

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

PAR
AUDREY GIROUX

PERCEPTION DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE DE PERSONNES AYANT
UN TROUBLE DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET UNE PRATIQUE D'EXERCICE
EXCESSIF

13 DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

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

REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord ma superviseuse d'essai, Madame Ginette Aubin, directrice et professeure au département d'ergothérapie du cycle supérieur, qui m'a accompagnée et guidée dans ce projet de fin d'études. Sa grande écoute et le temps qu'elle m'a consacré ont su me reconforter dans mes nombreuses périodes d'incertitude. Également, je souligne son travail admirable, tout son dévouement et son implication auprès de nous, les étudiants. De plus, elle m'a beaucoup sensibilisée à la façon de percevoir les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Les cours sur ces diverses clientèles ont soulevé un grand intérêt chez moi et m'ont permis d'adopter une perspective différente qui me sera utile tout au long de ma carrière. Je souhaite parvenir, comme elle, à transmettre mes connaissances et ma passion aux personnes auprès de qui je travaillerai bientôt.

Je tiens également à remercier madame Johana Monthuy-Blanc, Marilou Ouellet et Marie-Josée St-Pierre qui m'ont accueillie dans l'équipe et m'ont donné la chance d'avoir accès à leur banque d'information qui m'a été essentielle dans le cadre de mon projet de recherche. Je remercie aussi les étudiantes, stagiaires du laboratoire Pi-Loricorps, pour m'avoir accueillie dans leur équipe et avoir pris le temps de m'expliquer le fonctionnement du programme.

Enfin, je remercie mon père, ma mère et mon amoureux qui m'ont supportée et encouragée tout au long de mes études. Ils ont su croire en moi et me soutenir lors de mes nombreux appels de découragement. Ils ont toujours trouvé les arguments que j'avais ma place lorsque je n'y croyais plus. Également, je remercie grandement mon oncle Jean qui m'a offert une très grande aide dans mes questionnements en lien avec l'orthographe. De plus, je remercie la vie d'avoir mis sur mon chemin mes amies, ces personnes avec qui j'ai pu échanger des rires et parfois des pleurs lors de moments difficiles. Elles ont été essentielles à mon parcours. Sans tous ces êtres aimés, je ne sais pas comment je serais parvenue à atteindre la ligne d'arrivée de ce deuxième parcours universitaire. Merci grandement !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Trouble de comportement alimentaire (TCA)	3
2.1.1. L'anorexie mentale	3
2.1.2. La boulimie	3
2.1.3. L'hyperphagie	4
2.1.4. Prévalence et épidémiologie des TCA	4
2.1.5. Facteurs de risques associés aux TCA	5
2.1.6. Pronostics associés au rétablissement du TCA	5
2.2. La pratique excessive d'exercice	6
2.2.1. Définition de la pratique excessive de l'exercice	6
2.2.2. Prévalence de l'EPE auprès des TCA	7
2.2.3. Caractéristiques d'une pratique d'exercice excessive	7
2.2.1. Explication du phénomène d'exercice excessif	9
2.2.2. Répercussions de l'EPE au plan occupationnel	11
2.3. Interventions abordant l'EPE auprès de personnes présentant un TCA	13
2.3.1. Interventions en ergothérapie visant l'EPE dans les TCA	14
2.3.2. Le surinvestissement d'une occupation : la pratique d'exercice excessif	14
3. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	15
4. CADRE CONCEPTUEL	15
4.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH)	15
4.2. Définitions des concepts explorés dans cette étude	16
4.2.1. Participation occupationnelle	17
4.2.2. Volition	17
4.2.1. L'équilibre occupationnel	18
5. MÉTHODE	19
5.1. Devis de la recherche	19
5.2. Participants et critères d'inclusion	20
5.2.1. Échantillonnage	20
5.3. COLLECTE DES DONNÉES	20
5.3.1. Méthode de collecte des données	21
5.3.2. Outils utilisés afin de documenter les perceptions des sujets quant à l'EPE	21
5.3.3. Sélection des outils utilisés selon chacune des variables étudiées	23
5.4. Analyse des données	25
5.4.1. Données qualitatives	25
5.4.2. Données quantitatives	26
5.5. Considérations éthiques	26
6. RÉSULTATS	27
6.1. Description des participants	27

6.1.1.	Niveau de participation à la pratique d'exercice selon les critères quantitatifs.....	28
6.1.1.	Niveau de participation à la pratique d'exercice selon les critères qualitatifs.....	30
6.1.2.	Synthèses des niveaux d'EPE attribués aux sujets selon les critères établis	31
6.2.	Perceptions des participants quant à leur participation à la pratique d'exercice ..	32
6.2.1.	Perception de l'exercice physique	32
6.2.2.	Aspects volitionnels de la participation occupationnelle	32
6.2.3.	Sous-concepts à la volition : les valeurs et le sentiment de compétence.....	33
6.2.4.	Sentiment de compétence sous-jacent à la participation occupationnelle	38
6.2.5.	Équilibre occupationnel	40
6.3.	Parallèle entre les sujets selon les différents types de TCA	41
7.	DISCUSSION	43
7.1.	Perception de la pratique d'exercice chez les différents types de TCA	43
7.1.1.	Participation à l'exercice	44
7.1.2.	La volition à l'égard de la pratique d'exercice	45
7.1.3.	L'équilibre de vie perçu par les sujets	47
7.2.	Potentiel des outils dans l'identification d'EPE	48
7.3.	La pratique d'exercice excessive comme une addiction vue sous l'angle occupationnel.....	49
7.4.	Potentiel de l'ergothérapie auprès de cette clientèle.....	50
7.4.1.	Enjeux pour l'ergothérapie auprès de cette clientèle.....	51
7.4.2.	Synthèse découlant des variables étudiées	52
7.5.	Forces et limites de la recherche	52
8.	CONCLUSION	54
	RÉFÉRENCES	55
	ANNEXE A DESCRIPTION DU PROGRAMME PIE-LORICORPS	61
	ANNEXE B DÉFINITION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC).....	62
	ANNEXE C SCORE OBTENU SELON LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'IEV	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Synthèse des critères déterminant le niveau d'EPE	9
Tableau 2. Caractéristiques des sujets	27
Tableau 3. Caractéristiques de la pratique d'exercice des participants	28
Tableau 4. Caractéristiques quant à l'intensité de la pratique d'exercice chez les sujets	29
Tableau 5. Catégorisation selon les critères qualitatifs	30
Tableau 6. Synthèse des caractéristiques chez les cas selon les critères d'EPE	31
Tableau 7. Synthèse de la perception vis-à-vis ce que leur apporte l'EPE	32
Tableau 8. Synthèse des motivations sous-jacentes à l'EPE.....	33
Tableau 9. Occupations perçues comme importantes selon l'OSA	35
Tableau 10. Occupations importantes dans la routine selon l'OPHI-II	35
Tableau 11. Changements souhaités selon les énoncés à l'OSA	36
Tableau 12. Changements souhaités à la routine actuelle selon l'OPHI-II.....	37
Tableau 13. Synthèse des changements souhaités selon l'OPHI-II	38
Tableau 14. Niveau de compétence à l'énoncé 2 à l'OSA.....	39
Tableau 15. Synthèse du niveau de satisfaction des cas selon l'OPHI-II et l'IEV	41
Tableau 18. Synthèse des variables étudiées selon les types de TCA.....	42
Tableau 17. Avantages des outils consultés	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de l'occupation humaine.....	19
Figure 2. Résultats des scores en pourcentage de l'importance accordée aux occupations selon l'OSA	34
Figure 3. Moyenne du niveau de compétence occupationnelle selon l'ensemble des occupations de l'OSA.....	39
Figure 4. Score total à l'inventaire de l'équilibre de vie	40
Figure 5. Score obtenu selon les différentes dimensions de l'inventaire de l'équilibre de vie ...	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANEB	Anorexie et boulimie Québec
APA	<i>American Psychological Association</i>
CCI	Comportement compensatoire inapproprié
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EPE	Exercice physique excessif
MOH	Modèle de l'occupation humaine
TCA	Trouble de comportement alimentaire
TPL	Traits de personnalité limites
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : Les différentes perceptions que peut adopter une personne orientent inévitablement son engagement dans des occupations reflétant les valeurs auxquelles elle accorde importance et qui font sens pour elle. Cependant, pour d'autres, l'exposition aux standards de beauté véhiculés par la société peut ébranler la façon de se percevoir et modifier leur participation occupationnelle en les amenant à poursuivre de nouvelles exigences pour atteindre ce standard de beauté. Il s'avère que l'adoption de comportements excessifs à l'égard de la pratique d'exercice physique et de l'alimentation est reconnue comme complémentaire à l'atteinte d'objectifs reliés à l'image corporelle. D'ailleurs, l'exercice physique excessif (EPE) est un phénomène particulièrement présent chez les personnes présentant un trouble de comportement alimentaire (TCA). Il est démontré que 80 % des individus affectés par un TCA de type anorexie mentale et 55 % de type boulimie s'adonnent à l'EPE (Davis et coll., 1998). Ces chiffres démontrent la pertinence d'approfondir ce que sous-tendent et engendrent ces comportements excessifs dans la participation occupationnelle de ces individus. **Objectif :** L'étude vise donc à explorer comment les personnes vivant avec un TCA et s'adonnant à l'EPE perçoivent leur participation occupationnelle. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude de cas multiples. Afin de documenter la volition et la participation occupationnelle, concepts tirés du modèle conceptuel MOH ainsi que celui de l'équilibre occupationnel, un devis mixte a été utilisé aux fins de l'étude. Les données mixtes (quantitatives et qualitatives) ont été recueillies par la consultation d'outils autoadministrés et d'une entrevue semi-structurée que devait remplir la clientèle présentant un TCA du programme Pi-Loricorps d'où sont issus les sujets étudiés. **Analyse :** Les données qualitatives ont été obtenues par une analyse des thématiques émergeant des verbatim regroupés dans un tableau de façon à créer un profil pour chaque cas pour ensuite procéder à une analyse comparative des différents concepts. Les données quantitatives obtenues ont été converties en graphiques et mises en parallèle avec les données qualitatives pour dégager une synthèse et faciliter l'analyse inter-cas. **Résultats :** Les sujets associés à une pratique excessive souffraient de boulimie et d'anorexie mentale et présentaient des caractéristiques communes : l'usage de l'exercice en tant que CCI ; le sentiment d'avoir les compétences pour pratiquer l'exercice ; le besoin de s'y adonner ; et l'importance de l'inclure à leur routine. Aucun des cas n'a indiqué que cette pratique nuisait à son équilibre de vie. Par ailleurs, pour plusieurs des cas, les outils d'évaluation font aussi ressortir des divergences entre les réponses obtenues dans différents questionnaires. **Discussion :** L'EPE semble être un besoin dans le quotidien des sujets présentant un type précis de TCA. Chez un même sujet, le niveau de satisfaction peut fluctuer selon la fonction de l'exercice ou le but poursuivi. En énonçant les nombreux avantages de l'exercice et leur impossibilité à limiter leur pratique, les sujets laissent entrevoir l'importance de cette occupation de même que la présence d'un comportement excessif qui devient un élément susceptible de faire obstacle à une participation occupationnelle. **Conclusion :** Les perceptions des sujets laissent entrevoir que l'EPE n'apparaît pas comme un obstacle à leur participation occupationnelle, mais au contraire comme un élément favorable. Il serait intéressant de corroborer par consultation auprès des proches les résultats afin de valider leurs perceptions quant à l'influence de l'engagement à l'EPE sur la participation occupationnelle.

Mots clés : addiction à l'exercice, dépendance à l'exercice, exercice excessif, exercice compulsif, trouble de comportement alimentaire

ABSTRACT

Introduction: The different perceptions that a person can adopt inevitably lead to his or her commitment to occupations that reflect the values that make sense to them. However, for some, the exposure to the standards of beauty conveyed by the society can affect the way they perceive themselves and lead to modify their occupational participation by the pursuit of new activities in order to reach this standard of beauty. It turns out that the adoption of excessive behaviors with respect to physical exercise and eating is recognized as complementary to the attainment of body image goals. Moreover, Excessive physical activity (EPA) is a phenomenon particularly present in people with Eating disorders (ED). It has been shown that 80% of individuals with anorexia nervosa and 55% with the bulimia type were demonstrating EPA (Davis et al., 1998). These figures demonstrate the relevance of deepening our understanding of what underlies and supports excessive behavior in terms of occupational participation in these individuals. **Objective:** The study therefore aims to explore how people living with a ED and engaging in EPA perceive their occupational involvement. **Methods:** This was a multiple case study. In order to explore volition and occupational participation, concepts from the MOH conceptual framework as well as occupational balance, a multiple case study design was used for this study. The mixed data (quantitatives and qualitatives) were collected by consulting self-administered tools and a semi-structured interview completed by the participants with ED and being treated by Pi-Loricorps for this ED. **Analysis:** The qualitative data was analyzed with thematic analysis and the themes emerging from the verbatim was grouped in a table so as to create a profile for each case and then a comparative analysis of the different concepts was completed. Quantitative data obtained were converted into graphs and compared with the qualitative data to provide a summary and facilitate cross-case analysis. **Results** Subjects associated with excessive physical practice suffered from bulimia and anorexia nervosa and had common characteristics: the use of exercise as a inappropriate compensatory behavior; the feeling of having the skills to practice the exercise; the need to indulge in it; and the importance of including it in their routine. None of the cases indicated that this practice was detrimental to their life balance. In addition, for several of the cases, the evaluation tools also reveal discrepancies between the answers obtained in different questionnaires. **Discussion :** EPA seems to be a need in everyday life for subjects with a specific type of ED. For these participants, the level of satisfaction can fluctuate according to the function of the exercise or the goal pursued. By stating the many benefits of exercise and their inability to limit their practice, the subjects suggest the importance of this occupation as well as the presence of excessive behavior that becomes an element likely to hinder occupational participation. **Conclusion :** The perceptions of the subjects suggest that the EPE does not appear as an obstacle to their occupational participation, but rather as a favorable element. It would be interesting to corroborate by close consultation the results in order to validate their perceptions about the influence of excessive commitment in the physical activity practice.

Key words: exercise addiction, exercise addiction, excessive exercise, compulsive exercise, eating disorder

1. INTRODUCTION

La pratique de l'exercice physique et l'adoption d'une saine alimentation sont présentées comme des comportements contribuant au maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie (Gouvernement du Canada, 2011). Il est aussi démontré que la pratique régulière de l'exercice jumelée à une saine alimentation ralentit le déclin des capacités fonctionnelles et facilite et maintient la réalisation des activités quotidiennes sur une plus longue période (Gouvernement du Canada, 2011). Cependant, un surinvestissement dans les activités orientées sur l'exercice et l'alimentation peut se révéler malsain. Selon le motif recherché, telle l'atteinte d'objectifs reliés à l'image corporelle et au poids, l'usage complémentaire de telles activités risque de contribuer à l'apparition et au maintien des TCA (Taranis, Touyz et Meyer, 2011 ; Davis, Katzman et Kirsh, 1999). De plus, les médias et la publicité mettent en scène des modèles au corps mince, élancé et musclé qui sont associés à un idéal de beauté. Il est quasi inévitable de ne pas se laisser influencer et de ne pas se comparer à ces modèles qui, pour la plupart, sont loin de correspondre à la majorité de la population. Le désir d'atteindre ce standard peut engendrer une insatisfaction de soi et occasionner un risque de développer des comportements de contrôle excessifs à l'égard de l'alimentation et de la pratique d'exercice.

Ainsi, plusieurs individus présentant un trouble de comportement alimentaire (TCA) utilisent des comportements compensatoires (CCI) visant à « compenser » pour les calories ingérées, notamment la pratique excessive d'exercice physique. Cette activité, habituellement encouragée, prend donc un tout autre sens selon la façon dont elle est investie. Lorsque la perte calorique devient l'objet de cette pratique, elle devient particulièrement problématique en raison du pronostic défavorable qui lui est associé. De plus, il devient complexe pour les intervenants de prendre en charge ce symptôme puisqu'il demeure à ce jour un phénomène encore mal compris. Étant donné que l'EPE peut devenir l'une des occupations les plus significantes pour une personne TCA, il est plus que pertinent d'aborder ce phénomène sous un angle occupationnel afin d'en avoir une meilleure compréhension. Cet essai explorera donc de quelle façon les personnes vivant avec un TCA et s'adonnant à un EPE perçoivent leur participation occupationnelle.

Nous aborderons donc la problématique de l'EPE chez les TCA, la question de recherche, la présentation des différents éléments du cadre conceptuel issus du Modèle de l'occupation humaine et le concept de l'équilibre de vie ; nous verrons aussi la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude, notamment le devis, les participants et l'échantillonnage, puis nous présenterons les résultats issus de l'analyse, et enfin terminerons par une discussion et une conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Les troubles de comportements alimentaires sont caractérisés comme « des perturbations persistantes de l'alimentation ou des comportements alimentaires entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (APA, 2015). Plusieurs diagnostics peuvent être liés à un TCA, toutefois, pour les besoins de notre document, nous nous limiterons aux types anorexie mentale, boulimie et hyperphagie boulimique. Il est donc tout à fait pertinent de définir les troubles de comportements alimentaires ainsi que le phénomène de l'EPE afin de comprendre les liens possibles entre ces comportements et leurs répercussions au niveau de la participation occupationnelle.

2.1. Trouble de comportement alimentaire (TCA)

2.1.1. L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est caractérisée par la perception biaisée de l'image qu'entretient la personne avec son corps, qui vient affecter à outrance l'estime de soi. La présence d'une peur intense et le refus de prendre du poids, malgré le fait que celui-ci soit considérablement bas, caractérisent les personnes présentant une anorexie mentale. De plus, la non-reconnaissance de la gravité du sous-poids et la persistance d'un comportement restrictif quant à l'apport des calories ingérées allant à l'encontre de la prise de poids sont des critères de la maladie. Le seuil déterminant de la gravité du trouble est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC). Il existe deux types d'anorexie mentale parmi les TCA. Le sous-type restrictif est caractérisé par l'utilisation de jeûnes ou régimes ou par une pratique d'exercice excessive. Le sous-type boulimique avec purge quant à lui est caractérisé par la présence de crises hyperphagiques récurrentes et d'un recours à des vomissements provoqués ou à des purgations ayant pour but de limiter la prise de poids. Peu importe le sous-type, la personne affectée d'une anorexie mentale présente un poids inférieur à la norme minimale ciblée selon le sexe, l'âge et la taille (APA, 2015).

2.1.2. La boulimie

Les personnes diagnostiquées avec un TCA de type boulimique se caractérisent par une estime de soi grandement influencée par leur poids et leur forme corporelle. Toutefois, ces

personnes souffrent de crises d'hyperphagie, survenant minimalement une fois par semaine sur plus de trois mois, dans lesquelles une perte de contrôle les amène à ingérer une quantité de nourriture dépassant largement la satiété, et ce, sur une courte période généralement inférieure à deux heures. Il s'ensuit une grande culpabilité qui mène à l'utilisation de comportements compensatoires inappropriés (CCI) pour éliminer les calories ingérées. Les CCI peuvent être de types purgatifs, tels que les vomissements provoqués, usage abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, ou de types non purgatifs, tels que le jeûne ou l'EPE. La fréquence des CCI détermine le niveau de sévérité. Les individus ayant une boulimie ont un poids se rapprochant de la normale comparativement à ceux ayant une anorexie mentale (APA, 2015).

2.1.3. L'hyperphagie

Les accès hyperphagiques sont diagnostiqués chez les individus qui éprouvent une perte de contrôle par rapport à leur ingestion d'aliments. Les pertes de contrôle doivent être présentes au minimum une fois par semaine durant trois mois. Ces accès sont caractérisés par l'absorption d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale, et ce, sur une courte période. Ces accès sont également associés à la vitesse à laquelle la nourriture est ingérée, à la sensation d'estomac plein et à l'absence de signaux de satiété. Ces personnes ressentent aussi lors de ces crises un isolement, un dégoût de soi et une détresse. Comparativement aux troubles d'anorexie ou de boulimie, ce trouble n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et il affecte les individus de poids normal à obèse (APA, 2015).

2.1.4. Prévalence et épidémiologie des TCA

Ces TCA sont principalement répandus dans les pays industrialisés où la société valorise et associe l'identification du corps idéal à la minceur (APA, 2015). Ces statistiques portent à croire que cette pathologie peut survenir sans préavis au sein de notre entourage, peu importe l'ethnie, le sexe, l'âge ou la classe économique (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2018). Il est démontré que sur une année, la prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie chez les jeunes femmes est approximativement de 0,4 %, dans le premier cas et de 1 % à 1,5 % dans le second cas. Chez les hommes, la prévalence est mal connue, les données suggèrent qu'un homme seulement pour dix femmes serait touché par l'un ou l'autre de ces troubles (Hoek, 2006). Pour

l'hyperphagie boulimique, le ratio selon les sexes est plus équilibré avec une prévalence pour une année de 1,6 % chez les femmes et de 0,8 % chez les hommes (Hudson et al. 2007).

2.1.5. Facteurs de risques associés aux TCA

Comme les TCA peuvent avoir de multiples causes (socioculturelles, environnementales, biologiques, héréditaires, psychologiques ou comportementales), il est difficile d'en préciser l'élément déclencheur. Par ailleurs, il est fréquent d'observer des comorbidités associées aux TCA, entre autres les troubles obsessionnels-compulsifs, bipolaires, dépressifs, anxieux et ceux reliés à l'usage de substances (APA, 2015). Or, selon l'état actuel des connaissances, certains traits de caractère perceptibles seraient favorables au développement des TCA, notamment : une mauvaise estime de soi, le perfectionnisme, une faible satisfaction à l'endroit de l'image corporelle, une anxiété élevée et une vulnérabilité au stress (Filaire et coll., 2007). Aussi, la présence récurrente de comportements visant à éliminer les calories pour éviter de prendre du poids, tels que la pratique d'exercice physique, peut également contribuer au trouble en question lorsqu'ils servent pour ces raisons (APA, 2015).

2.1.6. Pronostics associés au rétablissement du TCA

Le dépistage difficile et la prise en charge souvent tardive contribuent aux complications médicales de la maladie, à sa chronicité et à l'augmentation du risque de suicide qui est rapporté chez les personnes présentant un TCA (Léonard et coll., 2005 ; USMD, 2018). ANEB signale même que les TCA comptent parmi les maladies mentales présentant l'un des taux de mortalité les plus élevés. Si la clientèle TCA est associée à un pronostic de rétablissement peu concluant et à une tendance à conserver un comportement alimentaire perturbé, de 30 % à 50 % de cette population rechuteraient durant la première année suivant leur hospitalisation (Léonard, Foulon et Guelfi, 2005). Axelsen (2009) précise que moins de la moitié de toute cette clientèle vivrait une expérience de rétablissement complète. Lorsque s'ajoute l'EPE au TCA, le temps de rechute serait précipité (Strober, Freeman et Morrell, 1997). En ce sens, les patients utilisant l'EPE comme CCI présentent un pronostic plus défavorable en raison de l'augmentation du risque de malnutrition et de l'instabilité médicale, occasionnée par la restriction alimentaire décrite comme étant plus rigide et engendrant un indice de masse corporelle minimum plus bas que ceux qui ne recourent pas à

l'exercice aux fins du TCA (Shroff, et coll., 2006 ; Mond, Hay, Rodgers et Owen, 2006). De plus, ils seraient associés à des attitudes alimentaires malsaines ainsi qu'à des niveaux de somatisation et d'anxiété plus élevés. Or, le gain de poids, qui est l'objectif d'intervention prioritaire, risque d'engendrer une hausse d'anxiété et d'EPE. Ces raisons contribuent à expliquer que les équipes de soins ont de la difficulté à intervenir sur cette problématique particulière qui représente un frein au gain de poids et donc au rétablissement (Penas-Lledo, Vaz Leal et Waller, 2002).

2.2. La pratique excessive d'exercice

2.2.1. Définition de la pratique excessive de l'exercice

Dans les écrits, plusieurs appellations servent à désigner le phénomène d'une pratique malsaine de l'exercice : exercice excessif, exercice compulsif, dépendance à l'exercice ou addiction à l'exercice. Dans l'étude, le phénomène sera abordé à partir de la définition suivante utilisant l'expression « exercice physique excessif ». L'EPE est souvent présent chez les patients affectés d'un TCA en mauvaise santé et correspond à un CCI de la même manière que le vomissement induit ou la consommation de laxatif ou de diurétique. Ce comportement peut être conceptualisé à la fois quantitativement et qualitativement. En termes quantitatifs, l'EPE peut être défini comme une action consciente visant à brûler des calories et à contrôler le poids et la forme du corps dans la poursuite de la minceur (Dalle Grave, Calugi et Marchesini, 2008). Cela peut se traduire en termes de fréquence et de durée d'exercice physique. En termes qualitatifs, ce phénomène correspond à un comportement compulsif qui conduit à un programme de maintenance rigide pour l'exercice, à une priorité de l'exercice au détriment d'autres activités et à un sentiment de détresse, de honte et d'anxiété lorsqu'aucun exercice n'est effectué (Adkins et Keel, 2005 ; Shroff et al, 2006). À cette définition est associée celle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qui mentionne que l'exercice excessif est dit excessif au moment où « il interfère de manière significative avec des activités importantes, lorsqu'il se produit à des moments ou contextes inappropriés, ou lorsque l'individu continue à faire de l'exercice malgré une blessure ou d'autres complications médicales. » (APA, 2015).

2.2.2. Prévalence de l'EPE auprès des TCA

La prévalence des personnes s'adonnant à l'EPE se situe entre 37 % et 81 % chez les patients souffrant d'anorexie mentale et entre 20 % et 57 % chez les patients atteints de boulimie (Davis et coll., 1998, 2006 ; Hebebrand et coll., 2003 ; Holtkamp, Hebebrand et Herpertz-Dahlmann, 2004 ; Penas-Lledo, Vaz Leal et Waller, 2002 ; Klein, Mayer, Schebendac et Walsh, 2007). Dans le même sens, une étude réalisée auprès de 165 femmes souffrant d'un TCA a démontré que 45,5 % d'entre elles présentaient des signes d'EPE (Grave, Calugi et Marchesini, 2008). Cependant, le manque de compréhension à l'égard de ce phénomène fait en sorte qu'il demeure difficile d'intervenir en raison du motif de la pratique qui peut consister en un symptôme du TCA ou non. Il est donc important de clarifier le motif du surinvestissement. Dans le cas où le comportement excessif envers l'exercice a comme objectif l'unique poursuite de l'exercice, il s'agirait d'une addiction primaire, tandis que lorsque la motivation est de contrôler son poids, il est question d'une addiction à l'exercice secondaire, soit conséquente à un TCA (Bamber, Cockerill et Carroll, 2000 ; Veale, 1987).

Pour cette raison, nous tenterons d'abord de comprendre comment la participation à cette occupation surinvestie peut teinter les diverses sphères de la vie d'une personne. C'est à partir d'une brève recension des études qu'il sera possible d'avoir une meilleure compréhension des répercussions d'une pratique excessive d'exercice sur la vie quotidienne pour ensuite découvrir en quoi elle affecte différemment le quotidien d'individus aux prises avec des TCA.

2.2.3. Caractéristiques d'une pratique d'exercice excessive

Bien qu'il y ait plusieurs tendances d'une étude à l'autre, des critères normatifs ont été établis afin de définir une pratique excessive. Cependant, puisqu'il n'était pas possible d'accéder aux résultats de l'outil, nous n'avons pu déterminer le niveau de pratique d'exercice. Pour cette raison, il faut faire preuve d'une certaine flexibilité quant à la catégorisation des sujets selon leur niveau de pratique d'exercice, car il a été déterminé subjectivement à partir des données accessibles et des critères suggérés par la documentation.

Dans le cadre de ce projet, des critères qualitatifs et quantitatifs ont servi à identifier les sujets répondant à un comportement malsain par rapport à l'EPE.

Les critères quantitatifs proviennent de plusieurs études portant sur la présence d'EPE auprès des TCA. Ces études considéraient que l'exercice était excessif au moment où la fréquence est de 5 fois semaine ou plus, la durée est d'une heure et plus et que l'intensité à laquelle est réalisée l'exercice occasionne des risques de blessures physiques et interfère avec la santé (Davis, Fox, Cowles, Hastings et Schwass, 1997 ; Adkins et Keel, 2005 ; Penas-Lledo, Vaz Leal et Waller, 2002).

Les critères qualitatifs sur lesquels est basée cette étude proviennent d'une version modifiée du *Intense Exercising to Control*, Section Forme ou Poids de l'Examen des troubles de l'alimentation utilisé dans l'étude de Dalle Grave, Calugi et Marchesini (2008). Il s'agit de cinq questions (critères) : (1) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous fait de l'exercice dans le but de brûler des calories afin de contrôler votre silhouette ou votre poids ? ; (2) Vous êtes-vous senti obligé d'exercer la pratique d'exercice physique ? ; (3) Avez-vous exercé l'activité malgré le fait qu'il occasionnait une grave interférence avec d'autres activités importantes ? ; (4) Avez-vous exercé l'activité à un niveau qui pourrait être nocif pour vous ? ; (5) Vous êtes-vous senti en détresse si lorsqu'il était impossible d'exercer l'activité ? (Traduction libre).

La réponse positive au critère (1) proposant de faire de l'exercice dans le but de brûler des calories pour contrôler sa forme ou son poids représente un critère essentiel. À celui-ci, doit s'ajouter au moins un autre critère parmi ceux énoncés afin de répondre aux critères qualitatifs d'EPE lorsqu'il y a un TCA (Dalle Grave, Calugi et Marchesini, 2008).

Les critères sur lesquels cette étude s'est appuyée pour déterminer le niveau d'EPE se résument donc à : la présence d'une pratique d'exercice faite dans le but de brûler des calories pour contrôler son poids et son image corporelle ; à cela doit s'ajouter la présence d'un des critères suivants : une routine rigide ou d'une priorisation de l'exercice venant interférer avec d'autres activités, des réactions négatives lorsqu'il y a impossibilité de s'adonner à la pratique d'exercice

(par exemple, culpabilité, anxiété, déstabilisation, perception de soi diminuée), d'une attitude d'obligation ou d'un besoin de s'adonner à la pratique d'exercice (Adkins et Keel, 2005 ; Dalle Grave, Calugi et Marchesini, 2008).

Tableau 1.
Synthèse des critères déterminant le niveau d'EPE

Quantitatif		
Fréquence	-	Pratique 5 fois semaine ou plus
Durée	-	Pratique d'une durée d'au moins une heure
Intensité	-	Poursuite de la pratique d'exercice malgré une blessure ou d'autres complications médicales
Qualitatif		
Critère obligatoire	-	Présence d'une pratique d'exercice fait dans le but de brûler des calories pour contrôler son poids ou son image corporelle
Présence d'au moins une réponse positive à l'un de ces critères	-	Présence d'une routine rigide ou d'une priorisation de l'exercice interférant avec d'autres activités
	-	Présence de réactions négatives lorsqu'il y a impossibilité de s'adonner à la pratique d'exercice (ex. : culpabilité, anxiété, déstabilisation, perception de soi diminuée)
	-	Présence d'une attitude d'obligation ou d'un besoin de s'adonner à la pratique d'exercice

2.2.1. Explication du phénomène d'exercice excessif

Le phénomène de l'EPE suscite un intérêt croissant, toutefois, plusieurs aspects demeurent inexplorés en raison des nombreuses lacunes liées à la recherche, notamment les différentes définitions et appellations qui limitent l'interprétation des résultats, la difficulté de recrutement occasionnée par le manque de volontaires et l'impossibilité sur le plan éthique de demander à des personnes de surinvestir une pratique qui pourrait avoir des répercussions néfastes sur leur santé (Purper-Ouakil et coll., 2002 ; Halson, Shona, Jeukendrup et Asker, 2004). En revanche, même si l'état actuel des connaissances offre bien peu de données probantes, les quelques études qu'on trouve amènent tout de même une meilleure compréhension du phénomène d'exercice excessif.

Plusieurs études démontrent que le phénomène est caractérisé par le désir incontrôlable chez la personne de s'adonner à l'exercice et, lorsqu'il lui est impossible de le faire, par l'expression des symptômes physiques et psychologiques apparentés à ceux d'un sevrage (Landolfi, 2013 ; Terry, Szabo et Griffiths, 2004 ; Véléla, 2002 ; Veale, 1991). Cet état

s'expliquerait par la noradrénaline, l'adrénaline et la dopamine qui sont sécrétées par les structures cérébrales dopaminergiques lors de l'effort, hormones qui sont responsables du contrôle du stress et de la sensation de plaisir. La réponse physiologique, qui contribuerait à l'entretien du comportement excessif à l'égard de l'exercice, serait principalement due à l'euphorie procurée par la sécrétion de la dopamine, comme c'est le cas pour les diverses formes de dépendances (Krivoschekov et Lushnikov, 2011). De même, la pratique excessive pourrait être entretenue par l'effet antidépresseur qui est en partie attribuable à la distraction temporaire des stimulus négatifs ou de la douleur lors de l'entraînement (Afflelou et coll., 2004 ; Krivoschekov et Lushnikov, 2011). Qui plus est, la ritualisation, l'accoutumance et la répétition de mouvements engendrent des effets internes, kinésiques et musculaires qui contribuent à un certain sentiment d'aisance favorisant l'entretien du comportement excessif (Afflelou et coll., 2004). Ces manifestations s'apparentent, mais ne sont pas similaires, aux définitions d'addiction comportementale qui se démarquent par la présence, entre autres, de préoccupations fréquentes, le développement d'une tolérance marquée au plaisir et l'impossibilité de résister à l'addiction, la présence d'irritabilité ou d'agitation si on ne peut s'y adonner, la sensation croissante de tension précédant l'engagement, le soulagement ou la perte de contrôle pendant l'accomplissement de l'exercice (Goodman, 1990).

Bien que ces faits justifieraient de considérer l'EPE comme une forme d'addiction, l'*American Psychological Association* (APA, 2015) ne reconnaît pas ce phénomène comme étant similaire (Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen, et Hemmingsen, 2017). Il y a une distinction importante entre le comportement réalisé dans l'objectif unique de s'adonner à la pratique d'exercice qui est, selon Bamber, Cockerill et Carroll (2000), une addiction à l'exercice primaire tandis que lorsqu'il y a un objectif de perte de poids, ils catégorisent la pratique comme étant une addiction à l'exercice secondaire, donc conséquente d'un autre trouble. Tel qu'il est question dans cette étude, l'usage de l'expression addiction secondaire fait référence à la pratique d'exercice excessive perçue en tant que symptôme de TCA et non pas un trouble à part. Ces comportements laissent tout de même entrevoir que l'excessivité autant que l'addiction pour la pratique d'exercice affecterait inévitablement le fonctionnement occupationnel et poserait obstacle à l'adaptation occupationnelle des personnes présentant ce phénomène (Murray et coll., 2012 ; Kielhofner, 2004).

2.2.2. Répercussions de l'EPE au plan occupationnel

L'ensemble des études consultées démontrent que la pratique excessive d'exercice engendre inévitablement des répercussions autant aux plans moteur, cognitif et affectif qu'au niveau de la participation occupationnelle.

2.2.2.1. Au plan moteur

Au plan moteur, la pratique d'exercice addictive n'apporterait pas autant de bénéfices qu'une pratique modérée de l'exercice, et les effets seraient même inversés selon Landolfi (2013). Dans le même sens, l'engagement quotidien et souvent routinier accompli de façon assidue, voire même obsessive, tel un besoin vital, laisserait trop peu de temps pour récupérer et entraînerait plusieurs dommages physiques (Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen, et Hemmingsen, 2017). Voici quelques répercussions qui ne sont pas directement en lien avec l'EPE chez les TCA, mais qui peuvent représenter des conséquences possibles du maintien d'EPE : risque permanent et plus élevé de blessures musculo-squelettiques dues au surmenage ; tensions et douleurs musculaires ; fatigue ; insomnie ; diminution de l'appétit ; arrêt des menstruations ; hausse du risque d'infections ; baisse de performance et des fonctions reproductrices ; et agitation (Griffiths, 1997 ; Landolfi, 2013 ; Afflelou, Duclos, et Simon, 2004). Cette obsession entretient la pratique qui devient comparable à un comportement autodestructeur (Landolfi, 2013).

2.2.2.2. Au plan cognitif et affectif

Au plan cognitif et affectif, les conséquences sont tout aussi notables. Selon plusieurs études, les symptômes conséquents à l'addiction à l'exercice ressortiraient davantage lorsqu'il y a impossibilité de s'engager dans l'activité de prédilection, par exemple : irritabilité, culpabilité, sentiment de dévalorisation, faible estime de soi, contrariété, anxiété, frustration, perte de motivation, d'intérêt et de concentration et, chez certains, allant même jusqu'à un état dépressif (Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll, 2003 ; Griffiths, 1997 ; Paradis, Cooke, Martin et Hall, 2013 ; Vélé, 2002 ; Yildiz et coll., 2017).

À l'opposé, sachant qu'un état de bien-être s'installe dès l'engagement dans la pratique excessive, la personne entretient une obsession et une constante préoccupation à s'y adonner. De

ce fait, la personne dépendante aurait tendance à choisir l'exercice qui apaiserait l'état émotif, procurerait un sentiment de contrôle et hausserait l'estime personnelle plutôt qu'à prendre du temps pour socialiser, exacerbant ainsi son isolement social (Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll, 2003 ; Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen et Hemmingsen, 2017 ; Paradis, Cooke, Martin et Hall, 2013).

2.2.2.3. *Au niveau de la participation occupationnelle*

Les études ont abordé, sous différents angles, des enjeux importants au niveau de la participation occupationnelle au quotidien. Or, le surinvestissement dans l'activité physique devient malsain lorsqu'il est réalisé pour servir le TCA qui prend une grande place dans le quotidien du patient. La pratique d'exercice excessive est d'autant plus problématique que le motif d'investissement permet de répondre au TCA en contribuant au contrôle des calories, à l'apparence et à la gestion des émotions (Mond, Hay, Rodgers et Owen, 2006). Devant ce fait, pour trouver confort et contrôle, la personne ayant un comportement excessif adopterait une routine quotidienne rigide et inflexible marquée par plusieurs périodes d'entraînement qui l'amènerait à négliger sa vie familiale et professionnelle (Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll, 2003 ; Paradis, Cooke, Martin et Hall, 2013 ; Véléa, 2002). Au niveau de l'engagement professionnel et des responsabilités quotidiennes, les études dénotent la présence de retards occasionnés par l'obligation de terminer une routine d'exercice, ainsi que la diminution du niveau de concentration et de la capacité de rendement au travail et à l'école en raison des symptômes engendrés lorsqu'il y a privation d'exercice (Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll, 2003 ; Berczik et coll., 2012 ; Griffiths, 1997 ; Véléa, 2002). Au fil du temps, ce surinvestissement amènerait la personne à diminuer l'intérêt qu'elle portait antérieurement à d'autres sphères occupationnelles (Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll, 2003 ; Paradis, Cooke, Martin et Hall, 2013).

Une seule étude, comptant 319 individus fréquentant des salles d'entraînement de façon régulière, a démontré que la pratique excessive d'exercice contribuait à créer une perception positive et à augmenter l'état de santé général. De plus, ces personnes ne percevraient pas les aspects préjudiciables que la pratique d'exercice excessive risque d'avoir sur leur qualité de vie et leur santé (Yildiz et coll., 2017).

Cette recension nous amène tout de même à mieux comprendre, d'un point de vue ergothérapique, par l'usage et la catégorisation des répercussions sous des concepts issus d'un modèle propre à la profession, l'ampleur des effets quotidiens de l'addiction à l'exercice et elle nous permettra de cerner les répercussions des différents degrés d'investissement dans l'exercice chez une clientèle ayant divers TCA. Comme nous l'avons vu précédemment, l'environnement physique et social dans lequel vit une personne est un facteur propice à l'établissement de TCA et d'une pratique excessive d'exercice. Également, bien que l'exercice puisse être utilisé par des individus TCA comme un CCI visant à éviter la prise de poids, d'autres raisons pourraient contribuer à la pratique excessive d'exercice. C'est pourquoi il est intéressant d'explorer, à partir de leur perspective, ce qui contribue à cette volonté d'agir, en approfondissant notre connaissance des valeurs, des intérêts et des déterminants personnels sous-jacents à cette participation excessive vécue chez ces individus.

2.3. Interventions abordant l'EPE auprès de personnes présentant un TCA

Dalle Grave, Calugi et Marchesini (2008) précisent dans leur article que les études prenant en compte l'influence de l'EPE sur les résultats du traitement auprès des TCA sont encore rares. Cependant, il ressort de l'état des connaissances actuelles que l'un des traitements de l'EPE est basé sur l'approche cognitivo-comportementale (restructuration cognitive et exposition graduelle), puisque l'EPE s'apparente aux problèmes de comportements obsessionnels-compulsifs et par le fait même aux TCA. Cependant, les études faisant état d'interventions efficaces et valides et présentant une méthodologie rigoureuse répondant aux nombreux facteurs ayant le potentiel d'influencer les résultats auprès de la clientèle ayant une pratique d'exercice excessive sont limitées (Halsen, S. L. et Jeukendrup, A. E., 2004 ; Weinstein et Weinstein, 2014). Ces faits contribuent à expliquer la difficulté que peuvent éprouver les ergothérapeutes quant aux choix d'approches efficaces face à la problématique de l'EPE chez une clientèle ayant un TCA. En d'autres mots, ces deux problématiques méritent d'être examinées conjointement dans le traitement, particulièrement la pratique d'exercice, non seulement à cause de l'importance qui lui est accordée dans le quotidien de la personne, mais aussi parce que les répercussions de cette pratique s'ajoutent à celles du trouble alimentaire.

2.3.1. Interventions en ergothérapie visant l'EPE dans les TCA

Le programme de formation des ergothérapeutes aborde peu leur rôle auprès des personnes souffrant de TCA. Toutefois, les quelques études existantes soulignent le potentiel de l'apport ergothérapique. En effet, son approche orientée sur l'occupation signifiante et le client, la place attribuée à son implication dans son rétablissement, ses connaissances en santé mentale et ses habiletés à adapter les activités aux besoins du patient distinguent l'ergothérapeute des autres professionnels (Clark et Nayar, 2012). Ses interventions recourent à divers moyens : rencontres en groupe et individuelles avec le patient, enseignement et plan d'intervention auprès de la famille. Le rôle de l'ergothérapeute consiste, entre autres, à permettre à l'individu de regagner son estime soi et d'acquérir de nouvelles habiletés afin qu'il retrouve un équilibre de vie en lui fournissant des opportunités (Clark et Nayar, 2012).

2.3.2. Le surinvestissement d'une occupation : la pratique d'exercice excessif

Les valeurs prônées par l'ergothérapie, à savoir habiliter le client à s'engager dans une occupation qui lui est signifiante, risquent d'être heurtées dans le cas où le client investirait cette occupation de façon pathologique, mettant à risque sa santé physique et psychologique (Abeydeera, Willis et Forsyth, 2006). Dans le même sens, le besoin que peut avoir déterminé le professionnel à intervenir au niveau du surinvestissement dans la pratique d'exercice peut ne pas être partagé par le client, ce qui risque de mettre en jeu l'établissement d'une bonne relation thérapeutique, un aspect essentiel de la thérapie (Wasmuth, Crabtree et Scott, 2014). Cependant, éviter d'aborder l'EPE, particulièrement auprès des personnes atteintes d'anorexie, peut susciter un risque potentiel, tel qu'énoncé précédemment. Les ergothérapeutes peuvent donc se sentir peu outillés face à cette double problématique, car l'état actuel des connaissances quant aux interventions à l'égard des TCA dénote effectivement une prise en charge et des moyens de rétablissement peu efficaces lorsque le patient s'adonne de façon excessive à l'exercice (Wasmuth, Crabtree et Scott, 2014 ; Purper-Ouakil et coll., 2002).

Afin que les patients réintègrent une vie occupationnelle équilibrée, il demeure nécessaire d'en connaître davantage sur le phénomène du surinvestissement dans la pratique d'exercice chez les personnes présentant des troubles de comportements alimentaires. D'autant plus que lorsqu'on

tient compte des répercussions d'une pratique excessive, en comorbidité avec un TCA, sur la participation occupationnelle des patients dans les autres sphères de vie, de leur état de santé ainsi que des difficultés que pourraient éprouver les ergothérapeutes à favoriser un engagement occupationnel équilibré, il est justifié d'explorer ce qui sous-tend le maintien de cette occupation chez cette population (Clark et Nayar, 2012).

3. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Pour donner suite à ces constatations et être en mesure d'intervenir plus efficacement, nous devons mieux comprendre les répercussions occupationnelles liées à l'EPE chez les personnes vivant avec un TCA. Toutefois, il serait plus que pertinent de connaître en premier lieu la perspective que ces personnes ont de leur propre vécu et d'intégrer cette question dans le cadre de la recherche : Quelle perception les personnes vivant avec un TCA et s'adonnant à une pratique d'exercice excessive ont-elles de leur participation à cette pratique ? Pour ce faire, trois objectifs ont été établis afin d'explorer les différentes perceptions obtenues à l'égard : a) de la participation à l'occupation « pratique d'exercice physique », b) de l'équilibre occupationnel et c) de la volition par rapport à la pratique d'exercice physique. Ainsi, il sera possible de répondre à la question de recherche par l'exploration de ces concepts sous-jacents à la participation occupationnelle.

4. CADRE CONCEPTUEL

4.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le Modèle de l'occupation humaine a fait ses preuves en ergothérapie. En effet, il a été démontré que le cadre conceptuel et les outils découlant du modèle pouvaient guider le raisonnement des ergothérapeutes ainsi que leur processus d'évaluation et d'intervention en assurant d'offrir une vision holistique de la personne au moyen de l'occupation (Braveman, Fisher et Suarez-Balcazar, 2010). Les concepts et sous-concepts du modèle expliquent comment la nature occupationnelle d'une personne peut être influencée selon les trois dimensions qui la composent et qui sont toutes en constante dynamique avec l'environnement soit : « l'être », « l'agir » et « le devenir ».

En premier lieu, on retrouve la dimension de « l'être ». Cette dimension réfère aux traits propres à l'individu et agit à titre de structure axée sur les composantes suivantes : sa volition (volonté d'agir selon les déterminants, intérêts et valeurs personnels), son habitude (structure de la routine quotidienne selon les habitudes et les rôles) et sa capacité de rendement (aptitudes à réaliser des occupations selon l'expérience subjective de l'individu, et les caractéristiques physiques et mentales qui guident son engagement).

En deuxième lieu, le modèle conceptualise la dimension de « l'agir » selon différents niveaux d'action : la participation occupationnelle (s'engager dans une occupation), le rendement occupationnel (accomplissement d'une occupation) et les habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction de la personne. En troisième lieu, la dimension du « devenir » fait référence à l'adaptation occupationnelle qui est construite à partir de l'identité et de la compétence occupationnelle de l'individu. Cette dimension est la résultante de l'interaction entre les dimensions de « l'être » et de « l'agir ». Ces dimensions sont en constante relation avec l'environnement social et physique qui procure des situations venant faciliter ou restreindre l'individu dans son adaptation occupationnelle (Kielhofner, 2004).

Ce modèle aborde plusieurs concepts occupationnels permettant d'approfondir et d'explorer, par l'entremise de liens, ce qui amène une personne souffrant d'un TCA à s'engager dans son quotidien de façon excessive, par la dimension de « l'être » et de « l'agir », dans une occupation qui lui est signifiante, ici la pratique d'exercice. Le modèle servira à fournir une meilleure compréhension de la perception et des répercussions occupationnelles associées à ce phénomène et venant faire obstacle à la dimension du « devenir » (adaptation occupationnelle).

4.2. Définitions des concepts explorés dans cette étude

De prime abord, il est important de définir les concepts qui seront explorés afin de mieux cerner le sujet étudié. Nous décrirons d'abord en détail plusieurs concepts essentiels issus du MOH, entre autres : la participation occupationnelle, la volition, la compétence et l'identité occupationnelles, pour ensuite aborder le concept d'équilibre occupationnel, qui n'appartient pas au modèle MOH.

4.2.1. Participation occupationnelle

L'engagement dans la pratique d'exercice physique fait référence au concept de *participation occupationnelle* du MOH. Celle-ci consiste en l'agir d'une personne soit la façon de laisser refléter et représenter l'être d'un individu qui se compose de sa volition, de son habitude (ses habitudes) et de sa capacité de rendement. Ces composantes contribuent à orienter ses choix occupationnels et donc à s'engager selon ce qui s'avère signifiant pour lui (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017). Qui plus est, la participation occupationnelle reflète les déterminants personnels (le sentiment de compétence) ainsi que les valeurs (l'importance), qui sont des sous-concepts de la volition, contribuant à expliquer les raisons pour lesquelles une personne s'engage dans une activité (Kielhofner, 2004 ; Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017).

4.2.1.1. Habitude (habitude)

L'habitude est un concept du MOH grâce auquel sont représentés les rôles et les habitudes d'une personne qui lui permettent de performer au quotidien. La répétition et l'acquisition automatiques de certains comportements aident la personne à maintenir un fonctionnement selon l'environnement dans lequel elle se trouve (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017). Celui-ci permet également d'aider à comprendre l'agir d'une personne (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017).

4.2.2. Volition

De ce fait, pour mieux comprendre l'importance accordée à une occupation plus qu'à une autre, ici la pratique d'exercice, il faut connaître ce qui motive la personne à s'investir dans l'occupation en question. C'est là où entre en jeu la volition, c'est-à-dire les motifs qui aideront à expliquer pourquoi une personne s'investit dans une occupation. Ce concept représente donc ce qui détermine le besoin d'agir d'une personne et ce qu'elle choisira de faire. La volition est composée de trois sous-concepts, comme on l'a vu précédemment, à savoir : les valeurs, les intérêts et les déterminants personnels (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017).

Selon Massé (2003, dans Drolet, 2014), les valeurs correspondent à « des concepts abstraits et évaluatifs servant à déterminer l'acceptabilité, le caractère désirable ou le bien-fondé ». Elles

sont propres à chaque personne et s'expriment à travers son raisonnement et ses intérêts en plus de teinter sa façon d'agir au quotidien de manière à répondre aux buts poursuivis. Elles représentent ce qui est important pour une personne (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017). Les intérêts représentent l'attraction et les préférences d'un individu pour une occupation, c'est-à-dire la satisfaction obtenue et la signification rendant possible la comparaison d'une occupation à une autre selon la disposition à pouvoir répondre aux goûts et aux caractéristiques propres à l'individu (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017 ; Larousse, 2016). Dernière composante de la volition, les déterminants personnels désignent la représentation qu'une personne se fait de son propre sens de l'efficacité et de ses aptitudes à accomplir une occupation ainsi que l'attitude qu'elle adopte à l'égard de ses capacités (Parkinson, Forsyth et Kielhofner, 2017). La dynamique entre ces sous-concepts contribuerait à déterminer l'orientation des décisions de sorte que « l'agir » soit en cohérence avec « l'être » de la personne.

4.2.1. L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel désigne pour une personne l'atteinte d'un bien-être et l'usage d'un potentiel optimal en vue de son accomplissement dans ses occupations quotidiennes (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012). L'équilibre occupationnel se définit comme étant la relation équilibrée entre les différents domaines d'occupation (Eklund et Argentzell, 2016). La représentation de ce concept est différente d'une personne à une autre (Backman, 2004). En effet, la subjectivité qu'une personne peut avoir de sa participation à toutes sortes d'occupations peut être influencée par sa culture, ses valeurs, ses intérêts, ses niveaux de satisfaction et ses attentes à l'égard de l'environnement (Wagman, Håkansson et Björklund, 2012). Le surinvestissement dans une pratique d'exercice devient un phénomène intéressant à explorer en lien avec la façon dont les personnes perçoivent leur équilibre de vie et cernent les répercussions sur les autres domaines occupationnels. Ces définitions aideront dans l'exploration des cas étudiés et contribueront à clarifier les liens entre ces thèmes et les divers éléments du cadre conceptuel du MOH.

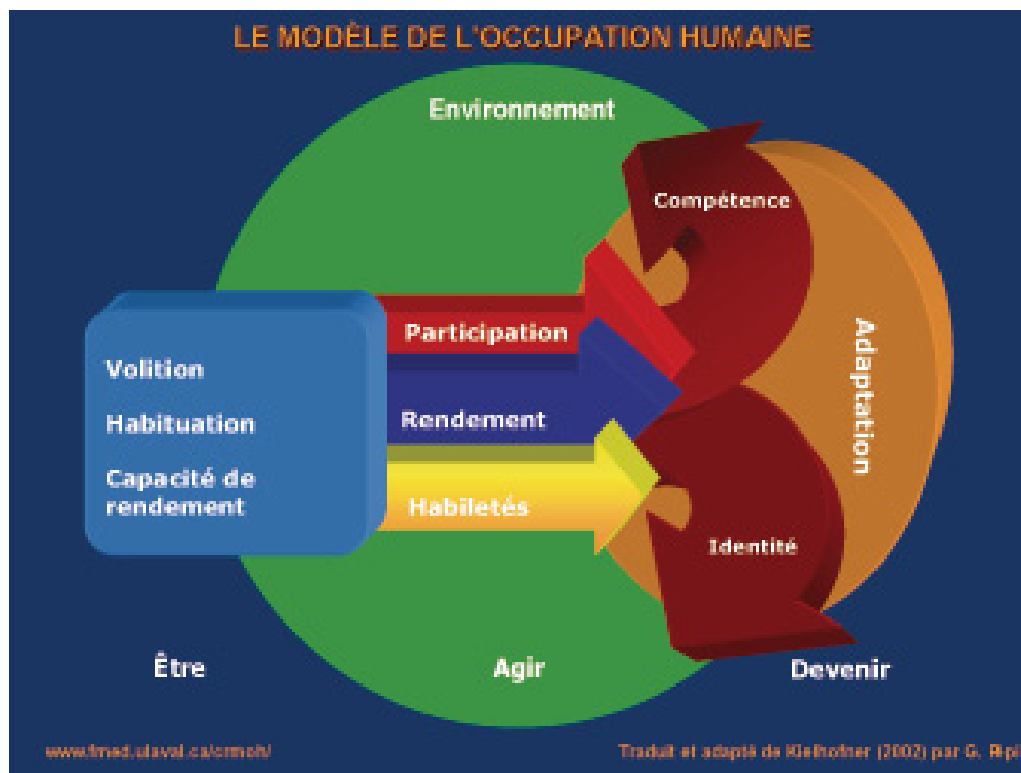


Figure 1. Modèle de l'occupation humaine. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). (2008). Page d'accueil. Repéré à : <http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/> (Autorisation du droit d'auteur obtenue pour publication)

5. MÉTHODE

Cette section présente la méthodologie de la recherche, qui comprend le choix du devis, les critères de recrutement des participants, la méthode de collecte et l'analyse des données. Les considérations éthiques seront également abordées.

5.1. Devis de la recherche

Cette étude de cas multiples repose sur une approche utilisant des données mixtes ayant pour but d'approfondir les connaissances du phénomène de l'EPE vécu par les participants (Fortin et Gagnon, 2016). Les données quantitatives et qualitatives ont été obtenues à partir de différents outils.

5.2. Participants et critères d'inclusion

Cette section présente la méthode d'échantillonnage ainsi que les critères d'inclusion des participants de l'étude. Les sujets présentés ont tous reçu des services du programme Pi-Loricorps (voir annexe A) couvrant le secteur de la Mauricie–Centre-du-Québec (MCQ). Chacun des participants a demandé d'être référé ou a été référé au programme en vue d'obtenir de l'aide pour se rétablir d'un TCA, que ce soit l'anorexie, la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. Les participants devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- 1) Être un homme ou femme suivis au Loricorps, de plus de 18 ans.
- 2) Avoir complété les questionnaires suivants : l'OPHI-II (Occupational Performance History Interview), l'OSA (Occupational Self Assessment), l'inventaire de l'équilibre de vie (IÉV), la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive et l'intervenant de poche (complétion d'au moins une activité à la section occupation) afin d'obtenir une banque de données comparables.
- 3) Présenter un certain niveau d'investissement dans les activités physiques. La participation des intervenants a été nécessaire pour assurer chez les sujets attribués une variabilité de niveau d'investissement.
- 4) Il est à noter que même si l'étude aborde la perspective des individus vivant avec un TCA et pratiquant l'EPE, la perception de sujets ayant une pratique d'exercice « minimale » (ou non-excessive) a également été considérée afin d'avoir une étendue de niveaux de pratique d'exercice.

5.2.1. Échantillonnage

Les sujets étaient des personnes suivies au Loricorps. Chacun d'eux a autorisé, par consentement écrit, que les données de leurs dossiers puissent être utilisées à des fins de recherche. Cela fait, le contenu prévu de chacun des dossiers a pu être consulté afin de recueillir les données.

5.3. COLLECTE DES DONNÉES

Cette section a pour but de présenter la méthode et la procédure de collecte des données.

5.3.1. Méthode de collecte des données

Pour la collecte des données, une consultation du contenu des dossiers des participants répondant aux critères d'inclusion nous a permis de documenter la perception des sujets et d'obtenir des informations riches et précises sur le profil de chacun. Considérant la méthode de passation des outils et l'admission des sujets à différentes périodes du programme, il a fallu consulter les dossiers de plusieurs périodes pour collecter l'ensemble des outils prévus. La consultation a duré un mois. Les dossiers comprenaient des questionnaires autoadministrés et des verbatims provenant des entrevues semi-structurées. Par ailleurs, il a été possible de discuter avec quelques intervenants attitrés à certains des cas étudiés pour ainsi consolider l'information recueillie et valider le contenu des dossiers.

5.3.2. Outils utilisés afin de documenter les perceptions des sujets quant à l'EPE

Étant donné que l'étude a pour objet d'explorer différentes perceptions de la participation occupationnelle d'individus vivant avec un TCA et s'adonnant à l'EPE, trois variables ont été ciblées afin d'y parvenir : a) la participation à l'occupation « pratique d'exercice physique », b) la volition et c) l'équilibre occupationnel. Ainsi, des outils permettront de documenter les perceptions des sujets à partir des concepts sous-jacents à la participation occupationnelle, de les comparer et enfin de répondre à la question de recherche.

5.3.2.1. L'intervenant de poche

Plus précisément, l'intervenant de poche, conçu par le laboratoire Pi-Loricorps, est un document dans lequel le client note des informations subjectives tout au long du processus thérapeutique. À partir de deux occupations vécues durant la semaine, la personne doit remplir les cinq sections du journal : la perception de soi, les sensations, les occupations, les relations et les symptômes. Chacune des sections comporte des énoncés à l'égard desquels le client peut inscrire un commentaire ou estimer un pourcentage, selon ce qu'il souhaite partager. Dans le cadre de la recherche actuelle, il était justifié d'explorer le journal lorsque l'occupation choisie portait sur la pratique d'activités physiques.

5.3.2.2. *La Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive*

La Fiche de renseignements sur l'activité physique est un questionnaire autoadministré composé de 17 questions à réponses ouvertes et fermées, conçu spécifiquement pour les clients rencontrés dans le cadre du projet Pi-Loricorps. La Fiche permet d'obtenir le profil du client basé sur la perception qu'il a de sa pratique d'activités physiques et sportives. Il permet de connaître l'importance et la dépendance à l'égard des activités pratiquées, entre autres : les raisons de la pratique, la fréquence, la durée, et l'intensité. Grâce aux questions relatives aux blessures et aux maladies passées et actuelles, il peut aussi obtenir des indices sur une pratique excessive et sur la façon dont la pratique d'exercice a pu en être affectée.

5.3.2.3. *L'Occupational Performance History Interview*

Dans le même ordre d'idée, la perception des participants à l'égard de leur participation à l'exercice a été étudiée à partir de l'OPHI-II (publié par Gary Kielhofner, Trudy Mallinson, Carrie Crawford, Meika Nowak, Matt Rigby, Alexis Henry et Deborah Wallen en 1998). Basé sur le modèle du MOH et divisé en trois parties, l'outil offre des données qualitatives non standardisées pour les première et troisième parties, mais des données quantitatives établies à partir d'une grille de cotation standardisée pour la seconde partie (Kielhofner, Mallinson, Forsyth et Lai, 2001).

La première partie de l'OPHI-II consiste en une entrevue semi-structurée abordant les thématiques suivantes : le choix des activités, les événements de la vie, la routine quotidienne et les soins personnels, les rôles occupationnels et les comportements occupationnels. C'est cette partie qui a été utilisée dans le cadre de cette étude, particulièrement en ce qui a trait aux routines.

Les données offrent un aperçu de l'importance que revêt l'exercice et du niveau de satisfaction de chaque client quant à son quotidien.

5.3.2.4. *L'inventaire de l'équilibre de vie*

L'outil IÉV, quant à lui, a contribué à documenter l'équilibre occupationnel vie. Cet outil est un questionnaire autoadministré fondé sur le modèle conceptuel ergothérapique de l'équilibre de vie. Élaboré par Kathleen Matuska, l'IÉV offre un aperçu de l'équilibre de vie basé sur la

congruence entre les activités quotidiennes du client et celles qu'il souhaiterait accomplir en fonction du temps qui lui est accordé (Matuska, 2012). De plus, Hakansson et Matuska (2010) ont pu démontrer dans leur étude que l'outil avait une cohérence interne et une validité de contenu acceptable. L'IÉV comporte une première section dans laquelle la personne indique, parmi les 53 activités proposées, celles qu'elle souhaiterait faire. Ensuite, la personne doit indiquer si le temps consacré à chacune des activités retenues au cours du dernier mois correspond au temps qu'elle souhaitait leur consacrer, à partir d'une échelle de cotation à trois niveaux allant de la cote 1 « toujours moins que je voudrais » à la cote 3 « autant ou près de ce que je voudrais ». Les données quantitatives recueillies à partir des cotes attribuées à travers les quatre dimensions du modèle indiquent si les activités permettent : (1) de satisfaire les besoins de base pour la santé et sécurité ; (2) d'avoir des relations satisfaisantes ; (3) de se sentir engagé, mis au défi, et compétent ; (4) de donner un sens et une identité personnelle positive (Traduction de Larivière et coll., dans Matuska, 2010).

5.3.2.5. *L'Occupational Self Assessment*

L'OSA, un questionnaire autoadministré standardisé développé à partir du modèle MOH et de la pratique centrée sur le client, a servi en partie à documenter l'équilibre occupationnel. Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer et Wolenski (2006) démontrent que l'outil a une bonne validité interne et une sensibilité capable de distinguer les personnes selon les différents construits qui le composent. L'outil est divisé en trois parties comprenant chacune deux sections : « le MOI » et « Mon environnement ». Les 21 questions de la section « le MOI » sont basées sur les concepts de la volition, de l'habituatation et de la capacité de rendement, tandis que les huit questions de la section « Mon environnement » couvrent l'environnement du modèle. La troisième partie demande à la personne de sélectionner, à partir d'une liste d'énoncés, les éléments qu'elle aimerait changer à sa routine quotidienne. Les résultats issus des trois sections ont été considérés pour l'étude.

5.3.3. **Sélection des outils utilisés selon chacune des variables étudiées**

5.3.3.1. *La participation à l'occupation « pratique de l'exercice physique »*

La perception de la participation à l'exercice physique est la variable majeure de ce projet. Elle a été documentée à l'aide de questions provenant de l'ensemble des outils, entre autres,

l'intervenant de poche, la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive l'OPHI-II, l'OSA et l'inventaire de l'équilibre de vie. L'habitation, qui peut également être abordée comme la routine d'une personne au quotidien, a été documentée de la même manière étant donné qu'il s'agit d'un sous-concept qui transparait indirectement dans chacun des concepts utilisés pour explorer la participation occupationnelle. Pour ces raisons, l'habitation ne comporte pas de section qui l'examine isolément.

5.3.3.2. *La volition*

Cette variable traite à la fois de plusieurs sous-concepts, entre autres ; les valeurs, le sentiment de compétence, les déterminants personnels et l'intérêt, qui ont pu être couverts à partir des outils suivants : l'intervenant de poche, la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive, l'OPHI-II et l'OSA.

Comme décrit plus haut, la section traitant de l'occupation dans l'intervenant de poche a été la principale source ayant servi à examiner les nombreux aspects de la volition. Dans la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive, la section sur les motifs de pratique a documenté ce qui motivait les sujets à la pratique d'exercice.

Les données de la première partie de l'OSA ont permis d'évaluer la perception des sujets quant à leurs sentiments de compétence occupationnelle et leurs déterminants personnels. C'est à partir d'une échelle de cotation ordinale à quatre niveaux allant de « je le fais avec beaucoup de difficulté » à « je le fais très bien » qu'il a été possible de documenter ces variables. La deuxième partie a contribué à évaluer la perception de l'importance, c'est-à-dire les valeurs, accordées à différentes habitudes de vie et à l'environnement. Cette partie est également cotée à partir d'une échelle ordinale à quatre niveaux, allant de « pas très important » à « extrêmement important » (Kielhofner, Forsyth, Kramer, et Iyenger, 2009). L'importance ressortant des cotes attribuées a également mis en évidence les centres d'intérêt de la personne dans les divers énoncés proposés. L'outil permet donc de connaître la perception de la personne quant à son fonctionnement et à son adaptation occupationnelle, par une estimation de ses compétences et de l'importance qu'elle

accorde à différentes occupations quotidiennes et à son environnement (Kielhofner, Forsyth, Kramer, et Iyenger, 2009 ; Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer, et Wolenski, 2006).

La volition et ses sous-concepts ont aussi été documentés par l'OPHI-II. En effet, le sous-concept des valeurs soit l'importance accordée aux occupations quotidiennes est documenté dans les questions « Quelles sont les choses les plus importantes dans votre routine ? » et « Quelle est la chose la plus importante à conserver dans votre routine actuelle ? ». La question « Qu'est-ce qui vous déplaît de votre routine ? » nous indique leur satisfaction actuelle quant à leur routine quotidienne.

5.3.3.1. L'équilibre occupationnel

En ce qui a trait à l'équilibre occupationnel, plusieurs outils ont contribué à l'évaluer, entre autres à partir des réponses à la question « Êtes-vous satisfait de votre routine quotidienne actuelle ? » à l'OPHI-II et l'intégralité à l'inventaire de l'équilibre de vie (IÉV).

5.4. Analyse des données

Pour les données qualitatives, une analyse de contenu a été utilisée selon les grands concepts étudiés, puis chacune d'elle a été sous catégorisée. Pour les données quantitatives, le des graphiques ont été réalisé. Tous les participants ont rempli chacun des outils ou des sections ciblées au complet. L'ensemble des données ont été collectées et analysées aux fins de l'étude.

5.4.1. Données qualitatives

Il a d'abord été réalisé une transcription des verbatim tirés de la section « routine quotidienne » du questionnaire d'entrevue de l'OPHI-II, de l'intervenant de poche et de la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive. Ensuite, les verbatim ont été regroupés par participant de manière à faire émerger les thématiques associées aux variables étudiées. Les données traitant des concepts et thématiques étudiés ont été identifiées à l'aide d'un code de couleurs. Puis, pour chacun des cas, ces données ont été regroupées en catégories selon les concepts du cadre conceptuel et de l'équilibre occupationnel. Enfin les données de chaque participant ont été transcrites dans des tableaux (document Word). Par ces tableaux, il a été

possible de créer un profil pour chacun des participants. Les éléments obtenus de l'ensemble des profils ont été affichés visuellement sur des cartes heuristiques permettant de mieux faire ressortir les caractéristiques et les répercussions communes et distinctes associées au phénomène d'EPE de chacun des cas. Enfin, un tableau synthèse a été conçu regroupant les éléments propre à chacun des concepts étudiés.

5.4.2. Données quantitatives

Les données quantitatives obtenues aux différents outils ont été compilées dans le logiciel Excel et converties en graphiques au moyen du chiffrier Excel pour chaque cas puis pour le groupe.

5.4.2.1. Intégration des données quantitatives

À la suite de cette conversion, une analyse visuelle a permis de faire ressortir la tendance selon chacun des sous-groupes de TCA. Une synthèse a été effectuée par la suite afin de dégager l'existence ou non de tendances, similitudes ou différences. Ces données ont également été mises en parallèle avec les données qualitatives.

5.5. Considérations éthiques

Le formulaire de consentement et de confidentialité ont été complété préalablement, dans le but d'assurer l'accès à la documentation du laboratoire Pi-Loricorps. De plus, chaque client ayant participé au programme avait signé un formulaire de consentement autorisant l'utilisation de ses données aux fins de projets de recherche. La consultation des dossiers a eu lieu, tout au long du processus, dans le local de recherche du Pi-Loricorps. Pour assurer la confidentialité et la protection de l'information transcrite dans les documents Word et Excel, des dossiers protégés par mot de passe ont été créés. Notons aussi que la directrice de maîtrise de l'essai assignée à l'étudiante responsable du projet de recherche pouvait prendre connaissance des données recueillies issues du contenu des dossiers lors des rencontres individuelles à son bureau à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données de l'étude seront détruites aux moments déterminés selon la procédure du laboratoire Pi-Loricorps.

6. RÉSULTATS

Cette section vise à répondre au but de la recherche. Elle donnera d'abord les caractéristiques sociodémographiques des participants suivies par chacune des variables choisies de manière à présenter la perception des sujets à propos de leur participation occupationnelle.

6.1. Description des participants

Le tableau 2 offre une description des sujets selon plusieurs caractéristiques propres à chacun d'eux. Par souci de confidentialité, la profession des sujets ne figure pas dans le tableau.

Tableau 2.
Caractéristiques des sujets

Cas	Sexe	Âge	État civil	Dx	Caractéristique du TCA	Niveau EPE	Autres problématiques autorapportées	IMC
1	F	30	Conjointe de fait	B	CCI : jeûne/exercice vomissement/laxatif	Modéré	Alcoolisme Dépression	28,2
2	F	35	Célibataire	B	CCI : exercice	Élevé	Aménorrhée	24,3
3	F	23	Célibataire	B	CCI : jeûne/exercice	Élevé	Symptômes dépressifs TDAH	20,4
4	F	32	Conjointe de fait	B	CCI : vomissement/laxatif/exercice	Élevé	Dépression, TOC, TAG	23,4
5*	F	36	Conjointe de fait	HB	Pas de CCI	Faible	Dépression/ Anxiété/SSPT	42,8
6	F	17	Célibataire	AN	CCI : jeûne/exercice	Élevé	TDAH Syndrome Raynaud	30,1
7	H	52	Conjoint de fait	B	CCI : exercice	Élevé	TDAH	29,8
8	F	38	Conjoint de fait	B	CCI : exercice	Élevé	Trouble d'anxiété, TPL	30,0
9*	H	50	Célibataire	HB	Pas de CCI	Faible	Anxiété	38,7

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

HB : Hyperphagie boulimique

En gras = Trouble d'anorexie nerveuse (AN)

B : Boulimie

Cas EPE modéré

H : Homme

F : Femme

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention

TPL : Trouble de personnalité limite

TOC : Trouble obsessionnel-compulsif

TAG : Trouble d'anxiété généralisé

SSPT : Symptôme stress post-traumatique

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Dx : diagnostic

IMC : Indice de masse corporelle (voir annexe B)

Dans la présente étude, les cas 1, 2, 3, 4, 7 et 8 sont rencontrés en thérapie pour un trouble de boulimie, les cas 5* et 9*, pour l'hyperphagie boulimique, et le cas **6**, pour un trouble d'anorexie mentale. De plus, plusieurs cas ont rapporté différentes problématiques en plus de leur TCA. L'indice de masse corporelle (IMC) a également été ajouté pour compléter la description des sujets au plan physique.

6.1.1. Niveau de participation à la pratique d'exercice selon les critères quantitatifs

Les caractéristiques répondant aux critères quantitatifs et qualitatifs ont été documentées à partir des réponses à la Fiche de renseignements de la pratique sportive et physique puis à partir de l'analyse des thématiques émergentes des verbatim issus de l'intervenant de poche et de l'OPHI-II. À partir de la synthèse des résultats, il a été possible de catégoriser les sujets selon leur niveau de pratique d'exercice physique. Le tableau 3 ci-dessous indique comment s'inscrit la pratique d'exercice dans le quotidien en présentant le type d'activités physiques, la durée et la fréquence.

Tableau 3.
Caractéristiques de la pratique d'exercice des participants

Cas	<u>1</u>	2	3	4	5*	6	7	8	9*
Activités pratiquées	Marche Zumba Entraînement en salle	Crossfit Spinning Course Bateau dragon Hiking Hot yoga Marche	Entraînement Beach body et en salle Course Bateau dragon Musculature Judo	Tennis Entraînement en salle Course Bateau dragon	Volley-ball Entraînement Beachbody Marche Gym Randonnée Ski de fond Raquette	Course Entraînement	Natation Jogging Vélo	Spinning Jogging Aérobic boot camp Yoga Entraînement en salle Musculature	Club de marche
Heure/Jour	30 min et plus	1 h et plus	2 h et plus	1 à 2 h	Environ 1 h	30 min et plus	1 h et plus	1 h et plus	15 min à 1 h
Jour/Semaine	4 x ou +	7 x	7 x	7 x	3 x	7 x	6 x	7 x	2 x

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

HB : hyperphagie boulimique

En gras = trouble d'anorexie

Cas EPE modéré

Or, la pratique poursuivie cinq jours et plus par semaine et le besoin de s'y adonner pour une durée minimale de 60 minutes démontrent un EPE de niveau élevé chez les sujets (2, 3, 4, 7

et 8). Les sujets 4 et 6 répondent à un des deux critères attendus quant à la fréquence et la durée, mais les données rapportées indiquent que la pratique atteint parfois les barèmes attendus. Pour les sujets 5* et 9*, l'exercice s'inscrit de façon occasionnelle (1 à 3 fois semaine) dans leur quotidien et la durée rapportée est rarement supérieure à une heure.

6.1.1.1. Intensité de la pratique d'exercice physique

Pour ce qui est du critère portant sur l'intensité de la pratique, la majorité des sujets, excepté les cas 5* et 9*, ont dit s'adonner à la pratique d'exercice même en étant blessés ou malades, comme l'illustrent les verbatim du tableau 4 présentant les réponses aux questions de la Fiche de renseignement de l'activité physique et sportive : *Pratiquez-vous des activités sportives ou physiques lorsque vous êtes blessé ou malade ?* et *Vous entraînez-vous de la même façon lorsque vous êtes blessé ou malade ?*

Tableau 4.
Caractéristiques quant à l'intensité de la pratique d'exercice chez les sujets

Cas	Pratiquez-vous des activités sportives ou physiques lorsque vous êtes blessé ou malade ?	Vous entraînez-vous de la même façon lorsque vous êtes blessé ou malade ?
1	« Oui, je le ferais quand même [...] je vais aller marcher pour la perte de poids, rien ne va me l'empêcher »	Aucune réponse
2	« je continue, car j'ai peur de prendre du poids »	« je diminue l'intensité pour donner du repos, mais je dois m'entraîner quand même [...] je change les mouvements pour l'équivalent »
3	« oui »	« je saute sur un pied et je continue ma musculation [...] je ne diminue pas l'intensité »
4	« oui »	« oui »
5*	« non »	« non »
6	« oui [...] peu importe la blessure »	« oui »
7	« oui »	« lorsque j'ai eu ma tendinite et mon tendon d'Achille, j'ai arrêté le jogging et je fais du vélo et de la nage à plus faible intensité »
8	« oui »	« j'adapte le sport ou je prends plus d'anti douleurs »
9*	« non »	« non »

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

HB : hyperphagie boulimique

En gras = trouble d'anorexie

Cas EPE modéré

6.1.1. Niveau de participation à la pratique d'exercice selon les critères qualitatifs

L'analyse thématique découlant des thèmes émergents de verbatim issus de l'intervenant de poche, de la section portant sur la pratique d'exercice et de la section portant sur la description d'une journée type de semaine et de fin de semaine de l'OPHI-II a également permis de mettre en lumière les caractéristiques des sujets répondant aux critères qualitatifs suivants :

- Présence d'une pratique d'exercice répondant au désir de brûler des calories pour contrôler son poids ou son image corporelle ;
- Présence d'une routine rigide ou d'une priorisation de l'exercice interférent avec d'autres activités ;
- Présence de réactions négatives, lorsqu'il y a impossibilité de s'adonner à la pratique d'exercice ;
- Présence d'une attitude d'obligation ou d'un besoin de s'adonner à la pratique d'exercice.

Le tableau ci-dessous permet d'illustrer les sujets qui s'adonnent à l'exercice pour une raison de perte de poids, qui est l'un des choix de réponses proposées à la question « Pour quelle raison pratiquez-vous cette(s) activité(s) physique(s) et sportive(s) ? », de la Fiche de renseignement sur l'activité physique et sportive. Ainsi, il sera possible de compléter la documentation quant au critère qualitatif obligatoire, soit la présence d'une pratique d'exercice répondant au désir de brûler des calories pour contrôler son poids ou son image corporelle.

Tableau 5.
Catégorisation selon les critères qualitatifs

Critères qualitatifs	<u>1</u>	2	3	4	5*	6	7	8	9*
1. Présence d'une pratique d'exercice fait dans le but de brûler des calories pour contrôler son poids ou son image corporelle	X	X	X	X		X	X	X	
2. Présence d'une routine rigide ou d'une priorisation de l'exercice interférent avec d'autres activités	X		X			X		X	
3. Présence de réactions négatives lorsqu'il y a impossibilité de s'adonner à la pratique d'exercice (ex : culpabilité, anxiété, déstabilisé, perception de soi diminuée)	X		X			X		X	
4. Présence d'une attitude d'obligation ou d'un besoin de s'adonner à la pratique d'exercice	X		X	X		X	X	X	

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.1.2. Synthèses des niveaux d'EPE attribués aux sujets selon les critères établis

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous font ressortir que six des neuf cas étudiés (2, 3, 4, **6**, 7 et 8), répondent aux trois critères quantitatifs, au critère qualitatif obligatoire (critère 4) ainsi qu'à au moins un des autres critères qualitatifs nécessaires pour être catégorisés comme ayant un niveau EPE élevé. Malgré que le sujet 1 réponde aux critères qualitatifs, l'atteinte d'un seul des critères quantitatifs ne permet pas de le considérer comme ayant un EPE élevé. Il sera donc considéré comme ayant un EPE modéré. Par ailleurs, le tableau permet de voir, chez les sujets 5* et 9*, l'absence de la quasi-totalité des critères autant qualitatifs que quantitatifs, ils seront donc associés à un EPE faible.

Compte tenu des caractéristiques similaires émergeant des résultats et des verbatim du sujet 1 dans la catégorie d'EPE modéré à celles des sujets dans la catégorie d'EPE élevé, nous inclurons celui-ci dans ce groupe pour le reste du présent travail afin de simplifier la présentation et faciliter la compréhension des résultats.

Tableau 6.
Synthèse des caractéristiques chez les cas selon les critères d'EPE

Caractéristiques		<u>1</u>	2	3	4	5*	6	7	8	9*
Critères quantitatifs	Pratique 5 fois semaine ou plus (fréquence)	4x et +	X	X	X		X	X	X	
	Pratique d'une durée d'au moins une heure (durée)	30 min et +	X	X	X		30 min et +	X	X	
	Poursuite de la pratique d'exercice malgré une blessure ou d'autres complications médicales. (intensité)	X	X	X	X		X	X	X	
Critères qualitatifs	Présence d'une pratique d'exercice fait dans le but de brûler des calories pour contrôler son poids ou son image corporelle	X	X	X	X		X	X	X	
	Présence d'une routine rigide ou d'une priorisation de l'exercice interférent avec d'autres activités	X		X			X		X	
	Présence de réactions négatives lorsqu'il y a impossibilité de s'adonner à la pratique d'exercice	X		X			X		X	
	Présence d'une attitude d'obligation ou d'un besoin de s'adonner à la pratique d'exercice	X		X	X		X	X	X	
Niveau d'EPE		Modéré	Élevé	Élevé	Élevé	Faible	Élevée	Élevé	Élevé	Faible

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2. Perceptions des participants quant à leur participation à la pratique d'exercice

Les concepts du cadre conceptuel basé sur le MOH ainsi que le concept d'équilibre occupationnel ont été ressortis pour obtenir la perception des sujets quant à leur participation à l'exercice physique dans leur routine, leur volition incluant les sous-concepts des valeurs et de leurs sentiments de compétence et enfin leur équilibre occupationnel, tous en lien avec l'occupation qu'est l'exercice. Ces concepts seront donc présentés consécutivement afin d'offrir une meilleure compréhension du phénomène d'EPE vécu par les personnes présentant différents types de TCA.

6.2.1. Perception de l'exercice physique

6.2.1.1. Attitudes et comportements vis-à-vis l'EPE dans la routine quotidienne

Le tableau ci-dessous illustre une synthèse des multiples attitudes et comportements qu'on les sujets par rapport l'EPE dans leur routine quotidienne.

Tableau 7.
Synthèse de la perception vis-à-vis ce que leur apporte l'EPE

Perceptions	<u>1</u>	2	3	4	5*	6	7	8	9*
Attitude positive vis-à-vis l'EPE	X	X	X	X		X	X	X	X
Attitude négative vis-à-vis l'EPE					X				
Offre une structure pour le quotidien	X						X	X	
Sentiment d'accomplissement	X	X	X	X	X				X
Satisfaction proportionnelle à l'effort fourni et l'état de récupération	X		X						
Perception de difficultés dans l'EPE					X				X

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2.2. Aspects volitionnels de la participation occupationnelle

Les raisons ou motivations sous-jacentes à l'engagement dans la pratique d'exercice varient non seulement selon les cas, mais aussi chez un même cas. Le tableau synthèse ci-dessous laisse percevoir que les aspects volitionnels à la pratique d'exercice sont multiples et diversifiés chez un même individu.

Tableau 8.
Synthèse des motivations sous-jacentes à l'EPE

Cas	Gestion des émotions	Échappatoire	Interaction interpersonnelle	Bien-être	Contrôler son poids et son image corporelle	S'accorder du temps pour soi et pour sa santé
1		X		X	X	X
2	X			X	X	X
3		X		X	X	X
4		X		X	X	X
5*	X	X	X	X		X
6					X	
7				X	X	
8				X	X	X
9*	X	X	X	X		X

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2.3. Sous-concepts à la volition : les valeurs et le sentiment de compétence

La section suivante aborde la perception des sujets par rapport à leur valeur et leur sentiment de compétence. Ces sous-concepts sont également des facteurs importants qui entrent en relation avec la volition d'un individu à influencer la participation occupationnelle. Ceux-ci seront abordés consécutivement dans les paragraphes ci-dessous.

6.2.3.1. Niveau d'importance occupationnelle selon l'OSA

Les résultats de l'OSA révèlent la perception de l'importance, soit la valeur, qu'accordent les sujets aux différentes occupations énoncées. La figure 2 présente la moyenne totale obtenue pour l'ensemble des 21 énoncés.

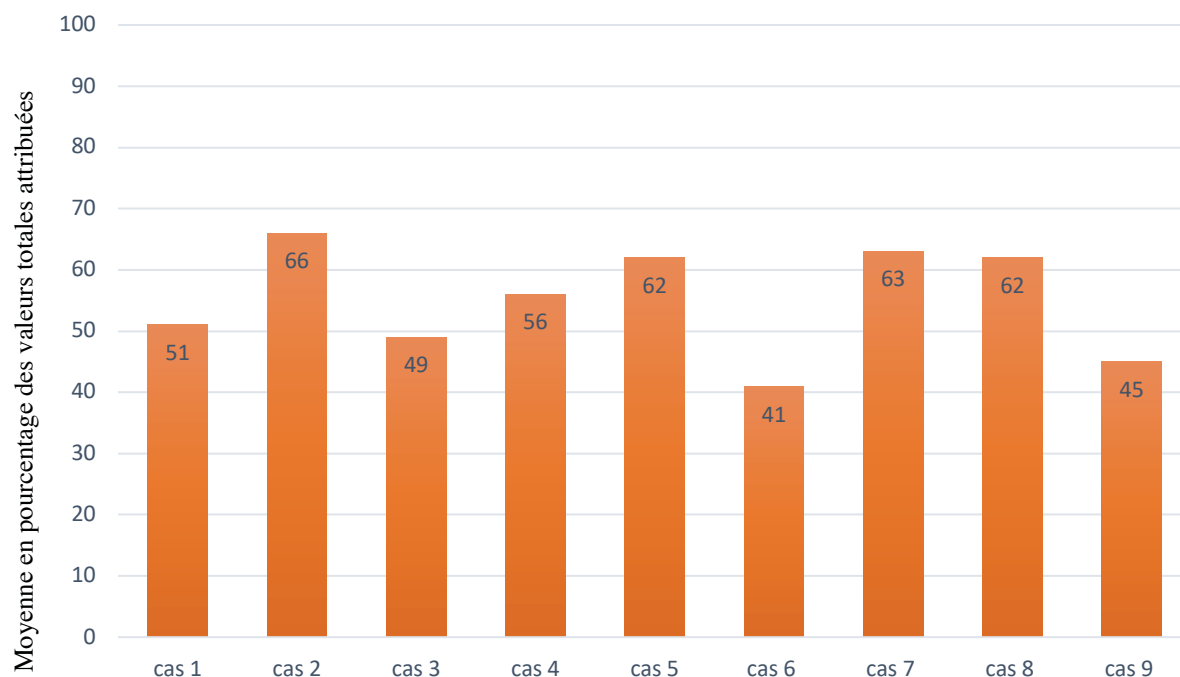


Figure 2. Résultats des scores en pourcentage de l'importance accordée aux occupations selon l'OSA

On constate que le sujet **6 (AN)** est celui pour lequel la moyenne des valeurs accordées aux diverses occupations énoncées dans l'OSA apparaît la plus faible. Cela dit, l'ensemble des sujets démontrent un pourcentage peu élevé, variant entre 41 % et 66 %.

Parmi les 21 occupations énoncées, seules celles rassemblant un minimum de cinq cas par même niveau d'importance ont été prises en compte afin de voir les tendances générales accordées à une même occupation. Le tableau 9 démontre que l'énoncé 2 est celui qui rassemble le plus de cas pour le niveau d'importance « Extrêmement important » parmi tous les énoncés. L'énoncé 4 démontre que plus de la moitié des sujets accordent un niveau « très important » au fait de prendre soin d'eux. Puis, les réponses à l'énoncé 17 illustrent que la majorité des sujets perçoivent comme « très important » d'exercer des activités qu'ils aiment.

Tableau 9.
Occupations perçues comme importantes selon l'OSA

<i>Occupations</i>	<i>Pas très important</i>	<i>Important</i>	<i>Très important</i>	<i>Extrêmement important</i>
Accomplir physiquement ce que je dois faire (énoncé 2)	6	8 et 9*	<u>1</u>	2, 3, 4, 5* et 7
Prendre soin de moi (énoncé 4)	<u>1</u>	4 et 6	2, 3, 7, 8 et 9 *	5*
Exercer des activités que j'aime (énoncé 17)		6	<u>1</u> , 2, 3, 5*, 7, 8 et 9*	4

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2.3.1. Niveau d'importance de l'occupation selon l'OPHI-II

À l'OPHI-II, dans la section routine quotidienne, la question *Si vous aviez une très bonne journée, quelle serait-elle ?* et la question *Si vous aviez une très mauvaise journée, quelle serait-elle ?*, ont été retenues.

Tableau 10.
Occupations importantes dans la routine selon l'OPHI-II

Cas	Quelle est la chose la plus importante à conserver dans votre routine actuelle ?	Quelles sont les choses les plus importantes dans votre routine ?
<u>1</u>	Travailler et bouger « Lors de mon arrêt de travail, je me trouvais inutile »	Pas manger Rentrer dans mon nombre de calories Pas penser que j'ai pris du poids
2	Entraînement « L'entraînement est l'un des éléments les plus importants de ma routine »	Entraînement, avoir contrôle de ce que je mange
3	Entraînement	Sommeil et entraînement
4	Sport	(Pas de réponse)
5*	Sommeil	Sommeil Prendre du temps en famille et aller dehors
6	Entraînement	S'entraîner, dormir et être en famille
7	Entraînement au moins 4 x semaine 1 h	(Pas de réponse)
8	Travail	Manger, bouger et travailler
9*	Marche, rester actif, question de vie ou de mort	Sexualité, loisirs, travail qui organise sa vie et rapporte des sous

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

Dans le même ordre d'idée, le tableau 10 démontre la signifiante de la pratique d'exercice, entre autres par la redondance chez tous les sujets des réponses « de bouger, faire du sport ou s'entraîner », sauf pour le cas 5*. Quatre autres éléments jugés importants dans leur quotidien ont été rapportés chez deux sujets ou plus : l'importance de conserver un contrôle sur leur alimentation ; avoir un bon sommeil ; passer du temps en famille ; et le travail. Ce dernier élément ressort comme une occupation contribuant à leur offrir valorisation et sentiment d'accomplissement. Enfin, le cas 9* rapporte que la sexualité est quelque chose d'important.

6.2.3.2. *Changements auxquels les sujets accordent une importance selon l'OSA*

Les réponses à la section « ce que j'aimerais changer » de l'OSA, au tableau ci-dessous, mettent en lumière la perception qu'ont les sujets par rapport aux changements qu'ils souhaiteraient apporter dans leur quotidien selon les 21 occupations proposées à l'OSA. Parmi les 21 occupations énoncées, seules celles rassemblant plus de quatre sujets ont été conservées de manière à faire ressortir les principales tendances.

Tableau 11.
Changements souhaités selon les énoncés à l'OSA

Cas	Prendre soin de moi (énoncé 4)	Avoir une routine satisfaisante (énoncé 14)	M'exprimer avec mon entourage (énoncé 9)	Avoir des occasions de faire des choses que j'aime et que je valorise (énoncé 7)
<u>1</u>	X	X	X	X
2	X		X	X
3	X	X	X	
4				X
5*	X			X
6		X		
7	X			
8		X	X	
9*	X	X		

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

Le changement souhaité, commun au plan occupationnel chez le plus de cas, concerne l'énoncé « Prendre soin de moi ». Ensuite, l'énoncé « avoir une routine satisfaisante » est le second ressortant comme un changement important. Enfin, quatre cas souhaiteraient davantage s'exprimer avec leur entourage et avoir des occasions de faire des choses qu'ils aiment et valorisent.

6.2.3.1. Changements auxquels les cas accordent une importance selon l'OPHI-II

En ce sens, la question *Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre routine actuelle ?* fait aussi ressortir des éléments que les sujets perçoivent comme des éléments importants à changer afin d'être plus satisfaits de leur routine quotidienne.

Tableau 12.
Changements souhaités à la routine actuelle selon l'OPHI-II

Cas	Qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre routine actuelle ?	Thèmes émergents
1	« Ne pas se sentir mal à chaque fois que je mange »	Avoir une relation plus saine avec la nourriture
2	« J'aimerais me laisser aller, me faire confiance dans ce que j'entreprends [...] être hyper structuré et d'avoir une volonté de ne pas aller dans l'excès, mais de me permettre »	Avoir une meilleure confiance en soi Avoir une relation plus saine avec la nourriture
3	« Je voudrais être capable de me faire à manger sans compter toutes les calories »	Avoir une relation plus saine avec la nourriture
4	Pas de réponse	Pas de réponse
5*	« Gagner de l'énergie »	Avoir une meilleure condition physique
6	« Avoir plus de concentration [...] être plus en forme pour réaliser des choses »	Avoir une meilleure condition physique
7	« Être plus métronome dans mon alimentation, prendre des collations [...] manger à des heures fixes »	Avoir une relation plus saine avec la nourriture
8	« Changer mon regard et ma relation face à la nourriture »	Avoir une relation plus saine avec la nourriture
9*	« J'aimerais être moins fragile [...] arrêter de manger »	Avoir une meilleure confiance en soi Avoir une relation plus saine avec la nourriture

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

Les résultats dénotent un désir de changements communs chez les cas 1, 2, 3, 7, 8, 9* quant à leur relation avec la nourriture. Le changement dans la dimension émotionnelle ressort chez les cas 2 et 9*. Les cas 6 et 5* souhaiteraient modifier leur capacité sur le plan physique. Or, aucun des sujets ne souhaite apporter des changements au niveau de sa pratique d'activité physique.

Tableau 13.
Synthèse des changements souhaités selon l'OPHI-II

Cas	Avoir une meilleure confiance en soi	Avoir une relation plus saine avec la nourriture	Avoir une meilleure condition physique
<u>1</u>		X	
2	X	X	
3		X	
4	-	-	-
5*			X
6			X
7		X	
8		X	
9*	X	X	

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2.4. Sentiment de compétence sous-jacent à la participation occupationnelle

Cette section présente les résultats en lien avec le sentiment de compétence, soit la perception de leur capacité de réaliser une occupation.

6.2.4.1. Niveau du sentiment de compétence occupationnelle selon l'OSA

Le graphique ci-dessous illustre la perception qu'ont les sujets de leur compétence à pouvoir réaliser les 21 occupations énoncées à l'OSA de façon à avoir un portrait de la perception qu'ont les sujets de leur niveau de compétence. La moyenne obtenue pour le cas 2 démontre qu'il perçoit avoir le sentiment de compétence pour *très bien faire* ses occupations. Les cas 4, 5*, 7 et 8 perçoivent avoir le sentiment de compétence nécessaire pour *bien faire* les occupations énoncées tandis que les cas 1, 3, **6** et 9* perçoivent *le faire avec quelques difficultés*.

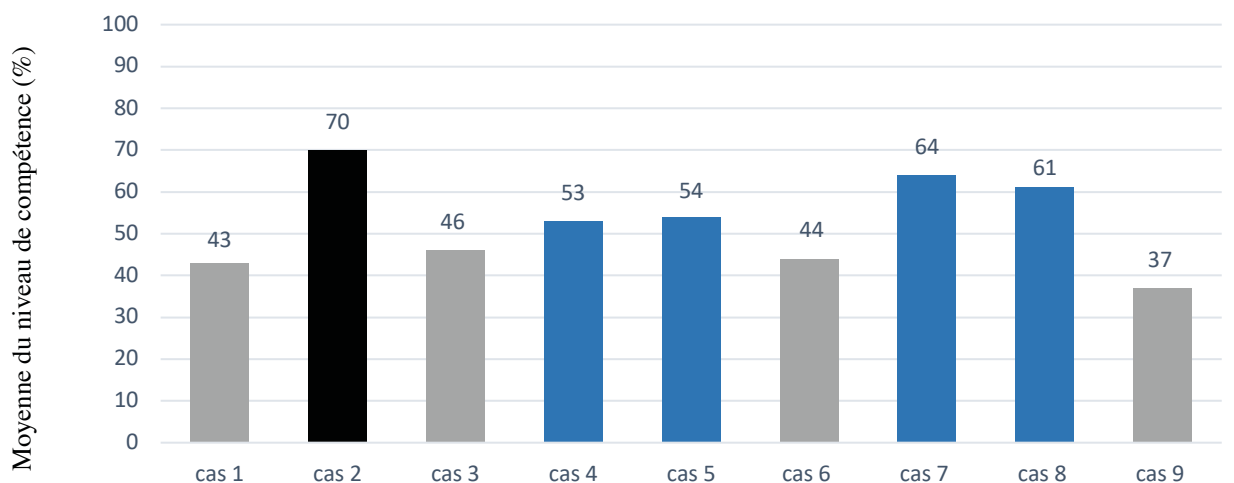


Figure 3. Moyenne du niveau de compétence occupationnelle selon l'ensemble des occupations de l'OSA

0 à 29 % = Je le fais avec beaucoup de difficultés (rayé)

30 à 49 % = Je le fais avec quelques difficultés (gris)

50 à 69 % = Je le fais bien (bleu)

70 à 100 % = Je le fais très bien (noir)

Bien que l'énoncé 2 « Accomplir physiquement ce que je dois faire » ne soit pas abordé spécifiquement à la pratique d'exercice, il est pris en compte afin de savoir, de façon générale à quel niveau de compétence se perçoivent les sujets au plan physique pour ensuite faire un parallèle avec la pratique d'exercice. Les résultats dénotent que la majorité des cas (1, 2, 3, 4, 7 et 8) perçoivent faire bien ou très bien les occupations nécessitant un accomplissement physique. Tous les cas (1, 7, 8, 2, 3, 4) se percevant compétents ont en commun le TCA de type boulimie. Les cas 5*, 9* et 6 présentent un sentiment de compétence moins élevé.

Tableau 14.
Niveau de compétence à l'énoncé 2 à l'OSA

Occupation	Je le fais avec beaucoup de difficulté	Je le fais avec quelques difficultés	Je le fais bien	Je le fais très bien
Accomplir physiquement ce que je dois faire (énoncé 2)	6 et 9*	5*	1, 7 et 8	2, 3 et 4

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.2.5. Équilibre occupationnel

6.2.5.1. L'équilibre occupationnel selon l'inventaire de l'équilibre de vie

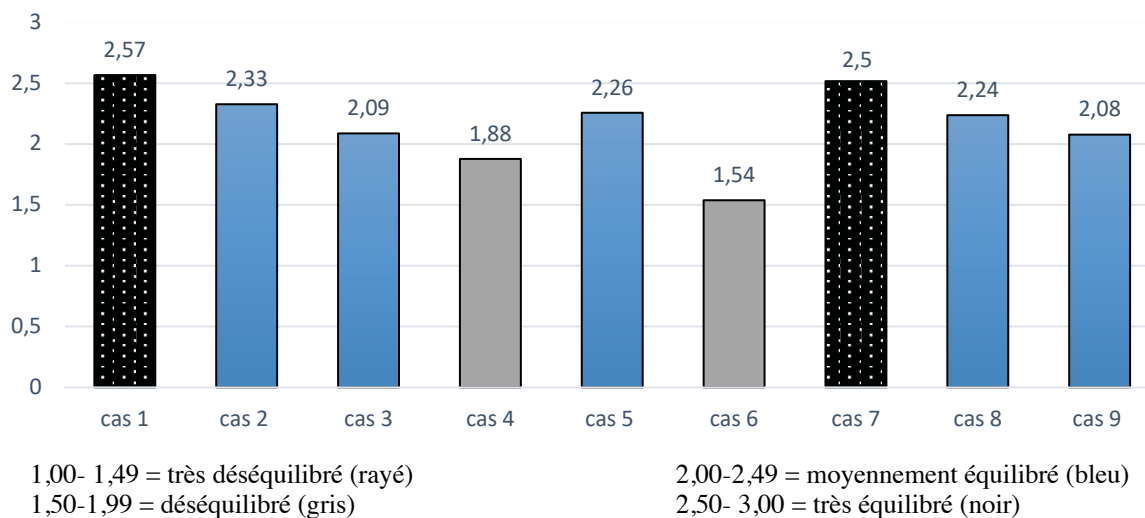


Figure 4. Score total à l'inventaire de l'équilibre de vie

Les résultats globaux obtenus à partir des moyennes des quatre dimensions illustrent que la plupart des sujets (2, 3, 5*, 8 et 9*) sont associés à un niveau d'équilibre de vie moyennement équilibré (2,08-2,33). Seuls les cas 1 et 7 sont associés à un niveau d'équilibre de vie très équilibré (2,50-2,57) tandis que les cas 4 et 6 sont associés à un niveau d'équilibre de vie déséquilibré (1,88-1,54). Pour ce qui touche le niveau d'équilibre de vie selon les différentes dimensions, se reporter au graphique de la figure 5 (voir annexe C).

6.2.5.2. L'équilibre occupationnel selon l'OPHI-II

L'OPHI-II donne aussi une perception de la satisfaction des participants par rapport à leur quotidien. À la question *Êtes-vous satisfait de cette routine ?* les cas 1, 2, 7 et 8 jugent leur routine comme satisfaisante, tandis que les cas 3, 5* 6 et 9* seraient quant à eux moins satisfaits. Le cas 4 n'a pas répondu à cette question. Le tableau ci-dessous illustre une synthèse des résultats obtenue aux deux outils.

Tableau 15.
Synthèse du niveau de satisfaction des cas selon l'OPHI-II et l'IÉV

Cas	Êtes-vous satisfait de cette routine ?	Niveau d'équilibre de vie obtenu selon la moyenne des quatre dimensions
1	Oui	Très équilibré
2	Oui	Moyennement équilibré
3	Non	Moyennement équilibré
4	Pas de réponse	Déséquilibré
5*	Non	Moyennement équilibré
6	Moyen	Déséquilibré
7	Oui	Très équilibré
8	Oui	Moyennement équilibré
9*	Non	Moyennement équilibré

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

6.3. Parallèle entre les sujets selon les différents types de TCA

L'ensemble des résultats obtenus des divers outils consultés laisse percevoir que les cas étudiés présentent des particularités au niveau de leurs caractéristiques personnelles et de leur pratique d'exercice. Celles-ci permettent de faire des parallèles intéressants, particulièrement les TCA de types boulimique et anorexique qui démontrent plusieurs ressemblances.

Tableau 16.
Synthèse des variables étudiées selon les types de TCA

Variables	Pratique d'exercice	Anorexie (6)	Boulimie (1, 2, 3, 4, 7 et 8)	Hyperphagie (5* et 9*)
	Niveau de pratique d'exercice	Élevé	Élevé/modéré	Faible
Participation à l' exercice	Présence des critères quantitatifs soit comportement excessif à l'égard de l'exercice selon l'intensité, la fréquence, ou la durée	X	X	
	Présence du critère obligatoire et au moins d'un autre critère qualitatif	X	X	
	Inclusion de l'exercice dans leur description d'une journée type	X	X	
	Attitude vis-à-vis l'exercice	Positive	Positive	Positive cas 9*/Négative cas 5*
	Sentiment d'accomplissement en lien avec l'EPE	X	X	X
	Perception de difficultés lors de la réalisation d'EPE			X
	L'exercice fait partie de leur routine quotidienne	X	X	
Aspects volitionnels	Éléments les plus importants de la routine	Entraînement sommeil, famille	Travail, entraînement, sommeil, contrôler son alimentation	Travail, famille, sommeil, être actif
	Changements souhaités rassemblant le plus de sujets	Avoir une routine satisfaisante (1, 3, 6, 8, et 9*) Prendre soin de moi (1, 2, 3, 5*, 7 et 9*) Avoir une relation plus saine avec la nourriture (1, 2, 3, 7, 8 et 9*)		
Valeur	L'EPE est inclus dans la description d'une journée type	X	X	
Sentiment de compétence	Accomplir physiquement ce que je dois faire	Je le fais avec beaucoup de difficulté (9*)	Je le fais bien (1, 7 et 8)/très bien (2, 3 et 4)	Je le fais avec quelques difficultés (5*)/beaucoup de difficulté (9*)
Équilibre de vie	Niveau d'équilibre de vie (IÉV)	Déséquilibré	Très à équilibré à déséquilibré	Moyennement équilibré
	Satisfaction de la routine (OPHI-II)	Moyen	Oui	Non

*Cas ayant un degré de pratique d'exercice faible et HB

En gras = trouble d'anorexie

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

Cas EPE modéré

7. DISCUSSION

Cette section fait d'abord état des résultats qui permettent de répondre à l'objectif de la recherche, à savoir explorer la perception de la participation occupationnelle chez des sujets vivant avec un TCA et s'adonnant à l'EPE. Les résultats seront donc abordés à partir des variables ayant contribué à les examiner, soit : la participation à l'exercice, la volition et l'équilibre de vie. Il sera aussi abordé le potentiel des outils, la pratique excessive sous l'angle de la dépendance, le potentiel de l'ergothérapie auprès de cette clientèle et enfin une synthèse découlant des variables étudiées. Nous exposerons enfin les forces et limites.

7.1. Perception de la pratique d'exercice chez les différents types de TCA

Pour la majorité des sujets, l'exercice physique occupe une grande place dans leur quotidien, plus particulièrement chez ceux présentant un trouble de boulimie et d'anorexie. Selon ces résultats, il y aurait possiblement une tendance à s'y engager de manière excessive selon le type de TCA. En effet, chez les sujets présentant un TCA de type boulimie et chez le seul sujet présentant une AN, les résultats nous font entrevoir que les raisons, l'attitude et le comportement vis-à-vis l'engagement à la pratique d'exercice se ressemblent considérablement (voir tableau 18). Chez certains de ces sujets, la satisfaction semble croître en fonction du temps, de la fréquence et de l'intensité à laquelle ils ont pu s'investir dans l'activité, ce qui n'est pas ressorti chez les sujets HB. Ces données sont cohérentes avec celles de Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted et Woodside (1998) qui démontrent également la présence fréquente d'une pratique excessive chez ces types de TCA. Aussi, leur comportement à l'égard de la pratique d'exercice et l'influence de cette occupation sur l'état physique et psychologique s'apparentent étroitement à la place de l'EPE dans le vécu des personnes s'y adonnant, selon Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen, et Hemmingsen (2017). Autrement dit, l'exercice est comme un « engagement quotidien et souvent routinier accompli de façon assidue, voire même obsessive, tel un besoin vital qui laisserait trop peu de temps pour récupérer et entraînerait plusieurs dommages physiques » (voir tableau 6). Par ailleurs, les résultats qui démontrent le faible niveau d'EPE identifié chez les personnes ayant un TCA de type HB laissent présager que les motifs derrière la pratique d'exercice sont davantage variés et non axés sur la perte de poids et l'image corporelle. La pratique d'exercice n'apparaît pas comme

étant un moyen de desservir le TCA, ce qui fait sens étant donné que ce type de TCA ne présente majoritairement pas de CCI. Ce qui peut être expliqué par le fait que bien qu'ils présentent une insatisfaction corporelle, ceux-ci ne présentent pas de distorsion corporelle et une peur de prendre du poids tel que les TCA de types BN et AM (APA, 2015).

7.1.1. Participation à l'exercice

7.1.1.1. Avantages perçus quant à la pratique d'exercices physiques

Il apparaît évident que la poursuite de l'EPE est influencée par les nombreux avantages énoncés par les sujets et par l'absence de répercussions négatives qu'ils associent à cet investissement sur leur rétablissement. En ce sens, cela laisse présager l'EPE ne leur apparaît pas comme étant un symptôme du TCA. Corroborant ces résultats, Yildiz et coll. (2017) démontrent que les personnes pratiquant de façon excessive l'exercice surestiment leur état de santé général. Ces résultats indiquent qu'il serait important de démystifier les raisons pour lesquelles les sujets entretiennent l'EPE afin qu'ils puissent prendre conscience de l'influence réelle de leur pratique sur leur santé. Les perceptions des sujets laissent entrevoir que l'exercice apparaît comme un moyen de ressentir un sentiment d'accomplissement. Cela pourrait s'expliquer par le sentiment de contrôle qu'ils retrouvent dans l'EPE, notamment en choisissant la durée, l'intensité, le moment, le type d'activité physique et les collègues d'entraînement. Ainsi, ces choix quant à leur activité peuvent devenir des moyens de se réapproprier ce sentiment de contrôle comme plusieurs le souhaitent. Cela pourrait indiquer que la perte de contrôle associée à l'alimentation a un impact important au niveau de leur satisfaction au quotidien.

7.1.1.2. Non-reconnaissance de la problématique de l'EPE

La présence des participants au sein d'un programme de rétablissement, tel le programme Pi-Loricorps, laisse croire que ceux-ci souhaitent se rétablir de leur TCA. Cependant, selon les comportements et attitudes des sujets à l'égard de la pratique d'exercice, il semblerait que les personnes ayant une pratique excessive s'en servent aussi à titre de CCI et conséquemment ne souhaitent pas ni ne voient l'intérêt de la restreindre, entre autres, par peur de prendre du poids. Ce désir de poursuivre la pratique d'exercice au détriment de la santé laisse présager que cette occupation risque de freiner leur rétablissement. La pratique excessive d'exercice représente peut-être un moyen d'augmenter leur sentiment de compétence en dépit du fait que ce comportement

fait obstacle à leur rétablissement. Cependant, l'adaptation occupationnelle reste problématique en soi vu la présence constante d'un CCI faisant obstacle à leur rétablissement et à leur identité occupationnelle.

7.1.2. La volition à l'égard de la pratique d'exercice

Au niveau de la volition, les résultats ont montré que les sujets basaient la pratique d'exercice sur plusieurs motifs (voir tableau 8). Particulièrement, leur assiduité à participer quotidiennement à cette activité est pour plusieurs d'entre eux motivée par le désir de brûler des calories. Cela est cohérent avec les résultats de Valleur et Véléa (2002) qui font état du besoin irrépressible de s'adonner quotidiennement à la pratique d'exercice pour satisfaire un désir d'obtenir des transformations corporelles. Cela pourrait expliquer l'instauration et le maintien d'une pratique rigide. Comme le rapportent Berczik et collaborateurs (2012, p. 411) « *the person involved has to do it as opposed to wants to do it* », le bien-être subséquent à l'exercice pourrait les amener à vouloir en faire toujours plus malgré le sentiment d'obligation et le manque de plaisir à s'y adonner.

Par ailleurs, il ressort que l'atténuation des émotions trop fortes, l'évacuation des pensées anxieuses et le temps réservé à prendre soin de soi survenant lors de la pratique d'activités physiques représentent des facteurs positifs recherchés par les sujets. Notons aussi que la majorité des sujets poursuivaient cette occupation pour le bien-être qu'elle leur procure, excepté le sujet ayant une AN. Ce point a aussi été soulevé dans l'étude de Wasmuth, Crabtree et Scott (2014) qui explique que l'entraînement peut servir à combler un vide affectif ou à se changer les pensées. Les cas 5* et 9* qui ne pratiquent pas de façon excessive rapportent quant à eux faire des activités entre autres pour avoir des interactions sociales (voir tableau 8). Les sujets EPE sévères préfèrent s'entraîner seul afin de répondre à leur besoin de pratique excessive ce qui peut expliquer que l'aspect social de l'activité ne soit pas valorisé. Ainsi, selon les motivations, le type de pratique semble différent, par exemple, des sports de groupe ou des activités en famille répondraient à des besoins sociaux de certains des participants tandis que l'accomplissement en solitaire d'exercices de haute intensité serait davantage motivé par le désir de brûler des calories pour d'autres participants. Par ailleurs, dans leur étude, Bamber, Cockerill, Rodgers et Carroll (2003) présentent des thématiques similaires à celles rapportées dans cette recherche en ce qui a trait aux motifs sous-

jacents à la pratique d'exercice, par exemple, le désir de performance, le contrôle du poids, la santé physique, l'opportunité de socialiser, le besoin d'être actif, le besoin de répondre à une compulsion, de se sentir efficace physiquement, l'autopunition et l'usage en tant que régulateur émotionnel (voir tableau 8).

7.1.2.1. Au niveau des valeurs

L'OPHI-II révèle que l'ensemble des sujets ayant un EPE élevé accordent une importance à l'EPE dans leur routine quotidienne. En effet, ces sujets ont intégré l'exercice physique dans leur description d'une journée idéale et, conséquemment, ont mentionné que l'impossibilité de s'y adonner représentait un aspect contribuant à une mauvaise journée. Il est aussi intéressant de constater que l'ensemble des sujets ayant un EPE élevé ont mentionné que bouger ou s'entraîner était ce qu'il y avait de plus important à conserver dans leur routine.

La pratique d'exercice physique n'est pas ressortie comme étant une activité à laquelle les sujets s'adonnaient pour le plaisir, mais plutôt pour laquelle ils accordent une place importance dans leur quotidien. Par ailleurs, le sujet **6 (AN)** est le sujet ayant accordé un niveau d'importance plus bas à la majorité des occupations énoncées à l'OSA, lui donnant la moyenne la plus faible parmi tous les sujets. Cela suggère qu'il accorde peu d'importance aux occupations proposées dans l'OSA. Ajoutons à ce fait qu'il est également le seul sujet à n'avoir rapporté qu'une seule source de motivation à réaliser l'EPE, soit le contrôle du poids et de l'image corporelle. Cela pourrait laisser présager qu'aucune des occupations de l'OSA permettraient de répondre à son désir d'agir pour satisfaire son besoin de contrôler son poids et son image corporelle.

Par ailleurs, l'intervenant de poche met particulièrement en évidence l'importance attribuée à l'image de soi et au regard des autres. Les verbatim laissent clairement percevoir que tous les sujets ont tendance à orienter leurs actions en fonction de l'image de soi et du regard des autres ce qui est également congruent avec l'étude de Purper-Ouakil et coll. (2002). En ce sens, lorsqu'il est question de changement au plan occupationnel, la majorité des sujets aimeraient davantage prendre soin d'eux et être satisfaits de leur routine (voir tableau 11). Quant aux changements par rapport à leur routine actuelle, ceux-ci étaient davantage axés sur le fait de contrôler leur alimentation. Les

réponses de plus de la moitié des sujets portaient sur le désir de vivre une relation plus saine avec la nourriture (voir tableau 13). Cela laisse croire qu'ils ont un regard davantage critique par rapport à leur situation et à leur relation avec l'alimentation qu'en ce qui concerne leur pratique excessive d'exercice.

7.1.2.2. *Au niveau du sentiment de compétence*

Pour ce qui a trait au sentiment de compétence perçu par les sujets à « *Accomplir physiquement ce que je dois faire* », les cas 1, 2, 3, 4, 7 et 8, qui ont en commun un TCA de type boulimie, se sentent compétents (voir tableau 14). Ce sentiment de compétence peut contribuer à expliquer le fait que les sujets retrouvent également le sentiment d'accomplissement et de satisfaction lorsqu'ils pratiquent l'EPE. Donc, il est possible de croire que plus ils s'y adonnent, plus ils voudront répéter l'expérience. À l'opposé, il est possible qu'une perception d'un faible sentiment de compétence éprouvé pour accomplir des activités physiques limite le désir de s'y adonner. En ce sens, le sujet 6 (AN) et les cas 5* et 9* sont les seuls à avoir rapporté des difficultés à cet énoncé. Pour le cas vivant avec un trouble d'anorexie, il est possible que son faible niveau d'énergie, sans doute attribuable aux jeûnes fréquents, contribue au sentiment de ne pas être en mesure d'accomplir physiquement l'activité souhaitée.

Cela dit, la perception qu'ont les sujets de leur sentiment de compétence peut aider à comprendre leur choix occupationnel. Or, l'investissement dans la pratique d'exercice, démontré chez plusieurs sujets comme contribuant à un plus grand sentiment de compétence, pourrait expliquer le maintien de cette pratique.

7.1.3. **L'équilibre de vie perçu par les sujets**

Les résultats suggèrent que l'EPE ne semble pas influencer l'équilibre de vie des participants contrairement à ce qu'indiquent Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen et Hemmingsen (2017), qui ont traité la pratique d'exercice physique comme un facteur pouvant influencer l'équilibre de vie. Cet écart entre les résultats obtenus et l'étude pourrait être attribuable au fait que l'importance accordée à l'activité physique engendre une perte d'intérêt pour d'autres occupations. Les sujets seraient donc enclins à percevoir leur équilibre occupationnel comme satisfaisant malgré leur désinvestissement dans les autres sphères occupationnelles pour lesquelles

ils en viennent à perdre l'intérêt. Comme le soulèvent Afflelou et collaborateurs (2004) et Yildiz et collaborateurs (2017), lorsque les sujets ont tendance à percevoir surtout les aspects positifs de leur pratique d'exercice plutôt que les aspects négatifs, ils ne sont pas en mesure d'évaluer avec justesse la place réelle que prend l'exercice dans leur quotidien. Il aurait été intéressant de savoir comment les proches perçoivent l'équilibre de vie des sujets et si l'utilisation de l'horaire occupationnel permettrait d'offrir un portrait encore plus représentatif de leur quotidien.

7.1.3.1. *Discordances des réponses sur l'équilibre de vie, la routine et la satisfaction*

Les résultats des outils laissent percevoir des différences et même des discordances entre les réponses des sujets quant à leur perception de leur équilibre de vie documentée par l'IÉV, la satisfaction à l'égard de leur routine actuelle selon l'OPHI-II et le désir d'avoir une vie satisfaisante à l'OSA. La triangulation des résultats laisse présager que la perception de l'équilibre de vie ne serait pas nécessairement en lien avec la satisfaction qu'éprouve une personne à l'égard de sa routine et qu'un déséquilibre ne suscite pas nécessairement un désir de changement (tableau 15).

Si l'on se réfère au graphique de l'IÉV (figure 4), les cas 1 et 8 ont été associés à un niveau de vie très équilibré, alors qu'à l'OSA, ils ont indiqué *Avoir une routine satisfaisante* à la question *ce que j'aimerais changer* (voir tableau 15). Les résultats à l'IÉV révèlent donc des perceptions différentes de celles obtenues à l'OSA. Les résultats proposent une piste intéressante à approfondir quant aux liens entre un équilibre de vie et la satisfaction d'une routine quotidienne.

7.2. **Potentiel des outils dans l'identification d'EPE**

L'utilisation de la Fiche d'activité physique et sportive, par ses questions concrètes sur la pratique d'exercice, permet de faire ressortir les caractéristiques répondant aux critères quantitatifs d'une pratique d'EPE. Cependant, elle n'a pas donné réponse aux critères qualitatifs de cette étude, inspirés des questions de l'EED. Il a donc fallu recourir à l'intervenant de poche et à l'OPHI-II pour cerner les éléments souhaités. Leurs réponses ouvertes permettent de saisir davantage la perception de l'individu et aussi de documenter les différents angles que prend cette pratique pour eux. La seule utilisation de l'intervenant de poche ou de l'OPHI-II ne semble toutefois pas suffire pour déceler la présence ou non d'une pratique d'EPE. Par ailleurs, bien que les informations issues de l'OSA et de l'IÉV soient intéressantes et documentent différents aspects de leur participation

occupationnelle, elles n'ont pas aidé à déterminer le niveau d'EPE. Cependant, ils offrent une perspective sur les autres domaines occupationnels qui peuvent tout de même être influencés par une pratique d'exercice surinvestie. Or, dans le cadre de cette étude, la Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive, l'intervenant de poche et l'OPHI-II sont les outils ayant été les plus révélateurs pour ce qui est de documenter les différentes perceptions quant à la participation à l'EPE.

Devant ce fait, nous croyons nécessaire de porter une attention particulière au choix des outils de collecte lorsque l'objectif est de déterminer la présence ou non d'une pratique d'exercice excessive. Notons aussi qu'aucun des outils n'aborde concrètement le degré de culpabilité ressenti lorsque la pratique d'exercice ne peut avoir lieu, alors qu'il s'agirait d'un aspect important à documenter dans l'identification d'une pratique excessive. C'est pourquoi, dans cette étude, le critère qualitatif de culpabilité a été élargi à la présence de réactions négatives dans le cas où une personne ne peut s'adonner à la pratique d'exercice.

Tableau 17.
Avantages des outils consultés

OPHI-II	Intervenant de poche	Fiche de renseignements sur l'activité physique et sportive
<ul style="list-style-type: none"> - Permettre de voir le sentiment d'obligation dans laquelle s'inscrit la pratique au quotidien - Connaître l'importance de l'exercice dans sa routine, et les aspects qu'elle aimerait changer - La satisfaction de la personne quant à son quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre de documenter comment se sent la personne quand elle réalise son activité - Comment la personne se perçoit lors de l'activité - Ce que lui apporte l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Donner des indications sur la fréquence, la durée et l'intensité d'exercice physique - Permettre de savoir s'il s'agit d'une obligation, besoin de poursuivre la pratique en cas de blessure ou de maladie

7.3. La pratique d'exercice excessive comme une addiction vue sous l'angle occupationnel

Des auteurs reconnaissent que de nombreux traits de personnalité présents chez les sujets ayant des TCA permettent de les apparenter aux troubles de dépendance (Valleur et Vélé, 2002 ; Purper-Ouakil et coll., 2002). En ce sens, Léonard, Foulon et Guelfi (2005) relèvent dans les TCA des symptômes comparables aux troubles d'usage de substances, allant jusqu'à affirmer la

présence d'une nature addictive dans les TCA. Il serait donc possible de croire que les composantes psychopathologiques des TCA rendent les personnes plus vulnérables à l'apparition de comportements addictifs. Or, un des participants de cette étude présente un antécédent de dépendance (alcool, drogues). Il est donc probable que l'aspect d'addiction et la présence récurrente de l'exercice, en guise de CCI, contribueraient à l'instauration d'une pratique excessive de l'exercice chez cette clientèle (voir tableau 2).

Dans le même ordre d'idée, bien qu'il y ait un fort lien entre les TCA et l'EPE, peu d'études ont exploré les besoins et les interventions liés à la prise en charge d'une pratique d'exercice excessive (Dalle Grave et coll., 2008 ; Léonard, Foulon et Guelfi, 2005). En ce sens, il est intéressant faire un parallèle entre le taux de rechute élevé allant de 30% à 50% durant la première année suivant l'hospitalisation chez la clientèle TCA et le taux de rechute des troubles de dépendance qui s'élèvent à 90 %, étant donné que les comportements de dépendance semblent représenter un obstacle important au rétablissement durable. Ces comportements pourraient expliquer les difficultés à s'investir dans le traitement et par le fait même les rechutes, d'où l'importance d'aborder, dans la prise en charge, les croyances et les pensées à l'égard de l'EPE afin de comprendre l'aspect volitionnel (les motifs) sous-jacent à l'EPE.

7.4. Potentiel de l'ergothérapie auprès de cette clientèle

Bien qu'il ne soit pas mention de dépendance dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2015), il serait tout de même intéressant d'aborder les TCA et l'EPE sous l'angle de l'addiction occupationnelle, comme le proposent Wasmuth, Crabtree et Scott (2014). En effet, les ressemblances quant aux répercussions qu'ont ces occupations surinvesties sur les différents aspects du quotidien ainsi que la valeur et la satisfaction autour de cette activité confirment plusieurs ressemblances entre ces problématiques. L'ergothérapeute s'intéressant à l'occupation aurait donc avantage à envisager cette problématique d'EPE comme comportement compensatoire dans le cadre d'un TCA comme une occupation signifiante. Cela dit, il était justifié d'explorer la perception qu'avaient de leur participation occupationnelle des sujets pratiquant l'EPE à des niveaux différents afin d'avoir une meilleure compréhension de leur rapport à l'exercice.

Bien que les retombées de l'étude soient modestes, vu le petit échantillon, il est tout de même plus évident que l'ergothérapeute, qui centre ses interventions à partir des besoins d'une personne selon les occupations qui lui sont significatives, a le potentiel d'intervenir auprès de cette clientèle en raison de la grande importance qu'elle accorde à la pratique d'exercices physiques. En abordant les comportements excessifs en tant qu'occupation, l'ergothérapeute, par sa vision centrée sur l'habilitation à l'occupation et ses compétences, est en mesure de soutenir efficacement cette clientèle dans son rétablissement pour qu'elle réintègre une vie occupationnelle équilibrée. S'il connaît mieux la perception qu'ont des personnes de leurs propres comportements excessifs, l'ergothérapeute pourra apporter un point de vue susceptible de fournir de nouvelles pistes sur les enjeux et les besoins occupationnels qui, jusqu'à présent, sont peu documentés en ergothérapie et dans d'autres domaines. Cela pourra ainsi contribuer au problème crucial de la rechute dans le traitement des troubles de comportements alimentaires. Comme l'influence de l'EPE sur les résultats du traitement des personnes ayant un TCA n'a que peu été étudiée, cela représenterait un pas vers la conception des nouveaux angles possibles de traitement de ce symptôme du TCA (Dalle Grave et coll., 2008).

7.4.1. Enjeux pour l'ergothérapie auprès de cette clientèle

La perception des personnes présentant un TCA et un EPE de leur état est susceptible de se traduire par un comportement réfractaire quant à un objectif thérapeutique qui serait orienté vers la modification de la pratique d'exercice, par exemple, limiter la fréquence, l'intensité ou l'activité physique. Cela pourrait placer l'ergothérapeute sur un terrain compromettant et interférer avec la relation thérapeutique, toutefois le besoin de le faire est démontré (Wasmuth, Crabtree et Scott, 2014).

Sachant que le rétablissement de ces personnes peut être représenter un défi, il est essentiel de miser avant tout sur le développement d'une relation de confiance. À cette fin, il nous semblait avantageux d'approfondir notre compréhension de la perception du phénomène de l'EPE chez les personnes présentant un TCA. C'est donc en prenant connaissance des aspects positifs de l'exercice, de leur perception de leur équilibre de vie, de l'importance et du sentiment de compétence associés à cette occupation qu'il est possible d'avoir une meilleure compréhension de

ce comportement. En ayant une compréhension de la perception des TCA quant à leur pratique d'exercice, des leviers d'intervention menant à remettre en question des croyances erronées et identifier d'autres sources de bien-être pourront être identifiés qui favoriseront l'adaptation occupationnelle et amèneront le client à se réapproprier une vie occupationnelle équilibrée.

7.4.2. Synthèse découlant des variables étudiées

En somme, tous les sujets pratiquant assidûment et de façon excessive des exercices ont rapporté se sentir compétents dans cette activité comparativement aux personnes ne pratiquant pas de façon excessive. Dans cette étude, il s'agit ici de personnes ayant un diagnostic d'hyperphagie boulimique (HB). Par ailleurs, chez un même sujet, les motifs de pratique peuvent varier et l'investissement dans cette activité peut fluctuer selon la fonction de l'exercice ou le but poursuivi. Tous les cas, sauf les personnes HB adoptent l'exercice comme un moyen de contrôler leur poids et disent éprouver un besoin profond de s'y consacrer. Il leur est donc d'autant plus difficile, voire impossible de limiter ou de cesser leur pratique en cas de blessures ou de maladie. Également, leur perception de leur équilibre de vie n'est pas affectée par la pratique d'exercice.

7.5. Forces et limites de la recherche

L'étude a des forces et des limites qui ont une incidence sur les résultats. Effectivement, l'une des limites est le faible échantillon. De plus celui-ci était composé d'un seul cas présentant une anorexie et de deux cas présentant une hyperphagie ainsi que sept cas de boulimie. Cela limite la portée des conclusions et des comparaisons des perceptions entre les différents types de problématiques, ainsi que les hypothèses faites sur chacun des types en particulier. Ces contraintes limitent l'application des conclusions à d'autres contextes similaires. De plus, comme la collecte des données portait sur des outils d'évaluation de type questionnaires autoadministrés, nous n'avons pu couvrir en profondeur le phénomène autant qu'une entrevue l'aurait permis. Certaines questions sont donc demeurées sans réponse.

Par ailleurs, l'étude comportait aussi des forces. D'abord, des rencontres avec certains des intervenants attitrés aux clients de l'étude ont donné lieu à une validation des résultats et à des précisions quant à la justesse des informations recueillies. De plus, puisque l'IÉV et l'OSA étaient des outils d'évaluation auto-administrés avec choix de réponses, les biais de subjectivité des

intervenants issus de leur interprétation des résultats sont grandement limités. De plus, l'échantillon volontaire de clients qui incluait trois types de TCA présentant divers degrés d'investissement dans la pratique d'exercice a mené à une richesse de réponses dont le contenu nous a permis d'explorer comment cette pratique se déroulait au quotidien selon les différents participants.

8. CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'explorer la perception de leur participation occupationnelle des personnes ayant un TCA et une pratique d'exercice excessive. Nous avons documenté leurs valeurs, leurs sentiments de compétence, leur volition, leur participation à l'exercice et leur équilibre occupationnel afin d'approfondir notre compréhension quant à l'investissement de cette occupation. Nous avons ainsi obtenu le profil de chaque participant et établi des liens et des divergences entre eux. Or, il est plus évident que la pratique d'exercice représente un aspect positif de même qu'une occupation des plus significantes du quotidien chez certaines des personnes ayant un TCA.

Comme les études le démontrent, la signifiante que ces personnes accordent à l'exercice pourrait justifier l'absence de perception quant aux répercussions occupationnelles négatives de cette pratique addictive (Dalle Grave, Calugi et Marchesini, 2008). Cela dit, obtenir et documenter la perception des proches de ces personnes à l'égard de leur participation et de leur équilibre de vie contribuerait à offrir un aperçu différent du vécu et des répercussions qu'une pratique excessive d'exercice peut engendrer sur la participation occupationnelle de cette clientèle. En cernant le phénomène d'un point de vue extérieur, il serait possible d'obtenir une triangulation des différentes perspectives quant à l'EPE pour ainsi être en mesure de mieux dépister si les sujets concernés ont tendance à nier ce comportement excessif (Grave, Calugi et Marchesini, 2008). Ainsi, en ayant une meilleure compréhension de comment est vécu cette pratique excessive, il serait possible d'adresser le cœur du problème soit la raison pour laquelle est poursuivi l'exercice de sorte à ce que l'objet de la pratique d'exercice ne soit plus axé sur l'image corporelle et la perte de poids. Finalement, la prévention pourrait aussi être un moyen de réduire l'apparition de ces comportements excessifs. En sensibilisant les personnes à se questionner sur l'objet pour lequel ils s'engagent dans la pratique d'exercice afin de favoriser une prise de conscience qui peut-être leur permettra d'éviter d'aller chercher de l'aide où de prévenir l'apparition d'un comportement visant à servir le TCA.

RÉFÉRENCES

- Abeydeera, K., Willis, S. et Forsyth, K. (2006). Occupation focused assessment and intervention for clients with anorexia. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 13(7), 296-296.
- Adkins, E. C. et Keel, P. K. (2005). Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 24-29.
- Afflelou, S., Duclos, M. et Simon, S. (2004). Quels liens entre pratiques sportives et troubles du comportement alimentaire ? *La Presse Médicale*, 33(22), 1601-1605. doi:[https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)99001-X](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)99001-X)
- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revised*. Washington : American Psychiatric Association.
- Anorexie et Boulimie Québec (ANEB) (s.d.). *Les troubles alimentaires*. Repéré à https://www.anebquebec.com/aneb-ados/pdf/fr/troubles_alimentaires.pdf
- Association Autrement. (s. d.). Anorexie, boulimie, compulsions alimentaires. Repéré à <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-402-les-troubles-du-comportement-alimentaire-sont-ils-une-drogue.htm>
- Axelsen, M. (2009). The Power of Leisure: “I Was an Anorexic; I'm Now a Healthy Triathlete”. *Leisure Sciences*, 31(4), 330-346. doi:10.1080/01490400902988283
- Bamber D. J., Cockerill I. M. et Carroll D. (2000) The pathological status of exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine* 34(2), 125–132.
- Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Rodgers, S. et Carroll, D. (2003). Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *British Journal of Sports Medicine*, 37(5), 393-400.
- Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammer, V. et Wolenski, J. (2006). *A User's Manual for the Occupational Self Assessment (OSA):(Version 2.2)*. University of Illinois.
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R. et Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 403-417. doi:10.3109/10826084.2011.639120.
- Braveman, B., Fisher, G., et Suarez-Balcazar, Y. (2010). « Achieving the ordinary things » : a tribute to Gary Kielhofner. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 828-831.

- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity : An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558.
- 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.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. et Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352. doi:10.1016/j.comppsy.2007.12.007
- Davis, C. et Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 142(2-3), 209-217.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P. et Woodside, D. B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 192-197.
- Davis, C., Katzman, D. K. et Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(6), 336-342.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K. et Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326. doi:[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90927-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90927-5)
- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P. et Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 563-574
- Eklund, M., Erlandsson, L. K. et Persson, D. (2003). Occupational value among individuals with long-term mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 276-284.
- Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M. et Pannafieux, C. (2007). Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & Sports*, 22(3), 135-142. doi:10.1016/j.scispo.2007.03.002
- Furnham, A., Badmin, N. et Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *Journal of Psychology*, 136(6), 581.

- Giles, G. M. et Allen, M. E. (1986). Occupational therapy in the rehabilitation of the patient with anorexia nervosa. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6(1), 47-66. doi:10.1300/J004v06n01_04
- Gilmore, J. (1999). L'indice de masse corporelle et la santé. *Rapports sur la santé*, 11(1), 33-47.
- Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408.
- Gouvernement du Canada. (2011). *Bienfaits de l'activité physique : Pour les adultes*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/modes-vie-sains/activite-physique/bienfaits-activite-physique.html>
- Griffiths, M. (1997). Exercise addiction: a case study. *Addiction Research*, 5(2), 161.
- Hakansson, C. et Matuska, K. (2010). How life balance is perceived by Swedish women recovering from a stress-related disorder: a validation of the life balance model...second part of two analysis phases. *Journal Of Occupational Science*, 17(2), 112-119.
- Halson, S. L. et Jeukendrup, A. E. (2004). Does Overtraining Exist?: An Analysis of Overreaching and Overtraining Research. *Sports Medicine*, 34(14), 967-981.
- Harries, P. (1992). Facilitating Change in Anorexia Nervosa: The Role of Occupational Therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*, 55(9), 334-339. doi:10.1177/030802269205500903
- Hebebrand, J., Exner, C., Hebebrand, K., Holtkamp, C., Casper, R. C., Remschmidt, H., ... et Klingenspor, M. (2003). Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiology & behavior*, 79(1), 25-37.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J. et Warren, M. P. (1994). Co-Morbidity of Eating Disorders and Substance Abuse Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Holtkamp, K., Hebebrand, J. et Herpertz-Dahlmann, B. (2004). The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 163-171.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3^e éd., vol. 28). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Klein, D. A., Mayer, L. E., Schebendach, J. E. et Walsh, B. T. (2007). Physical activity and cortisol in anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 32(5), 539-547.
- Krivoschekov, S. G. et Lushnikov, O. N. (2011). Psychophysiology of sports addictions (exercise addiction). *Human Physiology*, 37(4), 509-513. doi:10.1134/S0362119711030030
- Landolfi, E. (2013). Exercise Addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111-119.
- Léonard, T., Foulon, C. et Guelfi, J. D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*, 2(2), 96-127.
- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F. et Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise : Links, risks and challenges faced. *Psychology Research and Behavior Management*, 10(1), 85-95. doi:10.2147/PRBM.S113093.
- Matuska, K. k. (2010). Workaholism, Life Balance, and Well-being: A Comparative Analysis. *Journal Of Occupational Science*, 17(2), 104-111.
- Matuska, K. (2012). Description and development of the Life Balance Inventory. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, 32, 220-228.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*. Repéré à https://www.santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/actualites/2016/11_novembre/16-228-01_Rapport_Sante_Population_BR.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec (2003). *Programme national de santé publique*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-216-01.pdf>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., et Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 147-153.
- Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E. et Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
- Paradis, K. F., Cooke, L. M., Martin, L. J. et Hall, C. R. (2013). Too much of a good thing? Examining the relationship between passion for exercise and exercise dependence. *Psychology of Sport & Exercise*, 14(4), 493-500.
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

- Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F. J. et Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370-375. doi:10.1002/eat.10042
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., Baup, N. et Mouren-Siméoni, M. C. (2002). Aspects psychopathologiques de l'exercice physique intensif chez l'enfant et l'adolescent : mise au point à partir d'une situation clinique. *Annales médico-psychologiques*, 160(8), 543-549. Doi : 10.1016/S0003-4487(02)00233-0
- Santé Canada, (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* (Publication no H49-179). Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-179-2003F.pdf>
- Shore, N. (1996). Clinical observations on the physical activity of anorexia nervosa. *Activity anorexia: Theory, research, and treatment*. (1^e éd., vol. 1), Mahwah: New Jersey.
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H.,... et Goldman, D. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *international Journal of Eating disorders*, 39(6), 454-461.
- Solenberger, S. E. (2001). Exercise and eating disorders: A 3-year inpatient hospital record analysis. *Eating Behaviors*, 2(2), 151-168. Doi :[https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00026-5](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00026-5)
- Stice, E. et Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior therapy*, 29(2), 257-276.
- Strober, M., Freeman, R. et Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 339-360.
- St-Pierre, M-J. (2016). *Erg1008 : Troubles du comportement alimentaire*. Recueil inédit, Université du Québec à Trois-Rivières
- Taranis, L., Touyz, S. et Meyer, C. (2011). Disordered eating and exercise: development and preliminary validation of the compulsive exercise test (CET). *European Eating Disorders Review*, 19(3), 256-268.
- Terry, A., Szabo, A. et Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499. Doi :10.1080/16066350310001637363.
- Valleur, M. et Velea, D. (2002). *Les dépendances sans drogue (s)*. Rev Toxibase, 6, 1-13.

- Veale, D. M. W. (1987). Exercise Dependence. *British Journal Of Addiction*, 82(7), 735-740
- Veale, D. M. W. (1991). Psychological aspects of staleness and dependence on exercise. *Int J Sports Med*, 12(1), 19-22.
- Véléa, D. (2002). L'addiction à l'exercice physique. *Psychotropes*, 8(3), 39-46.
- Wagman, P., Håkansson, C. et Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. doi:10.3109/11038128.2011.596219.
- Wasmuth, S., Crabtree, J. L. et Scott, P. J. (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605-613. doi:10.4276/030802214X14176260335264.
- Weinstein, A. et Weinstein, Y. (2014). Exercise addiction-diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Current pharmaceutical design*, 20(25), 4062-4069.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological review*, 66(5), 297.
- Yates, A. (1990). Current perspectives on the eating disorders: II. Treatment, outcome, and research directions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 1-9. doi:10.1097/00004583-199001000-00001.
- Yildiz, M., Bingöl, E., Şahan, H., Bayköse, N., Şenel, E. et Senel, E. (2017). A Cross-Cultural Approach to Sport Psychology: Is Exercise Addiction A Determinant of Life Quality?, *Sport Journal*, 1. 1-10

ANNEXE A

DESCRIPTION DU PROGRAMME PIE-LORICORPS

Le programme LoriCorps est un service novateur visant à offrir des interventions et des suivis transdisciplinaires, en milieu universitaire, à une clientèle présentant tous types de trouble de comportement alimentaire (TCA) incluant les troubles subcliniques et cliniques de gravité légère à modérée. Les services sont également offerts à une clientèle de tous âges pour ainsi desservir les individus dont les caractéristiques nécessaires pour bénéficier des services du système de santé traditionnelle ne sont pas répondues pour la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ).

ANNEXE B

DÉFINITION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les catégories d'IMC permettent d'évaluer le poids en fonction de la taille associée à un niveau de risque pour la santé.

Poids insuffisant : $IMC < 18,5$ (risque accru)

Poids normal : 18,5 à 24,9 (moindre risque)

Embonpoint : 25 à 29,9 (risque accru)

Obésité classe I : 30,0 à 34,9 (risque élevé)

Obésité classe II : 35,0 à 39,9 (risque très élevé)

ANNEXE C

SCORE OBTENU SELON LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'IEV

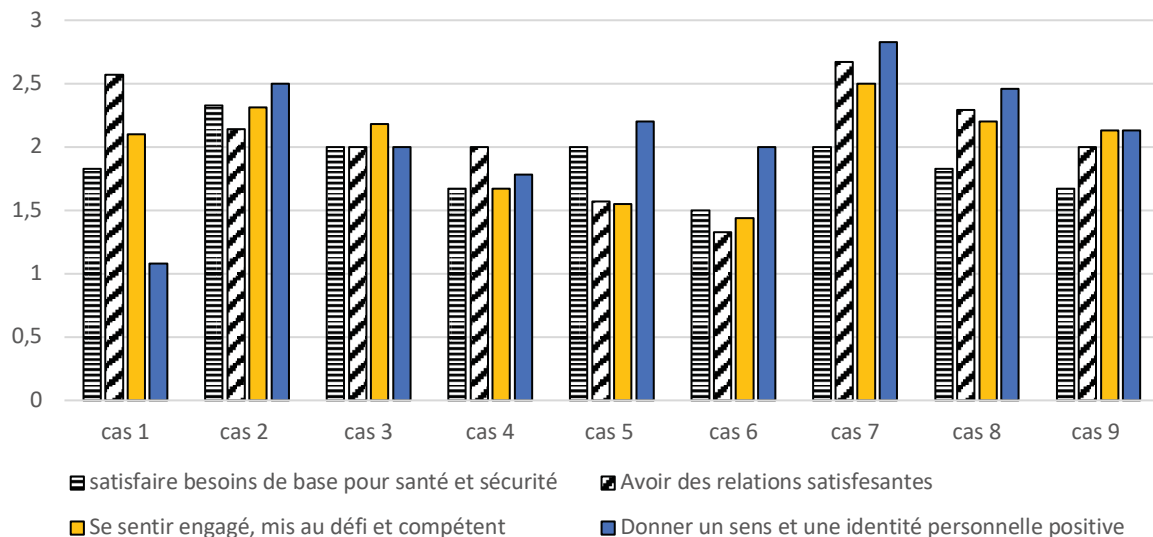


Figure 5. Score obtenu selon les différentes dimensions de l'inventaire de l'équilibre de vie

Pour ce qui touche le niveau d'équilibre de vie selon les différentes dimensions, le graphique de la figure 5 révèle ce qui suit :

1) La dimension « satisfaire ses besoins de base pour sa santé et sa sécurité » est la seule où aucun des cas n'est situé à un niveau d'équilibre de vie très bas ou très haut. Les niveaux obtenus pour les cas 1, 4, 6, 8 et 9* varient entre 1,50 et 1,83 — associés à un bas équilibre de vie — et pour les cas 2, 3, 5* et 7, les résultats se situent entre 2,00 et 2,33 — associés à un équilibre moyen.

2) Pour la dimension « avoir des relations satisfaisantes », les cas 1 (2,57) et 7 (2,67) sont les seuls à se situer à un niveau très équilibré pour cette sphère de leur vie tandis que pour le cas 6 (AN), cette dimension est la plus faible de tous les participants (1,33).

3) Le niveau d'équilibre associé à la dimension « se sentir engagé, mis au défi et compétent » montre uniquement le cas 7 comme étant très équilibré (2,50) ; encore une fois, le cas **6 (AN)** est le seul à avoir un niveau très déséquilibré (1,44).

4) Pour ce qui est de la dimension « donner un sens et une identité personnelle positive », le cas 1 se démarque considérablement des autres, se situant à un niveau d'équilibre de vie très bas (1,08). À l'opposé, cette dimension est pour plusieurs, soit sept cas sur neuf, la plus équilibrée des quatre.

Le graphique illustre que le sujet 7 est celui dont l'équilibre au niveau des quatre dimensions est toujours situé dans les niveaux de vie équilibrés, tandis que pour les cas 4 et **6 (AN)**, une seule des dimensions atteint un niveau équilibré. De plus, malgré le faible niveau du cas 1 associé à la dimension « donner un sens et une identité personnelle positive », la grande variance au niveau de l'équilibre entre les différentes dimensions permet tout de même de lui attribuer le niveau de vie le plus équilibré de tous.