

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

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

PAR  
ALEXANDRA LEHOUX

PERSPECTIVE OCCUPATIONNELLE DES EXPÉRIENCES ET DES BESOINS PERÇUS  
PAR LES PERSONNES AYANT SUBI UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE

9 DÉCEMBRE 2020

## REMERCIEMENTS

Je tiens à émettre mes plus sincères remerciements à tous les gens ayant contribué directement ou indirectement à ce projet de recherche.

Tout d'abord, j'aimerais remercier madame Valérie Poulin, professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR et directrice de cet essai critique, d'avoir cru en mon projet, malgré son caractère émergent et d'avoir accepté d'y participer. De plus, j'aimerais souligner sa disponibilité, son écoute et ses nombreux conseils qui m'ont été d'une grande aide, et ce, tout au long de ce projet. J'aimerais également remercier madame Marie-Josée St-Pierre, chargée de cours en ergothérapie à l'UQTR, pour sa contribution et son implication à mon projet en particulier pour la vérification du questionnaire ainsi que pour son excellent travail de révision.

D'autre part, j'aimerais remercier l'ensemble des participants pour leur implication volontaire, leur ouverture et pour le partage de leurs expériences et de leurs besoins qui ont été bénéfiques pour cette étude. Ce fut pour moi un plaisir de les écouter et de mieux comprendre leurs expériences à la suite de leur chirurgie bariatrique. Ils sont au cœur de ce projet et qui sait, leur participation permettra peut-être d'élaborer de nouveaux services adaptés à leur réalité dans le futur.

Finalement, je tiens à remercier toutes les personnes de mon entourage, ma famille et mes amies, qui m'ont encouragée à persévérer tout au long de ce projet malgré les défis et un grand merci à ma mère pour son excellente maîtrise du français. Un merci tout spécial à Pascale et Anouck, pour leur confiance et leur support depuis le début de ce projet. Vous avez su m'écouter lors des moments plus difficiles, me redonner la motivation nécessaire à poursuivre, me conseiller tout au long de cette année et demie et surtout m'encourager à me lancer dans ce projet émergent alors que moi-même j'avais des doutes au départ.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	i
RÉSUMÉ .....	i
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Les enjeux concernant les personnes vivant avec l'obésité.....	2
2.2. Difficultés occupationnelles chez les personnes vivant avec l'obésité.....	3
2.3. Interventions liées à l'obésité.....	3
2.3.1. Les interventions en ergothérapie reliées à l'obésité .....	4
2.4. La chirurgie bariatrique et les services actuellement offerts au Québec .....	5
2.5. Les enjeux concernant la chirurgie bariatrique.....	7
2.6. Les interventions en ergothérapie à la suite d'une chirurgie bariatrique .....	9
3. CADRE CONCEPTUEL.....	10
3.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH).....	10
3.1.1. Composantes de « l'être ».....	11
3.1.2. Composantes de « l'agir ».....	12
3.1.3. Composantes du « devenir ».....	12
3.1.4. L'environnement.....	13
3.1.5. Pertinence du modèle dans le cadre de cet essai.....	14
4. MÉTHODOLOGIE.....	14
4.1. Devis .....	15
4.2. Participants.....	15
4.3. Modalités de recrutement.....	15
4.4. Collecte des données.....	16
4.5. Analyse des données.....	16
4.6. Considérations éthiques .....	17
5. RÉSULTATS .....	17
5.1. Description des participants.....	17
5.2. Expériences et besoins à la suite d'une chirurgie bariatrique : perceptions des participants.....	18

5.2.1.	Composantes de l'être.....	19
5.2.1.1.	Motivations à s'investir dans le processus de chirurgie bariatrique .....	19
5.2.1.2.	Importance des déterminants personnels .....	20
5.2.1.3.	La capacité de rendement.....	20
5.2.1.4.	Modifications des habitudes .....	21
5.2.2.	Composantes de l'agir.....	22
5.2.2.1.	Changements de la participation occupationnelle.....	22
5.2.2.	Composantes du devenir .....	24
5.2.3.1.	Accomplissement personnel .....	24
5.2.3.2.	Adaptation et poursuite de projets de vie.....	24
5.2.4.	Composantes de l'environnement.....	25
5.2.4.1.	Obstacles liés à l'environnement social.....	25
5.2.4.2.	Facilitateurs liés à l'environnement social.....	25
5.3.	Besoins perçus par les participants pour s'engager dans leurs occupations après leur chirurgie bariatrique.....	26
5.3.1.	Accompagnement dans l'habituatation.....	26
5.3.2.	Accompagnement pour faciliter la participation occupationnelle .....	27
5.3.2.1.	Adaptation de l'alimentation.....	27
5.3.2.2.	Favoriser l'engagement dans les activités physiques.....	27
5.3.3.	Accompagnement pour développer les processus volitionnels, les déterminants personnels et la capacité de rendement.....	28
5.3.4.	Enseignement auprès de l'environnement social.....	29
5.3.5.	Apport des groupes de soutien par les pairs.....	29
6.	DISCUSSION.....	30
6.1.	L'adaptation occupationnelle à la suite d'une chirurgie bariatrique.....	30
6.2.	Importance du soutien pour la poursuite des objectifs personnels à long terme .....	31
6.3.	Besoins axés sur l'intégration de routines quotidiennes.....	32
6.3.1.	Le changement de la routine alimentaire .....	32
6.3.2.	L'intégration d'activités physiques au quotidien.....	33
6.4.	Soutien social à la suite de la chirurgie.....	34
6.4.1.	Soutien par les pairs : une stratégie à préconiser .....	34
6.4.2.	Sensibilisation et engagement de la famille.....	35
6.5.	Implications pour la pratique de l'ergothérapie .....	35

6.5.1. L'approche axée sur les occupations et centrée sur le client .....	36
6.6. Forces de l'étude .....	37
6.7. Limites de l'étude et recommandations pour de futures recherches.....	38
7. CONCLUSION.....	38
RÉFÉRENCES .....	40
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UQTR.....	44
ANNEXE B QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET GUIDE D'ENTREVUE.....	1

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. <i>Description des participants</i> .....	18
Tableau 2. <i>Principaux sous-thèmes relevés auprès des personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en fonction des composantes du MOH</i> .....	19

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AOTA	American Occupational Therapy Association
AVC	Accident vasculaire cérébral
CUSM	Centre universitaire de Santé McGill
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IMC	Indice de masse corporelle
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MOH	Modèle de l'occupation humaine
OMS	Organisation mondiale de la santé

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Après une chirurgie bariatrique, de nombreux défis quotidiens peuvent persister particulièrement au plan du changement de la diète alimentaire et des habitudes de vie. En outre, des enjeux psychologiques peuvent être présents dans ce contexte d'adaptation. Les interventions en ergothérapie auraient le potentiel de soutenir cette clientèle (Wilson, 2010), mais celles-ci demeurent peu étudiées et investies dans les pratiques québécoises actuelles. Il serait donc pertinent de comprendre d'abord les expériences et les besoins au plan occupationnel perçus par les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique afin de guider les pistes de recommandations pour le développement de ces services. **Objectif :** Explorer les expériences et les besoins perçus par les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en lien avec l'accomplissement d'occupations satisfaisantes au quotidien suite à la chirurgie. **Méthode :** L'étude qualitative descriptive a été réalisée auprès de six personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique à partir d'entrevues semi-structurées basées sur le Modèle de l'occupation humaine (MOH). **Résultats :** Plusieurs motivations variées, rapportées par les participants, favorisent l'investissement dans le processus de chirurgie bariatrique. À la suite de la chirurgie, les participants rapportent avoir modifié de manière variable leurs occupations quotidiennes, dont leur routine alimentaire et leurs activités physiques. L'environnement social est ressorti comme un déterminant important face à l'engagement dans le processus d'adaptation occupationnelle. Plusieurs besoins demeurent non comblés pendant ce processus, dont l'accompagnement pour développer les processus volitionnels et de l'habituatation (ex. : modification des routines) ainsi que le soutien social par les professionnels de la santé, les pairs et la famille. **Discussion:** Les résultats montrent les besoins complexes et multiples de la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique pour modifier leurs habitudes et adapter leurs occupations. De ces résultats émergent des opportunités d'initier différentes interventions et rôles en ergothérapie afin de mieux répondre à ces besoins. **Conclusion:** Cet essai constitue un premier pas vers une meilleure compréhension des expériences, des besoins complexes et des attentes de la clientèle ayant vécu une chirurgie bariatrique afin de mieux l'accompagner tout au long de ce processus d'adaptation occupationnelle.



## ABSTRACT

**Introduction:** After a bariatric surgery, numerous daily challenges can persist with the changes of diet and habits. Moreover, psychological issues can be present throughout this adaptation process. Occupational therapy (OT) interventions can promote the person's occupational adaptation (Wilson, 2010), but these interventions are not well documented nor implemented in current practices in the province of Québec. Therefore, it would be relevant to better understand the experiences and the perceived needs, from an occupational perspective, among individuals who have undergone bariatric surgery. This may result in the development of relevant recommendations for these occupational therapy services. **Objectives:** The aim of this study was to explore the experiences and perceived needs of people who have undergone bariatric surgery in order to engage in their meaningful occupations post-surgery. **Method:** This qualitative study was conducted with six participants who undergone bariatric surgery. Semi-structured interviews were completed based on the Model of Human Occupation. **Results:** Several motivations reported by the participants appeared to promote engagement in the bariatric surgery process. After surgery, participants reported varying levels of changes in their daily occupations including their eating habits, routines and their physical activities. The social environment emerged as an important determinant towards the engagement in the occupational adaptation process. Many needs were still unmet during this process which included: coaching and support in the modification of daily routines, psychological support and social support. **Discussion:** These results show the various complex needs of individuals who undergone bariatric surgery to modify their habits and to adapt their occupations. The results suggest opportunities for various OT interventions and roles to better address these needs. **Conclusion:** This study represents a first step towards a better understanding of the experiences, the complex needs and the expectations of people who have undergone bariatric surgery in order to support their occupational adaptation process.

**Mots-clés:** ergothérapie, obésité, chirurgie bariatrique, processus d'adaptation, occupations

**Keywords:** occupational therapy, obesity, bariatric surgery, adaptation process, occupations

## 1. INTRODUCTION

L'obésité est un problème de santé d'ordre mondial. Au Québec, cette problématique touche environ un adulte sur cinq (Institut national de santé publique [INSPQ], 2015) alors qu'internationalement, plus de 650 millions d'individus seraient touchés (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016). Au 19e et au 20e siècle, dans le contexte de la famine, l'obésité était reconnue comme un signe d'abondance et de prospérité (Eknoyan, 2006). Toutefois, en raison de sa progression marquée, particulièrement occasionnée par la sédentarisation du mode de vie et le changement des habitudes alimentaires, l'obésité a été reconnue comme une problématique mondiale (Eknoyan, 2006). Afin de limiter les enjeux engendrés par cette condition, environ 6000 Canadiens par année, dont près de 2000 Québécois, ont recours à la chirurgie bariatrique (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2014).

Toutefois, de nombreux défis persistent ou sont occasionnés à la suite de la chirurgie. Les études à ce jour se sont penchées spécifiquement sur les changements drastiques de la diète alimentaire et de l'activité physique ainsi que sur les enjeux psychologiques dans ce contexte d'adaptation (ICIS, 2014). Toutefois, peu d'études dressent un portrait global sous une perspective occupationnelle. Aussi, bien que certains chercheurs suggèrent que les interventions en ergothérapie auraient le potentiel de soutenir cette population (Wilson, 2010), de telles interventions demeurent très peu documentées et investies dans les pratiques actuelles. Ainsi, une meilleure compréhension des expériences et des besoins occupationnels de la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique permettrait de guider les recommandations émises dans l'accompagnement au quotidien de ces personnes. En outre, cela permettrait, par le fait même, de favoriser l'intégration de l'ergothérapie dans les équipes interdisciplinaires.

Cet essai critique comprend plusieurs sections. Tout d'abord, la problématique est présentée en introduisant les concepts d'obésité, de chirurgie bariatrique et en expliquant plus en détail les enjeux et les interventions possibles suivant la chirurgie. Ensuite, le cadre conceptuel ayant servi de guide pour la rédaction de l'essai est exposé suivi de la présentation de la méthode employée pour cette étude, puis des résultats obtenus. Finalement, la discussion et la conclusion de l'essai présentent une synthèse critique des résultats, des forces, des limites et des implications pour la pratique en ergothérapie.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

La section suivante présente les différents éléments de la problématique qui ont mené à l'élaboration de l'objectif de recherche. Dans un premier temps, une présentation des enjeux liés à l'obésité ainsi que des interventions en ergothérapie pouvant être réalisées auprès de cette population est faite. Dans un deuxième temps, une présentation de la chirurgie bariatrique et des services actuellement offerts au Québec permet de dresser le portrait actuel de la situation. Enfin, dans un dernier temps, les enjeux reliés à la chirurgie bariatrique et la pertinence de services en ergothérapie auprès de cette clientèle sont abordés, puis mis en lien avec les connaissances actuelles sur les expériences et les changements vécus à la suite de la chirurgie bariatrique.

### **2.1. Les enjeux concernant les personnes vivant avec l'obésité**

Selon l'OMS (2018), l'obésité se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé d'un individu. La mesure la plus utilisée pour mesurer l'obésité demeure l'indice de masse corporelle (IMC). Cette mesure consiste à diviser le poids d'une personne en kilogrammes par le carré de sa taille en mètres carrés (Gilmore, 1999). Cette mesure est considérée comme la plus utile, car peu importe le sexe ou l'âge de la personne elle demeure la même (OMS, 2018). Toutefois, l'IMC ne permet pas de déterminer le degré d'adiposité d'un individu ni la répartition du tissu chez un individu (Tremblay, 2011). À l'échelle mondiale, un adulte est considéré en surpoids lorsque son IMC est supérieur à 25 et obèse lorsque son IMC est supérieur à 30 (OMS, 2018). De ce fait, l'obésité a été divisée en trois classes qui sont définies en fonction des risques pour la santé y étant associés (Douketis et al, 2005). Ainsi, l'obésité de classe un correspond aux individus présentant un IMC variant entre 30,0 et 34,9 alors que l'obésité de classe deux fait référence aux individus ayant un IMC se situant entre 35,0 et 39,9 (Douketis et al., 2005). Puis, l'obésité de classe trois correspond aux individus ayant un IMC supérieur à 40,0. C'est d'ailleurs, de façon générale, les individus appartenant à cette classe qui sont admissibles aux traitements chirurgicaux (Douketis et al., 2005).

L'obésité représente un fardeau économique important pour le gouvernement du Québec, car elle correspondrait à environ 1 à 3% des dépenses totales reliées à la santé (Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], 2010). De ce fait, l'obésité aurait entraîné en 1999-2000 des dépenses gouvernementales avoisinant les 700 millions de dollars en plus d'entraîner des pertes de productivité dépassant les 800 millions de dollars (MSSS, 2009). En

outre, de nombreuses conséquences peuvent être vécues par les individus vivant avec de l'obésité. Cette problématique est fréquemment associée à des troubles musculosquelettiques, en particulier l'arthrose, des maladies cardiovasculaires se présentant principalement sous forme de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), du diabète, de l'hypertension, plusieurs types de cancer (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; OMS, 2018) et bien d'autres, dont l'incontinence urinaire (Forhan et al, 2010). De surcroît, l'obésité peut être associée à des problématiques de santé mentale, des problèmes de sommeil, une faible qualité de vie et des difficultés occupationnelles (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

## **2.2. Difficultés occupationnelles chez les personnes vivant avec l'obésité**

Les difficultés occupationnelles chez les personnes vivant avec l'obésité affectent plusieurs sphères de leur vie. Tout d'abord, des limitations sont notées dans les soins personnels, particulièrement au plan de l'hygiène personnelle, de l'habillement ainsi que des déplacements à pied et en transport en commun (Forhan et al., 2010; Nossum et al, 2018). Ensuite, des limitations sont aussi rapportées sur le plan de la productivité d'un individu, principalement dans son travail. En effet, certaines personnes doivent quitter leur emploi, car elles ne sont plus en mesure de répondre aux exigences physiques demandées par celui-ci et leur employeur (Forhan et al., 2010). De plus, des limitations fonctionnelles peuvent être vécues dans la réalisation de loisirs, car le choix d'activité est restreint en raison des capacités physiques de la personne et de l'environnement physique non adéquat, telles que les randonnées en forêt ou le cinéma en raison des sièges trop petits (Forhan et al., 2010; Nossum et al, 2018). Finalement, plusieurs limitations fonctionnelles vécues par les personnes obèses peuvent résulter du fait qu'elles vont s'isoler, limiter leurs sorties dans les endroits publics et éviter leurs rendez-vous médicaux en raison de la discrimination et de la stigmatisation générées par la population générale et les professionnels de la santé (Forhan et al., 2010; Nossum et al, 2018).

## **2.3. Interventions liées à l'obésité**

Dans une perspective de promotion de la santé, différents programmes et mesures visant l'amélioration du mode de vie des Québécois ont été développés au cours des dernières années, en priorisant la toxicomanie, le tabagisme et la consommation d'alcool (MSSS, 2009) ainsi que des approches populationnelles visant entre autres la prévention de l'obésité chez les enfants. Dans

cette même lancée, le gouvernement québécois a mis en œuvre le *plan d'action 2006-2012 Investir pour l'avenir*, où il vise la prévention des problèmes reliés au poids et à la promotion de saines habitudes de vie (MSSS, 2009). D'autres interventions s'adressent plus spécifiquement aux personnes vivant avec l'obésité et peuvent impliquer l'ergothérapeute, tel qu'expliqué ci-dessous.

### **2.3.1. Les interventions en ergothérapie reliées à l'obésité**

Compte tenu des nombreuses occupations quotidiennes affectées chez plusieurs personnes vivant avec l'obésité, l'American Occupational Therapy Association [AOTA] (2015), rapporte que les ergothérapeutes ont l'expertise pour intervenir dans les services interprofessionnels auprès de cette population afin de favoriser le bien-être et la promotion de la santé au travers l'engagement dans les occupations. D'ailleurs, plusieurs écrits montrent la pertinence des interventions en ergothérapie pour les personnes vivant avec l'obésité (Dieterle, 2018; Haracz et al, 2013; Pizzi, 2013). De ces écrits, différents types d'interventions ont été identifiés comme étant bénéfiques pour contrer l'obésité.

Dans un premier temps, les interventions axées sur le mode de vie sont considérées comme une intervention recommandée auprès de cette population lorsqu'elles sont réalisées sur une longue période de temps et régulièrement pour intégrer graduellement les changements dans la routine de la personne (Dieterle, 2018; Martins et al, 2011). En ce sens, il est proposé d'accompagner les personnes dans le changement de leurs habitudes de vie, en misant sur leurs forces personnelles, leurs intérêts (Pizzi, 2013) et en respectant le *Just Right Challenge* (Dieterle, 2018). Cet accompagnement personnalisé permet de favoriser l'augmentation de l'activité physique et la mise en place d'une routine alimentaire saine (Barclay et Forwell, 2018; Dieterle, 2018).

L'environnement constitue le deuxième axe d'interventions suggérées en ergothérapie. Modifier l'environnement physique, dont l'environnement domiciliaire (Dieterle, 2018; Forhan et al, 2011) puis intégrer et éduquer le réseau familial de la personne (Nossum et al, 2018; Pizzi, 2013) sont primordiales pour accompagner et motiver la personne dans son processus de perte de poids et dans la modification de ses habitudes de vie. Puis, au niveau de l'environnement social, Nossum et ses collaborateurs (2018) suggèrent que la mise sur pied de groupes d'accompagnement adaptés aux capacités des personnes vivant avec l'obésité par des ergothérapeutes sont utiles afin

de créer un sentiment d'appartenance ainsi que des opportunités sociales qui mobilisent ces personnes à sortir hors de chez elle pour briser leur isolement (Forhan et al., 2011).

D'un point de vue populationnel, il est ressorti que les ergothérapeutes devraient plaider auprès des gouvernements pour mettre en place des politiques publiques favorisant la réduction des barrières environnementales et l'inclusion sociale de cette population, et ce, par la création d'environnements habilitants comprenant entre autres des bancs d'autobus adaptés et des chaises plus grandes dans les restaurants (Haracz et al, 2013; Nossum et al, 2018). Finalement, ils devraient aussi miser sur la prévention et la promotion de saines habitudes de vie en intervenant dès l'enfance par l'adaptation des occupations comprenant la saine alimentation et les activités physiques dès le jeune âge (Pizzi, 2013).

Il apparaît donc que l'ergothérapie a sa place dans les interventions touchant l'obésité, puisque celles-ci sont en cohérence avec la vision et les compétences de la profession d'habiliter les personnes à intégrer des occupations significatives (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2019). De plus, une grande partie des interventions recommandées sont axées sur les changements au plan des habitudes de vie de la personne et l'inclusion de son environnement social, ce qui est au cœur de la vision holistique de la personne prônée par l'ergothérapie (OEQ, 2019) et aussi en cohérence avec les énoncés de position de la fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2019). Ceci concorde aussi avec les nouvelles lignes directrices canadiennes émises pour l'obésité (Wharton et al., 2020) qui énoncent que les gens vivant avec l'obésité devraient avoir des services de soins individualisés et adaptés à leur situation et du soutien pour favoriser les changements comportementaux au plan de la nutrition et de l'activité physique.

#### **2.4. La chirurgie bariatrique et les services actuellement offerts au Québec**

Actuellement, il existe des interventions chirurgicales qui visent à réduire les difficultés occasionnées par l'obésité. Parmi celles-ci, la chirurgie bariatrique est reconnue comme étant l'un des traitements efficaces pour contrer l'obésité (Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec [IUCPQ], 2015a). Selon Obésité Canada (2018), cette intervention chirurgicale, dépendamment de la méthode choisie, peut agir de trois façons sur un individu, soit 1) en entraînant une réduction de la quantité d'aliments ingérés par une personne; 2) en diminuant l'absorption calorique des aliments qu'un individu a ingérés et 3) en agissant des deux façons

énumérées ci-haut simultanément (Obésité, Canada, 2018). La chirurgie bariatrique peut ainsi entraîner des pertes de poids significatives allant de 20 à 30%, une réduction de la morbidité chez 40% des individus ainsi que de la mortalité chez 89% d'entre eux, en plus d'une amélioration sur le plan de la santé mentale et de la qualité de vie chez les patients (Obésité Canada, 2018). Toutefois, afin d'obtenir des résultats efficaces, la chirurgie doit être effectuée chez les individus chez qui elle est indiquée, et ceux-ci devront également suivre des recommandations rigoureusement, et ce, à long terme (Obésité Canada, 2018).

Pour être admissible à l'intervention chirurgicale, un individu doit respecter certains critères physiques et psychologiques. D'un point de vue physique, une personne doit avoir un IMC supérieur à 40 avec ou sans comorbidités ou avoir un IMC supérieur ou égal à 35, mais avec des comorbidités associées sévères (IUCPQ, 2015a; Obésité Canada, 2018). D'un point de vue psychologique, l'individu doit être en mesure de démontrer à l'équipe médicale son niveau de motivation, sa capacité à comprendre les implications à long terme que nécessite la chirurgie, en plus de décrire tous les moyens utilisés dans ses tentatives précédentes de perte de poids (Chouinard et al, 2015). De plus, la personne doit s'engager à cesser sa consommation d'alcool, de tabac et de drogues avant et après à la chirurgie (Chouinard, Leblanc et Marceau, 2015). Finalement, une personne désirant avoir recours à la chirurgie bariatrique ne doit pas présenter de maladies psychiatriques, telles que des troubles du comportement alimentaire, des troubles mentaux graves ou des troubles cognitifs (Chouinard et al, 2015).

Actuellement, au Québec, la chirurgie bariatrique est offerte dans dix-neuf hôpitaux (MSSS, 2005) dont les quatre principaux sont l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), l'hôpital Pierre-Boucher en Montérégie, le centre universitaire de Santé McGill (CUSM) et l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) (MSSS, 2009). De façon générale, les équipes interdisciplinaires suivant les patients dans leur processus de chirurgie bariatrique sont composées de plusieurs intervenants comprenant en autres les chirurgiens, les infirmiers, les nutritionnistes, les physiothérapeutes, les inhalothérapeutes, les infirmiers de liaison et, au besoin, les travailleurs sociaux ainsi que les psychologues (Chouinard et al, 2015). Avant d'avoir recours à une chirurgie bariatrique, un suivi avec un nutritionniste est recommandé afin d'amorcer graduellement l'adoption d'une alimentation saine pour limiter les complications et favoriser la perte de poids (IUCPQ, 2015b; Glazer et Biertho, 2020). De plus, quelques mois avant sa chirurgie, la personne est évaluée par un infirmier de l'équipe de chirurgie bariatrique afin de

compléter l'investigation médicale, incluant une multitude d'examen médicaux, radiologiques et cardiologiques ainsi qu'une rencontre avec le chirurgien (Glazer et Biertho, 2020; IUCPQ, 2015b). À ce jour, les listes d'attente pour subir une chirurgie bariatrique sont très longues et le délai d'attente peut varier entre six mois et cinq ans (MSSS, 2009; Obésité Canada, 2018).

À la suite de la chirurgie, le séjour moyen d'une personne à l'hôpital est de trois jours (ICIS, 2014). Dans la phase postopératoire, le patient est immédiatement pris en charge par les intervenants de l'équipe médicale mentionnés ci-haut. Lors de son retour à domicile, le patient devra être accompagné par des membres de son entourage pour les sept premiers jours, alors qu'un infirmier de la clinique externe de chirurgie bariatrique effectuera un suivi téléphonique et qu'un infirmier en soins à domicile assurera un suivi à domicile pour les deux premiers jours. Ensuite, un suivi est réalisé avec l'équipe médicale comprenant le chirurgien et l'infirmier tous les quatre mois pour la première année, aux six mois pour la deuxième année et annuellement pour les années suivantes (Chouinard et al, 2015). Si le patient en ressent le besoin, un suivi en santé mentale peut également être offert après la chirurgie (Chouinard et al, 2015). Selon les recommandations des nouvelles lignes directrices canadiennes concernant l'obésité publiées en 2020, une évaluation psychosociale devrait être réalisée avant la chirurgie puis, des interventions afin de favoriser une bonne santé psychologique devraient être réalisées avant et après la chirurgie en fonction des besoins personnels de chaque individu (Taylor et al, 2020).

## **2.5. Les enjeux concernant la chirurgie bariatrique**

À la suite de la chirurgie bariatrique, la personne est confrontée à de nombreux changements complexes dans plusieurs sphères de sa vie. D'un point de vue physique, elle doit faire face à des changements morphologiques qui sont occasionnés par la perte de poids pouvant entraîner des modifications cutanées (excès de peau, plis cutanés), ce qui est susceptible d'affecter l'image de soi et l'estime de soi d'un individu (Beltrán-Carrillo et al, 2019). De plus, il a été rapporté que les niveaux de dépression et d'anxiété chez ces personnes demeurent souvent inchangés même après leur intervention (Kruseman et al, 2010). Au contraire, chez certaines personnes, le niveau de honte et le sentiment de culpabilité peuvent être supérieurs après la chirurgie, lorsque des désordres alimentaires (fringales nocturnes et orgies alimentaires) demeurent présents et entraînent des répercussions sur le poids et le bien-être des individus (Kruseman et al, 2010). En ce sens, Shiau et Biertho (2020) soulignent au travers les nouvelles



lignes canadiennes de l'obésité que les professionnels de la santé devraient chercher à améliorer l'estime de soi et les motivations personnelles chez la clientèle après leur chirurgie bariatrique.

Les écrits suggèrent également des conséquences importantes sur le plan des habitudes de vie, telles que les recommandations touchant l'activité physique et l'alimentation, auxquelles devra s'adapter la personne. D'un point de vue alimentaire, les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique doivent modifier leur type d'alimentation en modifiant considérablement leur apport calorique quotidien et leurs habitudes alimentaires les limitant à suivre une diète stricte afin de ne pas ressentir d'inconforts gastriques ou pour ne pas être victime de dénutrition (Lin et Tsao, 2018). L'ajout des activités physiques constitue un défi supplémentaire chez les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique. En effet, selon les recommandations de Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019), les activités dites plus sédentaires devraient être réduites pour faire place à de nouvelles activités davantage mobilisantes et qui facilitent la mise en action. Concernant la pratique de l'activité physique, les principales barrières ressorties par les participants de l'étude de Bond, et ses collaborateurs (2013) sont le manque de temps et de motivation. D'autres auteurs mettent aussi en lumière l'importance de prendre en considération le travail d'un individu et les ressources financières de celui-ci (Beltrán-Carrillo et al., 2019). En effet, ces facteurs sont susceptibles d'influencer les possibilités et les opportunités de réaliser des changements dans les habitudes de vie (par exemple, un revenu insuffisant qui limiterait l'inscription à certaines activités, dont les salles d'entraînement, ou un emploi qui influencerait le temps libre réservé aux périodes d'entraînement). Il a d'ailleurs été ressorti que l'absence d'un emploi aurait pour effet d'augmenter le niveau de sédentarité d'un individu (Beltrán-Carrillo et al., 2019). À l'opposé, certains individus ont tendance à trop s'investir dans leur travail ou à prioriser inadéquatement leurs occupations à réaliser dans une journée, ce qui leur laisse peu de temps pour la pratique d'activités physiques et de loisirs actifs (Beltrán-Carrillo et al., 2019).

Enfin, les études scientifiques suggèrent aussi que l'environnement d'un individu aurait une influence importante sur le respect de ces conditions à la suite de sa chirurgie. Que l'on parle d'environnement physique ou d'environnement social, il est important de prendre en considération ces différents facteurs dans le suivi et la mise en place des services. Concernant l'environnement physique, l'intégration de saines habitudes de vie d'un individu sont souvent influencées par les conditions climatiques (Beltrán-Carrillo et al., 2019). L'étude de Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019) rapporte d'ailleurs que plusieurs individus expliquent leur manque

d'investissement dans les activités extérieures par la variabilité de la température. L'environnement social, quant à lui, est souvent rapporté comme étant une source de défis dans l'intégration de nouvelles habitudes de vie. Entre autres, les individus percevant un manque de soutien social de la part des membres de leur famille sont davantage susceptibles de conserver leurs habitudes de vie plus sédentaires (Beltrán-Carrillo et al., 2019). Au plan institutionnel, les participants de l'étude de Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019) mentionnent aussi qu'il est difficile pour eux de s'investir dans des programmes d'activités physiques, car il n'existe pas de programmes spécifiques et adaptés pour les capacités et les conditions à respecter par les personnes ayant eu recours à une chirurgie bariatrique.

Il apparaît donc évident que les enjeux personnels et environnementaux auxquels sont confrontées les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique sont susceptibles d'influencer la réalisation de leurs occupations significatives.

## **2.6. Les interventions en ergothérapie à la suite d'une chirurgie bariatrique**

En tant que professionnels de la santé qui visent à promouvoir l'autonomie et l'habilitation aux occupations significatives (OEQ, 2019), les ergothérapeutes pourraient contribuer aux interventions interdisciplinaires auprès de la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique afin de diminuer les barrières occupationnelles vécues à la suite de la chirurgie. Le rôle possible de l'ergothérapeute est d'ailleurs bien défini en ce qui concerne les interventions pouvant être réalisées auprès de la clientèle vivant avec de l'obésité. Toutefois, actuellement, très peu d'écrits abordent, sous une perspective occupationnelle, les défis vécus à la suite d'une chirurgie bariatrique ainsi que les interventions en ergothérapie ayant le potentiel de soutenir cette clientèle dans son processus d'adaptation (Wilson, 2010). Certaines suggestions ont été apportées, dans un texte d'opinion (Dierterle, 2018) et dans un document produit par l'AOTA (AOTA, 2015) concernant la modification du régime alimentaire et la mise en place d'une saine routine de sommeil et d'activités physiques. Toutefois, ce domaine demeure très peu étudié et investi dans les pratiques ergothérapeutiques québécoises actuelles, bien qu'il s'agisse d'une avenue prometteuse. En effet, les services offerts actuellement se limitent à certaines sphères de l'individu et ne visent pas l'ensemble des enjeux complexes qui peuvent être vécus à la suite de leur chirurgie. Il est donc important de développer un continuum de services permettant de répondre à l'ensemble des enjeux

et des besoins de ces personnes, et ce, dans toutes les sphères de leur vie, incluant notamment leurs occupations significatives.

Dans la perspective du développement de services centrés sur le client, il serait d'abord pertinent d'avoir une meilleure compréhension des expériences et des besoins au plan occupationnel perçus par les personnes ayant subi la chirurgie bariatrique. Cette compréhension pourrait ensuite aider à guider les recommandations pour intégrer l'ergothérapie dans les équipes de soins et, ultimement, développer des services permettant de mieux accompagner ces personnes dans la reprise de leurs occupations de façon satisfaisante.

Ainsi, l'objectif de cet essai est d'explorer les expériences et les besoins perçus par les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en lien avec l'accomplissement d'occupations satisfaisantes au quotidien suite à la chirurgie.

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

La section suivante présente les notions théoriques et conceptuelles qui ont guidé l'élaboration et la rédaction de cet essai. Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner, 2008) a été sélectionné, car il inclut un ensemble de concepts pertinents pour aborder les expériences et les besoins des personnes, comprenant entre autres la volition, les routines et les rôles sociaux. Ce modèle offre ainsi une vision holistique de la situation des personnes dans le contexte d'adaptation à la suite d'une chirurgie bariatrique. Ce modèle sera présenté en détail dans les paragraphes qui suivent puis sa pertinence pour l'essai critique sera ensuite précisée.

#### **3.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH)**

Cet essai s'appuie sur le Modèle de l'occupation humaine (MOH). Ce modèle ergothérapeutique, développé par Gary Kielhofner au début des années 1980, offre une vision détaillée et intégrative d'une personne à partir de ses occupations (Bélanger et al, 2006). En effet, ce modèle s'intéresse à la signification qu'une personne accorde à ses occupations ainsi qu'au fonctionnement de celle-ci en analysant ses interactions avec son environnement et ses occupations (Bélanger et al, 2006). Ainsi, le MOH vise à comprendre ce qui permet à un individu de donner un sens à sa vie et de s'adapter face aux exigences de la vie en société (Kielhofner, 2008).

D'autre part, ce modèle suggère également une vision temporelle de l'être humain et de son évolution en tant qu'être occupationnel dans le temps. Ceci est pertinent puisque le modèle

permettra d'explorer les expériences vécues par les participants dans le temps. D'autre part, le modèle décrit les expériences et les besoins des individus à partir de trois dimensions soit « l'être », « l'agir » et le « devenir », qui comprennent chacune différentes composantes, tel qu'expliqué ci-dessous.

### **3.1.1. Composantes de « l'être »**

Tout d'abord, la dimension de l'être comprend la volition, l'habitude ainsi que la capacité de rendement (Kielhofner, 2008). La composante de la volition fait référence aux valeurs (c'est-à-dire, l'importance des occupations), aux intérêts (c'est-à-dire, la satisfaction qui est retirée d'une occupation) et aux déterminants personnels (c'est-à-dire, le sentiment d'efficacité personnelle dans une occupation) qui se manifestent dans la façon dont une personne fait des choix occupationnels et qu'elle s'investit dans ses occupations (Kielhofner, 2002). La volition, concept pouvant être rattaché à la motivation, est centrale dans cette étude puisqu'elle permet de faire ressortir les raisons qui ont motivé une personne à avoir recours à la chirurgie bariatrique et les raisons qui continuent de la motiver pour s'investir dans son processus d'adaptation occupationnelle post-chirurgie.

Quant à l'habitude, elle fait référence à la façon dont une personne structure et organise les occupations familières qu'elle réalise dans son quotidien. L'habitude comprend les habitudes, soit les occupations réalisées de façon répétitive et automatique, ainsi que les rôles qui correspondent aux statuts sociaux et aux attentes de l'environnement social (Kielhofner, 2008). Cette composante est importante puisqu'elle permet d'analyser comment un individu structure sa journée et le temps accordé à chaque occupation. Par exemple, comme le rapportait Beltrán-Carrillo et al. (2019), une personne peut avoir de la difficulté à intégrer de saines habitudes de vie en raison de son rôle de travailleur qui lui laisse peu de temps libre.

Puis, la capacité de rendement fait référence à la possibilité pour une personne d'atteindre ses objectifs en fonction des moyens dont elle dispose (Kielhofner, 2002). Elle comprend des éléments objectifs, soit les habiletés physiques et mentales, ainsi que des expériences subjectives en lien avec la façon de percevoir et de vivre une performance. Dans cette étude, la capacité de rendement permet de faire ressortir les éléments propres à une personne influençant la poursuite et l'adaptation d'occupations favorables à sa santé et à l'atteinte de ses objectifs à la suite de sa chirurgie bariatrique. Par exemple, la participation dans les occupations peut être affectée par des

composantes objectives telles que l'endurance physique d'une personne ainsi que par des composantes subjectives comme la peur de se faire juger ou d'être incapable de modifier ses habitudes alimentaires.

### **3.1.2. Composantes de « l'agir »**

La dimension de l'agir, quant à elle, comprend la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés opérationnelles. La participation occupationnelle fait référence à la capacité d'une personne à s'engager dans ses occupations qui ont une signification personnelle et sociale et qui lui procurent du bien-être (Kielhofner, 2008). C'est la composante la plus large de l'agir. Puis, le rendement occupationnel comprend l'ensemble des formes occupationnelles qui font partie de la participation occupationnelle d'une personne. Le rendement correspond à une séquence d'actions et de gestes observables. Par exemple, il pourrait s'agir de pratiquer une activité physique impliquant de marcher sur de longues distances. Finalement, les habiletés opérationnelles font référence aux actions directement observables d'une personne lorsqu'elle réalise une forme occupationnelle. Elles comprennent les habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction (Kielhofner, 2002). Les composantes de l'agir sont pertinentes à explorer dans le cadre de cette étude puisqu'elles permettent d'explorer comment une personne s'engage dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne à la suite de sa chirurgie bariatrique en fonction des objectifs qu'elle s'est fixés tout en analysant quelles habiletés elle utilise pour y arriver. Par exemple, une personne qui s'est mise à la course peut se donner des objectifs hebdomadaires quant à la distance parcourue. Pour y arriver, elle devra utiliser des habiletés motrices pour courir, des habiletés opératoires pour planifier son trajet et finalement des habiletés de communication pour discuter de son loisir avec son conjoint.

### **3.1.3. Composantes du « devenir »**

La dernière dimension, soit le devenir, comprend l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle qui ont une influence sur l'adaptation occupationnelle. L'identité occupationnelle se définit comme la connaissance qu'une personne a de ses propres capacités, de ses intérêts, de son efficacité, de sa satisfaction et de ses obligations, et ce, à partir de ses expériences passées et de ses aspirations futures (Kielhofner, 2002). Dans cet essai, l'identité occupationnelle peut représenter l'être occupationnel tel que perçu et désiré par la personne qui

s'engage dans son processus de chirurgie bariatrique. En ce sens, une personne qui a une perception négative de ses capacités et de son image de soi, renforcée par des expériences passées négatives, peut se restreindre dans ses projets occupationnels notamment pour créer des contacts sociaux, établir des relations amoureuses ou éviter des projets qui auraient pu être signifiants (faire un long voyage, expédition, certains métiers, etc....)

La compétence occupationnelle correspond, quant à elle, à la façon dont une personne organise sa vie afin de respecter ses responsabilités, d'atteindre ses standards personnels et de respecter ses obligations sociales ainsi que ses rôles (Kielhofner, 2002). Elle représente les stratégies employées par une personne pour organiser ses occupations en fonction de ses obligations (travail) et de ses rôles (mère, conjointe) pour atteindre ses objectifs fixés.

Enfin, l'adaptation occupationnelle, concept central du modèle, est la résultante de la dynamique entre les composantes des trois dimensions (l'être, l'agir, le devenir) ainsi que de l'environnement (Kielhofner, 2008). L'adaptation occupationnelle est un état de compétence qui permet à une personne de combler ses aspirations en lien avec son fonctionnement occupationnel. Cette composante est importante dans cette étude, car après une chirurgie bariatrique, il est possible que les occupations par lesquelles une personne se définissait soient changées et ne représentent plus sa situation actuelle. Par exemple, dans son processus d'adaptation à la suite de la chirurgie, pour arriver à l'être occupationnel désiré, une personne devra trouver des sources de motivation pour s'investir, modifier sa routine quotidienne et ses rôles puis développer de nouvelles habiletés occupationnelles. De plus, l'atteinte de l'adaptation occupationnelle peut également être influencée par l'environnement (physique et social) de la personne.

#### **3.1.4. L'environnement**

L'environnement constitue un concept essentiel dans le MOH puisqu'il offre des opportunités et des ressources d'action à une personne, mais engendre également des demandes ainsi que des contraintes face à l'engagement occupationnel (Bélanger et al, 2006). L'environnement comprend deux éléments interdépendants soit l'environnement physique et l'environnement social. L'environnement physique comprend les objets et les espaces physiques qui entourent une personne alors que l'environnement social correspond aux groupes d'appartenance d'une personne (Kielhofner, 2008). Comme décrit dans la problématique, l'environnement est important à considérer dans le processus d'adaptation occupationnelle et de

perte de poids à la suite d'une chirurgie bariatrique, car la participation de la personne peut être restreinte par des lieux physiques posant des obstacles (ex. sièges de cinéma ou des équipements de la salle d'entraînement non adaptés à sa morphologie) et par l'attitude et les préjugés des individus. Ainsi, il est important d'offrir des ressources et un environnement sécurisant et soutenant à une personne afin qu'elle vive une expérience positive et qu'elle soit motivée à s'engager dans son processus.

### **3.1.5. Pertinence du modèle dans le cadre de cet essai**

Le choix du MOH, qui est un modèle propre à l'ergothérapie, est justifié par la pertinence de sa vision dynamique et de ses concepts en regard de l'objectif de recherche. En effet, le MOH présente un cadre théorique pertinent dans la compréhension du processus de chirurgie bariatrique vécu par une personne, car ce modèle permet d'analyser comment la personne évolue dans la perception qu'elle a d'elle-même pour atteindre l'adaptation occupationnelle. En ce sens, le modèle offre une vision dynamique et intégrative de la personne à travers son cheminement en considérant, en autres, sa motivation (ou volition), sa routine quotidienne, ses rôles (travailleur, parent) ainsi que le développement de ses habiletés tout en prenant en compte l'impact de ses interactions avec son environnement. De plus, notons l'importance que ce modèle accorde au concept de volition, qui dans le cadre d'une chirurgie bariatrique, constitue un élément crucial pour l'engagement d'une personne dans la modification de sa routine occupationnelle. En effet, le modèle permet de faire ressortir les motivations (valeurs, intérêts) qui ont influencé le choix d'une personne à avoir recours à la chirurgie et à s'engager dans la suite de son processus. Il s'agit donc d'un modèle tout indiqué pour guider cette recherche en ergothérapie.

## **4. MÉTHODOLOGIE**

La section suivante présente le devis de recherche ainsi que les méthodes utilisées pour sélectionner les participants de même que pour effectuer la collecte et l'analyse des données. Finalement, les considérations éthiques de l'essai critique sont abordées.

#### **4.1. Devis**

Une étude descriptive qualitative a été utilisée. Ce devis permet de décrire les expériences personnelles en lien avec le phénomène à l'étude selon le point de vue des participants (Fortin et Gagnon, 2016), soit dans ce projet, les expériences et les besoins occupationnels des personnes à la suite d'une chirurgie bariatrique.

#### **4.2. Participants**

Les participants sont des personnes vivant avec une obésité grave qui ont eu recours à l'une des formes de chirurgie bariatrique disponibles au Québec. Un échantillon de six à dix personnes ayant subi une chirurgie bariatrique était visé afin de permettre de recueillir une diversité de points de vue, tout en respectant également la faisabilité du projet dans le cadre d'un essai (Martinson et O'Brien, 2010 cités dans Dahl et al, 2014).

Afin de participer à l'étude, les participants devaient respecter les critères d'inclusion suivants :

1. Être âgé de 18 ans et plus;
2. S'exprimer en français;
3. Avoir eu recours à la chirurgie bariatrique pratiquée au Québec au cours des 5 dernières années afin que la personne se souvienne des expériences vécues lors de la transition post-chirurgie.

Concernant le critère d'exclusion, les personnes ayant subi la chirurgie ne devaient pas avoir d'atteintes cognitives, auditives ou de communication importantes affectant la participation à l'entrevue (basé sur le jugement clinique de l'évaluateur lors de l'entrevue téléphonique initiale).

#### **4.3. Modalités de recrutement**

Le recrutement des participants a été réalisé à l'aide d'une méthode non probabiliste par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016). L'étudiante-chercheuse a informé des membres de son réseau de contacts qui étaient susceptibles de connaître des personnes ayant subi une chirurgie bariatrique par courriel et elle les a invitées à informer ces personnes au sujet de la possibilité de participer à un projet de recherche. Les personnes intéressées à en connaître davantage sur le sujet de recherche ont été invitées à contacter l'étudiante-chercheuse ou à transmettre leurs coordonnées à la personne du réseau de contacts. Par la suite, ceux-ci ont été invités à informer d'autres personnes de leur



réseau de contacts au sujet du projet. Les noms des personnes ayant accepté d'être contactées ont ensuite été transmis à l'étudiante-chercheuse. Les personnes ayant donné leur accord ont d'abord été contactées par téléphone par l'étudiante-chercheuse afin de leur expliquer brièvement le projet et de vérifier leur admissibilité. Puis, l'étudiante-chercheuse a contacté par téléphone les personnes intéressées afin de leur expliquer le projet plus en détail, d'obtenir leur consentement écrit à participer à la recherche (voir Annexe B) et de procéder ensuite à la collecte des données.

#### **4.4. Collecte des données**

Pour cet essai, la collecte de données s'est déroulée à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et d'une entrevue semi-structurée, disponibles à l'Annexe B. Le questionnaire sociodémographique, d'une durée de moins de cinq minutes, visait à recueillir des informations générales sur le participant (ex. : âge, région, temps depuis la chirurgie) et a été administré au début de l'entrevue avec le participant. Puis, l'entrevue individuelle semi-structurée a permis de documenter les expériences et les besoins perçus par les personnes pour s'engager de manière satisfaisante dans leurs occupations à la suite de la chirurgie. Le guide d'entrevue a été développé par l'étudiante-chercheuse à partir de la recension des écrits et du MOH. Puis, il a été révisé par sa directrice d'essai ainsi que par une clinicienne détenant une expertise clinique pertinente dans ce domaine. Lors de la passation du guide d'entrevue auprès des premiers participants, l'étudiante a aussi porté une attention particulière à la clarté et la compréhension des questions en reformulant certaines questions au besoin.

#### **4.5. Analyse des données**

Tout d'abord, les données sociodémographiques ont été regroupées afin de dresser un portrait général des caractéristiques des participants. Ensuite, les données issues des entrevues ont été analysées de façon qualitative, par une méthode d'analyse thématique de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Les entrevues ont été enregistrées sur bande audionumérique puis les verbatim ont été transcrits intégralement. Pour faciliter la gestion des données et l'analyse de celles-ci, le logiciel Nvivo (version 12) a été utilisé. L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure de la collecte des données afin de permettre de valider le contenu avec les participants suivants et d'enrichir le guide d'entrevue. L'élaboration de la grille de codification a été faite en partant des principaux thèmes du guide d'entrevue tout en laissant place à l'émergence de nouvelles catégories

thématiques. Afin de vérifier la codification, la liste des codes (avec des extraits de verbatim), les catégories et les thèmes identifiés par l'étudiante-chercheuse ont été discutés avec la directrice de l'essai. Des réajustements et des clarifications ont été apportés au besoin.

#### **4.6. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir certificat en Annexe A). Le certificat portant le numéro CER-20-265-07.14 a été émis le 26 février 2020. Les participants ont fourni leur consentement écrit, libre et éclairé, et ont été informés que la participation au projet n'affecterait en aucun cas leur accès à des soins et des services de santé. Afin de préserver la confidentialité des renseignements recueillis, les participants ont été identifiés par des codes numériques dans les dossiers de recherche et lors de la transcription des discussions, de l'analyse et de la diffusion des résultats de l'étude.

### **5. RÉSULTATS**

Cette section a pour objectif de dresser une synthèse des résultats des entrevues portant sur les expériences et les besoins perçus par les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique afin de s'engager de manière satisfaisante dans leurs occupations. Dans un premier temps, les caractéristiques des participants seront présentées suivies de l'explication des divers thèmes identifiés à la suite de l'analyse des entrevues. Dans un souci de confidentialité, le masculin sera utilisé pour faire mention des participants.

#### **5.1. Description des participants**

Six personnes ont démontré leur intérêt pour l'étude, soit deux hommes et quatre femmes. Les six personnes répondaient aux critères et ont participé à l'étude. L'âge des participants varie entre 23 et 63 ans et le délai depuis leur chirurgie bariatrique varie de huit à soixante-dix mois. Cinq des six participants vivent avec leur conjoint et leurs enfants alors qu'un participant vit seul. Les chirurgies ont été réalisées dans différentes régions administratives du Québec comprenant la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, le Bas-Saint-Laurent, Montréal et le Centre-du-Québec. Deux chirurgies ont été réalisées dans une clinique privée alors que les quatre autres ont

été réalisées dans un établissement public. Tous les participants travaillent dans des secteurs d'emploi différents soit le transport, la restauration, l'administration, l'immobilier, le manufacturier et l'éducation. Concernant l'auto-perception de la santé, quatre participants jugent leur santé bonne, un la considère passable tandis qu'un dernier se considère en excellente santé. Le tableau 1 regroupe les principales caractéristiques des participants de l'étude.

Tableau 1.  
*Description des participants*

Participant	Âge (ans)	Sexe	Temps depuis la chirurgie	Cohabitation	Milieu de vie	Niveau de santé
1	56	M	5 ans et 10 mois	Seul	Maison	Passable
2	31	F	8 mois	Conjoint et enfants	Maison	Bon
3	23	F	1 an et 7 mois	Conjoint	Maison	Bon
4	36	F	1 an et 4 mois	Conjoint et enfants	Maison	Bon
5	44	F	2 ans	Conjoints et enfants	Maison	Bon
6	63	M	4 ans et 6 mois	Conjoint	Maison	Excellent

## 5.2. Expériences et besoins à la suite d'une chirurgie bariatrique : perceptions des participants

Différents thèmes touchant les expériences et les besoins liés à l'adaptation occupationnelle à la suite d'une chirurgie bariatrique ont été ressortis par les participants. Afin de faciliter la compréhension, les différents thèmes sont classés dans le Tableau 2 en fonction des composantes du MOH, soit l'être, l'agir, le devenir ainsi que l'environnement.

Tableau 2.  
*Principaux sous-thèmes relevés auprès des personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en fonction des composantes du MOH*

Être	Agir	Devenir	Environnement
1. Motivations à s'investir dans le processus de chirurgie bariatrique :	1. Changements de la participation occupationnelle	1. Accomplissement personnel	1. Obstacles liés à l'environnement social
a. Atteinte d'objectifs occupationnels	a. Se nourrir	2. Adaptation et poursuite de projets de vie	2. Facilitateurs liés à l'environnement social
b. Amélioration de sa santé	b. Travailler		
2. Importance des déterminants personnels	c. Réaliser ses soins personnels et les activités domestiques		
3. Capacité de rendement	d. Pratiquer des loisirs		
4. Modifications des habitudes			

### 5.2.1. Composantes de l'être

#### 5.2.1.1. Motivations à s'investir dans le processus de chirurgie bariatrique

Tout d'abord, différentes motivations d'avoir recours à la chirurgie bariatrique ainsi qu'à s'investir tout au long de leur processus d'adaptation à la suite de la chirurgie se dégagent des entrevues.

#### *Atteinte d'objectifs occupationnels*

L'élément le plus abordé par les participants concerne l'atteinte d'objectifs occupationnels. Cet aspect a été rapporté explicitement par les six participants ayant eu recours à la chirurgie bariatrique. Les objectifs occupationnels principaux ressortis par les participants sont de pouvoir magasiner des vêtements « comme tout le monde », de pouvoir vieillir avec ses enfants, ainsi que de pouvoir réaliser des loisirs pratiqués auparavant comme certains sports ou même de pouvoir pratiquer de nouveaux loisirs comme la photographie et la conduite de camions lourds. De plus, rencontrer une copine et séduire est également un élément nommé par le participant 1.

À 20 ans, avec notre corps on veut plaire, on veut séduire, rencontrer, faire notre vie, du sport, l'entourage bouge plus aussi. Je ne sais pas, quand tu es jeune, tu veux aller escalader une montagne, faire des sentiers pédestres. (Participant 1)

### *Amélioration de sa santé*

Pour l'ensemble des participants, améliorer sa santé est aussi une motivation importante tout au long du processus d'adaptation. Vouloir diminuer la présence de comorbidités qui affectaient la santé comme l'apnée du sommeil, les problèmes d'hypertension artérielle et le diabète ont été ressortis comme des éléments de motivation majeurs.

C'est sûr que, bien moi, mon espérance de vie était quand même courte. Quand ton taux de sucre est autour de 15-16, qu'il est bas et que tu te piques au maximum [...]. Un moment donné, c'est des pilules ici, des pilules là, des piques ici et là, bien je ne passais pas une assurance de santé. (Participant 6)

#### *5.2.1.2. Importance des déterminants personnels*

Les participants mentionnent qu'un travail sur soi-même doit être fait tout au long du processus d'adaptation, car les gens vivant avec l'obésité ont souvent une faible confiance en leurs capacités et une pauvre estime d'eux-mêmes. Un participant explique : La perte de poids et le changement alimentaire jouent beaucoup sur le mental [...] ça prend une bonne force. [...] Il faut être prêt à faire le changement parce que [...] c'est facile de retomber dans le « pattern ». De plus, Plusieurs participants ont aussi rapporté que la relation qu'ils entretenaient avec la nourriture était néfaste pour leur santé et leur perte de poids. D'ailleurs, le participant 1 a mentionné avoir de la difficulté à respecter son apport calorique en raison du plaisir que lui procure la nourriture et de la difficulté à gérer ses émotions dans certaines situations, amenant un sentiment de perte de contrôle.

#### *5.2.1.3. La capacité de rendement*

Au plan des éléments objectifs liés à la capacité de rendement, plusieurs participants ont rapporté une amélioration de leurs habiletés pour atteindre leurs objectifs. En ce sens, cinq des six participants rapportent avoir de meilleures capacités physiques pour réaliser leurs occupations à la suite de la chirurgie. Ils mentionnent être plus agiles, avoir plus de flexibilité et avoir plus d'énergie de façon générale, excepté pour un participant qui rapporte être plus fatigué. Le participant 1 mentionne par ailleurs avoir repris la majorité de son poids perdu à la suite de sa chirurgie et ne pas voir d'amélioration concernant ses capacités physiques.

Au plan du volet subjectif, soit le corps vécu, les participants ont rapporté qu'avant la chirurgie ils avaient honte de se retrouver en public et ils avaient peur du jugement des autres. Par

contre, après la chirurgie certains participants se sentent fiers d'eux-mêmes en raison du poids qu'ils ont perdu et ils disent se trouver beaux.

Avant moi l'école j'haïssais ça, car juste de faire des exposés oraux, me mettre en avant, c'était une honte pour moi, me mettre en public c'était ma honte [...] je me suis même inscrite pour faire un calendrier. J'aurais jamais fait avant parce que j'avais peur de m'exposer en avant d'un groupe de 15 cégepiens. (Participant 3)

C'est sûr que le corps change et on aime ça. Tsé on ne veut pas que ça redevienne comme avant et on veut continuer à ce que ça reste comme ça. La relation avec la balance est différente. (Participant 4)

#### *5.2.1.4. Modifications des habitudes*

Pour plusieurs participants, de nombreux changements ont dû être réalisés sur le plan des habitudes de vie, bien qu'ils soient actuellement satisfaits du résultat. En ce sens, quatre des six participants ont indiqué que l'adaptation occupationnelle leur a demandé de nombreux efforts afin de surmonter les différentes barrières et les défis au plan de l'alimentation (ex. : modification importante de la diète et des horaires de repas) et de l'activité physique (ex. : motivation, énergie et endurance physique requise) dans les premiers mois post-chirurgie. Ceci est d'autant plus important que, pour plusieurs, l'alimentation occupait auparavant une place prépondérante au cœur de leurs routines et leurs occupations quotidiennes. De plus, des efforts demeurent aussi nécessaires, plusieurs mois voire plusieurs années post-chirurgie, afin de maintenir les nouvelles routines occupationnelles et ne pas reprendre les habitudes antérieures.

Mais le monde pense que tu fais la chirurgie, qu'ils t'opèrent et que tu commences à maigrir. Mais il y a des efforts mentaux à faire [...]. Il faut faire des efforts pour maigrir et réussir, car sinon tu vas revenir dans la même vie que tu étais avant et si tu ne changes pas tes habitudes de vie ça va revenir pareil comme c'était. (Participant 5)

Par ailleurs, le participant 1 rapporte avoir retrouvé ses anciennes habitudes et avoir tendance à compenser par la nourriture et à agir de manière compulsive au plan de son alimentation lorsqu'il vit des situations plus difficiles.

## 5.2.2. Composantes de l'agir

### 5.2.2.1. Changements de la participation occupationnelle

Cette section vise à présenter les différents changements ressortis par les participants dans la réalisation de leurs occupations à la suite de leur chirurgie bariatrique.

#### *Se nourrir*

Selon l'ensemble des participants, l'occupation ayant subi le plus de changements à la suite de la chirurgie est celle de se nourrir. En effet, les participants se sont décrits comme des individus qui avaient l'habitude antérieure de manger de gros repas souvent chargés en calories, en plus de manger souvent des collations riches en gras ou en sucre. Depuis la chirurgie, les six participants mentionnent avoir diminué leur apport calorique. En ce sens, cinq participants mentionnent qu'ils ont cessé de manger des sucreries et qu'ils calculent leurs portions de protéines, de glucides et de légumes à chaque repas et collations depuis la chirurgie afin d'avoir une alimentation saine et équilibrée. Ils affirment aussi avoir grandement diminué la quantité de nourriture en raison de leur petit estomac.

On m'avait demandé de suivre le guide canadien, le tiers de l'assiette de légumes [...]. Après ça il y avait les protéines et les glucides. J'avais un genre de régime à suivre [...] avant et après l'opération. Je faisais la même chose, mais les portions ont diminué par exemple. On ne mange plus autant là. (Participant 6)

Toutefois, pour certaines personnes, les modifications alimentaires sont des modifications qui peuvent fluctuer au fil du temps. En ce sens, depuis la chirurgie, le participant 1 mentionne avoir trouvé des stratégies pour revenir à des habitudes antérieures afin d'être en mesure de manger de plus grosses portions.

N'importe quel aliment comme du *steak* s'il n'y a pas de sauce ça ne passe pas bien, mais si je prends une tasse d'eau chaude en même temps ça va bien passer. Je dirais que notre cerveau fait que des fois il y a des petits trucs qui ne sont pas corrects, mais qui nous permettent de manger plus et d'absorber plus facilement notre nourriture. (Participant 1)

#### *Travailler*

Cinq participants mentionnent avoir plus de facilité à réaliser leurs tâches de travail depuis leur chirurgie. Le participant 6 rapporte avoir moins de douleur et de difficulté à monter dans un

véhicule lourd alors que le participant 2 dit avoir plus d'espace pour travailler et se sentir moins fatigué.

Comme je travaille assis, oui, je sens une petite différence. La plus grande différence c'est que j'ai plus d'espace entre le volant et mon ventre, ça, c'est agréable. (Participant 2)

#### *Réaliser ses soins personnels et les activités domestiques*

Pour cinq des six participants, la réalisation des soins personnels et des activités domestiques est plus facile. Ils mentionnent avoir plus de facilité à se couper les ongles, enfiler et lacer leurs chaussures, s'habiller, particulièrement pour enfiler des bas et trouver des vêtements de taille régulière dans les magasins, puis réaliser les tâches extérieures qui nécessitent de se pencher et de s'accroupir. Le participant 6 a aussi nommé avoir plus de facilité au niveau de ses relations intimes.

Il y a beaucoup de choses positives vois-tu. Comme les relations sexuelles, c'est plus facile. Tout est plus facile, s'habiller, se chauffer, travailler, travailler dehors [...]. (Participant 6)

Par contre, le participant 1 mentionne ne pas voir de différences dans la réalisation de ses soins personnels et de ses activités domestiques en raison de la reprise d'une grande partie du poids qu'il a perdu.

#### *Pratiquer des loisirs*

Depuis la chirurgie, cinq participants sur six disent réaliser des loisirs plus actifs comme la marche et la course et se donner des objectifs quotidiens ou hebdomadaires pour s'améliorer. De plus, certains participants mentionnent avoir plus de facilité à réaliser certains loisirs pratiqués avant la chirurgie comme la *Zumba* et travailler dans le bois. En outre, certains ont développé des intérêts pour de nouveaux loisirs ou mis en pratique des loisirs qu'ils souhaitaient faire depuis longtemps comme la photographie ou suivre des cours de danse.

Ça paraît sur tout. Danser là, je suis des cours de danse. L'automne passé on a commencé ça. Avant je n'aurais pas pu, car on est longtemps debout. C'est toute des affaires que j'avais mises de côté-là. (Participant 6)



Par contre, le participant 1 mentionne ne pas pratiquer de loisirs actifs, car il se décrit comme une personne qui n'aime pas bouger et qui préfère réaliser des activités sédentaires, car il dit avoir de la difficulté à se mobiliser.

Aujourd'hui au point que je suis actuellement, je trouve ça plus dur, je bouge beaucoup moins, je ne suis pas sportif, c'est un cercle vicieux de ce côté-là.  
(Participant 1)

## 5.2.2. Composantes du devenir

### 5.2.3.1. Accomplissement personnel

Cinq des six participants se disent fiers d'avoir mis beaucoup d'efforts et de s'être investis dans leur processus d'adaptation avant et après leur chirurgie. Le participant 5 dit se trouver enfin beau alors que deux autres rapportent être enfin en mesure de s'affirmer, de mettre leurs limites personnelles et de s'écouter.

Moi je commence mes démarches [pour la chirurgie reconstructive]. J'avais commencé avant le confinement pour les chirurgies reconstructives mais moi je vais aller au privé et je vais payer parce que j'ai 44 ans. Je me trouve belle comme je suis, je m'accepte très bien mais je veux être encore plus belle. J'ai eu mes trois enfants et ce n'est pas pour plaire aux autres, c'est pour me plaire à moi.  
(Participant 5)

### 5.2.3.2. Adaptation et poursuite de projets de vie

Malgré de nombreux changements réalisés dans leur quotidien, les participants mentionnent qu'ils devront continuer de s'impliquer dans leur processus d'adaptation pour le reste de leur vie. En comparant et en contrastant les données des participants, il ressort que leur adaptation occupationnelle n'était pas nécessairement atteinte avec l'atteinte du poids désiré et que celle-ci peut être aussi influencée par les aspirations différentes et les projets de vie des individus. Ainsi, plusieurs trajectoires d'adaptation ont été ressorties en fonction du stade de la vie des participants. Par exemple, le participant 3 considère qu'il atteindra ses objectifs de vie après avoir eu un enfant alors qu'un autre dit qu'il sera satisfait après avoir eu une chirurgie reconstructive. Puis, le participant 6 qui est plus âgé dit que son objectif est atteint puisqu'avec le poids perdu jusqu'à présent, il avait gagné quelques années de vie. Pour ce qui du participant 1 ayant repris la majorité de son poids, celui-ci mentionne ne pas avoir réussi à atteindre ses objectifs en raison d'événements chamboulant sa vie, dont une séparation et la vente de son entreprise, qu'il a vécu avec beaucoup de stress, l'amenant même à adopter certains comportements compulsifs.

J'ai été un peu instable dans ma vie depuis les cinq dernières années. J'ai eu de gros changements, j'ai eu une séparation après 27 ans, suivi de quelques blondes. Puis, j'ai vendu mon entreprise et je suis tombé comme retraité. Je vis bien aujourd'hui, mais avec les centaines de milliers de dollars que j'ai perdus, j'ai compulsé et j'ai stressé [...]. Je suis un compulsif dans tout, je suis quand même équilibré dans la vie, mais quand je commence quelque chose je suis compulsif comme avec la bourse et la nourriture. (Participant 1)

## 5.2.4. Composantes de l'environnement

### 5.2.4.1. Obstacles liés à l'environnement social

Tous les participants ont rapporté avoir vécu certains enjeux touchant leur environnement social qui ont eu des impacts sur leur processus de chirurgie bariatrique, et ce, avant et/ou après la chirurgie. Le participant 1 mentionne avoir vécu une séparation peu de temps avant la chirurgie alors que le participant 6 rapporte avoir perdu une belle-sœur à la suite de cette chirurgie, ce qui a affecté leur désir d'y avoir recours initialement. D'autre part, les participants 2 et 4 ont rapporté avoir eu de la difficulté à s'organiser et à garder du temps pour eux en raison de leurs obligations familiales alors que trois participants ont rapporté avoir été victimes de jugements ou de jalousie de la part du conjoint, de la famille ou des amis que ce soit avant ou après la chirurgie.

On ne se le cachera pas que les gens portent des jugements. Ils dégagent un petit peu de jalousie ou de regards qui ont le goût de nous dire qu'on est lâche. Je ne te cacherais pas que quand j'ai annoncé cette nouvelle à certains de mes amis très proches, certaines personnes m'ont dit que si je voulais vraiment maigrir, j'aurais arrêté de manger mes biscuits. (Participant 3)

La chirurgie n'a pas eu d'impact sur mes relations avec mes amies, mais elle a eu des impacts au niveau de ma relation avec mon conjoint. Ça a développé de la jalousie. [...] On devient plus belle, on s'accepte plus et on prend plus soin de nous autres alors le conjoint voit ça et il se remet en doute. Mon conjoint était devenu hyper jaloux, puis il était comme « insécure ». C'est moi qui vivais le processus pareil et c'était rendu lourd pour moi. (Participant 5)

### 5.2.4.2. Facilitateurs liés à l'environnement social

D'un autre côté, les participants ont mentionné que l'environnement social agit également comme facilitateur et motivateur à s'investir dans le processus. Plusieurs participants mentionnent avoir reçu l'aide de leurs enfants, parents, frères et sœurs pour réaliser les tâches domestiques, préparer des repas adaptés à leur nouvelle condition ou leur donner les encouragements nécessaires lorsqu'ils manquaient de motivation. Le participant 6 rapporte que les messages d'encouragements

et de félicitations reçus par les amis et des gens de son village ont été des sources de motivation pour l'encourager à poursuivre.

Ça a été au festival de mon village que j'ai eu des félicitations et des « tu as bien fait ». J'en ai eu de ça à la pochetée. Je ne m'attendais pas à ça, je n'allais pas là pour ça, mais c'est quand même plaisant aussi et c'est motivant. (Participant 6)

### **5.3. Besoins perçus par les participants pour s'engager dans leurs occupations après leur chirurgie bariatrique**

Cette section vise à présenter les différents besoins perçus par les participants dans la réalisation de leurs occupations de façon satisfaisante à la suite de leur chirurgie bariatrique. Ces besoins touchent les thèmes suivants : l'accompagnement à l'égard de l'habituatation et de la participation occupationnelle, l'accompagnement pour répondre aux besoins en lien avec la volition, les déterminants personnels et la capacité de rendement, l'enseignement auprès de l'environnement social ainsi que l'apport du soutien par les pairs.

#### **5.3.1. Accompagnement dans l'habituatation**

Trois participants mentionnent qu'il serait important d'avoir de l'accompagnement à l'égard de l'instauration des nouvelles routines quotidiennes après la chirurgie. En ce sens, le participant 3 mentionne que l'ensemble des sphères de sa vie ont été modifiées et qu'après la chirurgie il est difficile de mettre en place une routine équilibrée. Le participant 4 ajoute qu'en vieillissant il est encore plus difficile de modifier ses habitudes de vie, car celles-ci sont encore davantage ancrées chez la personne. Ainsi, si la personne n'est pas encadrée pour changer ces habitudes, elle reprendra fort probablement son poids, selon ce participant.

Ce n'est pas pour rien qu'on a atteint un poids malsain. C'est certain que c'est parce qu'on était ancré dans des habitudes qui n'étaient clairement pas bonnes. Donc c'est sûr qu'il faut les changer ces habitudes-là et ça ne se fait pas en claquant des doigts. Moi je suis quand même jeune, mais quelqu'un de 40, 50, 60 ans il en a ancré des mauvaises habitudes alors ce n'est pas facile quand tu es laissé à toi-même pour faire ça. (Participant 4)

En ce sens, ils proposent d'instaurer des suivis afin de mettre en place des horaires qui sont adaptés en fonction des obligations de la personne comprenant en autres, les responsabilités associées aux rôles de parent, conjoint et travailleur.

J'ai eu des exemples, mais personne ne m'a appelé pour me dire toi dans ta journée qu'est-ce que tu fais [...], quel genre de routine on pourrait t'instaurer [...] après l'opération. Je n'en ai pas eu de ça et ça aurait été bénéfique [...]. J'avais beau me fier à l'horaire qu'eux avaient fait, mais ce n'est pas parce qu'eux on fait cet horaire-là qu'il marche dans ma vie. (Participant 3)

### **5.3.2. Accompagnement pour faciliter la participation occupationnelle**

#### *5.3.2.1. Adaptation de l'alimentation*

L'ensemble des participants mentionnent avoir rencontré des professionnels en nutrition (nutritionniste ou technicienne en diététique) afin de les accompagner dans la modification de leur alimentation. Avant la chirurgie, les participants jugent que les rencontres sont en nombre suffisant pour apprendre à connaître les principes de base pour modifier leur alimentation. Toutefois, après la chirurgie bariatrique, des besoins demeurent non comblés selon quatre participants qui déplorent le manque d'accompagnement au plan nutritionnel. Ils mentionnent avoir eu peu ou pas de suivi après l'opération alors que plusieurs questionnements et difficultés non anticipées persistent concernant le choix des aliments et des textures qu'ils peuvent manger, la quantité d'aliments qu'ils peuvent ingérer, la fréquence de repas à suivre ainsi que la façon d'adapter leur routine en fonction du plan alimentaire. De ce fait, plusieurs participants ont dû faire de nombreux essais-erreurs qui ont parfois entraîné des conséquences comme des douleurs et des restitutions. De plus, trois participants auraient aimé avoir des suivis plus personnalisés. En ce sens, ils auraient aimé avoir un plan alimentaire en fonction de leurs goûts alimentaires, leurs besoins nutritionnels et leurs restrictions alimentaires ainsi que des stratégies pour appliquer concrètement ces adaptations nutritionnelles dans leur quotidien. En outre, les participants ont nommé vouloir des rencontres plus fréquentes à la suite de la chirurgie pour les accompagner afin d'appliquer correctement les recommandations reçues dans leur alimentation au quotidien.

Donc, je te dirais que c'est beau avoir une nutritionniste qui nous dit quoi couper et quoi manger, mais il faut l'appliquer. Le mode d'emploi je l'ai, mais je ne l'applique pas malheureusement. Ça prendrait des rencontres [...] après la chirurgie. (Participant 1)

#### *5.3.2.2. Favoriser l'engagement dans les activités physiques*

Quant au suivi concernant l'engagement dans des activités physiques au quotidien, la majorité des participants soulignent le manque d'accompagnement reçu. En ce sens, certains

mentionnent n'avoir reçu aucune information concernant l'activité physique alors que le participant 4 mentionne s'être fait dire de bouger plus, mais sans recommandation additionnelle.

Je n'ai pas vraiment reçu d'informations concernant l'activité physique, quand j'y repense. Ils disent que c'est important de bouger, mais il n'y a rien de précis par rapport à ça. (Participant 4)

Trois participants nomment un besoin important quant à l'encadrement et l'accompagnement dans la pratique de l'activité physique au quotidien. Par exemple, le participant 4 rapporte avoir fait une chute de pression et perdu connaissance lors de son retour à domicile en marchant sur une longue distance, car il avait dépassé ses limites. Ainsi, les participants aimeraient avoir des stratégies personnalisées à leurs besoins et de l'accompagnement afin de savoir comment se mobiliser et intégrer des activités physiques dans leurs routines quotidiennes.

### **5.3.3. Accompagnement pour développer les processus volitionnels, les déterminants personnels et la capacité de rendement**

L'ensemble des participants ont mentionné le besoin d'accompagnement pour le volet psychologique, et ce, avant et après la chirurgie bariatrique. Les participants 3 et 4 mentionnent qu'avant l'opération il serait important d'aborder les deuils que la personne doit faire, particulièrement pour certains aliments et habitudes de vie. En outre, l'ensemble des participants recommande fortement des suivis au plan psychologique après la chirurgie alors que le participant 3 énonce même qu'il rendrait ces suivis obligatoires. Selon les participants, des rencontres de soutien sont nécessaires afin de s'assurer que les gens ne reprennent pas dans leurs habitudes antérieures et reprennent leur poids. De plus, les participants 1 et 3 rapportent que les gens vivant avec l'obésité utilisent souvent la nourriture comme compensation pour aller chercher un plaisir et une satisfaction passagère. Ainsi, après la chirurgie, ceci doit être abordé. Selon le participant 4, le soutien psychologique pourrait aussi aider à accepter son nouveau corps alors que le participant 3 qu'il est important de suivre les gens en raison du stress financier que peut apporter l'arrêt de travail prolongé postopératoire. Ainsi, de façon générale, les participants suggèrent des suivis psychologiques individualisés aux besoins de chaque personne et ce, à plus long terme, au-delà de la première et de la deuxième année.

La perte de poids joue beaucoup sur le mental., le changement alimentaire joue beaucoup sur le mental., en plus tout l'exercice, toute la routine là ça prend une bonne force. Il faut être prêt. Il faut être prêt à faire le changement parce que je

pense que si on n'est pas prêt c'est facile de retomber dans le « pattern ». [...] L'acceptation du corps c'est quand même difficile. Ce n'est pas parce que tu perds 100 livres que tu es nécessairement plus belle, car tu « ramollis » de partout. C'est d'accepter son nouveau corps et en même temps de vivre avec. (Participant 4)

#### **5.3.4. Enseignement auprès de l'environnement social**

Cinq des six participants mentionnent qu'il serait important d'impliquer davantage les proches en les éduquant et les sensibilisant aux changements que la personne ayant eu la chirurgie devra réaliser. Ils rapportent que c'est également un processus d'adaptation pour la famille et les proches, car ils doivent l'encourager, coopérer et essayer de comprendre sa situation. Puis, le participant 2 ajoute que ce n'est pas évident pour lui de modifier ses habitudes alimentaires lorsqu'il voit quelqu'un manger des aliments comme un sac de croustilles à côté de lui. Il ajoute que de donner des informations à la famille sur comment adapter leurs habitudes alimentaires et leurs activités physiques serait bénéfique pour la personne qui a eu la chirurgie, car elle aurait plus de soutien de ses proches, qui seraient aussi plus susceptibles de mettre en place de meilleures habitudes de vie aussi.

Quand j'essayais de changer ma façon de manger, d'avoir quelqu'un à côté de toi avec un bol de chips ou de popcorn, ce n'est pas toujours évident. Donc c'est sûr que nous comme on passe par cette étape ce n'est pas le fun pour les autres non plus, car eux ils ne veulent pas changer leurs habitudes non plus. Donc ce serait peut-être une bonne idée pour eux d'avoir l'information [...] parce que les bonnes façons de manger c'est bien à savoir pour tout le monde. [...] comment modifier leurs activités au quotidien aussi, ça serait peut-être bien aussi [...]. Moi j'ai un conjoint qui déteste le sport et même la marche il n'aime pas ça donc oui ce serait bien pour expliquer le côté positif de bouger. (Participant 2)

#### **5.3.5. Apport des groupes de soutien par les pairs**

Les six participants mentionnent qu'il serait important d'inclure davantage d'interventions de groupe. Les participants 2 et 5 ont eu une rencontre informative de groupe avant leur chirurgie alors que le participant 6 a participé à des séances de renseignements sur la chirurgie à l'hôpital où il a été opéré. Par contre, les participants considèrent qu'il devrait y avoir plus d'interventions de groupe, car elles sont un bon moyen pour aller chercher du soutien, de l'entraide, de la motivation et de nombreux conseils. Le participant 1 rapporte que lorsqu'il était plus jeune il avait tenté de perdre du poids par lui-même et avait assisté à des rencontres de groupe, ce qui lui avait permis de prendre conscience de sa propre situation en écoutant le témoignage d'autres personnes

dans une situation semblable à la sienne. Puis, le participant 3 a nommé que souvent il va avoir tendance à écouter davantage les conseils de personnes ayant vécu la même situation que lui, car il est capable de s'identifier à cette personne contrairement aux professionnels qui n'ont pas cette condition de santé. Actuellement, les participants mentionnent qu'ils vont chercher des informations et du soutien sur des groupes Facebook, mais que cela n'est pas suffisant et aussi pertinent que des rencontres.

Bien moi, je les [interventions de groupe] ferais vraiment avant et après parce qu'avant tu vis les mêmes stress, tu es capable d'échanger sur le comment tu appréhendes la situation autant qu'après c'est des trucs qu'on peut partager. Le docteur qui t'opère il peut te donner un million de trucs, mais des fois on a dans nos têtes de cochon que lui n'est pas dans les mêmes bottines que nous. Mais, la personne [...] qui fait la rencontre de groupe avec nous avant et qui fait la rencontre de groupe après avec nous bien le truc qu'elle va nous donner ça va peut-être plus rester dans le milieu de notre cerveau. On va se dire si elle est capable de le faire, moi aussi, car on est pratiquement dans les mêmes bottines. (Participant 3)

## **6. DISCUSSION**

Cette étude qualitative descriptive avait pour objectif d'explorer les expériences et les besoins perçus par les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en lien avec l'accomplissement d'occupations satisfaisantes au quotidien suite à la chirurgie. Dans cette section, les résultats obtenus seront comparés à ceux d'autres études, permettant de mettre en évidence certaines similitudes et différences. Ensuite, les implications pour la pratique en ergothérapie seront présentées. Finalement, une présentation des forces, des limites de cette recherche et des recommandations pour des recherches futures seront faites.

### **6.1. L'adaptation occupationnelle à la suite d'une chirurgie bariatrique**

Les participants ayant eu recours à la chirurgie bariatrique ont témoigné des nombreux changements complexes qui doivent être réalisés dans plusieurs sphères de leur vie tout au long de ce processus, touchant les dimensions de l'être, de l'agir et du devenir (Kielhofner, 2008). Les changements occupationnels – notamment dans les occupations liées à l'alimentation et la pratique d'activités physiques – doivent devenir routiniers et s'introduire à travers les différents autres rôles familiaux et professionnels, ce qui peut occasionner un défi supplémentaire à surmonter pour certains. À la lumière des résultats obtenus lors des entrevues avec les participants, il semble aussi

que ceux-ci peuvent vivre une évolution différente de leur situation d'adaptation occupationnelle selon leurs projets de vie et leurs aspirations à différents stades de leur vie, ainsi que selon les ressources et les défis liés à leurs environnements, ce qui est cohérent avec la vision dynamique et interactive du MOH (Bélanger et al, 2006).

## **6.2. Importance du soutien pour la poursuite des objectifs personnels à long terme**

La résultante des interactions l'environnement, la volition, l'habituatation et la capacité de rendement d'une personne est unique et différente pour chaque individu. En ce sens, les résultats de cette étude suggèrent que plusieurs éléments liés à la volition, à l'habituatation et à la capacité de rendement (référant à la dimension de l'être du MOH) influenceraient différemment l'adaptation et l'atteinte des objectifs des participants dans le cadre de leur processus de chirurgie bariatrique. D'abord, les déterminants personnels sont susceptibles d'exercer une influence sur leur adaptation (Bélanger et al, 2006), notamment une faible estime d'eux-mêmes, une image de soi négative ou un sentiment de culpabilité faisant ainsi en sorte que les participants ne sont pas totalement satisfaits de ce qu'ils ont accompli ou ne sont pas confiants en leur capacité à surmonter ce défi. Toutefois, l'amélioration des habiletés physiques et les réponses positives du corps (corps vécu) en lien avec la capacité de rendement pourraient exercer une influence positive sur leur capacité à atteindre leurs objectifs. Par ailleurs, tel que décrit dans l'étude de Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019) et rapporté par deux participants, les changements morphologiques post-chirurgie (ex. : plis cutanés) peuvent affecter l'estime de soi et l'image de soi d'une personne et influencer ainsi ses interactions avec son entourage. En outre, les personnes ayant vécu la chirurgie bariatrique pourraient bénéficier de soutien psychologique et d'accompagnement dans leur cheminement face aux habitudes et à la relation qu'ils entretiennent avec la nourriture. En ce sens, les propos de certains participants peuvent aussi suggérer des manifestations d'un trouble relationnel face à la nourriture qui nécessitent d'être adressées préalablement. En effet, pour plusieurs des participants, la nourriture est décrite comme une source de plaisir, de satisfaction passagère et une échappatoire lors de situations plus difficiles ou stressantes. Toutefois, après la chirurgie, il est important de trouver d'autres occupations dans lesquelles les individus peuvent retrouver des sensations de plaisir et de satisfaction ainsi qu'un sentiment de compétence, ainsi que d'autres stratégies de régulation émotionnelle et de résolution de problèmes pour gérer les moments difficiles, car leur relation face à la nourriture peut, comme le rapportent Kruseman et



ses collaborateurs (2010), entrainer des sentiments de culpabilité et de honte ainsi que des répercussions sur le bien-être et la perte de poids des individus.

De plus, la fluctuation de la volition est aussi un obstacle possible, car certains ont souligné vivre des périodes où ils sont moins motivés à s'investir dans leur processus d'adaptation, d'autant plus que plusieurs événements peuvent venir affecter cette motivation dont une séparation et ou le décès d'un proche pour certains participants à l'étude. D'autre part, sans avoir été explicitement nommé par les participants, il est permis de croire que le temps écoulé depuis la chirurgie ait un impact sur la motivation à s'impliquer dans le processus. En ce sens, les participants ayant eu recours à la chirurgie il y a quelques années ont eu plus de difficultés à maintenir leur motivation après les deux premières années. D'ailleurs, un des participants a repris la majorité du poids qu'il avait perdu. Ceci concorde avec l'étude de Groven et Glenn (2016) qui rapportent qu'après la période de lune de miel de deux ans, il est plus difficile de trouver des sources de motivation pour s'investir dans son processus de perte de poids et d'adaptation en raison d'une période de stagnation où il est beaucoup plus difficile de perdre du poids. Il est donc important d'offrir de l'accompagnement à cette clientèle à divers niveaux, et ce, au-delà des deux premières années. D'ailleurs, les nouvelles lignes directrices canadiennes pour l'obésité préconisent des suivis psychologiques avant et après la chirurgie bariatrique, et ce, à long terme afin de favoriser l'engagement des individus dans leur processus d'adaptation post-chirurgie (Taylor et al, 2020).

### **6.3. Besoins axés sur l'intégration de routines quotidiennes**

Les participants ont tous rapporté avoir des difficultés à modifier leurs routines quotidiennes concernant leur alimentation ainsi que la pratique de l'activité physique à la suite de la chirurgie bariatrique. L'accompagnement dans la modification des habitudes au quotidien a d'ailleurs été perçu comme un besoin important non comblé par l'ensemble des participants. Il est donc pertinent de s'attarder à ces besoins importants afin de proposer des interventions adéquates et adaptées à leur situation.

#### **6.3.1. Le changement de la routine alimentaire**

D'abord, les participants rapportent le besoin d'un meilleur suivi pour les accompagner dans la modification de leur routine alimentaire à la suite de la chirurgie. Cela fait sens considérant l'organisation actuelle des services où l'accompagnement pour modifier les habitudes alimentaires

est surtout offert avant la chirurgie bariatrique (Chouinard et al, 2015), alors que les suivis offerts après la chirurgie ne semblent pas documentés dans les écrits. Pourtant, Lin et Tsao, (2018) indiquent que les personnes ayant eu une chirurgie bariatrique vivent des enjeux quant à la modification de leur alimentation, notamment dans la mise en place d'une diète stricte pour éviter des inconforts gastriques et une dénutrition. En outre, la fluctuation dans la quantité d'aliments ingérés et la mise en place de stratégies pour être en mesure de prendre de plus grandes portions au fil du temps, tel que rapporté par le participant 1, démontrent que des besoins d'accompagnement et de suivi peuvent persister au-delà des premières semaines et des premiers mois suivant la chirurgie. Comme Dieterle (2018) ainsi que Martins et ses collaborateurs (2011) le suggèrent, il est donc important de favoriser un suivi régulier et échelonné sur une longue période de temps afin de permettre l'intégration graduelle des changements dans les routines alimentaires au quotidien. Tel que ressorti dans l'étude de Dieterle (2018), les résultats de l'étude confirment l'importance, pour l'ergothérapeute de respecter le le *Just Right Challenge* lors du changement des habitudes alimentaires dans son accompagnement. Par ailleurs, les besoins ressortis par les participants sont en cohérence avec les interventions possibles de l'ergothérapeute. À cet effet, l'ergothérapeute peut, entre autres, guider et accompagner la personne pour faciliter la planification de ses repas, le contrôle de ses portions alimentaires, le choix de ses aliments ainsi que la préparation de ses repas (Barclay et Forwell, 2018; Forhan et al, 2020; Haracz et al., 2013).

### **6.3.2. L'intégration d'activités physiques au quotidien**

Les participants à l'étude expriment également l'importance de pratiquer des activités physiques significatives dans leur processus d'adaptation après leur chirurgie et ils valorisent les bienfaits de ces activités. Toutefois, les résultats mettent également en évidence le fait que les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique manquent d'encadrement et d'accompagnement pour mettre en application ces recommandations. De ce fait, il pourrait être bénéfique d'outiller les personnes afin d'adopter des stratégies favorisant le développement de leurs habiletés physiques et l'engagement dans leurs activités tout en respectant leurs limites personnelles. En ce sens, afin de favoriser un niveau d'énergie optimal chez les individus, les nouvelles lignes directrices canadiennes de l'obésité favorisent la mise en place de stratégies de conservation d'énergie pour faciliter l'intégration d'activités physiques (Forhan et al, 2020). Par ailleurs, un suivi personnalisé est préconisé par les participants pour favoriser leur engagement

dans les activités physiques, ce qui est en cohérence avec Pizzi (2013) ainsi que Bond et ses collaborateurs (2013) qui favorisent les stratégies axées sur les forces personnelles des participants et sur leurs intérêts pour accroître la motivation à s'engager. En outre, Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019) ont rapporté qu'une priorisation inadéquate des occupations à réaliser dans une journée pouvait limiter le temps disponible pour pratiquer des loisirs actifs. La description de l'emploi du temps quotidien de certains participants suggère d'ailleurs que certains d'entre eux rencontrent possiblement des défis pour garder du temps pour la pratique de loisirs actifs et significatifs tout en conciliant leurs rôles familiaux et professionnels. Ceci suggère ainsi la pertinence d'accompagner les personnes dans l'intégration d'activités physiques significatives au quotidien.

#### **6.4. Soutien social à la suite de la chirurgie**

##### **6.4.1. Soutien par les pairs : une stratégie à préconiser**

Afin de favoriser l'engagement dans le processus d'adaptation occupationnelle à la suite de la chirurgie et de faciliter l'intégration des différentes recommandations dans leur quotidien, la majorité des participants ont suggéré d'offrir des groupes de soutien par les pairs. Selon des recherches antérieures, cette approche d'intervention adaptée en fonction des capacités et des besoins des individus permet de créer un sentiment d'appartenance et des opportunités sociales qui favorisent la mobilisation de cette clientèle (Forhan et al., 2011; Nossum et al, 2018). Par ailleurs, plusieurs recherches suggèrent que l'utilisation de groupes de soutien par les pairs comme modalité d'intervention favorise l'engagement, voir même l'*empowerment*, des personnes concernées en raison des nombreux partages d'expériences, d'informations et de stratégies entre des personnes vivant une situation similaire tout en permettant de briser l'isolement et de favoriser l'adoption de certaines recommandations plus facilement (Forhan et al., 2011; Opolski et al 2014; Sharman et al, 2017). Le participant 3 mentionnait l'importance d'avoir des rencontres de groupes avant et après la chirurgie afin de s'identifier aux individus qui ont vécu une situation semblable et écouter leurs conseils. Cette approche est appuyée par l'étude de Sharman et ses collaborateurs (2017), qui rapportent que les groupes de soutien devraient être présents, et ce, avant et après la chirurgie pour favoriser le sentiment d'appartenance des individus. Toutefois, l'étude de Hansen (2018) précise que les groupes de soutien devraient être exclusivement réservés aux individus ayant subi une chirurgie bariatrique et non ouverts à tous désirant avoir des informations, car les membres ont

tendance à se sentir moins pris au sérieux et moins écoutés lorsque les groupes sont ouverts à la population générale, nuisant ainsi à leur motivation d'y participer.

#### **6.4.2. Sensibilisation et engagement de la famille**

Selon les résultats de cette étude, l'environnement social est ressorti comme un élément facilitateur, mais également un obstacle dans le processus d'adaptation à la suite d'une chirurgie bariatrique. En ce sens, plusieurs participants recommandaient de réaliser des enseignements auprès de leurs proches afin de les sensibiliser face aux différents changements quotidiens et à l'importance de leur soutien pour augmenter la motivation à s'investir dans le processus. Ces résultats sont en cohérence avec les écrits qui suggèrent que des modifications dans les habitudes de vie du réseau familial de la personne sont souvent primordiales afin de l'accompagner et de la motiver dans son processus d'adaptation à long terme (Nossum et al, 2018; Pizzi, 2013). Tout comme le rapportent les participants, l'étude de Beltrán-Carrillo et ses collaborateurs (2019) ajoute que les membres de la famille sont susceptibles de garder leurs habitudes plus sédentaires, démontrant ainsi la pertinence d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser l'adaptation de l'ensemble de l'unité familiale. De ce fait, certains participants rapportent qu'il serait intéressant d'intégrer les membres de la famille lors de rencontres avec les professionnels de la santé afin de les impliquer dans ce processus. Une contribution originale de cette étude concerne ainsi l'importance d'intervenir dans le milieu de vie afin de miser sur les ressources et les forces de l'environnement immédiat. En ce sens, l'ergothérapeute pourrait réaliser des rencontres personnalisées à domicile pour favoriser l'engagement de la personne et de ses proches dans l'identification de solutions susceptibles d'être applicables dans leur contexte. Ceci suggère une approche de partenariat avec la personne et sa famille allant au-delà de la simple diffusion d'informations.

#### **6.5. Implications pour la pratique de l'ergothérapie**

Ce projet de recherche a permis de comprendre plus en profondeur les expériences, les enjeux occupationnels et les besoins perçus à la suite d'une chirurgie bariatrique pour favoriser la reprise des occupations de manière satisfaisante. Ceci appuie l'apport de la profession de l'ergothérapie afin d'accompagner cette clientèle lors du processus d'adaptation occupationnelle qui s'échelonne sur plusieurs mois, voire plusieurs années à la suite de la chirurgie.

### **6.5.1. L'approche axée sur les occupations et centrée sur le client**

Dans la présente étude, les participants ont clairement déploré le manque de suivi et de services personnalisés et adaptés à leurs besoins quant aux différentes modifications à apporter dans leur quotidien. En ce sens, les résultats suggèrent que plusieurs aspects de la personne, dont la motivation, le sentiment d'auto-efficacité ainsi que les capacités de gestion des émotions, doivent être considérés pour faciliter le changement des habitudes alimentaires au quotidien ainsi que l'intégration de nouveaux loisirs actifs et signifiants pour la personne, tout en tenant compte également de ses rôles familiaux et professionnels. Ceci est cohérent avec le rôle d'expert en habilitation de l'occupation de l'ergothérapeute qui vise à accompagner la personne à s'engager dans des activités qui font du sens pour elle et à travailler sur ses capacités par le biais de l'occupation (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Auprès de la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique, plusieurs objectifs du suivi sont d'ailleurs liés à la modification d'occupations. Ainsi, par leur vision holistique, leur approche misant sur les forces du client et leurs modalités d'interventions axées sur les occupations (Pizzi, 2013), les ergothérapeutes sont des professionnels de choix pour favoriser une participation occupationnelle satisfaisante. Que ce soit par la mise en place d'une nouvelle routine de façon graduelle ou l'intégration de nouveaux loisirs signifiants, l'ergothérapeute peut offrir une vaste gamme d'interventions possibles adaptées et personnalisées aux besoins propres à chaque individu. En outre, par l'utilisation de l'occupation signifiante, l'ergothérapie peut avoir un impact sur l'amélioration de l'auto-efficacité et de l'estime de soi en permettant à la personne de vivre des réussites. Aussi, en allant chercher une sensation de plaisir dans d'autres occupations (Kruseman et al., 2010), la personne peut apprendre à trouver de nouvelles manières de combler ses besoins. D'autre part, la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique ayant souvent des besoins complexes reliés à plusieurs sphères de la vie d'une personne, le travail d'équipe et la collaboration entre les différents professionnels ne peuvent qu'être bénéfiques afin d'offrir des services de qualité. D'ailleurs, les nouvelles lignes directrices canadiennes pour l'obésité reconnaissent officiellement que les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle important dans le processus d'adaptation post-opératoire en favorisant la reprise des occupations au quotidien (Forhan et al, 2020)

De plus, les résultats de ce projet de recherche suggèrent que l'environnement social constitue un élément pouvant à la fois faciliter et nuire au processus d'adaptation à la suite d'une

chirurgie bariatrique. Ces résultats sont en cohérence avec le MOH qui conçoit l'environnement sous l'angle de possibilités, de ressources, de demandes et de contraintes (Bélangier et al, 2006). Dans cette étude, certaines contraintes de l'environnement social ont eu un impact sur les participants. En effet, ceux-ci ont rapporté avoir subi des préjugés et de la jalousie de leur environnement social à leur égard en raison notamment d'un manque de connaissances sur les changements à apporter après la chirurgie bariatrique. Ceci est cohérent avec l'étude de Nossum et ses collaborateurs (2018) qui soutient qu'afin de favoriser l'engagement dans la modification des occupations, l'environnement social de la personne concernée doit être mieux informé et impliqué. Pour ce faire, la mise en place de moyens visant la sensibilisation ainsi que la recherche de solutions partagées pour l'intégration des nouvelles habitudes (ex. : en termes d'activité physique et d'alimentation) permettraient d'optimiser le soutien offert par l'environnement social aux individus ayant subi une chirurgie bariatrique et, par le fait même, de favoriser l'engagement dans le processus d'adaptation de ces derniers (Beltrán-Carrillo et al., 2019). La sensibilisation et l'engagement des proches dans le cadre du processus de chirurgie bariatrique font appel à la vision holistique de la profession d'ergothérapie. De fait, les rôles de l'ergothérapeute sont sollicités afin d'offrir des services personnalisés, adaptés au contexte holistique et souples, pour répondre aux conditions changeantes liées aux occupations, aux personnes et aux environnements des individus (ACE, 2012). Par ailleurs, afin d'agir en cohérence avec la compétence d'agent de changement, l'ergothérapeute peut jouer un rôle important dans la mise en place et la revendication d'un environnement inclusif favorisant la réalisation des occupations signifiantes (ACE, 2012). En ce sens, afin que l'environnement physique soit un facilitateur à l'activation et à la mobilisation dans le processus d'adaptation post-chirurgie, les recommandations et les interventions doivent prendre en considération l'environnement physique personnel (ex. : équipements disponibles pour l'adaptation des occupations à domicile) et collectif (ex. : sièges adaptés aux personnes avec un surplus de poids dans les transports en commun).

## **6.6. Forces de l'étude**

Ce projet de recherche est innovateur, car il explore les expériences et les besoins d'une population peu étudiée dans les écrits scientifiques et peu investie dans les pratiques québécoises actuelles en ergothérapie, soit les personnes ayant eu recours à une chirurgie bariatrique, et ce, selon une vision occupationnelle et holistique de la personne. En outre, les entrevues individuelles

semi-structurées ont favorisé une richesse dans les réponses des participants, tout en favorisant un cadre de respect de la confidentialité ainsi que de la vie privée des participants. D'autre part, le canevas d'entrevue conçu pour cette recherche est basé sur la recension des écrits, le cadre conceptuel ainsi que la validation par une clinicienne ayant de l'expérience dans ce domaine. De ce fait, la méthode de collecte des données a permis de refléter la réalité des participants par une analyse critique des informations. Ce projet représente ainsi un premier pas vers une meilleure compréhension des besoins de cette clientèle concernant l'engagement dans leurs occupations significatives à la suite de la chirurgie bariatrique.

### **6.7. Limites de l'étude et recommandations pour de futures recherches**

Une des limites de cette étude consiste en la taille de l'échantillon de six participants. En ce sens, il est probable que la saturation des données n'ait pas été atteinte, restreignant ainsi la transférabilité des résultats à l'ensemble de la population ciblée. Afin de s'assurer d'identifier l'ensemble des expériences et des besoins perçus par la clientèle ayant eu recours à la chirurgie bariatrique, il serait pertinent de poursuivre les recherches et les entrevues auprès d'un plus grand nombre de participants, et ce, jusqu'à l'atteinte de la saturation des données. D'autre part, plusieurs facteurs peuvent avoir eu une influence sur la fiabilité des résultats obtenus. Il est possible que l'étudiante-chercheuse ait influencé indirectement et involontairement les réponses des participants en raison de la flexibilité offerte par les entrevues semi-structurées quant à la formulation des questions. En outre, la sélection des six participants présente une limite, car les participants ont choisi volontairement de participer au projet de recherche. Ceci peut conduire à un biais de sélection, car on peut croire que certains groupes de personnes aient été davantage enclins à participer, tels que ceux ayant réussi à mieux s'adapter ou encore ceux ayant le désir de partager des besoins non comblés. Pour diminuer ces différents biais, il serait pertinent dans une future recherche de réaliser plusieurs entrevues auprès des participants (de manière longitudinale) ou d'utiliser plusieurs outils de collecte de données pour vérifier la constance quant aux expériences et aux besoins perçus par les participants.

## **7. CONCLUSION**

Ce projet de recherche a permis d'explorer les expériences et les besoins perçus par les personnes ayant eu recours à la chirurgie bariatrique en lien avec l'accomplissement d'occupations satisfaisantes au quotidien suite à la chirurgie. Les expériences vécues par cette clientèle suggèrent

que certains obstacles à la reprise de leurs occupations de façon satisfaisante sont présents, comprenant entre autres, un manque d'accompagnement quant à la modification des habitudes, notamment au plan de l'alimentation et de la participation à des loisirs actifs, ainsi que le besoin de soutien psychologique et d'enseignement auprès de l'environnement social.

Pour répondre à ces besoins, cette étude suggère d'améliorer l'offre de services actuellement offerte à cette clientèle par la mise en place d'interventions axées sur les occupations significatives dans le milieu de vie de la personne, le développement de groupes de soutien par les pairs ainsi que de l'enseignement auprès des proches. D'autre part, l'expertise des ergothérapeutes est sollicitée dans l'élaboration et la mise en place de ces services et ces ressources, afin de faciliter la participation occupationnelle et l'intégration des nouvelles routines quotidiennes chez les individus après leur chirurgie bariatrique tout en prenant en considération l'influence de leur environnement sur leur engagement ainsi que leurs aspirations et leurs objectifs personnels.

Bien que ce projet de recherche ait permis d'avoir une meilleure compréhension des besoins de la clientèle ayant eu recours à la chirurgie bariatrique, des recherches devront être réalisées dans le futur afin d'enrichir les connaissances générées par cette étude. En ce sens, il serait pertinent de réaliser une étude longitudinale afin de documenter en profondeur l'évolution des besoins des individus, et ce, allant de quelques mois avant leur chirurgie à quelques années après leur chirurgie. De ce fait, ces recherches permettraient d'avoir une compréhension plus complète et détaillée du processus d'adaptation dans les différentes sphères de leur vie. Ces recherches futures permettraient également de s'assurer que l'offre de services et le suivi offert à long terme répondent aux attentes ainsi qu'aux besoins variés et complexes des personnes.



## RÉFÉRENCES

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2015). *Fact sheet: Occupational Therapy's Role in Bariatric Care*. Repéré à <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/Bariatric%20fact%20sheet.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Barclay, K. S., et Forwell, S. J. (2018). Occupational performance issues of adults seeking bariatric surgery for obesity. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205195030p1-7205195030p10.
- Bélanger, R., Briand, C. et Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 13(1), 8-14.
- Beltrán-Carrillo, V. J., Jiménez-Loaisa, A., Jennings, G., González-Cutre, D., Navarro-Espejo, N., et Cervelló, E. (2019). Exploring the socio-ecological factors behind the (in) active lifestyles of Spanish post-bariatric surgery patients. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1626180.
- Bond, D. S., Thomas, J. G., Ryder, B. A., Vithiananthan, S., Pohl, D., et Wing, R. R. (2013). Ecological momentary assessment of the relationship between intention and physical activity behavior in bariatric surgery patients. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 82-87.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Adult obesity causes and consequences*. Repéré à <https://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>
- Chouinard, N., Leblanc, M. È., et Marceau, S. (2015). Chirurgies bariatriques Les étapes et les bienfaits. *Perspective infirmière*, 12(4), 43-46.
- Dahl, K. Larivière, N. et Corbière, M. (2014). *L'étude de cas : illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite*. Dans Corbière, M. et Larivière, N. (dir). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dieterle, C. (2018). Managing Obesity in Adults: A Role for Occupational Therapy. *OT Practice*, 23(19), 34-36. Repéré à <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-November-2018.pdf>
- Douketis, J. D., Paradis, G., Keller, H., et Martineau, C. (2005). Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *Cmaj*, 172(8), 995-998.

- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13(4), 421-427.
- Forhan, M., Grand, C., et Hung, P. (2020). *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Enabling Participation in Activities of Daily Living for People Living with Obesity*. Repéré à: <https://obesitycanada.ca/guidelines/participation>. Accessed [date].
- Forhan, M. A., Law, M. C., Vrkljan, B. H., et Taylor, V. H. (2010). The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 210-218.
- Forhan, M., Law, M., Vrkljan, B. H., et Taylor, V. H. (2011). Participation profile of adults with class III obesity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(3), 135-142.
- Fortin, M-F, et Gagnon, J (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Gagnon, Y. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*, 2e éd., Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Gilmore, J. (1999). L'indice de masse corporelle et la santé. *Rapports sur la santé*, 11(1), 33-47
- Glazer, S., et Biertho, L. (2020). *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Bariatric Surgery: Selection and Pre-Operative Workup*. Repéré à: <https://obesitycanada.ca/guidelines/preop>.
- Groven, K. S., et Glenn, N. M. (2016). The experience of regaining weight following weight loss surgery: A narrative-phenomenological exploration. *Health care for women international*, 37(11), 1185-1202
- Hanson, A. (2018). *Post-Surgical Bariatric Patients' Perceptions, Expectations, and Experiences After Weight Loss Surgery* (publication n°10791367) [Thèse de doctorat, The University of Arizona]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Haracz , K., Ryan, S., Hazelton, M., et James, C. (2013). Occupational therapy and obesity: An integrative literature review. *Australian occupational therapy journal*., 60(5), 356-365
- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2014). *Chirurgie bariatrique au Canada : rapport*. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Bariatric\\_Surgery\\_in\\_Canada\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Bariatric_Surgery_in_Canada_FR.pdf)
- Institut national de santé publique [INSPQ]. (2015). *L'obésité au Québec : ralentissement de l'augmentation, mais inégalités socio-économiques*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescopie/analyses/obesite>

- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec [IUCPQ]. (2015a). *Programme de chirurgie bariatrique: mission*. Repéré à <http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite/programme-de-chirurgie-bariatrique/mission>
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec [IUCPQ]. (2015b). *Processus de chirurgie*. Repéré à <http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite/processus-de-chirurgie#investigation>
- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams et Wilkins.
- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., et Golay, A. (2010). Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 527-534.
- Lin, H. C., et Tsao, L. I. (2018). Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge. *Journal of clinical nursing*, 27(23-24), 4279-4289.
- Martins, C., Strømmen, M., Stavne, O. A., Nossum, R., Mårvik, R., et Kulseng, B. (2011). Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity—changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obesity surgery*, 21(7), 841-849.
- Martinson, K. Larivière, N. et O'Brien, C. (2010). « Conducting case studies », dans J.S. Wholey, H.P. Hatry et K.E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical Program Evaluation*, 3e éd., San Francisco, Jossey-Bass, p. 163-181. Dans Corbière, M. et Larivière, N. (dir). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2005). *Accès aux services médicaux spécialisés : chirurgie bariatrique*. Repéré à <https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/carte.asp>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2009). *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec : plan d'action*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-932-01.pdf>
- Nossum, R., Johansen, A. E., et Kjekken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), 136-144.
- Opolski, M., Winefield, H., Howell, C., Toouli, J., Collins, J., et Kow, L. (2014). Banding together: an investigation of post-surgery support groups for laparoscopic adjustable gastric banding patients. *Health psychology research*, 2(2).

- Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]. (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE. Repéré à <https://doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.
- Obésité Canada. (2018). *Chirurgie bariatrique*. Repéré à <https://obesitycanada.ca/fr/gestion-de-lobesite/chirurgies-bariatriques/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]. (2019). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Repéré à <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2016). *10 faits sur l'obésité*. Repéré à <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2018). *Obésité et surpoids*. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pizzi, M. A. (2013). Obesity, health and quality of life: A conversation to further the vision in occupational therapy. *Occupational therapy in health care*, 27(2), 78-83.
- Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A., et Ezzy, D. (2017). What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?. *Health Expectations*, 20(1), 35-46.
- Shiau, J. et Biertho, L. (2020). *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Bariatric Surgery: Postoperative Management*. Repéré à : <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/Bariatric-Surgery-PostOperativeMgmt.pdf>
- Taylor, V.H., Sockalingam, S., Hawa, R., et Hahn, M. (2020). *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: The Role of Mental Health in Obesity Management*. Repéré à : <https://obesitycanada.ca/guidelines/mentalhealth>.
- Tremblay, M. (2011). *L'obésité préoccupation mondiale de santé publique*. Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique
- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedoff, Y., Gagner, M., ... Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*, 192(31), 875-891.
- Wilson, L. H. (2010). Occupational consequences of weight loss surgery: A personal reflection. *Journal of Occupational Science*, 17(1), 47-54.
- Wilson, M. G., Guindon, E. G., Baskerville, B. N., et Gauvin, F. P. (2012). Synthèse sur les données probantes: Promouvoir un poids santé par des interventions populationnelles au Canada. Université de McMaster.

## ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UQTR



3306

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS**

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Expériences et besoins perçus pour favoriser l'engagement dans les occupations significatives à la suite d'une chirurgie bariatrique

**Chercheur(s) :** Alexandra Lehoux  
Département d'ergothérapie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-20-265-07.14

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 26 février 2020 au 26 février 2021

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
Président du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

Date d'émission : 26 février 2020

**ANNEXE B**  
**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET GUIDE D'ENTREVUE**

**Guide d'entrevue**  
**PARTIE A**  
**Informations sur le participant**

1. Numéro du participant : \_\_\_\_\_ Date d'entrevue: \_\_\_\_\_
  
2. Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_
  
3. Sexe :
  1. Femme
  2. Homme
  
4. Type d'occupation:
  1. étudiant
  2. travailleur
  3. retraité
  4. autre
  
5. Date de la chirurgie bariatrique : \_\_\_\_\_
  
6. Actuellement, est-ce que vous cohabitez avec d'autres personnes?
  1. Oui. Préciser votre lien avec ces personnes : \_\_\_\_\_
  2. Non, je vis seul.
  
7. Milieu de vie actuel de la personne ayant subi la chirurgie bariatrique:
  
8. Diriez-vous que votre santé est :
  1. Excellente
  2. Bonne
  3. Passable
  4. Mauvaise

Expliquer pourquoi :

## Partie B

### Entrevue semi-structurée sur les expériences et les besoins

Dans cette étude, nous souhaitons mieux comprendre les expériences et les besoins des personnes ayant subi une chirurgie bariatrique pour les aider à s'engager de manière satisfaisante dans leurs occupations à la suite de la chirurgie.

Nous allons d'abord discuter du contexte entourant votre chirurgie et des implications dans la vie quotidienne.

*(NOTE : L'ordre des questions pourra s'adapter au fil de la conversation en fonction des idées amenées par la personne.)*

#### Motivation :

- Parlez-moi des raisons qui ont motivé votre décision d'avoir recours à la chirurgie bariatrique?
- Parlez-moi de votre cheminement? Comment vous êtes-vous engagé dans ce processus de changement? (au besoin donner des exemples concrets : changement de la relation avec son corps, relation face à la nourriture et l'activité physique, gestion des émotions)
- Qu'est-ce qui vous a motivé, vous motive (ou pourrait vous motiver) dans votre processus? (Adapter la formulation selon le contexte)

#### Habitudes:

- Pouvez-vous me décrire une journée typique avant votre chirurgie et après votre chirurgie?
- Qu'est-ce qui facilite ou limite l'adoption d'une routine quotidienne?

#### Changements et adaptation post-chirurgie:

- Comparativement à avant votre chirurgie, comment décririez-vous votre capacité à réaliser vos activités au quotidien?
- Dans le quotidien, quelles sont les répercussions positives et négatives de la chirurgie? Donnez-moi un exemple.
- Quels moyens avez-vous utilisés pour faciliter la reprise de vos activités importantes pour vous après votre chirurgie?
- Racontez-moi ce que vous faites pour vous adapter à [défi ou difficulté]. (Des exemples plus précis seront explorés en fonction des changements quotidiens rapportés par la personne.)

**Éducation et accompagnement reçus et souhaités pour s'engager dans les activités :**

- Quelles sont les informations que vous avez reçues au cours de votre processus quant aux changements recommandés dans vos activités quotidiennes (donner des exemples concrets au besoin : alimentation, travail, soins personnels, loisirs, etc.).
- Quelles sont les informations que vous avez reçues pour vous aider à réaliser vos activités quotidiennes après votre chirurgie et adapter votre routine (donner des exemples concrets au besoin : par exemple, pour l'aider à modifier XXX ou à intégrer XXX)
- Quels intervenants ont été impliqués dans votre processus? À quel moment?
- Quels moyens les intervenants ont-ils utilisés pour vous informer/enseigner/accompagner? (Fournir au besoin des exemples : recommandations écrites ou verbales, démonstrations, rencontres individuelles ou avec la famille, rencontres en groupes avec d'autres clients, vidéos explicatives, dépliants, soutien par les pairs etc.)?
- Selon vous, quelles sont les choses importantes à apprendre pour composer avec les changements dans le comportement et les activités quotidiennes suite à une chirurgie bariatrique?
- Dans un monde idéal, quel serait le meilleur suivi à offrir pour répondre aux besoins des personnes avant/pendant/après une chirurgie bariatrique? (Ex. : type d'accompagnement, ressources, professionnels impliqués, durée et intervalles pour le suivi).
  - o Si vous pensez à votre propre situation, de quelles informations, soutien ou suivi auriez-vous eu besoin pour vous aider au quotidien pour faciliter votre engagement dans vos activités?
  - o Selon vous, quel est le meilleur moment pour recevoir des informations/ de l'accompagnement?

**Environnement :**

Nous savons que les proches jouent un rôle important dans la réadaptation des personnes qui ont subi une chirurgie.

- Racontez-moi comment vos proches ont été impliqués (ou comment vous les avez impliqués) dans votre processus d'adaptation suite à la chirurgie?
  - o Comment auriez-vous aimé que ça se passe dans un monde idéal?
- En terminant, quelles seraient les choses les plus importantes à retenir pour aider les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique qui vivent des situations comme vous?
- Y a-t-il d'autres éléments que nous n'avons pas abordés que vous aimeriez me partager?

Merci ! Votre contribution à ce projet est très appréciée.