les occupations qu'ils souhaitent ou doivent réaliser. Ensuite, les occupations inattendues font également partie de la routine. Ces occupations inattendues surviennent dans le quotidien d'individus de manière imprévisible. Elles peuvent interrompre les occupations principales et dissimulées. Ces occupations inattendues obligent la personne à modifier sa routine pour réaliser les occupations nécessaires pour résoudre la situation. Ces occupations inattendues peuvent autant être positives comme la visite d'un ami non planifié que négatives comme un accident de voiture. Pour terminer, la dernière catégorie d'occupations dans la routine est le sommeil. Le sommeil est un prérequis pour permettre à l'individu d'effectuer les autres catégories d'occupation dans sa routine (Christiansen et al., 2015).

Ensuite, les relations entre certaines occupations, la routine des autres personnes et les occupations partagées influencent également la routine d'un individu. Effectivement, les relations entre certaines occupations influencent la flexibilité et la

complexité de la routine. Les occupations peuvent être reliées et organisées dans un ordre logique dans le temps. Plus spécifiquement, certaines occupations sont naturellement effectuées après une autre. Par exemple, généralement une personne a tendance à préparer le repas, manger et puis faire la vaisselle par la suite. Parfois, certaines occupations sont réalisées de manière simultanée; par exemple, faire un appel à son ami en préparant le repas. De plus, la routine d'un individu est également influencée par la routine des autres personnes dans son quotidien. Diverses raisons peuvent être la cause de la nécessité de synchroniser leurs routines; par exemple, dans une famille, les actions et les routines de chaque membre doivent être pris en considération pour synchroniser les routines des autres membres de la famille (Christiansen et al., 2015). Pour terminer, Pierce (2001) utilise le terme co-occupation lorsque les occupations sont partagées, soit lorsqu'elles impliquent au moins deux individus.

En somme, la routine d'un individu est la somme de ses occupations. Elle est propre à lui-même, individuelle et évolue à travers le temps. Par conséquent, toute personne qui fait des occupations organise son temps.

2.2. Définition d'un trouble du comportement alimentaire

Les TCA se définissent comme un ensemble de perturbations psychologiques touchant particulièrement l'image du corps et conduisant à des désordres physiologiques de l'appétit et/ou de la prise alimentaire qui dégradent significativement le fonctionnement psychosocial ainsi que la santé d'un individu (Fairburn, 2008). Les personnes ayant un TCA ont une perturbation dans leurs habitudes alimentaires qui devient trop contrôlée (restriction) et/ou complètement hors de leur contrôle (dérégulée), cela fait en sorte qu'il y a un apport excessif ou insuffisant de nourriture (American Psychiatric Association [APA], 2013; Lock et Pépin, 2011; Shapiro, 2011; Sorlie et al., 2020). Ces perturbations au niveau alimentaire découlent d'une peur intense d'être gros et d'une préoccupation pour la perception de leur poids et de l'image de leur corps (APA, 2013). Les TCA sont regroupés en trois différentes catégories, soit l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagique (APA, 2013).

2.3. Conséquences aux niveaux social et socio-économique

Pour l'ensemble des TCA, la moyenne pondérée de prévalence à vie est de 8,4% pour les femmes et de 2,2% pour les hommes (Galmiche et al., 2019). Selon les données du Loricorps, cette problématique affecte près de 300 000 personnes au Québec (Université du Québec à Trois-Rivières, 2021). Selon l'étude de van Hoeken et Hoek (2020), il est estimé qu'environ 3,3 millions de personnes dans le monde sont décédées en 2017 en lien avec un TCA. Une augmentation significative du taux de mortalité pour l'anorexie mentale ainsi que la boulimie est ressortie dans cette même étude. Toutefois, le taux de mortalité pour les personnes ayant un trouble d'accès hyperphagique n'est pas plus élevé que la population générale. Au plan socio-économique, les coûts annuels en soins de santé sont 48% plus élevés pour cette clientèle comparés à ceux pour la population générale (van Hoeken et Hoek, 2020).

2.4. Impacts sur l'investissement des occupations quotidiennes

Il est démontré, par des chercheurs et des cliniciens en ergothérapie, qu'autant au niveau clinique que scientifique, une corrélation existe entre l'investissement des occupations quotidiennes et le fait de vivre avec une problématique de santé physique ou mentale (Schell et al., 2013). Tout comme les autres troubles de santé mentale, les personnes ayant un TCA ont un dysfonctionnement au niveau de leurs occupations quotidiennes (APA, 2013; Fairburn et Harrison, 2003). Plusieurs études affirment que les personnes ayant un TCA vivent des difficultés à s'engager dans les loisirs, les soins personnels et la productivité (Dark et Carter, 2019; Morris, 2012; Singlehurst et al., 2007; Sorlie et al., 2020). Plus précisément, Dark et Carter (2019) expliquent que pendant un épisode de TCA, les individus peuvent perdre tout intérêt pour les occupations et les rôles auparavant significatifs en échange d'occupations, d'habitudes et de comportements dysfonctionnels associés au TCA. Leurs occupations peuvent être dominées par des comportements ritualisés et obsessionnels, ayant un impact sur tous domaines de la performance occupationnelle. Les occupations saines liées au travail, aux loisirs ou au jeu peuvent être influencées dans le cadre des règles et des comportements reliés au TCA et fournir un sens erroné de but, d'épanouissement et

d'identité. Ces difficultés sont accentuées lorsque ces occupations sont reliées à la prise alimentaire ainsi qu'à l'interaction avec les autres entraînant un évitement des occupations reliées à la prise alimentaire (Lock et Pépin, 2011).

2.4.1 Soins personnels

Certaines tâches des soins personnels nécessitant de regarder ou toucher son corps telles que s'habiller ou se laver peuvent être perturbées en raison de pensées négatives, de problèmes d'image corporelle et de faible estime de soi (Clark et Nayar, 2012; Elliot, 2012; Sorlie et al., 2020).

2.4.2. Épicerie

Plusieurs tâches simples à l'épicerie telles que choisir quoi acheter pour le déjeuner peuvent prendre des heures au lieu de quelques minutes. Une vérification obsessionnelle des étiquettes alimentaires et une rigidité extrême des routines peuvent également être présentes (Clark et Nayar, 2012; Costa, 2009; Dark et Carter, 2019; Elliot, 2012).

2.4.3. Activités sociales

La prise alimentaire devant les autres, la relation du soi et le regard des autres sont souvent difficiles (Clark et Nayar, 2012; Sorlie et al., 2020). Leurs compétences sociales sont faibles en particulier dans les occupations reliées à l'alimentation engendrant des impacts sur les relations tels que l'évitement, l'isolement et le fait de se cacher. Les repas en famille peuvent devenir des moments de conflit et de détresse extrême (Elliot, 2012; Singlehurst et al., 2007; Sorlie et al., 2020). Les personnes ayant un TCA évitent les occupations qui impliquent de manger devant les autres ce qui engendre une privation occupationnelle¹ et un préjudice psychosocial (Lock et Pépin, 2011; Morris, 2012).

¹ La privation occupationnelle est le résultat de conditions sociales qui empêchent l'engagement de l'individu dans des occupations gratifiantes (Duncan, 2004).

2.4.4. Étude et travail

Les conséquences négatives du TCA affectent leurs occupations quotidiennes comme gérer les exigences du travail ou de l'école engendrant une diminution des opportunités occupationnelles (Dark et Carter, 2019; Elliot, 2012; Pettersen et al., 2013). De plus, Clark et Nayar (2012) mentionnent que dans les situations d'un apport insuffisant de nourriture, l'attention, la concentration et la mémoire sont affectées. Ces conséquences rendent l'engagement dans des occupations comme le travail ou les études difficiles.

2.4.5. Loisirs

L'insatisfaction au niveau de l'image corporelle des personnes ayant un TCA peut également limiter leur possibilité de participer à certains loisirs (Singlehurst et al., 2007). Le choix d'activités et leur signification tournent autour des préoccupations corporelles et alimentaires (Elliot, 2012). Morris (2012) rapporte un désengagement dans des activités qui ont un but ou qui sont significantes. Leurs loisirs sont limités et considérés comme non prioritaires. Les loisirs pratiqués sont souvent dans un but de perte de poids (Morris, 2012).

2.4.6. Exercices physiques

Les personnes ayant un TCA peuvent compenser la prise alimentaire avec l'exercice physique répété et excessif (Clark et Nayar, 2012; Pettersen et al., 2013; Selby et al., 2015). Les activités physiques sont souvent mises en place pour compenser la prise alimentaire liée à la crainte de prendre du poids plutôt que par signification et intérêt de la personne à s'engager dans ces activités physiques (Clark et Nayar, 2012; Morris, 2012).

2.4.7. Vie familiale

Selon l'APA (2013), le fonctionnement social, psychologique et familial d'une personne ayant un TCA est affecté. L'étude de Pawaskar et coll. (2017) rapporte que

les personnes ayant un diagnostic de trouble d'accès hyperphagique présentent un dysfonctionnement plus important au niveau de leurs responsabilités à la maison et de leurs vies familiales que les autres personnes. Certaines femmes dans l'étude de Pettersen et coll. (2013) mentionnent avoir perdu la possibilité d'établir une vie de famille, car elles ont investi trop de temps dans leurs préoccupations alimentaires et devenaient ainsi trop âgées pour avoir des enfants.

En résumé, les personnes ayant un TCA vivent beaucoup de difficulté à effectuer diverses occupations reliées à la nourriture telles que l'épicerie, la préparation de repas, la consommation de repas avec d'autres personnes et la prise alimentaire (Clark et Nayar, 2012; Costa, 2009; Elliot, 2012; Lock et Pépin, 2011; Sorlie et al., 2020). Elles vivent également plusieurs difficultés dans des occupations qui ne sont pas liées à la nourriture telles que les soins personnels, l'étude, le travail, les loisirs, l'exercice physique et la vie familiale (Clark et Nayar, 2012; Dark et Carter, 2019; Elliot, 2012; ; Pettersen et al., 2013; Morris, 2012; Selby et al., 2015; Sorlie et al., 2020). En effet, les personnes ayant un TCA surinvestissent certaines occupations et en sous-investissent d'autres. Par conséquent, cela crée une privation et/ou un déséquilibre occupationnel au détriment de plusieurs autres occupations. Pour cette raison, la routine des personnes ayant un TCA est affectée.

2.5. Épisodes de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA

L'alimentation est une occupation quotidienne pour chaque individu. L'Association américaine des ergothérapeutes (AAE) (2014) rapporte que l'alimentation est composée de plusieurs tâches soit la mise en place, la préparation et l'acte d'amener la nourriture ou le breuvage de l'assiette ou du verre à la bouche. L'étude de Jastran et coll. (2008) explique que l'alimentation est une répétition de consommation de nourriture et de breuvages. Cette occupation comporte plusieurs dimensions, soit la nourriture, le temps, le lieu, l'activité, l'environnement social, le processus mental et la condition physique. Ces auteurs mentionnent également que les individus se créent des routines alimentaires qui reflètent ce qu'ils ont appris comme étant attendu, approprié ou souhaitable dans leur contexte culturel et social. Ces routines doivent considérer les

exigences des individus et les ressources auxquelles ils ont accès dans leur contexte de vie (Jatran et al., 2008). Les personnes ayant un TCA ont une perturbation objective au niveau de leurs habitudes alimentaires qui sont significativement différentes que celles des individus qui n'ont pas de TCA. Ces perturbations alimentaires sont caractérisées par des épisodes de sur-/sous-alimentation. Le dictionnaire Larousse (2014) définit la suralimentation comme une « alimentation supérieure à la ration d'entretien » (Collectif, 2014, p.788). Les épisodes de suralimentation sont ainsi associés aux crises alimentaires. Le même dictionnaire définit la sous-alimentation comme une « alimentation insuffisante en quantité ou en qualité » (Collectif, 2014, p.769). Les épisodes de sous-alimentation sont associés aux restrictions alimentaires. Quant aux comportements compensatoires inappropriés, ils peuvent être considérés autant durant un épisode de suralimentation que de sous-alimentation. Ces épisodes de sur-/sous-alimentation n'ont pas encore été analysés d'un point de vue occupationnel.

2.6. Consommation de drogue associée à une occupation

Par le passé, un ergothérapeute² s'est déjà intéressé à savoir si l'usage de drogue pouvait être considéré comme une occupation. L'étude de Chang, publiée en 2008, utilise les critères d'une occupation provenant de définition du concept de l'occupation d'auteurs variés (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2008; Chang, 2008; Law et al., 1997; Polatajko et al., 2007). Ces critères sont les suivants:

« tout ce que les gens font pour s'occuper d'eux-mêmes, y compris prendre soin d'eux (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de leurs communautés (productivité) » (ACE, cité dans Law et al., 1997, p. 34, cité dans Chang, 2008, p.21);

« une série d'activités qui sont réalisées avec constance et régularité, qui donnent une structure et qui sont valorisées par des gens et un milieu culturel » (adapté

² Le mot ergothérapeute implique l'ensemble des genres. Il est utilisé pour alléger le texte.

de Polatajko et al., 2004 et Zimmerman et al., 2006, cité dans Polatajko et al., 2007, p.19, Figure 1.1, cité dans Chang, 2008, p.21);

« [i]l est reconnu que les occupations ne sont pas nécessairement toutes positives et que certaines occupations qui sont significatives et valables pour une personne, ne sont pas toutes valorisées par un milieu culturel donné et qu'elles ne contribuent pas toutes à la santé et au bien-être de la personne » (Polatajko et al., 2007, cité dans Chang, 2008, p.21);

« ce qui est significatif pour certains peut ne pas l'être pour d'autres (...) le but et le sens d'une occupation sont déterminés par les besoins et les désirs individuels, dans un contexte environnemental donné » (Law et al., 1997, p.36, cité dans Chang, 2008, p.21).

En comparant ces critères à l'usage de drogues des clients au site d'injection supervisé de drogues de Vancouver, Chang (2008) conclut que l'usage de drogue constitue une occupation. Il est important de savoir que l'ACE s'est positionnée sur ce sujet en publiant l'article de Chang « Considérer l'usage de drogues comme une occupation: Réflexions sur Insite, le site d'injection supervisé de Vancouver » édité par Polatajko et Davis, au nom du Journal Canadien des ergothérapeutes. Le Journal Canadien des ergothérapeutes est une revue officielle révisée par les pairs qui fournit des arguments théoriques et conceptuels ainsi que des preuves empiriques qui non seulement appuient, mais font également progresser les connaissances en ergothérapie à travers le monde (ACE, 2016). En réalisant cette démarche, Chang (2008) démontre l'importance de se questionner afin de mieux comprendre la routine des clients ainsi que l'investissement de leurs occupations. Il démontre également l'utilité de vérifier si un « comportement indésirable » peut-être considérer comme une occupation.

2.7. Pertinence de la recherche

En somme, les constats suivants peuvent être énoncés:

- la routine de l'humain est composée d'un ensemble d'occupations associées aux soins personnels, aux loisirs et à la productivité;
- la prévalence des personnes ayant un TCA est élevée;
- les TCA correspondent à une problématique majeure qui engendre d'importantes conséquences au niveau occupationnel des individus, perturbant ainsi leurs habitudes de vie et l'utilisation de leur temps;
- les épisodes de sur-/sous-alimentation influencent la routine des personnes ayant un TCA.

Suite à ces constats, il est pertinent de se questionner à savoir s'il faudrait considérer les épisodes de sur-/sous-alimentation, qui sont associés au quotidien des personnes ayant un TCA, comme une occupation en tant que telle. Plus spécifiquement, au plan clinique, cela pourrait aider les ergothérapeutes cliniciens à mieux comprendre la routine des personnes ayant un TCA ainsi que l'investissement de leurs occupations et intervenir auprès de cette clientèle. Quant au plan scientifique, cela pourrait permettre aider au développement de théories. Pour terminer, au plan social, cela permettrait de mettre des mots sur ce que vivent les personnes ayant un TCA.

2.8. Objectif et question de recherche

Dans le cadre de ce projet, l'objectif est de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devrait être considéré comme une occupation. En d'autres mots, il vise à mieux comprendre la routine des personnes ayant un TCA et l'investissement dans leurs occupations. Dans cette optique, il faut alors se poser la question: quels sont les critères objectifs qui permettraient de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation est associé à une occupation chez la personne qui présente un TCA?

3. Cadre conceptuel

En ce qui a trait à l'occupation, tous les cadres théoriques proposent une définition de l'occupation. Le cadre théorique retenu pour cette présente étude est celui de Christiansen et coll. (2015) car il permet de comprendre les concepts clés en ergothérapie avec des exemples concrets. Cette section présente les critères de l'occupation issus de la définition de l'occupation selon le cadre de Christiansen et coll. (2015). Pour que quelque chose soit considéré comme une occupation, il doit être constitué de petites unités d'actions ou de tâches, composé de points de départ et de fin identifiables, imprimé culturellement, dépendant des circonstances occupationnelles et une expérience unique (Christiansen et al., 2015).

3.1. Constituée de petites unités d'actions ou de tâches

Les occupations sont constituées d'éléments plus petits, soit des tâches (Christiansen et al., 2015). Les tâches sont formées d'une succession d'actions ou d'étapes qui constituent un tout et sont orientées vers un but particulier (Christiansen et al., 2005).

3.2. Composée d'un point de départ et de fin identifiables

Les caractéristiques définissant les points de départ et de fin sont dans une certaine mesure prévisible (Christiansen et al., 2015).

3.3. Imprimée culturellement

Dans un contexte socioculturel, une norme préconçue existe pour chaque occupation. En d'autres mots, il existe une idée de la façon dont l'occupation doit être réalisée. Toutefois, ces normes ne concordent pas toujours complètement à la manière dont une occupation est exercée (Christiansen et al., 2015).

3.4. Dépendante des circonstances occupationnelles

Une occupation est une séquence d'action qui est dépendante des circonstances occupationnelles. Les circonstances occupationnelles sont les caractéristiques de la personne et des contextes physique et psychosocial spécifiques dans lesquels l'occupation est exercée (Christiansen et al., 2015).

3.5. Une expérience unique

L'expérience d'effectuer une occupation est unique. Pierce (2001) décrit que chaque séquence d'action dans une occupation est unique. Le même individu qui réalise une occupation va toujours avoir une nouvelle et légèrement différente manière de la réaliser. L'aspect unique de la performance d'une occupation est décrit comme « un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont uniques à cet évènement unique » [traduction libre] (Pierce, 2001, p.139).

4. Méthodologie

Cette section présente les aspects méthodologiques de la démarche scientifique utilisée pour cette étude dont l'objectif est de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devrait être considéré comme une occupation. Ainsi, cette section présente le type de devis de recherche utilisé et la méthode de collecte des écrits.

4.1. Devis de recherche

L'étude de portée est utilisée comme stratégie méthodologique dans le cadre de cet essai. Ce devis de recherche permet de réaliser une synthèse des écrits empiriques et théoriques pour avoir une nouvelle perspective concernant une problématique ou un phénomène présent dans le domaine de la santé (Broome, 1993, cité dans Whittemore et Knafl, 2005). En d'autres mots, une étude de portée sert à amorcer une représentation de cette problématique afin de mieux la concevoir. Pour cette étude de portée est plus appropriée qu'une revue systématique, car aucune recherche comparable au sujet n'a encore été réalisée en ergothérapie. L'étude de portée de cet essai permet de sonder la quantité des écrits actuels sur le sujet afin de déterminer si une étude plus approfondie serait pertinente.

4.2. Méthode de recherche

Afin de répondre à l'objectif de cet essai, soit de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devrait être considéré comme une occupation, la méthode suggérée par Arksey et O'Malley (2005) est utilisée. Cette méthode permet de structurer la recherche. Elle comporte cinq étapes présentées, soit 1) formuler la question de recherche, 2) rechercher et identifier les études pertinentes, 3) sélectionner les études, 4) classer les données, 5) examiner et présenter les résultats, sont mises en application (Arksey et O'Malley, 2005). Le processus de recherche est expliqué et appliqué dans cette section.

4.2.1. Formuler la question de recherche

Cette étape est déjà présente dans la problématique. La question de recherche est: quels sont les critères objectifs qui permettraient de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation est associé à une occupation chez la personne qui présente un TCA?

4.2.2. Identifier les études pertinentes

Une recherche des écrits est effectuée dans les bases de données bibliographiques suivantes: CINAHL (EBSCO), PubMed et Scopus. La littérature grise soit les écrits non publiés ou publiés sans évaluation par les pairs a aussi été incluse. Ces écrits ont été choisis selon des critères de sélection similaires à ceux des écrits scientifiques via le moteur de recherche « Google Scholar ». Les mots clés et les opérateurs booléens utilisés pour effectuer la recherche dans ces bases de données sont: (binge eating disorder OR binge eating OR bulimia OR bulimia nervosa OR anorexia OR bulimia nervosa) AND (under eating OR overeating OR binge OR binge eating OR eating patterns OR eating habits OR eating) AND (definition OR define OR meaning OR description).

4.2.3. Sélectionner les articles

Un intervalle de quinze ans est établi pour sélectionner les études. Ainsi, la recherche est limitée aux articles publiés entre janvier 2006 et juillet 2021. Les articles écrits uniquement en français et en anglais sont conservés. La population à l'étude doit être des personnes ayant un TCA. Les articles sélectionnés doivent discuter des habitudes alimentaires de cette population. Les articles incluant les enfants et adolescents sont exclus de la présente étude, car le temps investi dans chaque occupation et le type d'occupation des enfants (0-18 ans) sont trop différents. À part ces critères, aucun autre critère de sélection et d'exclusion n'est retenu pour la sélection des études considérant que l'objectif d'une étude de portée est d'élaborer une représentation d'une situation complexe et d'identifier des questions de recherche (Arksey et O'Malley, 2005). Cette recherche résulte d'un nombre élevé d'articles qui

sont examinés pour déterminer lesquels comportent des données pertinentes permettant de répondre à l'objectif de recherche. La sélection des articles s'arrête lorsque les données obtenues des articles atteignent un point de saturation. Autrement dit, lorsque les nouvelles données n'ajoutent pas de nouveau sens à ce qui est déjà compris.

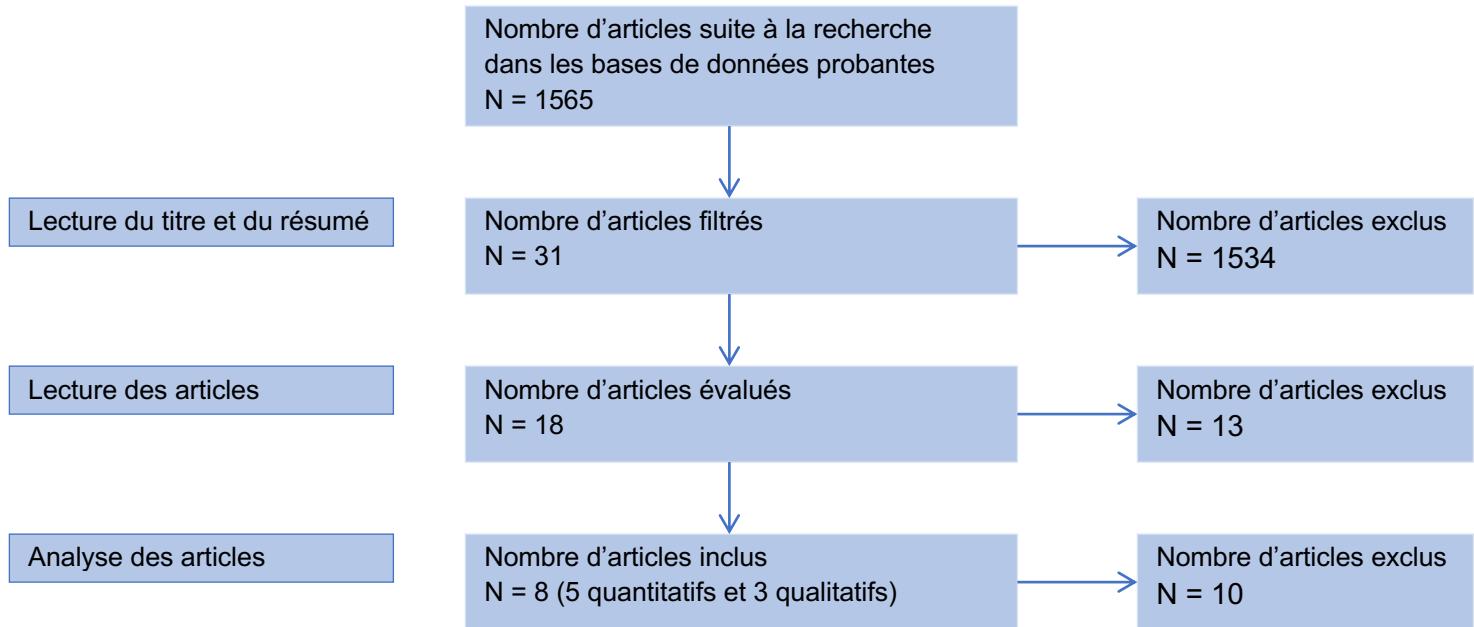


Figure 1. Étapes du processus de traitement des données

4.2.4. Classer les données

Afin d'analyser les articles retenus pour cette étude, deux tableaux permettent de classer les données pertinentes. Le premier tableau comprend les caractéristiques des études, du niveau d'évidence et de la qualité de ces dernières. La grille utilisée regroupe la source, le devis, l'approche (qualitative ou quantitative), le niveau de preuve scientifique, la côte de recommandation, les forces et les faiblesses. Les niveaux d'évidence scientifique et les côtes de recommandation prennent appui sur la grille proposée par la Haute autorité de santé [HAS] (2013) (voir annexe B). L'évaluation est basée sur la grille d'évaluation d'un article scientifique proposé par Dumont (2011) (voir annexe A). Le deuxième tableau correspond à l'extraction de l'information des articles sélectionnés selon les critères de l'occupation de Christiansen et coll. (2015). Plus

spécifiquement, les données pertinentes provenant des articles sont classées sur la ligne correspondant au critère de l'occupation adéquat.

4.2.5. Analyser et synthétiser les données

Pour faire ressortir l'information pertinente et avoir un portrait cohérent, il est nécessaire d'analyser les éléments et de les synthétiser. Afin d'y arriver, une comparaison entre les données ressorties et classées lors de la recension des articles et les critères d'une occupation selon le cadre de Christiansen et coll. (2015) est réalisée à l'aide du deuxième tableau correspond à l'extraction de l'information des articles sélectionnés selon les critères de l'occupation de Christiansen et coll. (2015). Parmi les étapes proposées par Arksey et O'Malley (2005), cette étape est la dernière liée à la section méthodologie. Les deux étapes qui demeurent, soit la sélection des écrits et l'analyse de ceux-ci, sont complétées dans la section des résultats.

5. Résultats

Cette section présente les résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Afin de dresser un portrait des articles sélectionnés, le tableau 1 présente de façon détaillée les caractéristiques des échantillons des études incluses dans cette revue. Les articles sélectionnés comportent quatre études descriptives transversales, deux revues systématiques, une comparative longitudinale et une étude phénoménologique. Par la suite, dans le tableau 2, les informations obtenues de ces articles sont classées selon les critères de l'occupation de Christiansen et coll. (2015).

Tableau 1. Caractéristiques des études, niveaux d'évidence scientifiques et qualités des évidences scientifiques

Source	Devis	Approche	Niveau de preuve scientifique*	Côte de recommandation*	Forces**	Faiblesses**
Coniglio, Becker, Franko, Zayas, Plessow, Eddy et Thomas, 2017	Descriptive transversale	Quantitative	4	C Faible niveau de preuve scientifique	- Les méthodes de collecte de données sont bien décrites et appropriées au sujet de l'étude. - Les caractéristiques des participants de l'étude sont précisées. - Les chercheurs abordent les limites de l'étude et les recommandations en regard à de futures recherches.	- Les retombées de l'étude sont peu abordées. - Absence de messages clés.
Lavender, De, Wonderlich, Crosby,	Descriptive transversale	Quantitative	4	C Faible niveau de preuve scientifique	- La recension des écrits est complète et permet de circonscrire la problématique.	- Les chercheurs n'abordent pas des recommandations ou des suggestions en regard à de

Engel, Mitchell, Crow, Peterson et Le, 2013					- Les méthodes de collecte de données ainsi que la procédure sont bien décrites et sont appropriées à la problématique de recherche. - Utilisation efficace de tableaux et de graphiques pour présenter les résultats.	futures recherches. - Absence de messages clés témoignant des principales conséquences de l'article. - Transférabilité des conclusions limitée en raison de l'échantillon composé de femmes adultes caucasiennes.
Manasse, Murray, Parker, Forman et Juarascio, 2020	Descriptive transversale	Quantitative	4	C Faible niveau de preuve scientifique	- Les critères d'inclusions et d'exclusions des articles sont présents. - L'argumentaire appuyant la pertinence de l'étude est efficace. - Les méthodes de cueillette des données sont cohérentes avec le but de l'étude et font l'objet d'une description complète.	- Absence de conclusion et de messages clés. - Transférabilité des conclusions limitée en raison de l'échantillon composé majoritaire de femmes. - Les résultats ne sont pas tous présents dans les tableaux.
Peterson, Swanson, Crow, Mitchell, Agras, Halmi, Crosby, Wonderlich et Berg, 2012	Comparative longitudinale	Quantitative	4	C Faible niveau de preuve scientifique	- Utilisation efficace de tableau pour l'illustration des résultats. - L'implication clinique des résultats est expliquée. - Les objectifs et les hypothèses de recherche sont clairement définis et bien formulés.	- Transférabilité des conclusions limitée en raison de l'échantillon composé de femmes adultes caucasiennes. - Absence de conclusion et de messages clés. - Les liens avec d'autres articles scientifiques sont peu abordés dans la discussion.
Phillips, Kelly- Weeder et	Phénoménologie	Qualitative	2	B Présomption scientifique	- Les méthodes de collecte de données sont bien décrites et appropriées au	- Les chercheurs n'abordent pas des recommandations ou des

Farrell, 2015					sujet de l'étude. - Échantillon large de femmes et d'hommes. - Les biais sont pris en compte.	suggestions en regard à de futures recherches. - Source de financement non spécifiée. - Transférabilité des conclusions limitée en raison de l'échantillon d'étudiants principalement caucasiens provenant d'université privée du nord-est des États-Unis.
Stein, Kenardy, Wiseman, Dounchis, Arnow et Wilfley, 2007	Descriptive transversale	Quantitative	4	C Faible niveau de preuve scientifique	- Les caractéristiques des participants de l'étude sont précisées. - Les méthodes de collecte de données sont bien décrites et appropriées au sujet de l'étude. - L'interprétation des résultats est complète et des liens pertinents sont établis avec d'autres études.	- Échantillon relativement petit pour une étude quantitative. - Source de financement non spécifiée. - Absence de la section discussion. L'interprétation des résultats est réalisée dans la section conclusion. - Les biais sont identifiés, mais ils ne sont pas pris en compte dans l'interprétation des résultats.
Walsh, 2011	Revue systématique	Qualitative	2	B Présomption scientifique	- L'implication clinique des résultats est présente. - Titre donnant un aperçu exact de la nature de la recherche. - Présentation efficace des résultats par l'utilisation de figures.	- La méthode de recension des écrits n'est pas énoncée. - L'article n'est pas divisé selon les sections habituelles d'un article, il ne comporte pas de section méthodologie, résultats et discussion. - Les chercheurs n'abordent pas les limites de l'étude et les recommandations en

Wolfe, Wood Baker, Smith et Kelly- Weeder, 2009	Revue systématique	Qualitative	1	A Preuve scientifique établie	- Le résumé présente de façon synthèse l'ensemble des sections de l'étude. - Utilisation efficace des tableaux afin de rapporter les résultats. - Les chercheurs abordent l'importance clinique des résultats et des recommandations en regard à de futures recherches.	- Les critères d'inclusions et d'exclusions des articles sont peu abordés. - Le niveau d'évidence scientifique des articles sélectionnés n'est pas abordé. - Absence de messages clés.
---	-----------------------	-------------	---	--	---	--

*Les niveaux d'évidence scientifique et les côtes de recommandation prennent appui sur la grille proposée par la Haute autorité de santé (HAS) (2013).

**Évaluation basée sur la grille d'évaluation d'un article scientifique (Dumont, 2011).

Tableau 2. Extraction de l'information selon les critères de l'occupation de Christiansen et coll. (2015)

	Constituée de petites unités d'actions ou de tâches	Composée d'un point de départ et de fin identifiables	Imprimée culturellement	Dépendante des circonstances occupationnelles	Expérience unique
Coniglio, Becker, Franko, Zayas, Plessow, Eddy et Thomas, 2017	Certaines personnes peuvent restreindre leur prise alimentaire en limitant la quantité ingérée (par			Les résultats suggèrent que les individus avec l'anorexie mentale et l'anorexie mentale atypique peuvent subir une restriction alimentaire comme un comportement habituel.	

	<p>exemple, une limite de calories prédefinie pour chaque repas), en éliminant certains types d'aliments (par exemple, les glucides ou les desserts), ou en réduisant la fréquence des repas ou des collations (par exemple, sauter le déjeuner).</p>	<p>La restriction alimentaire peut commencer comme un processus cognitif « top-down » par lequel la motivation conduit le comportement soit la restriction. La restriction alimentaire devient un processus « bottom-up » par lequel la récompense des entrées sensorielles entraîne le comportement.</p>
Lavender, De, Wonderlich, Crosby, Engel, Mitchell, Crow, Peterson et Le, 2013	<p>Les personnes ayant l'anorexie mentale ont souvent une variété de comportements inadaptés et de rituels tels qu'une vérification du corps, manger seul et couper la nourriture en petits morceaux.</p>	<p>Les épisodes de crise alimentaire étaient plus fréquents les jours d'anxiété stable, augmentant tardivement et diminuant tardivement. Les vomissements auto-induits n'étaient plus probables que les jours d'anxiété élevée stable. La vérification du corps et le fait de passer 8 heures sans manger étaient plus susceptibles de se produire les jours d'anxiété croissante. Sauter des repas était plus fréquent les jours d'anxiété croissante et décroissante tardive. La consommation de moins de 1 200 kcal était plus susceptible de se produire uniquement les jours d'anxiété décroissante tardive. La trajectoire décroissante tardive était associée à des</p>

	<p>épisodes de crise alimentaire et des vomissements plus tôt dans la journée par rapport à d'autres trajectoires, suggérant l'impact possible de ces comportements sur l'anxiété. En revanche, la trajectoire d'augmentation tardive de l'anxiété était associée à des épisodes de crise alimentaire et à des vomissements plus tard dans la journée.</p>	
Manasse, Murray, Parker, Forman et Juarascio, 2020	<p>Il est reconnu en milieu clinique que les personnes ayant un TCA planifient parfois délibérément leurs épisodes de crise alimentaire à l'avance. Elles décident à l'avance ce qu'elles vont manger, achètent de la nourriture spécifiquement pour leur épisode de crise alimentaire et réservent ou définissent à l'avance l'heure de l'épisode de crise alimentaire.</p>	
Peterson, Swanson, Crow, Mitchell, Agras, Halmi, Crosby, Wonderlich et Berg, 2012	<p>Les participants de l'étude rapportent que le sentiment de perte de contrôle en mangeant est plus important que la quantité de nourriture pour déterminer s'ils ont eu un épisode de</p>	<p>Cette étude suggère que la quantité de nourriture lors des épisodes de crise alimentaire varie considérablement dans le temps.</p>

		crise alimentaire.	
Phillips, Kelly-Weeder et Farrell, 2015	72% des participants rapportent qu'ils ont tendance à manger une quantité élevée de « malbouffe », soit de la pizza, des biscuits ou des « chips » pendant leurs épisodes de crise alimentaire.	36% des participants de l'étude ont répondu à la question concernant le temps d'un épisode de crise alimentaire. De ces répondants, 37% rapportent que l'épisode de crise alimentaire dure 30 minutes ou moins, 35.7% entre 31 et 60 minutes, 18.8% entre 61 et 120 minutes et 15.6% pour 121 minutes ou plus.	Les femmes rapportent davantage que les hommes avoir des épisodes de crise alimentaire qui durent 61 à 120 minutes. Les hommes rapportent davantage que les femmes ont des épisodes de crise alimentaire qui durent 31 à 60 minutes. Les femmes ont plus tendance à rapporter avoir des épisodes de crise alimentaire à la maison, alors que les hommes ont plus tendance à rapporter avoir des épisodes de crise alimentaire dans des occasions sociales. Les femmes associent davantage que les hommes les évènements stressants tels qu'un conflit, l'école, les finances, l'ennui et les émotions négatives à un antécédent d'un épisode de crise alimentaire.
Stein, Kenardy, Wiseman, Dounchis, Arnow et Wilfley, 2007		Les participants de l'étude ont identifié la cause de leur épisode de crise alimentaire: 47.7% sont attribués à comment ils se sentaient; 17.4% à avoir brisé une règle alimentaire; 14.0% à la faim et 20.9% à des causes inconnues.	

			Les épisodes de crise alimentaire surviennent plus fréquemment dans la cuisine et le salon lorsque la personne est seule le soir ou la nuit. Ils surviennent moins souvent au travail et lorsqu'un ami ou un collègue est présent.	
Walsh, 2011	Les personnes ayant la boulimie restreignent considérablement leur apport alimentaire, ce qui entraîne un cercle vicieux de frénésie alimentaire suivie d'une restriction alimentaire dans le but de compenser, ce qui conduit alors à une augmentation de l'appétit, préparant le terrain pour un autre épisode de frénésie alimentaire.	Le niveau d'anxiété immédiatement avant un repas est lié à la quantité de nourriture ingérée.		
Wolfe, Wood Baker, Smith et Kelly-Weeder, 2009	Les auteurs rapportent que l'un des critères pour un épisode de crise alimentaire dans le DSM-IV est le fait de manger dans une période de deux heures. 78 à 98% des épisodes de suralimentation arrivent dans cette	Les auteurs rapportent que l'un des critères pour un épisode de crise alimentaire dans le DSM-IV est le fait de manger une quantité de nourriture qui est définitivement plus grande que la majorité des	Les épisodes de crise alimentaire surviennent plus fréquemment lorsque la personne est seule chez elle, l'après-midi ou le soir. Plusieurs éléments peuvent être des précurseurs d'un épisode de crise alimentaire: - voir ou préparer de la nourriture, commencer à manger, aller à des fêtes ou	Un épisode de crise alimentaire est une expérience qui est variable, subjective et influencée par les croyances et les règles personnelles qui peuvent varier de jour en jour.

période de temps pour les personnes ayant la boulimie. Pour les personnes ayant un trouble d'accès hyperphagique, 85,5% des épisodes de crise alimentaire arrivent dans cette période de temps.

personnes mangeraient dans cette période de temps et dans des circonstances similaires.

des évènements et avoir du temps libre non structuré; - l'ennui, la solitude, la nervosité, l'irritabilité, la frustration, la colère, la dépression, le stress et les émotions négatives générales sont des antécédents d'un épisode de suralimentation; - augmentation de la faim, absence de faim, régime, famine et restrictions alimentaires sont des antécédents d'un épisode de crise alimentaire; - les distorsions cognitives liées à la pression perçue d'être mince et l'insatisfaction corporelle, les pensées négatives sur soi-même, les fringales alimentaires, les pensées sur la nourriture et la planification d'un épisode de crise alimentaire.

5.1. Constituée de petites unités d'actions ou de tâches

Certains participants de l'étude de Phillips et coll. (2015) rapportent qu'ils ont tendance à manger une quantité élevée de « malbouffe », durant leurs épisodes de crises alimentaires. Cette même étude fait ressortir que certaines personnes peuvent restreindre leur prise alimentaire en limitant la quantité qu'ils mangent (une limite de calories prédéfinie pour chaque repas), en éliminant certains types d'aliments (les glucides ou les desserts) ou en réduisant la fréquence des repas ou des collations (sauter le déjeuner) (Coniglio et al., 2017). Les participants de l'étude de Lavender et coll. (2013) rapportent une variété de comportements inadaptés et de rituels tels qu'une vérification du corps, manger seul et couper la nourriture en petits morceaux.

5.2. Composée d'un point de départ et de fin identifiables

Dans l'étude de Phillips et coll. (2015), 36% des participants de l'étude ont répondu à la question concernant le temps d'un épisode de crise alimentaire. De ces répondants, 37% rapportent que l'épisode dure 30 minutes ou moins, 35.7% entre 31 et 60 minutes, 18.8% entre 61 et 120 minutes et 15.6% pour 121 minutes ou plus. L'étude de Wolfe et coll. (2009) ressort que 78 à 98% des épisodes de crise alimentaire arrivent dans une période de temps de deux heures pour les personnes ayant la boulimie. Pour les personnes ayant un trouble d'accès hyperphagique boulimique, 85,5% des épisodes de crise alimentaire arrivent dans cette période de temps (Wolfe et al., 2009). L'étude de Walsh (2011) mentionne que les personnes ayant la boulimie restreignent considérablement leur apport alimentaire, ce qui entraîne un cercle vicieux de frénésie alimentaire suivie d'une restriction alimentaire dans le but de compenser, ce qui conduit alors à une augmentation de l'appétit, préparant le terrain pour un autre épisode de frénésie alimentaire.

5.3. Imprimée culturellement

Dans l'étude d'Arikian et coll. (2012), les auteurs rapportent que l'un des critères pour un épisode de crise alimentaire dans le DSM-IV est le fait de manger une quantité de nourriture qui est définitivement plus grande que la majorité des personnes mangeraient dans cette période de temps et dans des circonstances similaires. Les participants de l'étude de Peterson et coll. (2012) rapportent que le sentiment de perte de contrôle en mangeant est plus important que la quantité de nourriture pour déterminer s'ils ont eu un épisode de crise alimentaire.

5.4. Dépendante des circonstances occupationnelles

5.4.1. Le sexe

Dans l'étude de Phillips et coll. (2015), les femmes rapportent davantage que les hommes avoir des crises alimentaires qui durent de 61 à 120 minutes. À l'inverse, les hommes rapportent davantage que les femmes avoir des crises alimentaires qui durent de 31 à 60 minutes. Les femmes ont également plus tendance à rapporter avoir des épisodes de crise alimentaire à la maison, alors que les hommes ont plus tendance à rapporter avoir des épisodes de crise alimentaire dans des occasions sociales (Phillips et al., 2015). De plus, les femmes associent davantage que les hommes les évènements stressants tels qu'un conflit, l'école, les finances, l'ennui et les émotions négatives à un antécédent d'un épisode de crise alimentaire (Phillips et al., 2015).

5.4.2. Environnement physique et social

L'étude de Wolfe et coll. (2009) démontre que les crises alimentaires surviennent plus fréquemment lorsque la personne est seule chez elle, l'après-midi ou le soir. L'étude de Stein et coll. (2007) mentionne que les crises alimentaires surviennent plus fréquemment dans la cuisine et le salon lorsque la personne est seule le soir ou la nuit. Ils surviennent moins souvent au travail et

lorsqu'un ami ou un collègue est présent (Stein et al., 2007).

5.4.3. Éléments déclencheurs

L'étude de Wolfe et coll. (2009) rapporte qu'il existe divers précurseurs d'un épisode de suralimentation pour les personnes ayant un TCA. Tout d'abord, dans les moments où la tentation est élevée, car la disponibilité d'aliments très appétissants et rapide est présente. Par exemple, voir ou préparer de la nourriture, commencer à manger, aller à des fêtes ou des événements et avoir du temps libre non structuré. Ensuite, les émotions ont une influence, soit l'ennui, la solitude, la nervosité, l'irritabilité, la frustration, la colère, la dépression, le stress et les émotions négatives générales. Par la suite, les pensées ont un impact, plus spécifiquement les distorsions cognitives liées à la pression perçue d'être mince et l'insatisfaction corporelle, les pensées négatives sur soi-même, les fringales alimentaires, les pensées sur la nourriture et la planification d'épisodes de crise alimentaire. Pour terminer, la faim joue également un rôle puisque l'augmentation ou l'absence de la faim, le régime, la famine et les restrictions alimentaires sont des antécédents d'un épisode de crises alimentaires (Wolfe et al., 2009). Les participants de l'étude de Stein et coll. (2007) ont identifié la cause de leur épisode de crise alimentaire: 47.7% sont attribués à comment ils se sentaient; 17.4% à avoir brisé une règle alimentaire; 14.0% à la faim; et 20.9% à des causes inconnues.

L'étude de Lavender et coll. (2013) suggère que les épisodes de crise alimentaire sont plus fréquents les jours d'anxiété stable, augmentant tardivement et diminuant tardivement. Les vomissements auto-induits sont plus probables les jours avec un niveau d'anxiété élevé stable. La vérification du corps et le fait de passer huit heures sans manger étaient plus susceptibles de se produire les jours d'anxiété croissante. Sauter des repas était plus fréquent les jours d'anxiété croissante et décroissante tardive. La consommation de moins de 1 200 kcal était plus susceptible de se produire uniquement les jours d'anxiété décroissante tardive. La trajectoire décroissante tardive était associée à des

épisodes de suralimentation et des vomissements plus tôt dans la journée par rapport à d'autres trajectoires, suggérant l'impact possible de ces comportements sur l'anxiété. En revanche, la trajectoire d'augmentation tardive était associée à des épisodes de suralimentation et à des vomissements plus tard dans la journée (Lavender et al., 2013). L'étude de Walsh (2011) rapporte que le niveau d'anxiété immédiatement avant un repas est lié à la quantité de nourriture ingérée.

5.4.4. Planification

L'étude de Manasse et coll. (2020) explique qu'il est reconnu en milieu clinique que les personnes ayant un TCA planifient parfois délibérément leurs crises alimentaires à l'avance. Les personnes décident à l'avance ce qu'elles vont manger, achètent de la nourriture spécifiquement pour leur crise alimentaire et réservent ou définissent à l'avance l'heure de la crise alimentaire.

5.4.5. Habitudes alimentaires

L'étude de Coniglio et coll. (2017) présente une théorie que la restriction alimentaire peut commencer comme un processus cognitif « top-down » par lequel la motivation conduit le comportement soit la restriction. La restriction alimentaire devient un processus « bottom-up » par lequel la récompense des entrées sensorielles entraîne le comportement. Les résultats de leur étude suggèrent que les individus avec l'anorexie mentale et l'anorexie mentale atypique peuvent subir une restriction alimentaire comme un comportement habituel.

6.5. Être une expérience unique

L'étude de Peterson et coll. (2012) suggère que la quantité de nourriture lors des épisodes de suralimentation varie considérablement dans le temps. Selon l'étude de Wolfe (2009), une crise alimentaire est une expérience qui est variable, subjective et influencée par les croyances et les règles personnelles qui peut varier de jour en jour.

6. Discussion

Les démarches poursuivies dans cette présente étude de portée permettent d'identifier des critères objectifs pour caractériser une occupation. Selon Christiansen et ses coll. (2015), pour que quelque chose soit considéré comme une occupation, elle doit être constituée de petites unités d'actions ou de tâches, composée d'un point de départ et de fin identifiables, imprimée culturellement, dépendante des circonstances occupationnelles et être une expérience unique. Ces critères permettent par la suite de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA devrait être considéré comme telle. Dans cette section, les caractéristiques d'un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA sont analysées pour déterminer si elles correspondent aux critères objectifs d'une occupation. Enfin, les forces et les limites de la présente étude et les retombées pour la profession de l'ergothérapie sont dégagées. Tout au long de cette discussion, l'épisode de suralimentation est associé à la crise alimentaire, les épisodes de sous-alimentation sont associés aux restrictions alimentaires et les comportements compensatoires inappropriés peuvent être associés aux deux épisodes.

6.1. Critères de l'occupation

6.1.1. Constituée de petites unités d'actions ou de tâches

Afin d'être considéré comme une occupation, il est nécessaire que l'occupation soit constituée d'une succession d'actions ou d'étapes qui forment un tout et sont orientées vers un but particulier (Christiansen et al., 2015). En considérant qu'à la base l'AAE (2014) rapporte que l'alimentation est composée de plusieurs tâches, manger chaque aliment lors d'un épisode de sur-/sous-alimentation comporte déjà plusieurs tâches. Par conséquent, lorsque l'individu mange dans l'excès, soit en consommant une quantité élevée d'aliments variés de type « malbouffe » tel que rapporté dans l'étude de Phillips et coll. (2015), l'épisode de suralimentation est constitué d'une succession de plusieurs étapes.

Il est pertinent de se questionner si les personnes qui ont des épisodes de suralimentation mangent dans un but particulier. Dans la littérature, l'un des objectifs de l'étude de Palmieri et coll. (2020) est de déterminer le but et les signaux d'arrêt d'un épisode de crise alimentaire. Les participants de l'étude rapportent s'engager dans une crise alimentaire comme une stratégie pour réguler leurs états cognitivo-comportementaux. Dans ce sens, l'étude fait ressortir qu'il s'agit d'une stratégie permettant pour une moitié des participants d'interrompre leurs pensées négatives répétitives alors que pour l'autre moitié d'améliorer leur état émotionnel (Palmieri et al., 2020). Cette étude démontre alors qu'un épisode de suralimentation comporte un but particulier.

De plus, les études de Coniglio et coll. (2017) et Lavender et coll. (2013) rapportent divers comportements inadaptés et rituels chez les personnes ayant des épisodes de sous-alimentation. Chacun de ces comportements ou rituels correspond à une tâche. Ainsi, même si une période de sous-alimentation correspond à l'absence de l'alimentation, elle constitue tout de même la succession de plusieurs tâches liées à l'alimentation dans le but particulier de devenir mince. Dans cette optique, l'épisode de sur-/sous-alimentation peut être constitué d'une succession d'actions ou d'étapes qui forment un tout et sont orientées vers un but particulier.

6.1.2. Composée de points de départ et de fin identifiables

Afin d'être considéré comme une occupation, il est nécessaire d'avoir un point de départ et de fin identifiables (Christiansen et al., 2015). Les participants dans l'étude de Phillips et coll. (2015) sont en mesure d'identifier un intervalle qui correspond à la durée de leur épisode de suralimentation. Au niveau de l'étude de Wolfe et coll. (2009), les auteurs rapportent qu'un pourcentage élevé des épisodes de suralimentation pour les personnes ayant une boulimie et un trouble d'accès hyperphagique mangent dans une période de deux heures. Le fait que les personnes ayant un TCA sont en mesure d'indiquer l'intervalle de la durée de leur épisode de suralimentation et que celle-ci est inférieure à deux heures

démontre qu'il y a effectivement des éléments qui permettraient aux personnes ayant un TCA d'identifier de points de départ et de fin à leurs épisodes de suralimentation.

De plus, afin de déterminer ces points de départ et de fin, il existe des caractéristiques qui sont dans une certaine mesure prévisibles. L'étude de Walsh (2011) explique le cycle entre les épisodes de sur-/sous-alimentation pour les personnes ayant la boulimie. Le fait d'être en mesure d'identifier dans le cycle quand cet épisode se termine pour laisser placer à l'autre et vis-versa démontrerait qu'il existe des caractéristiques indiquant les points de départ et de fin d'un épisode de sur-/sous-alimentation. Considérant ces éléments, l'épisode de sur-/sous-alimentation est composé de points de départ et de fin identifiables.

6.1.3. Imprimée culturellement

Afin d'être considéré comme une occupation, selon Christiansen et coll. (2015), il est nécessaire qu'il existe une norme préconçue dans un contexte socioculturel. Un épisode de suralimentation consiste à dire qu'une personne mange une quantité de nourriture qui est définitivement plus importante que la majorité des personnes mangeraient dans cette période de temps et dans des circonstances similaires (Arikian et al., 2012). Afin de savoir si cette quantité de nourriture est définitivement plus grande dans cette période de temps et dans des circonstances similaires, il faut la comparer à la norme préconçue dans un certain contexte socioculturel de ce qu'est une quantité considérée normale de nourriture pour un individu. Dans cet ordre d'idées, l'apport alimentaire insuffisant associé à un épisode de sous-alimentation se réfère à la même norme préconçue d'une quantité normale de nourriture. Ces résultats concordent avec l'étude de Jastan et coll. (2009) qui explique que les routines alimentaires des individus reflètent ce qu'ils ont appris comme étant attendu, approprié ou souhaitable dans leurs contextes culturels et sociaux. En effet, ce qui correspond à une quantité de nourriture normale dans une période de temps donné et dans

des circonstances similaires a été inculqué aux individus selon leurs contextes culturels et sociaux respectifs (Jastan et al., 2009).

De plus, Christiansen et coll. (2015) explique qu'il est habituel que certaines occupations ne concordent pas toujours complètement à la norme préconçue. Certains participants de l'étude de Peterson et coll. (2012) rapportent que le sentiment de perte de contrôle en mangeant est plus important que la quantité de nourriture pour déterminer s'ils ont eu un épisode de suralimentation. Ainsi, même si la norme préconçue est que la quantité de nourriture ait une importance majeure pour déterminer s'il s'agit d'un épisode de suralimentation, pour certaines personnes ayant un TCA, le sentiment de perte de contrôle est un indicateur plus important. Il est normal que malgré qu'une norme préconçue soit présente pour la suralimentation, elle ne soit pas toujours réalisée conformément aux normes de manière identique. Dans cette optique, l'épisode de sur-/sous-alimentation pourrait être imprimé culturellement.

6.1.4. Dépendante des circonstances occupationnelles

Afin d'être considérée comme une occupation, la séquence d'action doit être dépendante des circonstances occupationnelles. Ces dernières sont les caractéristiques de la personne et des contextes physique et psychosocial spécifiques dans lesquels l'occupation est exercée (Christiansen et al., 2015). Les études recensées démontrent que plusieurs caractéristiques de la personne et de ses contextes physique et psychosocial influencent leurs épisodes de sur-/sous-alimentation.

Tout d'abord, le sexe de la personne est une caractéristique qui peut avoir une influence sur la durée, l'environnement, le contexte social et l'élément déclencheur d'un épisode de suralimentation (Phillips et al., 2015). Ensuite, le moment de la journée et l'environnement social peuvent également influencer les épisodes de suralimentation (Stein et al., 2007; Wolfe et al., 2009).

Plusieurs caractéristiques de la personne telles que la tentation, les règles alimentaires, les émotions, les pensées et la sensation de faim peuvent être des précurseurs ou des éléments déclencheurs d'un épisode de suralimentation pour les personnes ayant un TCA (Stein et al., 2007; Wolfe et al., 2009). Plus spécifiquement au niveau des émotions, les études de Lavender et coll. (2013) et de Walsh (2011) rapportent que le niveau d'anxiété à différents moments de la journée est une caractéristique de la personne et de son contexte qui peut influencer certains comportements liés aux épisodes de sur-/sous-alimentation.

Quant aux situations où l'épisode de suralimentation est planifié comme l'explique l'étude de Manasse et coll. (2020), la personne ayant un TCA choisit le contexte dans lequel l'épisode de suralimentation est exercé.

Concernant les épisodes de sous-alimentation, Coniglio et coll. (2017) expliquent qu'avec le temps, la récompense des entrées sensorielles entraîne la restriction alimentaire. Par conséquent, ces entrées sensorielles sont une caractéristique de la personne qui peuvent déclencher des épisodes de sous-alimentation.

En résumé, ces résultats suggèrent que des facteurs internes (le sexe, les règles alimentaires, les émotions, les pensées la faim, les entrées sensorielles et le niveau d'anxiété) ainsi que des facteurs externes (le moment de la journée, l'environnement social et la tentation) sont des caractéristiques qui pourraient influencer les épisodes de sur-/sous-alimentation des personnes ayant un TCA. Dans ce sens, un épisode de sur-/sous-alimentation est dépendant des circonstances occupationnelles.

6.1.5. Être une expérience unique

Afin d'être considéré comme une occupation, pour Christiansen et coll. (2015), il est nécessaire que l'expérience d'effectuer une occupation soit unique. L'étude de Peterson et coll. (2012) suggère que la quantité de nourriture lors des

épisodes de suralimentation varie considérablement dans le temps. Cela démontre que même si la même personne se suralimente régulièrement à travers les années, chaque épisode de suralimentation demeure unique puisqu'il n'est jamais identique au précédent au niveau de la quantité de nourriture consommée. De plus, l'étude de Wolfe (2009) rapporte qu'un épisode de suralimentation constitue une expérience qui est variable, subjective et influencée par les croyances et les règles personnelles qui peut varier de jour en jour. Ainsi, cela démontre que les épisodes de sur-/sous-alimentation correspondent à un évènement subjectif dans des conditions uniques à cet évènement unique. Ces résultats concordent avec l'étude de Jastan et coll. (2009) qui explique que le cadre d'un épisode de sur-/sous-alimentation comprend huit dimensions interconnectées (nourriture/boisson, heure, lieu, activités, cadre social, processus mentaux, condition physique, récurrence). Chacune de ses dimensions peut avoir plusieurs caractéristiques (Jastan et al., 2009). Ainsi, il existe de nombreuses combinaisons possibles entre les caractéristiques de ces huit dimensions. Chacune de ces combinaisons rend l'expérience de l'épisode de sur-/sous-alimentation unique.

6.2. Résumé du niveau d'atteinte des critères

En résumé, ces démarches permettent d'envisager qu'un épisode de sur-/sous-alimentation constituerait une occupation. Selon les articles recensés, un épisode de sur-/sous-alimentation satisfait tous les critères objectifs d'une occupation établis selon le cadre de Christiansen et coll. (2015), soit être constituée de petites unités d'actions ou de tâches, composée d'un point de départ et de fin identifiables, imprimée culturellement, dépendante des circonstances occupationnelles et être une expérience unique.

6.2. Forces et limites de la recherche

Cette étude de portée comporte une force importante. En effet, il est question d'une recherche novatrice permettant de mieux comprendre la routine

des personnes ayant un TCA et l'investissement dans leurs occupations auprès d'une clientèle peu documentée en ergothérapie. En outre, même si les habitudes alimentaires des personnes ayant un TCA ont un impact majeur dans leur routine, les habitudes alimentaires ont rarement été abordées dans une optique ergothérapeutique.

L'étude présente certaines limites. Tout d'abord, elle inclut moins d'études au niveau des épisodes de sous-alimentation que de suralimentation. Walsh (2011) explique que les habitudes alimentaires des individus ayant l'anorexie mentale ont reçu moins d'attention dans les recherches. Il mentionne que cela s'explique par le fait qu'étudier un comportement qui affecte l'individu qui évite de s'engager dans ce comportement constitue un défi (Walsh, 2011). Ensuite, une limite importante est l'utilisation d'études possédant un faible niveau d'évidence scientifique. Ces études sont considérées de faible niveau ou de présomptions scientifiques selon les cotes de recommandation émises par la HAS (2013). Toutefois, selon l'analyse de la qualité des écrits qui prend appui sur la « Grille d'évaluation d'un article scientifique » (Dumont, 2011), les articles comprennent plusieurs forces et respectent les conventions établies par la communauté scientifique.

6.3. Retombées pour la profession de l'ergothérapie

La présente étude de portée permet aux ergothérapeutes d'améliorer leurs connaissances et compréhensions des routines et habitudes alimentaires des personnes ayant un TCA, plus particulièrement leurs épisodes de sur-/sous-alimentation. La pertinence de l'expertise des ergothérapeutes auprès des personnes ayant un TCA a été démontrée par plusieurs auteurs (Clark et Nayar, 2012; Dark et Carter, 2019; Lock et Pépin, 2011; Sorlie et al., 2020). O'Reilly et Johnson (2016) définissent tout de même la pratique ergothérapeutique auprès des personnes ayant un TCA comme une pratique émergente. Christiansen et coll. (2015) mentionnent qu'il est nécessaire pour les ergothérapeutes de comprendre les occupations pour réaliser leurs évaluations, fournir des interventions et

mesurer les résultats suite aux interventions. Dans cette optique, étant donné que la présente étude suggère qu'un épisode de sur-/sous-alimentation est une occupation et que « la science de l'occupation cherche à comprendre le sens de l'occupation dans la vie des gens et sa relation avec la santé et le bien-être », un nouveau questionnement important est soulevé au niveau du rôle des ergothérapeutes, soit de comprendre le sens de l'épisode de sur-/sous-alimentation pour les personnes ayant un TCA (Carlson et Clark, 1991; Polatajko et al., 2007; Yerxa et al., 1989, cité dans Chang, 2008, p.21). Par le fait même, afin de réellement aider les individus à se rétablir de leur TCA, les ergothérapeutes doivent comprendre les épisodes de sur-/sous-alimentation d'un point de vue occupationnel.

7. Conclusion

La présente étude de portée s'est attardée à l'établissement de critères objectifs de ce qu'est une occupation en utilisant le cadre de Christiansen et coll. (2015) afin de déterminer si un épisode de sur-/sous-alimentation devrait être considéré comme une occupation. Suite à une comparaison entre les critères d'une occupation et d'un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA, ces derniers respectent tous les critères objectifs d'une occupation selon les articles recensés soit être constituée de petites unités d'actions ou de tâches, composée d'un point de départ et de fin identifiables, imprimée culturellement, dépendante des circonstances occupationnelles et être une expérience unique. Ainsi, cette recherche suggère qu'un épisode de sur-/sous-alimentation constituerait une occupation. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une étude de portée pour amorcer la représentation de cette problématique afin de mieux la concevoir, elle ne permet pas d'affirmer hors de tout doute qu'un épisode de sur-/sous-alimentation soit une occupation.

Il est maintenant essentiel de faire des recherches plus approfondies à ce sujet afin d'avoir des conclusions précises si un épisode de sur-/sous-alimentation chez les personnes ayant un TCA est hors de tout doute une occupation. Pour ce faire, étant donné que la littérature sur le sujet est limitée, il serait pertinent de créer un questionnaire ou de faire des entrevues semi-structurées auprès de personnes ayant un TCA comportant des questions basées sur les critères de l'occupation de Christiansen et coll. (2015) établis dans cette présente étude. Cela permettrait d'obtenir des informations directement liées aux critères objectifs de l'occupation afin d'améliorer la compréhension de la routine des personnes ayant un TCA et leurs investissements dans les occupations. Par la suite, il serait important de clarifier le sens accordé aux épisodes de sur-/sous-alimentation par les personnes ayant un TCA. Ensuite, il serait essentiel de déterminer le rôle des ergothérapeutes concernant ces épisodes de sur-/sous-alimentation. De plus, il serait pertinent de comparer le temps accordé à l'alimentation chez les personnes ayant des

épisodes de sur-/sous-alimentation au temps moyen accordé à l'alimentation par la population générale. Il serait alors possible d'avoir un portrait du quotidien occupationnel de ces personnes. Ces recherches permettraient d'intervenir sur l'ensemble des occupations significatives des personnes ayant un TCA et ainsi de potentiellement offrir de meilleurs services en ergothérapie.

8. Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.).
[Https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
- 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>
- Association américaine des ergothérapeutes. (2014).
<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Advocacy/Federal/coding/O-T-Practice-Framework-Table-1-Occupations.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2016). *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE)*.
https://www.caot.ca/site/pd/can_journal_of_OT?language=fr_FR&nav=sidabar
- Chang, E. (2008). *Considérer l'usage de drogues comme une occupation: Réflexions sur Insite, le site d'injection supervisé de Vancouver*. Canadian Association of Occupationnal Therapy.
Https://caot.in1touch.org/document/3940/AE_May_08.pdf
- Christiansen, C., Baum, C. M. et Bass, J. D. (2015). *Occupational therapy : performance, participation, and well-being* (Fourth). SLACK Incorporated.
- Christiansen, C., Baum, C. M., et Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorofare, N.J: Slack.
- 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.
- Coniglio, K. A., Becker, K. R., Franko, D. L., Zayas, L. V., Plessow, F., Eddy, K. T. et Thomas, J. J. (2017). Won't stop or can't stop? food restriction as a habitual behavior among individuals with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 26, 144–147.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.005>
- Costa, D. M. (2009). Eating disorders occupational therapy's role. *OT Practice*, 14(11), 13-16.
- Dark, E. et Carter, S. (2019). Shifting identities : exploring occupational identity for those in recovery from an eating disorder. *Qualitative Research Journal*, 20(1), 127-139. DOI 10.1108/QRJ-07-2019-0054

- Dumont, C. (2011). Grille d'évaluation d'un article scientifique – ERG-6002. Québec : Université du Québec à Trois-Rivières
- Duncan, M. (2004). Promoting mental health through occupation. Dans R. Watson, & L. Swartz. Transformation through occupation. (pp. 198–218). Whurr Publishers : London.
- Elliot, M. L. (2012). Figured world of eating disorders : Occupations of illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 15-22. Doi: 10.2182/cjot.2012.79.1.3
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY : Guilford Press.
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 361(9355), 407–16.
- Gardiner, C. et Brown, N. (2010). 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.
- Gravel, A.-M. (2020, 4 février). Les réseaux sociaux créent de plus en plus de troubles alimentaires. La Tribune. <https://www.latribune.ca/actualites/le-fil-groupe-capitales-medias/les-reseaux-sociaux-creent-de-plus-en-plus-de-troubles-alimentaires-0a719bcb8ec25a800cd512009e33b2fa>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). État des lieux: Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieu_x_niveau_premuve_gradation.pdf
- Jastran, M. M., Bisogni, C. A., Sobal, J., Blake, C. et Devine, C. M. (2009). Eating routines. embedded, value based, modifiable, and reflective. *Appetite*, 52(1), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.09.003>
- Collectif. (2014). Sous-alimentation. *Larousse de poche* (p. 769). Larousse.
- Collectif. (2014). Suralimentation. *Larousse de poche* (p. 788). Larousse.
- Lavender, J. M., De, Y. K. P., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B. et Le, G. D. (2013). Daily patterns of anxiety in anorexia nervosa: associations with eating disorder behaviors in the natural environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 672–83. <https://doi.org/10.1037/a0031823>

- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., et Townsend, E. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans Association canadienne des ergothérapeutes, Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie (p. 29-56). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Lock, L. C. et Pépin, G. (2011). Eating disorders. In C. Brown et V. C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. 123–142). F A Davis.
- Manasse, S. M., Murray, H. B., Parker, M., Forman, E. M. et Juarascio, A. S. (2020). A characterization of binge planning behavior in individuals with binge-spectrum eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1099–1103.
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00697-6>
- Moris, R. (2012). Assessment of Occupation and Social Performance. Dans J. R.E. Fox et K. P. Goss (dir.), *Eating and its disorders* (p.61-74). John Wiley and Sons, Ltd.
- National Association of Anorexia Nervosa & Associated Disorders. (2021). *Eating Disorder Statistics*. <Https://anad.org/get-informed/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>
- O'Reilly, C. et Johnson, L. (2016), Working with people with eating disorders, Dans J. Clewes et R. Kirkwood (dir.), *Diverse Roles for Occupational Therapists*, p.251-278, M & K Publishing.
- 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>
- Peterson, C. B., Swanson, S. A., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Agras, W. S., Halmi, K. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A. et Berg. K. C. (2012). Longitudinal Stability of Binge-Eating Type in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 664–669.
- 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>
- Phillips, K. E., Kelly-Weeder, S. et Farrell, K. (2015). Binge eating behavior in college students : What is a binge? *Applied Nursing Research*, 30, 7-11.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.011>

- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 55(2), 138-146.
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P. et Harvey, A. (2007). Human occupation in context. Dans E. A. Townsend & H J. Polatajko (Édit.), *Enabling occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being,& justice through occupation* (p. 37-61). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B. et Purdie, L. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. Dans E. A. Townsend & H J. Polatajko (Édit.), *Enabling occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being,& justice through occupation* (p. 13-36). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Schell, B, Gillen, G, Scaffa, M. et Cohn, E. (2013). *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (12e éd.). Philadelphia, PA : Lippincott Williams and Wilkins.
- Selby, E. A., Cornelius, T., Fehling, K. B., Kranzler, A., Panza, E. A., Lavender, J. M., Wunderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G, Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B. et Le Grand, 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, 1-13. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01260
- Shapiro, C. M. (2011). *Eating Disorders: causes, diagnosis and treatments*. Nova Science Publishers, Inc.
- Sidani, J. E., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J. et Primack, B. A. (2016). The association between social media use and eating concerns among us young adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(9), 1465–1472. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.03.021>
- 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.
- Sorlie, C., Cowan, M., Chacksfield, J., Vaughan E. et Atler, K.E. (2020) Occupation Focused Assessment in Eating Disorders: *Preliminary Utility, Occupational Therapy in Mental Health*, 36(2), 145-161. DOI: 10.1080/0164212X.2020.1719271
- Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Dounchis, J. Z., Arnow, B. A. et Wilfley, D. E. (2007). What's Driving the Binge in Binge Eating Disorder?: A Prospective Examination of Precursors and Consequences. *International Journal of Eating Disorders* 40(3), 195–203. DOI 10.1002/eat

- Townsend, E. et Polatajko, H. J. (2013). Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (N. m. Cantin, Ed. 2e éd.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Université du Québec à Trois-Rivières. (2021, 3 février). *Connaître son rapport à la nourriture et l'impact du confinement*. Université du Québec.
<https://www.quebec.ca/reseau/fr/medias/actualites-du-reseau/connaitre-son-rapport-la-nourriture-et-limpact-du-confinement>
- van Hoeken D. et Hoek H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*; 33(6), 521-527. doi: 10.1097/YCO.0000000000000641.
- Walsh, B. T. (2011). The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 104(4), 525–529.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.05.007>
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546 -553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Wolfe, B. E., Wood Baker, C., Smith, A. T. et Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and Utility of the Current Definition of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674–686.

ANNEXE A

GRILLE D'ÉVALUATION D'UN ARTICLE SCIENTIFIQUE (Dumont, 2011)

A) Le titre

- a) Donne un bon aperçu de la nature de la recherche
- b) Donne un petit aperçu de la nature de la recherche
- c) Ne donne aucun aperçu de la nature de la recherche

B) Les mots clés

- a) Sont appropriés et complets
- b) Sont appropriés et incomplets
- c) Sont inappropriés ou absents

C) Le résumé

- a) Comprends toutes les composantes de la recherche
- b) Comprends une bonne partie des composantes de la recherche
- c) Plusieurs informations sont manquantes

D) Introduction, problématique et écrits recensés

- a) Les écrits recensés (forme)
 - i. Sont rapportés de façon claire, concise et critique
 - ii. Ne sont pas rapports de façon claire, concise et critique
- b) Les écrits recensés (contenu)
 - i. Sont pertinents (liens avec la recherche en cours et sont actuels)
 - ii. Sont trop vastes
 - iii. Sont trop limités
- c) Les écrits recensés (analyse)
 - i. Font part avec objectivité des aspects controversés de la recherche
 - ii. Ne sont pas objectifs
 - iii. Ne font pas mention des aspects controversés du champ de la recherche
- d) L'objectif de la recherche
 - i. Est clairement défini
 - ii. Est vaguement défini
 - iii. N'est pas défini

- e) L'hypothèse de la recherche
 - i. Est mentionnée et formulée adéquatement
 - ii. Est mentionnée, mais n'est pas formulée adéquatement
 - iii. Est absente
- f) Les concepts
 - i. Sont définis clairement
 - ii. Ne sont pas définis clairement
 - iii. Ne sont pas définis
- g) La pertinence du sujet
 - i. Est démontrée
 - ii. Est peu démontrée
 - iii. N'est pas démontrée
- h) La raison d'être de l'étude
 - i. Est claire et convaincante
 - ii. Est plus ou moins claire ou convaincante
 - iii. N'est pas claire ou convaincante

E) Méthodes

- a) Le type de devis et le plan d'étude
 - i. Est approprié au problème de recherche
 - ii. N'est pas approprié au problème de recherche
 - iii. N'est pas mentionné
- b) La population étudiée
 - i. Est bien définie
 - ii. Est définie vaguement
 - iii. N'est pas définie
- c) Les caractéristiques des sujets de l'échantillon
 - i. Sont précisées
 - ii. Sont peu précisées
 - iii. Ne sont pas précisées
- d) L'échantillon
 - i. Est représentatif de la population cible

- ii. Est peu représentatif de la population cible
 - iii. N'est pas représentatif de la population cible
- e) La taille de l'échantillon
- i. Est justifiée et appropriée
 - ii. Est plus ou moins justifiée et appropriée
 - iii. N'est pas justifiée
- f) La méthode de sélection des sujets
- i. Permet une généralisation des résultats de recherche à une population plus large
 - ii. Ne permet pas de généraliser les résultats de recherche à une population plus large
- g) La méthode de sélection des sujets
- i. Inclut l'énoncé des critères de sélection
 - ii. N'inclut pas l'énoncé des critères de sélection
- h) La méthode de sélection des sujets
- i. La perte de sujets en cours de recherche est mentionnée
 - ii. La perte de sujets n'est pas mentionnée
- i) Les variables retenues (dépendantes, indépendantes, covariables)
- i. Sont toutes définies
 - ii. Ne sont pas toutes définies
 - iii. Ne sont pas définies
- j) Les variables retenues
- i. Sont adéquates au sujet à l'étude (pertinentes, complètes)
 - ii. Sont plus ou moins pertinentes au sujet à l'étude
 - iii. Ne sont pas pertinentes au sujet à l'étude
- k) Les instruments de mesure
- i. Sont décrits clairement
 - iii. Ne sont pas décrits
- l) Les instruments de mesure
- i. Les qualités métrologiques sont bien présentées
 - ii. Les qualités métrologiques ne sont pas bien présentées

- m) Les instruments de mesure
 - i. Sont appropriés aux variables à mesurer
 - ii. Sont peu appropriés aux variables à mesurer
 - iii. Ne sont pas appropriés aux variables à mesurer
- n) La ou les méthodes de collecte de données ainsi que la procédure
 - i. Sont bien décrites et appropriées au sujet à l'étude
 - ii. Sont décrites, mais non appropriées au sujet à l'étude
 - iii. Ne sont pas décrites
- o) Les dimensions éthiques
 - i. Sont prises en compte, l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique et le consentement éclairé est obtenu
 - ii. Ne sont pas clairement décrites
- p) Les méthodes et analyses statistiques
 - i. Sont indiquées en termes précis
 - ii. Sont vaguement indiquées
 - iii. Ne sont pas appropriées au type de variables
- q) Les méthodes et analyses statistiques
 - i. Sont appropriées au type de variables
 - ii. Sont peu appropriées au type de variables
 - iii. Ne sont pas appropriées au type de variables

F) Résultats

- a) Les résultats (le texte et les tableaux sont complémentaires et non redondants)
 - i. Sont clairement présentés (tableaux, graphiques, etc.)
 - ii. Ne sont pas clairement présentés (peu ou pas de tableaux, etc.)
- b) Les résultats (information pertinente et correspondant au but de l'étude)
 - i. Sont valides
 - ii. Sont plus ou moins valides
 - iii. Ne sont pas valides
- c) Les résultats (qualité scientifique des données présentées)
 - i. Sont fiables

- ii. Sont plus ou moins fiables
 - iii. Ne sont pas fiables
- d) Les données recueillies
- i. Sont analysées de façon détaillée
 - ii. Sont analysées de façon peu détaillée
 - iii. Ne sont pas analysées
- e) La signification statistique des valeurs numériques (t-test, variance, degré de liberté, niveau de signification)
- i. Est démontrée
 - ii. Est peu démontrée
 - iii. N'est pas démontrée
- f) L'intervention (s'il y a lieu)
- i. Est décrite en détail
 - ii. Est peu décrite
 - iii. N'est pas décrite
- g) La contamination ou les co-interventions lors de l'intervention
- i. A été évitée
 - ii. A été limitée
 - iii. N'est pas discutée
- h) La signification ou l'importance clinique des résultats
- i. Est rapportée
 - ii. Est peu abordée
 - iii. N'est pas abordée
- i) La mortalité expérimentale
- i. Est rapportée
 - ii. Est partiellement rapportée
 - iii. N'est pas rapportée

G) Discussion

- a) L'interprétation des résultats
- i. Est présente et complète
 - ii. Est présente, mais incomplète

- iii. Est absente
- b) Les liens avec les autres études
 - i. Sont précisés et discutés
 - ii. Sont précisés, mais sans commentaires
 - iii. Ne sont pas mentionnés
- c) Les forces et les limites de l'étude
 - i. Sont clairement démontrées et discutées
 - ii. Sont mentionnées, mais non discutées
 - iii. Ne sont pas mentionnées
- d) Les biais
 - i. Sont identifiés et pris en compte
 - ii. Sont plus ou moins identifiés et pris en compte
 - iii. Ne sont pas identifiés

H) Conclusions et recommandations

- a) L'étude ou la recherche
 - i. Répond tout à fait aux objectifs ou à la question ou donne une réponse complète aux hypothèses de recherche
 - ii. Répond partiellement aux objectifs ou à la question ou donne une réponse partielle aux hypothèses de recherche
 - iii. Ne répond pas aux objectifs ou à la question ou donne une réponse insuffisante aux hypothèses de recherche
- b) Les recommandations et suggestions pour de futures recherches
 - i. Sont présentes et clairement formulées
 - ii. Sont présentes, mais mal formulées
 - iii. Sont absentes
- c) Les messages clés
 - i. Des messages clés sont présents et témoignent judicieusement des principales conséquences de l'article
 - ii. Sont plus ou moins formulés
 - iii. Sont absents

ANNEXE B

GRADES DES RECOMMANDATIONS ET NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE

Tableau 3. Gradation des recommandations fondée sur le niveau de preuve scientifique

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique
A Preuve scientifique établie	NIVEAU 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance; - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés; - Analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	NIVEAU 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance; - Études comparatives non randomisées bien menées; - Études de cohorte.
C Faible niveau de preuve scientifique	NIVEAU 3 - Études de cas-témoins. NIVEAU 4 - Études comparatives comportant des biais importants; - Études rétrospectives; - Séries de cas; - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Grille adaptée des grades de recommandation fondée sur le niveau de preuve scientifique proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2013)