

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

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

PAR ISABELLE TREMBLAY

LE PROCESSUS D'ADAPTATION À LA MALADIE CHRONIQUE : UNE
PERSPECTIVE AXÉE SUR LE MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE

2020-12-10

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je souhaite remercier ma directrice d'essai, Mme Catherine Briand, pour sa contribution hors pair à mon essai de maîtrise. Catherine, tu as plongé avec moi à travers ce sujet d'essai qui me passionnait sans savoir où il nous mènerait. Tu as été à l'écoute de mes questionnements et tu m'as apporté des conseils qui m'ont été précieux. Merci pour ton temps et tes encouragements, sans toi ce projet ne serait pas le même.

Dans un deuxième temps, je souhaite remercier les experts qui ont participé à mon essai. Merci pour votre temps, votre intérêt et la richesse de vos réflexions. Cela a permis de faire évoluer ce projet à un autre niveau.

Dans un troisième temps, je souhaite remercier mes amies d'université qui ont su alimenter mes réflexions et apaiser mon stress par moment. Un merci spécial à mon amie Laurence Lalonde, qui s'est portée volontaire instinctivement pour être la secrétaire lors de la validation d'experts et à mes collègues de séminaire, qui ont su instaurer une ambiance agréable pour l'apprentissage de nouvelles connaissances. J'aimerais également remercier mesdames Ginette Aubin et Lyne Desrosiers pour avoir contribué à l'évolution de mon essai de maîtrise par leurs recommandations externes durant les séminaires.

Dans un quatrième temps, un merci spécial à tous mes proches, notamment mes parents et Simon, qui m'ont supporté à travers la réalisation de ce projet de longue haleine. Que ce soit par vos encouragements, votre intérêt envers mon projet ou par votre avis externe, vous avez été essentiels à la complétion de ce projet.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
LISTE DES FIGURES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Définition et prévalence de la maladie chronique	3
2.2. Conséquences de la maladie chronique.....	3
2.3. Enjeux de la maladie chronique sur la santé et le fonctionnement.....	4
2.3. Complexité de la maladie chronique et processus d'adaptation.....	5
2.4. Approches prioritaires en lien avec la maladie chronique.....	6
3. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	9
4. CADRE CONCEPTUEL.....	10
4.1. Cadre conceptuel de compréhension	10
4.1.1. Concept de processus d'adaptation à la maladie chronique	10
4.1.2. Conceptualisations actuelles de l'adaptation à la maladie chronique.....	10
4.2. Cadre conceptuel d'analyse.....	11
4.2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	11
5. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	16
5.1. Réalisation de la revue de littérature	16
5.1.1. La collecte des données	16
5.1.2. L'analyse des données	19
5.1.3. Schématisation à partir des tableaux d'extraction	20
5.2. Consultation d'experts.....	21
5.2.1. Choix des experts et rencontre de validation.....	21
5.2.2. Considération des avis d'experts	22
5.3. Schématisation finale théorique	22
6. RÉSULTATS	23
6.1. Revue de littérature et première schématisation théorique.....	23
6.1.1. Résultats de la revue de littérature.....	23

6.1.2. Première schématisation théorique.....	30
6.2. Consultation d'experts.....	31
6.2.1. Résultats de la rencontre d'experts.....	31
6.2.2. Bonification de la schématisation théorique.....	37
6.3. Compréhension du processus d'adaptation à la maladie chronique selon le MOH.....	38
7. DISCUSSION	40
7.1. L'importance du développement du pouvoir d'agir dans la transformation de l'être et dans les choix d'occupations	41
7.2. Concept émergent : l'engagement social.....	42
7.3. Force du devenir	43
7.4. Limites de l'étude	44
7.5. Forces de l'étude	45
8. CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES.....	47
ANNEXE A.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Recherche dans la base de données MEDLINE.....	17
Tableau 2.	Recherche dans la base de données CINAHL.....	18
Tableau 3.	Recherche dans la base de données psycINFO.....	18
Tableau 4.	Recherche dans la base de données SCOPUS.....	18
Tableau 5.	Critères de sélection des résultats clés retenus pour l'élaboration de la revue de littérature.....	20
Tableau 6.	Analyse des concepts suivants : participation et engagement du patient...	31
Tableau 7.	Analyse des concepts suivants : partenariat patient, partage du pouvoir et qualité du lien.....	32
Tableau 8.	Analyse des concepts suivants : apprentissage et développement des compétences de patient.....	33
Tableau 9.	Analyse des concepts suivants : soutien entre pairs et association de patients.....	34
Tableau 10.	Analyse des concepts suivants : engagement et implication sociale.....	34
Tableau 11.	Analyse des concepts suivants : acceptation et deuil.....	35
Tableau 12.	Analyse du concept suivant : niveau de disposition au changement.....	36
Tableau 13.	Analyse des concepts suivants : processus et phases.....	36
Tableau 14.	Caractéristiques des études retenues et leurs résultats clés.....	53
Tableau 15.	Forces et les faiblesses des études retenues.....	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

WHO : *World Health Organization*

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Le mécanisme de l'adaptation occupationnelle.....	13
<i>Figure 2.</i> Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles retenus.....	19
<i>Figure 3.</i> Schématisation théorique des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique.....	30
<i>Figure 4.</i> Schématisation théorique bonifiée des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique	37
<i>Figure 5.</i> Schématisation finale du processus d'adaptation à la maladie chronique selon une compréhension axée sur le MOH.....	39

RÉSUMÉ

Problématique : 44% des adultes canadiens de 20 ans et plus vivent avec une maladie chronique (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Plusieurs enjeux sont relevés dans la littérature scientifique quant aux impacts de la maladie chronique sur la santé et le fonctionnement de l'individu. Ces enjeux sont tels que les individus qui vivent avec une maladie chronique se doivent de s'adapter à la maladie chronique, puisqu'il est essentiel que ceux-ci apprennent à tolérer la maladie pour vivre de façon positive. Actuellement, aucune donnée dans la littérature scientifique ne conceptualise le processus d'adaptation à la maladie chronique selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), qui place le devenir au centre de l'évolution de chaque individu. **Objectifs :** Comprendre le processus d'adaptation à la maladie chronique et schématiser l'ensemble des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique selon une compréhension axée sur l'identité et l'adaptation occupationnelles tirées du MOH. **Cadre conceptuel :** Deux concepts clés ont été définis dans le cadre de compréhension de cet essai, soient : le processus d'adaptation à la maladie chronique et les conceptualisations actuelles de l'adaptation à la maladie chronique. Le MOH a également servi de cadre d'analyse. **Méthode :** Une méthodologie à trois étapes a été privilégiée dans le cadre de cet essai : la réalisation d'une revue de littérature, la schématisation des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique et la consultation d'experts pour valider et bonifier la schématisation des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique. L'analyse de données a pris la forme de tableaux et de schémas. **Résultats :** Six composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique sont ressorties à la suite de la réalisation de la revue de littérature, soit : l'autogestion de la maladie chronique, l'aspect émotionnel, l'aspect cognitif, l'aspect du soi, les facteurs personnels et l'environnement social. Les concepts proposés par les experts lors de la consultation et retenus pour l'élaboration de la schématisation bonifiée sont : l'engagement de l'individu, l'apprentissage, le deuil, l'acceptation de la maladie, le niveau de disposition de l'individu, le soutien entre pairs, l'engagement social et le partenariat patient. Il ressort de cet essai de maîtrise que le processus d'adaptation à la maladie chronique est en constant mouvement et permet à l'individu de redevenir un être dynamique où son identité, sa compétence et son adaptation occupationnelles se réactivent. **Discussion :** Un concept qui n'a pas encore été exploré dans littérature scientifique en lien avec l'adaptation à la maladie chronique et qui a été relevé par les experts est l'engagement social. De plus, la schématisation théorique bonifiée étant axée sur le partenariat patient, le partage du pouvoir au patient et sur les choix de l'individu, celle-ci est en concordance avec le développement du pouvoir d'agir. Finalement, la force du devenir du MOH ressort de cet essai de maîtrise, par le fait que l'individu, en se projetant dans une identité occupationnelle, met en place des actions qui sont cohérentes avec ses aspirations pour atteindre l'adaptation occupationnelle. **Conclusion :** L'apport principal de cet essai est d'amener de nouvelles connaissances sur le processus d'adaptation à la maladie chronique. Considérant que l'engagement social représente un concept émergent en lien avec l'adaptation à la maladie chronique, de futures recherches pourraient être réalisées à ce niveau.

Mots-Clés : Maladie chronique, adaptation, ergothérapie, engagement, MOH

ABSTRACT

Issues : 44% of Canadian adults aged 20 and over are living with a chronic disease. Several issues have been identified in the scientific literature regarding the individual's impacts of chronic disease on the health and functioning. These issues are such that the individual living with a chronic disease must cope with the chronic disease, as it is essential that he learns to tolerate the disease in order to live positively. Currently, there is no data in the scientific literature that conceptualizes the process of coping with chronic disease according to the Model of Human Occupation (MOHO), which places the future at the center of each individual's evolution. **Objective :** Understand the process of coping with chronic disease and schematize all the components involved in the process of coping with chronic disease according to an understanding based on occupational identity and adaptation drawn from the MOHO. **Conceptual framework :** Various key concepts guided the understanding of this study : the process of coping with chronic disease and current conceptualizations of coping with chronic disease. The MOHO, meanwhile, served as a framework for analysis. **Method :** A three-step methodology was favored in the context of this study : carry out a literature review, schematize the components of the process of coping with chronic disease and consulting experts to validate and improve the schematization of components of the process of coping with chronic disease. The data analysis took the form of tables. **Results :** Six components of the process of coping with chronic disease emerged following the literature review, namely : self-management of chronic disease, the emotional aspect, the cognitive aspect, the aspect of self, personal factors and social environment. The concepts proposed by the experts during the consultation and retained for the development of the improved schematization are: engagement of the individual, learning, bereavement, acceptance of the disease, level of disposition of the individual, peer support, social engagement and partnership with the patient. It emerges from this study that the process of coping with chronic disease is in constant motion and allows the individual to once again become a dynamic being where his occupational identity, competency and adaptation are reactivated. **Discussion :** One concept that has not yet been explored in the scientific literature in relation to coping with chronic disease and that has been noted by experts is social engagement. In addition, the improved theoretical schematization being based on the patient-partnership, the sharing of power with the patient and on the choices of the individual, this is in line with the concept of empowerment. Finally, the strength of the MOHO's future emerges from this study, by the fact that the individual, by projecting himself into an occupational identity, sets up actions that are consistent with his desires to achieve occupational adaptation. **Conclusion :** This study brought new knowledge about the process of adaptation to chronic disease. Considering that social engagement represents an emerging concept related to adaptation to chronic disease, future research could be carried out at this level.

Keywords : Chronic disease, coping, occupational therapy, engagement, MOHO

1. INTRODUCTION

Les maladies chroniques représentent une réelle préoccupation dans le domaine de la santé depuis plusieurs années. Cette préoccupation peut être expliquée par la forte prévalence des maladies chroniques au Canada ainsi que la gravité des conséquences qui en découlent. D'une part, les maladies chroniques touchent environ deux cinquièmes de la population canadienne âgés de 20 ans et plus, ce qui permet de mettre en lumière l'ampleur de la maladie chronique dans la société (Agence de la santé publique du Canada, 2016). D'autre part, les conséquences qui découlent des maladies chroniques sont telles que l'Organisation mondiale de la santé suggère qu'elles représentent la première cause de mortalité dans le monde (OMS, 2019). Il a également été relevé que les conséquences associées aux maladies chroniques se situent, entre autres, sur le plan de la qualité de vie des individus qui y sont touchés (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Plus spécifiquement, des limitations du point de vue des activités quotidiennes ont été notées chez les gens qui vivent avec une maladie chronique (Cazale et al., 2009). Ces limitations peuvent représenter des obstacles, et même une menace, pour les individus vivant avec une maladie chronique, entre autres par le fait que leurs projets futurs peuvent être bouleversés.

Ainsi, les individus qui vivent avec une maladie chronique se doivent de s'adapter aux changements qu'entraîne la maladie chronique afin de vivre de façon positive avec la maladie (Schulman-Green et al., 2012; Ambrosio et al., 2014). Considérant que les changements qu'engendre une maladie chronique interviennent sur le long terme, l'individu qui en souffre se doit d'exercer un contrôle direct sur ceux-ci. D'ailleurs, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle ergothérapique qui met de l'avant le devenir de la personne par les concepts d'identité, de compétence et d'adaptation occupationnelles. Ces concepts ont pour but de définir ce qui est important pour la personne, qui elle souhaite devenir dans le futur et comment elle peut évoluer en ce sens au cours de sa vie et en réaction aux situations de la vie (Kielhofner, 2002). Les individus vivant avec une maladie chronique se doivent donc de redéfinir leur identité occupationnelle afin de mener à terme les changements souhaités dans leur vie. Il s'avère donc intéressant de s'attarder au processus d'adaptation à la maladie chronique sous une perspective axée sur le MOH, dans l'optique que la personne puisse se redéfinir en tant qu'être occupationnel malgré la maladie.

Le présent essai de maîtrise se penchera sur le processus d'adaptation à la maladie chronique dans le but de comprendre ce phénomène et de le schématiser sous une perspective ergothérapique. D'abord, une présentation de la problématique de recherche sera effectuée, suivie par la présentation des objectifs et des questions de recherche de cet essai. Par la suite, la méthodologie de recherche sera énoncée. De plus, le cadre de compréhension et d'analyse de cet essai de maîtrise sera présenté et approfondi. Puis, les résultats obtenus seront présentés. Finalement, une discussion sera élaborée, incluant une présentation des forces et des limites de cet essai de maîtrise. Pour terminer, une conclusion sera présentée, de sorte à mettre de l'avant les retombées de ce projet de maîtrise. Les annexes, incluant les tableaux d'extraction des données de la revue de littérature, s'en suivront.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Définition et prévalence de la maladie chronique

Une maladie chronique est une affection qui persiste dans le temps et qui évolue généralement de façon progressive (OMS, 2019). Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2010), la maladie chronique peut être caractérisée par son début normalement lent et insidieux ainsi que par ses symptômes qui apparaissent progressivement et qui sont de longue durée. Il existe plusieurs maladies à profil chronique, telles que l'hypertension, l'arthrose, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le diabète, le cancer, etc. (OMS, 2019). Selon l'agence de la santé publique du Canada (2016), 44% des adultes canadiens de 20 ans et plus souffrent d'une maladie chronique. Les maladies chroniques représentent également la première cause de mortalité dans le monde, puisqu'elles sont responsables de 63% des décès (OMS, 2019). Considérant que certaines maladies chroniques possèdent des facteurs de risque similaires, les individus vivant avec une maladie chronique sont plus à risque d'en développer une autre au cours de leur vie (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Cette donnée, combinée avec le phénomène de vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'adoption considérable d'habitudes de vie néfastes, met en lumière le fait que de plus en plus d'individus vivent plus longtemps avec plusieurs maladies chroniques (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010).

2.2. Conséquences de la maladie chronique

Plusieurs conséquences gravitent autour de la maladie chronique. Dans un premier temps, la maladie chronique engendre des répercussions sur le plan de la personne. Plusieurs études révèlent que la maladie chronique entraîne une perturbation de la qualité de vie des individus qui en souffrent (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010; Cazale et al., 2009; Devins et al., 1984). Plus spécifiquement, les incapacités liées à l'état de santé de l'individu entraînent un appauvrissement physique de la personne (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). À tout cela s'ajoute également des répercussions au niveau émotionnel, qui peuvent avoir un impact sur la façon dont les individus se prennent en charge (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Des conséquences au niveau financier sont également relevées, dû au fait que la maladie chronique engendre des coûts supplémentaires qui doivent être assumés par l'individu qui en souffre (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010), de même qu'une baisse de productivité qui peut affecter le rendement au travail (Lim, 2017).

Dans un deuxième temps, la maladie chronique entraîne des conséquences chez les proches d'individus qui en souffrent (Cazale et al., 2009). Le fait que les proches de l'individu doivent prendre soin de la personne peut entraîner de la fatigue et du stress chez ceux-ci (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). De plus, l'étude de Fitzsimons et al. (2007) suggère que le rôle d'aidant peut entraîner de l'isolement social et que l'indépendance des proches se voit diminuée, par le fait qu'ils doivent constamment assurer les soins de la personne qui vit avec une maladie chronique. Selon Baanders et al. (2007), les partenaires des individus qui vivent avec une maladie chronique sont également touchés par la maladie chronique, puisque leur vie se voit bouleversée du point de vue financier, des relations sociales, des activités de loisirs et du travail.

Dans un troisième temps, la maladie chronique engendre des conséquences sur le plan socioéconomique (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). En effet, les individus vivant avec une maladie chronique bénéficient de plusieurs services dans le système de santé. Cela engendre des coûts importants autant pour l'individu et ses proches que pour la société (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Plus spécifiquement, il a été suggéré que les maladies chroniques coûtent aux Canadiens environ 190 milliards de dollars par année, et ce, en coûts directs et indirects (Agence de la santé publique du Canada, 2011).

2.3. Enjeux de la maladie chronique sur la santé et le fonctionnement

Plusieurs enjeux sont répertoriés quant à la santé et le fonctionnement des individus qui vivent avec une maladie chronique. Ces enjeux sont élaborés dans l'article de De Ridder et al. (2008). D'abord, la maladie chronique entraîne la présence de processus infectieux et inflammatoires, qui induisent à leur tour des symptômes non spécifiques (De Ridder et al., 2008). Parmi ces symptômes figure la présence de malaises physiques, de difficultés à se concentrer, de fatigue, d'humeurs dépressives, de douleurs, de léthargie et d'anhédonie (Dantzer, 2001). Certains de ces symptômes, dont la fatigue et la douleur, représentent des mécanismes d'adaptation en cas de maladie aiguë dans le but de promouvoir la guérison. Ces symptômes s'avèrent toutefois inadaptés pour les gens qui vivent avec une maladie chronique, puisqu'ils ont de grandes répercussions sur le long-terme. En effet, ces symptômes envoient des signaux de repos et de détresse qui peuvent engendrer de l'inactivité chez les gens qui vivent avec une maladie chronique. Sachant que l'engagement dans des activités entraîne une amélioration des habiletés fonctionnelles

et du statut émotionnel, il est légitime de considérer qu'un défi de la maladie chronique consiste à demeurer actif, malgré la présence de symptômes (De Ridder et al., 2008).

De surcroît, la maladie chronique entraîne l'adoption de responsabilités supplémentaires au quotidien, telles que la gestion de la médication, l'adoption de saines habitudes de vie et le changement de style de vie. L'adoption de tels comportements entraîne une amélioration sur le plan physique, une amélioration des capacités fonctionnelles et une diminution des complications de la maladie à long terme (De Ridder et al., 2008). Seulement 10 à 25% des gens s'engagent dans l'adoption de responsabilités supplémentaires à la suite de l'annonce du diagnostic (Dunbar-Jacob et Mortimer-Stephens, 2001). Un enjeu peut donc être relevé du point de vue de l'adoption de comportements au quotidien pour favoriser la santé des individus qui vivent avec une maladie chronique.

Aussi, il a été démontré que les gens vivant avec une maladie chronique peuvent présenter de l'anxiété, des humeurs dépressives ainsi que toutes autres émotions négatives. La façon dont les gens s'adaptent à ces émotions peut affecter grandement la façon dont ils s'ajusteront à leur maladie (De Ridder et al., 2008). Il existe différents types de régulation des émotions et l'un d'entre eux est associé à une augmentation de l'apparition de la maladie et du risque de progression de la maladie (Austenfeld et Stanton, 2004), démontrant ainsi qu'il existe un enjeu important en ce qui a trait à la régulation des émotions.

En somme, la mise en évidence de ces différents enjeux permet de constater que les gens vivant avec une maladie chronique doivent apprendre à s'adapter à la maladie chronique. En premier lieu, les individus souffrant de maladie chronique se doivent de demeurer actifs, malgré la présence de symptômes qui représentent une barrière à la réalisation de leurs activités quotidiennes. En deuxième lieu, les gens vivant avec une maladie chronique se doivent d'adopter des comportements au quotidien qui favorisent la gestion de la maladie. En troisième lieu, les gens vivant avec une maladie chronique se doivent de s'adapter aux difficultés émotionnelles qu'engendre la maladie chronique par l'adoption de stratégies de régulation des émotions efficaces.

2.3. Complexité de la maladie chronique et processus d'adaptation

L'étude de Ambrosio et al. (2015) a procédé à une analyse du concept de vivre avec une maladie chronique à l'âge adulte. Il est ressorti que ce concept est un processus complexe, dynamique, cyclique, circulaire et multidimensionnel qui a pour but que l'individu vive de façon

positive malgré sa maladie. D'abord, le concept de vivre avec une maladie chronique à l'âge adulte s'avère complexe, par le fait qu'il requiert d'un individu qu'il génère plusieurs changements dans toutes les sphères de sa vie. De plus, le concept de vivre avec une maladie chronique à l'âge adulte est dynamique, puisque la maladie chronique est une affection qui évolue dans le temps. Ce concept est également cyclique, du fait qu'il ne représente pas un processus linéaire, mais plutôt un processus qui comporte des fluctuations. Le concept de vivre avec une maladie chronique à l'âge adulte est également multidimensionnel (Ambrosio et al., 2015). L'une des dimensions de du concept de vivre avec une maladie chronique à l'âge adulte est l'adaptation. L'adaptation est décrite comme le processus émotionnel et cognitif dans lequel une personne apprend à tolérer la maladie (Stanton et al, 2007). S'en suit la dimension de l'ajustement, qui est décrit comme un processus dans lequel la personne s'adapte à sa maladie et au développement de son identité, lui permettant ainsi de vivre de façon positive avec sa maladie chronique (Schulman-Green et al., 2012; Ambrosio et al., 2014). Il est donc possible de relever deux constats majeurs de cette étude. D'une part, cette étude permet de mettre en lumière la complexité que représente le fait de vivre avec une maladie chronique. D'autre part, l'adaptation à la maladie chronique fait partie intégrante de l'expérience des individus vivant avec une maladie chronique, puisqu'il est essentiel que ceux-ci apprennent à tolérer la maladie pour vivre de façon positive.

2.4. Approches priorisées en lien avec la maladie chronique

Dans les dernières années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, WHO) a suggéré que les professionnels de la santé devaient posséder plusieurs compétences afin de prodiguer des soins et services efficaces aux individus qui vivent avec une maladie chronique (WHO, 2005). Parmi ces compétences se retrouve l'approche centrée sur le client (WHO, 2005). L'approche centrée sur le client prend en compte l'expérience quotidienne de l'individu vivant avec une maladie chronique et reconnaît que celui-ci possède des connaissances du point de vue de la gestion de la maladie (Pulvirenti et al., 2014). Le fait de mettre de l'avant l'expertise de l'individu quant à son état de santé permet de contrer le sentiment de contrôle et de blâme que peut entraîner une approche davantage paternaliste (Wilson, 2001). Il a également été suggéré que les soins centrés sur le client améliorent la compréhension, la capacité, la confiance dans la prise de décision et la sensibilisation à la santé, aux maladies, aux options de traitement, aux symptômes et aux comportements des individus (Pulvirenti et al., 2014).

De plus, le fait de donner aux individus les moyens d'adopter des stratégies d'autogestion de la maladie, ce qui se réfère au concept d'*empowerment*, a été soulevé parmi les compétences mises de l'avant par l'OMS (2005). Selon Le Bossé (2003), le concept d'*empowerment* peut être traduit par le développement du pouvoir d'agir, qui est défini comme étant la capacité des individus et des communautés à exercer un contrôle sur les changements qui teintent leur vie (Rappaport, 1987). Le développement du pouvoir d'agir est orienté vers les conditions personnelles et structurelles qui rendent impuissant un individu en difficulté dans le but d'amener la personne à mener à terme un changement souhaité (Vallerie et Le Bossé, 2006). Il existe un modèle propre à l'ergothérapie qui s'inscrit dans une perspective centrée sur le développement du pouvoir d'agir, c'est-à-dire le MOH. En effet, le MOH est axé sur ce que la personne souhaite devenir dans le futur, selon son histoire occupationnelle antérieure (Kielhofner, 2002). Plus spécifiquement, le MOH s'intéresse au processus d'évolution qui permet à la personne de transformer ses convictions en actions, et ainsi de devenir l'être occupationnel qu'elle souhaite devenir (Bélanger et al., 2006). D'ailleurs, le concept d'adaptation occupationnelle représente la finalité du MOH et est défini comme étant l'actualisation de la projection de l'être occupationnel que la personne souhaitait devenir (Bélanger et al., 2006). Cette projection de ce que l'individu veut devenir dans le futur est construite à partir de la volition même de la personne (Kielhofner, 2002). La volition peut être définie comme un système de dispositions et de connaissances qui permet à la personne de choisir, d'anticiper et d'interpréter les comportements occupationnels (Kielhofner et Forsyth, 1997). La volition prend en compte les valeurs et les intérêts de la personne (Kielhofner, 2002). C'est donc de dire que la finalité du MOH se base sur les intérêts, les valeurs, les choix et les actions de l'individu, ce qui veut dire que l'individu est en pleine possession de ses moyens et exerce un contrôle direct sur sa vie. Le MOH peut donc être considéré comme un modèle qui s'appuie sur le développement du pouvoir d'agir, ce qui concorde avec les recommandations de l'OMS quant à la prise en charge des individus qui vivent avec une maladie chronique.

De cette problématique ressortent les constats suivants : d'abord, la prévalence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter au Québec et au Canada et les conséquences qui en découlent sont majeures. Aussi, la maladie chronique entraîne des enjeux par rapport à la santé et au fonctionnement des individus qui en souffrent. Ces enjeux permettent de mettre en lumière la complexité de la maladie chronique et l'importance de s'adapter à celle-ci afin de tolérer la maladie et de vivre de façon positive. L'une des recommandations émises par l'OMS à l'égard des services

à offrir aux individus qui vivent avec une maladie chronique est d'adopter des comportements qui visent l'*empowerment*, également nommée développement du pouvoir d'agir, afin d'outiller les individus à exercer du contrôle en lien avec les différents aspects de la maladie. Considérant que le MOH s'appuie sur l'adaptation occupationnelle comme finalité et qu'il s'intéresse à la fois à l'identité de la personne, à ses choix et à ses actions, il s'avère pertinent d'analyser l'adaptation à la maladie chronique selon une perspective axée sur le MOH.

3. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Ce présent essai de maîtrise a pour objectif principal de comprendre le processus d'adaptation à la maladie chronique. Afin de permettre une meilleure compréhension de ce processus, le sous-objectif de cet essai est de schématiser l'ensemble des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique selon une compréhension axée sur l'identité et l'adaptation occupationnelles soit le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Les objectifs suivants ont permis d'élaborer deux questions de recherche. Dans un premier temps, la question de recherche principale de cet essai de maîtrise est la suivante : quelles sont les composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique? Dans un deuxième temps, la question de recherche secondaire de cette étude est la suivante : quels sont les impacts du processus d'adaptation à la maladie chronique sur l'identité et l'adaptation occupationnelles?

4. CADRE CONCEPTUEL

4.1. Cadre conceptuel de compréhension

4.1.1. Concept de processus d'adaptation à la maladie chronique

Dans le cadre de cet essai de maîtrise, l'adaptation à la maladie chronique sera définie comme étant les efforts qu'un individu met en place pour gérer les demandes de la maladie qui sont exigeantes et qui dépassent les ressources actuelles de la personne (Lazarus et Folkman, 1984; White, 1974). De plus, cet essai de maîtrise se penchera sur le processus d'adaptation à la maladie chronique, d'où l'importance de définir le concept de processus. Dans le langage usuel, un processus est une «manière que quelqu'un, un groupe, a de se comporter en vue d'un résultat particulier répondant à un schéma précis» (Larousse, s.d.). Ainsi, cet essai de maîtrise s'intéressera au comportement des individus vivant avec une maladie chronique en vue de s'adapter à la maladie, c'est-à-dire en vue de déployer des efforts pour gérer les demandes de la maladie. Plus spécifiquement, l'adaptation à la maladie chronique est représentée comme un processus continu qui n'est jamais complètement atteint (Moss-Morris, 2013). L'adaptation à la maladie chronique n'a pas comme objectif de revenir à l'état antérieur, mais plutôt d'établir des moyens durables pour développer un nouveau sens de soi (Livneh, 2001). Dans la littérature anglo-saxonne, le terme *coping* est défini comme un processus qui implique des composantes cognitives et la mise en œuvre d'un plan pour faire face à la maladie et tolérer les conséquences de la maladie (Covic et al., 2004). Le terme *coping* sera représenté par l'adaptation à la maladie chronique dans cet essai.

4.1.2. Conceptualisations actuelles de l'adaptation à la maladie chronique

Actuellement, plusieurs données dans la littérature scientifique conceptualisent sous divers angles l'adaptation à la maladie chronique. Les principaux cadres et modèles qui conceptualisent l'adaptation à la maladie chronique sont les suivants : le cadre THRIVE, le modèle cognitif d'adaptation, le modèle de stress et d'adaptation ainsi que le modèle représentant le processus de transformation que vivent les individus ayant une maladie chronique dans un contexte de soin primaire.

D'abord, le cadre THRIVE a été élaboré par White et al. (2018) dans le but d'identifier des stratégies d'adaptation à la maladie chronique. Ce cadre a pour but de favoriser la réflexion des individus vivant avec une maladie chronique, leurs proches ainsi que des professionnels de la santé envers les stratégies d'adaptation à la maladie chronique. Les stratégies qui sont ressorties de cette

étude ont été catégorisées en six thèmes, soient les interventions thérapeutiques, les facteurs émotionnels, les différences individuelles, les habitudes et routines, les facteurs relationnels et sociaux ainsi que les valeurs et les croyances (White et al., 2018). Ce cadre définit de façon détaillée les stratégies en lien avec l'adaptation à la maladie chronique. Le modèle cognitif d'adaptation, quant à lui, a été proposé par Taylor (1983) dans le but de faire ressortir trois concepts centraux de l'adaptation à la maladie, soient la recherche de sens dans l'expérience, une tentative d'acquérir un sentiment de contrôle ou de maîtrise de la maladie ainsi qu'un effort pour restaurer l'estime de soi. Ce modèle s'intéresse davantage à la perception de contrôle vis-à-vis la maladie et à l'acceptation de la maladie (De Ridder et al., 2008). De surcroît, le modèle de stress et d'adaptation met de l'avant le fait que l'adaptation est un processus qui est influencé par les caractéristiques de l'individu et de l'environnement (Walker et al., 2004). Ce modèle met également en avant-plan les stratégies utilisées par les patients pour faire face aux tâches imposées par la maladie (De Ridder et al., 2008). Finalement, l'étude de Dubouloz et al. (2010) s'intéresse au processus de transformation que vivent les individus ayant une maladie chronique dans un contexte de soin primaire. Ce modèle met de l'avant les différentes phases incluent dans cette transformation, soient la phase initiale de réponse, la phase qui consiste à relever le défi et la phase d'intégration de nouvelles façons de vivre. Ce modèle présente donc le processus de transformation qui découle de la maladie chronique,

Les cadres et modèles énumérés précédemment permettent tous, à leur façon, de conceptualiser l'adaptation à la maladie chronique. Toutefois, aucun d'entre eux ne permet d'identifier les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique. De plus, aucun d'entre eux ne s'intéresse au processus d'adaptation à la maladie chronique sous une perspective ergothérapique axée sur le MOH.

4.2. Cadre conceptuel d'analyse

4.2.1. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le Modèle de l'Occupation Humaine est un modèle théorique créé par Kielhofner qui met de l'avant les aspects du comportement humain, de la motivation et de la cognition pour comprendre l'occupation, concept central de l'ergothérapie (Kielhofner et Burke, 1980). Le MOH comporte quatre dimensions centrales, soient celles de l'être, de l'agir, du devenir et de l'environnement (Kielhofner, 2002). Ces quatre dimensions permettront d'analyser les

composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique sous un point de vue ergothérapeutique.

D'abord, la dimension de l'être permet de conceptualiser l'humain selon trois éléments, c'est-à-dire la volition, l'habitation et la capacité de rendement. La volition représente le degré dans lequel une personne est motivée à agir et qu'elle choisit de faire ce qu'elle veut réellement faire. La volition comprend les déterminants personnels d'une personne, c'est-à-dire les sentiments et les pensées qu'habite une personne à l'égard de ses capacités et de ses habiletés, ses valeurs et ses intérêts. L'habitation représente la façon dont une personne structure ses actions dans sa routine, devenant ainsi des habitudes. L'habitation comprend les habitudes et les rôles d'un individu. La capacité de rendement, quant à elle, représente la capacité d'une personne à réaliser des tâches ou activités quotidiennes, selon certaines composantes objectives et subjectives (Kielhofner, 2002).

Pour ce qui est de la dimension de l'agir, elle porte sur les occupations et définit trois niveaux d'exécution des occupations, soient la participation, le rendement et les habiletés. La participation désigne le niveau d'occupation le plus vaste, où un individu peut s'engager dans un travail, dans un jeu ou dans toutes autres activités qui lui apportent un état de bien-être. Le rendement s'inscrit dans la participation, dans le sens où il représente l'exercice d'une forme de participation. Plus spécifiquement, le rendement représente la réalisation de tâches spécifiques dans le but de participer à une occupation. Par exemple, une personne qui travaille comme secrétaire doit accomplir certaines tâches, telles que de rédiger des documents, faire des appels ou brocher des documents. Dans ce cas-ci, la participation s'observe par l'engagement dans le travail de secrétaire, tandis que le rendement peut être représenté par les tâches effectuées en vue de réaliser ce travail, dont la rédaction de documents, la réalisation d'appels, etc. Afin d'accomplir ces différentes tâches, certaines habiletés sont nécessaires. D'ailleurs, le MOH reconnaît trois types d'habiletés, soient motrices, opératoires et de communication et d'interaction (Kielhofner, 2002).

La dimension du devenir en est une particulièrement importante dans le cadre de cet essai, considérant que celle-ci s'intéresse aux impacts du processus d'adaptation sur l'identité et l'adaptation occupationnelles. La dimension du devenir représente l'évolution de la personne dans le temps afin qu'elle devienne l'être occupationnel qu'elle souhaitait devenir. Plus spécifiquement, le devenir est composé de trois éléments, soient l'identité, la compétence et l'adaptation

occupationnelles. L'identité occupationnelle représente le sens de qui une personne est et ce qu'elle souhaite devenir selon son histoire occupationnelle antérieure. L'identité occupationnelle guide donc la personne à se définir et à entreprendre une démarche pour devenir l'être occupationnel qu'elle souhaite être. La compétence occupationnelle se rapporte à la capacité d'une personne à actualiser son identité occupationnelle par sa participation occupationnelle. C'est donc de dire que la compétence occupationnelle se réfère à la mesure dans laquelle les actions et les activités quotidiennes d'un individu sont en concordance avec ce que la personne souhaite devenir. Les actions d'une personne se doivent donc d'être en cohérence avec ses aspirations. Finalement, l'adaptation occupationnelle est définie comme étant l'actualisation de l'identité occupationnelle de la personne et la réalisation de la compétence occupationnelle. L'adaptation occupationnelle représente donc la résultante de l'évolution de la personne (Kielhofner, 2002).

Pour ce qui est de la dimension de l'environnement, celle-ci influence la participation occupationnelle. En effet, l'environnement offre des opportunités et des ressources tout en imposant des exigences et des contraintes aux individus. L'environnement peut être de nature physique ou sociale. L'environnement physique représente les espaces et les objets qui le composent, tandis que l'environnement social désigne les groupes de personnes qui composent une forme occupationnelle (Kielhofner, 2002).

Les différentes dimensions du MOH sont représentées à travers le schéma suivant :

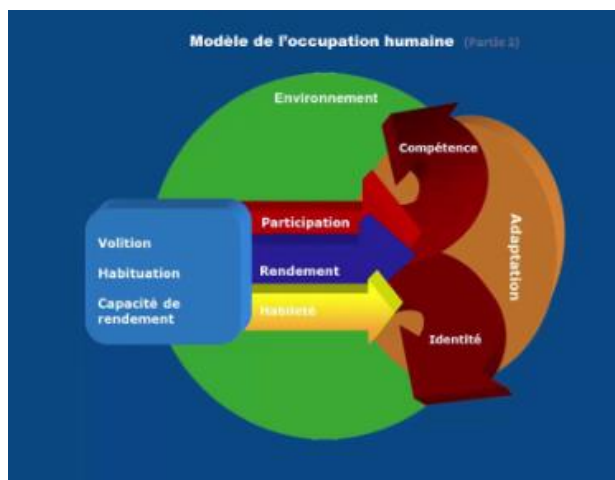


Figure 1. Le mécanisme de l'adaptation occupationnelle. (Repris du Model of Human Occupation : Theory and Application de Gary Kielhofner, 3^e éd. Lippincott. Williams & Wilins. Philadelphia. 2002. Adapté par Pépin 2004)

Le MOH possède un caractère dynamique qui se reflète à travers les interactions qui résident entre les dimensions de ce modèle. D'abord, Kielhofner (2002) met en lumière qu'il existe une synergie entre les dimensions de l'être, de l'agir et de l'environnement. Plus spécifiquement, les pensées et les émotions d'une personne, qui se rattachent à la dimension de l'être, œuvre en interdépendance avec l'environnement (Bélanger et al., 2006). Les interactions entre l'être et l'environnement créent une dynamique qui permet l'émergence de comportements, qui se rattachent à la dimension de l'agir. Cela veut donc dire que les émotions, les pensées et l'environnement d'une personne interagissent ensemble afin que celle-ci s'initie ou s'engage dans des activités. De plus, Kielhofner (2004) avance que les actions permettent de définir une personne. Plus spécifiquement, la répétition d'actions favorise le maintien de l'organisation des pensées et des émotions, permettant ainsi d'appuyer la dynamique qui réside entre l'être, l'agir et l'environnement (Bélanger et al., 2006). Cette dynamique permet de positionner l'individu dans un processus de changement. En effet, le MOH met de l'avant qu'un changement au niveau de la volition, de l'habitation, de la capacité de rendement ou de l'environnement entraîne l'émergence de nouvelles pensées, de sentiments et d'actions au travers de conditions dynamiques. L'actualisation répétée de ses compétences et pensées permettent à l'individu de se créer une nouvelle organisation interne. Cette nouvelle organisation interne, en interaction avec l'environnement, permet à l'individu d'atteindre les changements souhaités, autant sur le plan des actions que sur le plan des pensées et des émotions et ainsi, d'atteindre l'adaptation occupationnelle (Kielhofner, 2002). Le MOH est donc un modèle dynamique où l'individu est en évolution pour atteindre l'adaptation occupationnelle (Kielhofner, 2002).

Le MOH s'avère pertinent pour analyser les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique, par le fait qu'il représente un processus où l'individu est en constante transformation afin d'actualiser l'identité occupationnelle qu'il a définie. Considérant que la maladie chronique peut bouleverser les projets de vie d'un individu, celui-ci doit se redéfinir comme être occupationnel afin de vivre de façon positive. C'est d'ailleurs les fondements mêmes du MOH, qui place les aspirations de la personne quant à l'être occupationnel qu'elle veut devenir au centre du processus de changement, lui donnant ainsi du pouvoir sur qui elle souhaite devenir. De plus, le fait que les pensées et émotions d'une personne aient un contrôle direct sur ses actions rejoint directement l'adaptation à la maladie chronique, puisque la personne se doit de composer avec la présence de symptômes physiques, cognitifs et émotionnels qui bouleversent la réalisation

de ses actions. C'est donc de dire que le caractère dynamique du MOH rejoint le processus d'adaptation à la maladie chronique, puisque celui-ci requiert la mise en place de nouveaux comportements au quotidien pour tolérer la maladie. Finalement, le fait que le MOH place l'individu dans un processus d'évolution sans tenir compte de la maladie en soi est en cohérence avec la vision ergothérapique, par le fait que toute personne a le droit de s'engager dans des occupations signifiantes (OEQ, 2020), et ce, peu importe son diagnostic.

5. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie proposée dans le cadre de cet essai présente trois étapes : la réalisation d'une revue de littérature et la schématisation des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique, la consultation d'experts pour valider et bonifier la schématisation des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique et la schématisation finale du processus d'adaptation à la maladie chronique selon une perspective axée sur le MOH. Les trois étapes de cette méthodologie seront élaborées dans les sections qui suivent.

5.1. Réalisation de la revue de littérature

5.1.1. La collecte des données

Pour ce qui est de la réalisation de la revue de littérature, quatre bases de données ont été sélectionnées afin de réaliser la recherche d'articles en lien avec le sujet à l'étude. D'abord, la base de données CINAHL a été employée dans le but de repérer des articles en lien avec les sciences de la santé. Par la suite, la base de données MEDLINE a été sélectionnée afin de couvrir l'aspect davantage médical des processus d'adaptation à la maladie chronique. De plus, la base de données psycINFO a été sélectionnée dans le but de couvrir l'aspect psychologique en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique. Finalement, la base de données SCOPUS a été employée afin de procéder à une recherche par citations de l'article phare, soit l'article de De Ridder et al. (2008), guidant cette revue de littérature. En ce qui concerne les concepts employés pour la recherche d'articles, ceux-ci incluent la maladie chronique, l'adaptation à la maladie, l'autogestion ainsi que la clientèle adulte. Les mots-clés qui découlent de ces concepts ainsi que la résultante de la recherche incluant les opérateurs booléens sont les suivants : («chronic disease*» OR «chronic illness*» OR «chronic disorder*» OR «chronic condition*») AND (adaptation OR adjustment OR cop*) AND («self management») AND (Adults* OR aged OR elderly).

Certaines limitations ont été employées lors de la réalisation de la recherche de données probantes. D'abord, une limitation de date de publication a été utilisée afin de sélectionner les études ayant été publiées dans les 11 dernières années (2008 à 2019). Cette limitation avait pour but de diriger cet essai sur les études qui ont été élaborées depuis l'article de De Ridder et al. (2008) qui avait répertorié les aspects physiologiques, émotionnels, comportementaux et cognitifs de l'adaptation psychologique à la maladie chronique. Plus spécifiquement, l'article de De Ridder et al. (2008) s'intéresse aux stratégies que les gens vivant avec une maladie chronique peuvent mettre

en place pour s'adapter à la maladie chronique. De plus, une limitation à l'égard du type d'étude a été employée de sorte à retenir les revues de littérature, les méta-analyses, les études de portée, les revues narratives ainsi que les métasynthèses, permettant ainsi d'inclure une variété d'études dans cet essai de maîtrise et d'obtenir plusieurs résultats quant aux composantes de l'adaptation à la maladie chronique.

Certains critères de sélection ont été employés afin de procéder à la recherche d'articles. D'une part, les critères d'inclusion sont les études portant sur le processus d'adaptation à la maladie chronique et les études en français ou en anglais. D'autre part, un critère d'exclusion a été formulé à l'effet des articles qui traitent majoritairement d'une intervention en lien avec la problématique, ce qui ne correspond pas au sujet à l'étude.

Voici le processus de recherche dans les différentes bases de données et le nombre d'articles qui en découle.

Tableau 1.
Recherche dans la base de données MEDLINE

Combinaison	Mots clés	Opérateurs booléens	Nombre de résultats
S1	«chronic disease*» OR «chronic illness*» OR «chronic disorder*» OR «chronic condition*»	OR	596 166
S2	adaptation OR adjustment OR cop*	OR	649 187
S3	«self management»	OR	22 484
S4	Adults* OR aged OR elderly	OR	7 863 036
S5	S1, S2, S3, S4	AND	621
S6	S5, limites de date, type d'études	AND	49

Tableau 2.
Recherche dans la base de données CINAHL

Combinaison	Mots clés	Opérateurs booléens	Nombre de résultats
S1	«chronic disease*» OR «chronic illness*» OR «chronic disorder*» OR «chronic condition*»	OR	142 479
S2	adaptation OR adjustment OR cop*	OR	150 098
S3	«self management»	OR	14 864
S4	Adults* OR aged OR elderly	OR	1 656 993
S5	S1, S2, S3, S4	AND	260
S6	S5, limites de date, type d'études	AND	17

Tableau 3.
Recherche dans la base de données psycINFO

Combinaison	Mots clés	Opérateurs booléens	Nombre de résultats
S1	«chronic disease*» OR «chronic illness*» OR «chronic disorder*» OR «chronic condition*»	OR	71 534
S2	adaptation OR adjustment OR cop*	OR	154 232
S3	«self management»	OR	15 140
S4	Adults* OR aged OR elderly	OR	1 178 801
S5	S1, S2, S3, S4	AND	211
S6	S5, limites de date, type d'études	AND	22

Tableau 4.
Recherche dans la base de données SCOPUS

Article recherché	Nombre d'articles qui le cite	Nombre d'articles retenus selon la limitation de date et du type d'études
Riddler, Geenen, Kuijer & Middendorp (2008)	274	34

Au total, 9 articles ont été retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature. Voici un schéma qui présente le processus de sélection et de tri des articles retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature.

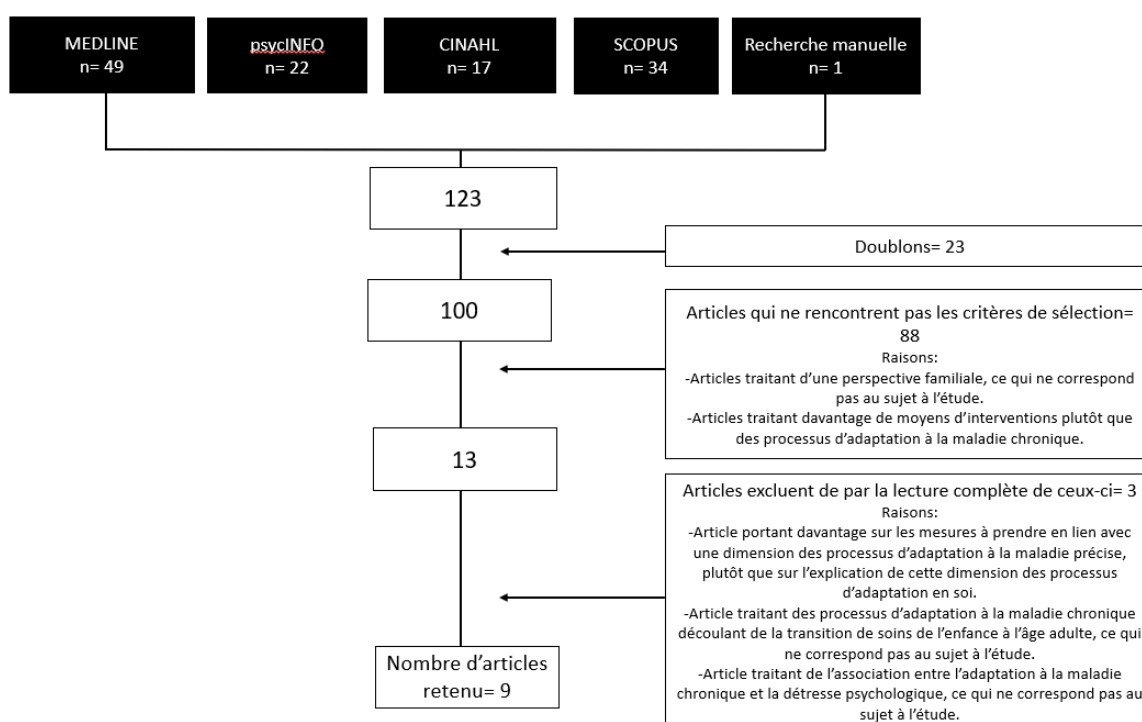


Figure 2. Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles retenus

5.1.2. L'analyse des données

L'analyse des articles retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature a pris la forme de tableaux d'extractions des données clés. Le premier tableau d'extraction des données clés porte sur les caractéristiques des études retenues et leurs résultats clés. Les colonnes incluses dans ce tableau sont donc les suivantes : but(s) de l'étude, critères de sélection des articles et bases de données employées, articles retenus, résultats clés et retombées/conclusion. Le deuxième tableau d'extraction des données clés porte sur les forces et les faiblesses des études retenues dans le cadre de l'élaboration de cette revue de littérature. Les informations contenues dans ce tableau sont les suivantes: le type d'article, les forces de l'étude, les faiblesses de l'étude et la qualité des évidences.

Considérant les objectifs de mon étude, je n'ai pas pu tenir compte de l'ensemble des résultats clés obtenus via la littérature scientifique. Voici les critères de sélection des résultats clés qui ont été mis en place pour l'élaboration de cette revue de littérature.

Tableau 5.

Critères de sélection des résultats clés retenus pour l'élaboration de la revue de littérature

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> -Les résultats clés portant sur les comportements mis en place par les individus. Considérant que l'analyse de cet essai de maîtrise se base sur le MOH, qui s'appuie sur le plein pouvoir d'action, les comportements mis en place par l'individu pour s'adapter à la maladie chronique ont été retenus. -Les résultats clés portant sur les facteurs personnels de l'individu qui ont un impact sur l'adaptation à la maladie chronique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les résultats clés portant sur les facteurs contextuels qui ont un impact sur l'adaptation à la maladie chronique. Considérant que l'individu vivant avec une maladie chronique n'a pas de contrôle sur ces facteurs (ex. âge, sexe, origine, etc.), ils ne seront pas pris en compte dans la réalisation de la revue de littérature. -Les résultats clés portant sur les interventions cliniques à préconiser avec les individus vivant avec une maladie chronique, puisque cela ne représente pas le sujet à l'étude. -Les résultats clés portant sur l'impact de l'adaptation à la maladie chronique chez les proches de l'individu vivant avec une maladie chronique, puisque cela ne représente pas le sujet à l'étude.

Il est à noter que l'aide d'une bibliothécaire en lien avec l'élaboration du processus de sélection des articles a permis de retenir des articles de qualité pour l'élaboration de cette revue de littérature. De surcroît, un tableau concernant les forces et les faiblesses des articles retenus a été élaboré, de sorte à évaluer la qualité des évidences scientifiques (voir annexe 2). Ce tableau se base sur l'article de Grant et Booth (2009) ainsi que le livre de Law et MacDermid (2013) afin de réviser la qualité des évidences scientifiques des revues de littérature sélectionnées.

5.1.3. Schématisation à partir des tableaux d'extraction

Les tableaux d'extraction des données ont permis de créer une première compréhension théorique des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique. Afin d'imager cette compréhension, une schématisation a été effectuée. D'abord, les notions ressorties dans la littérature scientifique ayant des aspects communs ont été rassemblées sous une même composante, permettant ainsi de mettre en lumière les composantes principales incluses dans le processus d'adaptation à la maladie chronique. Les composantes qui ont le plus été mises en évidence dans la littérature scientifique quant à l'adaptation à la maladie chronique, c'est-à-dire les composantes qui ont les plus mentionnées dans les divers articles, ont été mises en avant-plan. Ces

composantes c'est-à-dire les résultats qui ont été cités dans plusieurs articles et les résultats qui étaient les plus détaillés. Les composantes qui étaient en arrière-plan en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique ont été mises en second plan. De plus, la schématisation a été construite de sorte à mettre de l'avant les interactions qui existent entre les différentes composantes. Toutes ces opérations ont permis de créer une première schématisation théorique des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique.

5.2. Consultation d'experts

Afin de valider les données théoriques obtenues via la réalisation d'une revue de littérature, une consultation d'experts a été organisée. Cette consultation avait pour but d'obtenir l'avis d'experts du processus d'adaptation à la maladie chronique quant à la schématisation théorique obtenue. La consultation d'experts était donc une forme de validation et non pas une analyse de contenu ou un groupe de discussion focalisée.

5.2.1. Choix des experts et rencontre de validation

Une consultation d'experts a été organisée de sorte à obtenir une vision plus juste des processus d'adaptation à la maladie chronique. Cette consultation d'experts a pris la forme d'une rencontre par visioconférence d'une heure où 15 minutes étaient dédiées à l'explication de la schématisation théorique obtenue et 45 minutes étaient réservées pour une discussion. Le comité d'experts était formé de deux ergothérapeutes travaillant avec des gens vivant avec une maladie chronique, de deux personnes vivant au quotidien avec une maladie chronique et d'une chercheuse ayant comme champs d'expertise la maladie chronique. Ce groupe mixte d'experts a permis ainsi d'obtenir une vision professionnelle, personnelle et de recherche du processus d'adaptation à la maladie chronique et d'y réunir au sein d'une même rencontre les savoirs théoriques, cliniques et expérientiels. Cette consultation d'experts s'insère dans un processus de co-construction, où différents acteurs sont invités à partager leur point de vue unique sur une réalité dans le but de construire ensemble un projet ou une méthode de travail (Foudriat, 2014). Les acteurs doivent donc travailler en équipe en unissant leurs idées afin de définir les éléments clés d'un projet ou d'une méthode de travail ciblée (Foudriat, 2014). Dans un contexte de services de la santé, il a été suggéré que le fait d'inclure la perspective d'individus qui ont bénéficié de soins dans le système de santé et de professionnels de la santé permet de développer des services qui répondent davantage aux besoins des acteurs du système de la santé (Byrne et al., 2013). Le présent essai de maîtrise s'inscrit

donc dans cette perspective, en vue de définir le processus d'adaptation à la maladie chronique de façon réaliste.

Durant la consultation d'experts, une secrétaire était présente afin de prendre en note les éléments importants de la rencontre. La rencontre a également été enregistrée via la plateforme *Zoom*, suite à l'obtention du consentement des participants. La rencontre a été animée par l'auteur de cet essai de maîtrise et coanimée par Mme Catherine Briand, directrice de cet essai de maîtrise.

5.2.2. Considération des avis d'experts

L'analyse des informations de la consultation d'experts a pris la forme de tableaux et s'est effectuée en quatre étapes. La première étape consistait à faire ressortir les concepts relevés par les experts devant être ajoutés, selon eux, à la schématisation théorique. La deuxième étape consistait à décrire les concepts relevés par les experts selon leur propre explication de ceux-ci. La troisième étape permettait d'établir des liens entre la littérature scientifique et les données obtenues via les experts. La quatrième étape avait pour but de nommer les concepts retenus pour l'élaboration de la schématisation théorique bonifiée et d'expliquer comment ils seraient ajoutés à la schématisation. Ces quatre étapes ont permis de réaliser une schématisation théorique bonifiée des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique.

5.3. Schématisation finale axée sur le MOH

Afin de réaliser la schématisation finale, des liens ont été effectués entre le MOH et la schématisation théorique bonifiée via la réalisation d'une cartographie conceptuelle. Cette cartographie a permis de mettre en lumière l'influence des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique sur la dimension du devenir inclus dans le MOH. Par le fait même, des liens ont été établis entre les différents concepts du MOH et les éléments retenus pour la schématisation théorique bonifiée. Les liens pouvant être établis entre les dimensions du MOH, c'est-à-dire l'être, l'agir, le devenir et l'environnement, et la schématisation bonifiée ont été retenus et ont permis de créer une schématisation finale, où le processus d'adaptation à la maladie chronique est représenté selon une perspective axée sur le MOH. Certains concepts de la schématisation théorique bonifiée n'ont donc pas été retenus pour l'élaboration de la schématisation finale théorique, puisque les liens entre ces concepts et les dimensions du MOH étaient inférieurs à ceux qui ont été retenus.

6. RÉSULTATS

6.1. Revue de littérature et première schématisation théorique

6.1.1. Résultats de la revue de littérature

Les évidences scientifiques ont permis de faire ressortir les différentes composantes qui sont impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique, soient : l'autogestion à la maladie chronique, l'aspect cognitif, l'aspect émotionnel, l'aspect du soi, l'environnement social et les facteurs personnels. Elles seront élaborées dans les sections qui suivent.

6.1.1.1. L'autogestion à la maladie chronique

L'autogestion de la maladie a été relevée à de nombreuses reprises dans la littérature scientifique concernant l'adaptation à la maladie chronique. Selon Miller et al. (2015), l'autogestion de la maladie chronique est un processus fluide et itératif dans lequel les patients incorporent des stratégies multidimensionnelles qui répondent aux besoins qu'ils ont eux-mêmes identifiés pour faire face à la maladie chronique dans un contexte de la vie quotidienne. Il a été proposé que l'autogestion de la maladie chronique est un processus comportemental (Miller et al., 2015). Les comportements les plus définis dans la littérature scientifique en lien avec l'autogestion de la maladie chronique sont ceux qui sont reliés à l'adhésion du traitement (Miller et al., 2015). Par exemple, certaines maladies requièrent la réalisation d'actions de façon continue, telles que la prise de médicaments, l'adoption d'une diète particulière, la réalisation d'exercices physiques et la présence à de nombreux rendez-vous médicaux (White et al., 2018). Il a été constaté dans l'étude de Miller et al. (2015) que sur le terrain, les comportements associés à l'autogestion de la maladie chronique vont bien au-delà de ceux liés au traitement, c'est-à-dire qu'ils se situent également du point de vue de la gestion des symptômes et de la vie quotidienne. De plus, le fait de s'engager dans des routines et des comportements cohérents avec la maladie est un facteur clé d'une adaptation positive à la maladie chronique (White et al., 2018).

Selon Miller et al. (2015), la littérature scientifique n'inclut actuellement pas l'aspect de l'autogestion de la maladie chronique lors de l'exacerbation soudaine des phases de la maladie chronique, alors qu'il s'agit d'une dimension vitale de l'expérience vécue par les gens. Bien que cette dimension soit peu documentée, elle fait tout de même partie du processus d'adaptation à la maladie chronique. L'étude de Miller et al. (2015) s'est également intéressée à la perception des

gens qui vivent avec une maladie chronique quant à l'autogestion de la maladie chronique, ce qui a permis de ressortir trois thèmes émergents quant à l'autogestion de la maladie chronique, soit : l'adoption de comportements, la variation de l'exacerbation à la chronicité et vice-versa ainsi que l'utilisation d'un système. L'adoption de comportements réfère au fait d'intégrer des actions au quotidien en lien avec la gestion des symptômes, l'adhésion au traitement ainsi que les situations sociales et de travail. La variation de l'exacerbation à la chronicité et vice-versa représente le moment où la personne doit varier d'une gestion de la maladie comme étant chronique à une gestion de l'exacerbation de la maladie, lors de phase aiguë. L'utilisation d'un système réfère au contexte environnemental dans lequel une personne doit effectuer l'autogestion de la maladie chronique, qui inclut la famille et les amis. Ces thèmes émergents, provenant d'individus vivant avec une maladie chronique, permettent de promouvoir le phénomène d'exacerbation de la maladie et également l'importance du soutien social à travers l'autogestion de la maladie, concepts qui ne se retrouvent pas d'emblée dans la littérature scientifique (Miller et al., 2015). L'autogestion de la maladie chronique peut être perçue comme un fardeau en ce qui concerne le temps et l'effort, ce qui peut entraîner une non-compliance à l'adoption de comportements au quotidien (White et al., 2018). Dans de telles situations, il est conseillé de favoriser la responsabilisation de la personne dans le but d'encourager une autogestion positive de la maladie (White et al., 2018). Plusieurs autres éléments peuvent avoir un impact sur l'autogestion de la maladie, dont le soutien social, la santé émotionnelle et la formulation d'objectifs de vie en concordance avec les demandes de la maladie (Robertson et al., 2012). Considérant que l'adaptation émotionnelle et des objectifs de vie se retrouvent parmi le processus d'adaptation à la maladie chronique, cela traduit que les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique interagissent entre elles.

En somme, l'autogestion de la maladie s'avère être une composante qui se retrouve au premier plan de l'adaptation à la maladie chronique, par le fait que ce concept renvoie à la notion de faire face aux demandes de la maladie par l'adoption de comportements au quotidien qui répond aux exigences de la maladie. L'autogestion de la maladie chronique est donc directement liée à l'adaptation à la maladie chronique, ce qui explique que ce concept se retrouve à un niveau conceptuel plus élevé.

6.1.1.2. *L'aspect cognitif*

Les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique comprennent un aspect cognitif. En effet, considérant que la maladie chronique peut amener des détériorations du point de vue physique et psychologique, cela peut entraîner des changements du point de vue cognitif (Price et al., 2019). Il a été relevé que les capacités cognitives d'ordre supérieures jouent un rôle majeur dans le maintien d'un régime médical, ce qui peut représenter une exigence de la maladie chronique (Price et al., 2019). De plus, Helgeson et Zajdel (2017) ont proposé le fait que les individus qui vivent des traumatismes durant les phases d'une maladie chronique sont enclins à développer des perceptions négatives d'eux-mêmes et de la vie. D'ailleurs, le fait de rétablir des pensées positives par rapport à soi et à la vie est associé à une adaptation positive à la maladie chronique (Helgeson et Zajdel, 2017; White et al., 2018). Dans le même ordre d'idée, Gonzalez et al. ont statué qu'une plus grande perception de la nécessité d'un traitement et que des préoccupations plus faibles des effets indésirables de ces traitements seraient associées à une meilleure adhésion au traitement. À l'opposé, il a été démontré que les croyances intuitives en lien avec le diabète sont souvent inexactes et elles peuvent être impliquées dans une autogestion problématique du diabète (Gonzalez et al., 2016). L'étude de Gonzalez et al. (2016) suggère que certaines compétences cognitives et comportementales, incluant l'identification des problèmes, la résolution de problèmes, la sélection de la meilleure stratégie à mettre en place, etc. représentent un élément important de l'autogestion du diabète, démontrant ainsi le rôle des fonctions cognitives dans le processus d'adaptation à la maladie chronique. Considérant que l'aspect cognitif représente un concept clé pour assurer l'autogestion de la maladie chronique, cela traduit que la composante de l'aspect cognitif se situe à un niveau conceptuel inférieur à la composante de l'autogestion de la maladie chronique, ce qui sera représenté dans la schématisation théorique. Cette constatation permet également de confirmer que les composantes du processus d'adaptation sont reliées et interagissent entre elle. En somme, l'aspect cognitif inclut les notions de perception de la maladie, de conscience ainsi que les capacités cognitives d'ordre supérieur, traduisant l'importance de cette composante à l'égard du processus d'adaptation à la maladie chronique.

6.1.1.3. *L'aspect émotionnel*

L'aspect émotionnel est une composante qui a été identifiée dans plusieurs études. Il a été démontré que l'expression des émotions en lien avec la maladie chronique est associée à une

adaptation positive à la maladie chronique, tandis qu'une inhibition et un évitement des émotions sont liés à une pauvre adaptation à la maladie chronique (De Ridder et al., 2008 cités dans White et al., 2018; Helgeson et Zajdel, 2017). Dans le même ordre d'idées, les individus présentant un style d'attribution pessimiste présentent davantage de difficulté à s'adapter à la maladie chronique (Helgeson et Zajdel, 2017). Un style d'attribution pessimiste est observé chez les individus qui ont tendance à attribuer des résultats négatifs à des facteurs internes stables et des résultats positifs à des facteurs externes instables et spécifiques (Helgeson et Zajdel, 2017). Considérant que la maladie chronique peut être représentée comme un élément négatif en soi, il a été suggéré que les gens qui présentent un style d'attribution pessimiste ont plus de difficultés à s'adapter à la maladie chronique (Helgeson et Zajdel, 2017). La maîtrise de soi a également un effet sur l'autogestion de la maladie chronique. La maîtrise de soi se définit comme étant la capacité d'un individu à réguler ses émotions, ses comportements et ses impulsions et la capacité à exprimer sa gratification, ce qui fait partie des processus d'adaptation émotionnelle à la maladie chronique (Gonzalez et al., 2016). Par ailleurs, la résistance au stress a été relevée comme un élément important du processus d'adaptation à une maladie physique chronique. La résistance au stress peut être définie comme étant un type d'adaptation au stress qui permet de réduire les effets du stress (Gheshlagh et al., 2016). Considérant que la maladie chronique peut entraîner des effets négatifs sur la santé mentale et la vulnérabilité d'une personne par la présence de symptômes, la résistance au stress permet de faire face à la pression qui découle de la maladie (Gheshlagh et al., 2016). La résistance au stress montre une voie aux patients afin de mener une vie plus saine, ce qui leur permet de s'adapter davantage aux changements dans leur vie (Gheshlagh et al., 2016). Il a également été relevé qu'une santé émotionnelle positive peut faciliter les comportements reliés à l'autogestion de la maladie chronique (Robertson et al., 2012), illustrant ainsi la relation qui réside entre les facteurs émotionnels liés à la maladie chronique et l'autogestion de la maladie chronique. C'est donc de dire que la composante de l'aspect émotionnel se situe à un niveau conceptuel inférieur de la composante de l'autogestion de la maladie chronique, puisque l'aspect émotionnel est un élément facilitateur à la mise en place de comportements au quotidien pour répondre aux exigences de la maladie. Cela sera donc représenté à travers la schématisation théorique du processus d'adaptation à la maladie chronique. En bref, la maladie chronique entraîne des perturbations du point de vue émotionnel, autant sur le plan de l'expression des émotions, de la maîtrise de soi et de la résistance

au stress, d'où l'importance de mettre en lumière l'aspect émotionnel inclut dans les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique.

6.1.1.5. L'aspect du soi

La maladie chronique entraîne également une adaptation au niveau du soi. Selon Helgeson et Zajdel (2017), il importe d'étudier comment les individus perçoivent, évaluent et s'adaptent à la maladie chronique pour bien comprendre le processus d'adaptation à la maladie, ce qui dépasse le cadre physique des symptômes associés à la maladie. La maladie chronique modifie le sens de soi d'un individu, puisque l'identité saine de la personne est renouvelée par une identité qui inclue des difficultés du point de vue physique, une représentation cognitive de la maladie et des réactions émotives aux symptômes de la maladie (Helgeson et Zajdel, 2017). L'un des aspects du soi qui est menacé par la présence de la maladie chronique est le genre, puisque certains attributs propres aux genres sont modifiés en raison des opérations nécessaires au traitement de la maladie. Par exemple, il a été suggéré que le tiers des hommes présentant un cancer de la prostate ressent une perte de masculinité suite aux traitements (Helgeson, et Zajdel, 2017). Il en est de même pour les femmes atteintes de cancer du sein, puisqu'il a été relevé que les femmes qui avaient un fort souci pour leur apparence ont exprimé une plus grande détresse avant l'opération et au cours de l'année suivant celle-ci. De surcroît, les femmes qui se sont grandement investies pour maintenir leur corps intact ont exprimé davantage de difficultés par rapport à leur adaptation, incluant des problèmes d'attractivité et de désirabilité sexuelle (Helgeson, et Zajdel, 2017). L'adaptation du sens de soi se produit de façon graduelle et continue chaque fois qu'un changement du point de vue physique se présente (Helgeson, et Zajdel, 2017). Il s'avère que la maladie chronique brime la stabilité en soi, par le fait qu'elle entraîne une incertitude dans la vie des individus (Helgeson, et Zajdel, 2017). La littérature scientifique note également que l'adaptation des buts et des objectifs est un élément important de l'adaptation à la maladie chronique (White et al., 2018; Helgeson et Zajdel, 2017). En effet, le fait de se désengager des objectifs qui sont inatteignables et de s'engager dans des buts qui sont réalistes est associé à une adaptation de la maladie chronique qui est décrite comme étant réussie (Helgeson et Zajdel, 2017). Il en est de même pour le fait de s'engager dans des routines qui ne sont pas dictées par la maladie chronique. À titre d'exemple, le maintien des relations sociales et l'engagement dans des passe-temps contribuent à la mise en œuvre de résultats positifs en lien avec l'adaptation à la maladie chronique (White et al., 2018). D'ailleurs, il a été relevé que

les patients qui formulent des objectifs de pauvre qualité sont plus enclins à ne pas être en mesure de les réaliser, ce qui entraîne une détérioration du point de vue de l'autogestion de leur maladie (Robertson et al., 2012). Dans cette optique, il est vrai de dire que l'aspect du soi se retrouve également à un niveau conceptuel inférieur de l'autogestion de la maladie chronique, considérant que la formulation d'objectifs a un effet direct sur la mise en place au quotidien de comportements pour faire face à la maladie chronique. Cela sera donc représenté dans la schématisation théorique. En somme, il est nécessaire d'inclure les aspects de renouvellement du soi et d'adaptation des buts et des objectifs de vie de sorte à comprendre la perception des individus en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique.

6.1.1.6. L'environnement social

D'abord, le soutien social est associé à une meilleure adaptation générale à la maladie chronique (White et al., 2018; Helgeson et Zajdel, 2017). Plus spécifiquement, un soutien social de bonne qualité s'avère efficace pour contrer la détresse psychologique et l'augmentation des symptômes que peut entraîner la maladie chronique (Van Middendorp et Evers, 2016). De plus, la stigmatisation en lien avec la maladie chronique est associée à une faible adaptation à la maladie chronique (Helgeson et Zajdel, 2017). Selon Pickles et al. (2018), plusieurs personnes vivant avec une maladie chronique expriment que l'expérience vécue en lien avec la chronicité de la maladie n'est pas validée par les professionnels de la santé. Considérant que cet aspect de l'environnement social ne représente pas un élément qui peut être contrôlé par l'individu, l'environnement social se situe donc à un niveau inférieur des composantes énumérées précédemment, soient : l'autogestion de la maladie chronique, l'aspect cognitif, l'aspect émotionnel et l'aspect du soi. Cela sera donc transposé dans la schématisation théorique.

6.1.1.7. Les facteurs personnels

Il est important de noter que différents facteurs d'ordre personnel influencent également le processus d'adaptation à la maladie chronique, incluant les facteurs personnels d'un individu. En effet, il a été démontré que les facteurs personnels, les croyances, les valeurs et les émotions d'un individu peuvent avoir un impact sur la façon de s'adapter à la maladie chronique (White et al., 2018; Helgeson et Zajdel, 2017). À titre d'exemple, la notion de conscience, le fait d'être optimiste et une estime de soi positive sont des éléments qui facilitent l'adaptation à la maladie chronique (Helgeson et Zajdel, 2017; Van Middendorp et Evers, 2016). Considérant que les valeurs, les

croyances et les émotions d'un individu sont des éléments qui sont ancrés dans la personnalité d'un individu et que le potentiel de changement de ces facteurs est variable en comparaison avec les composantes de l'autogestion de la maladie, l'aspect cognitif, l'aspect du soi et l'aspect émotionnel, les facteurs personnels se retrouvent à un niveau conceptuel inférieur à ces composantes, tout comme la composante de l'environnement social. La composante des facteurs personnels représente également l'idée que le processus d'adaptation à la maladie chronique diffère pour chaque personne, par le fait que chaque personne a un contexte de vie, des facteurs personnels, des occasions favorables et des ressources qui lui sont propres (White et al., 2018). D'ailleurs, selon Pickles et al. (2018), bien que les individus possèdent un même diagnostic, l'expérience qu'ils vivent est tout de même différente pour chaque personne. La mise en commun des évidences scientifiques a également permis de faire ressortir le fait que les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique interagissent entre elles et que les éléments mentionnés ci-dessus ne peuvent être considérés de façon isolée (Helgeson et Zajdel, 2017).

6.1.2. Première schématisation théorique

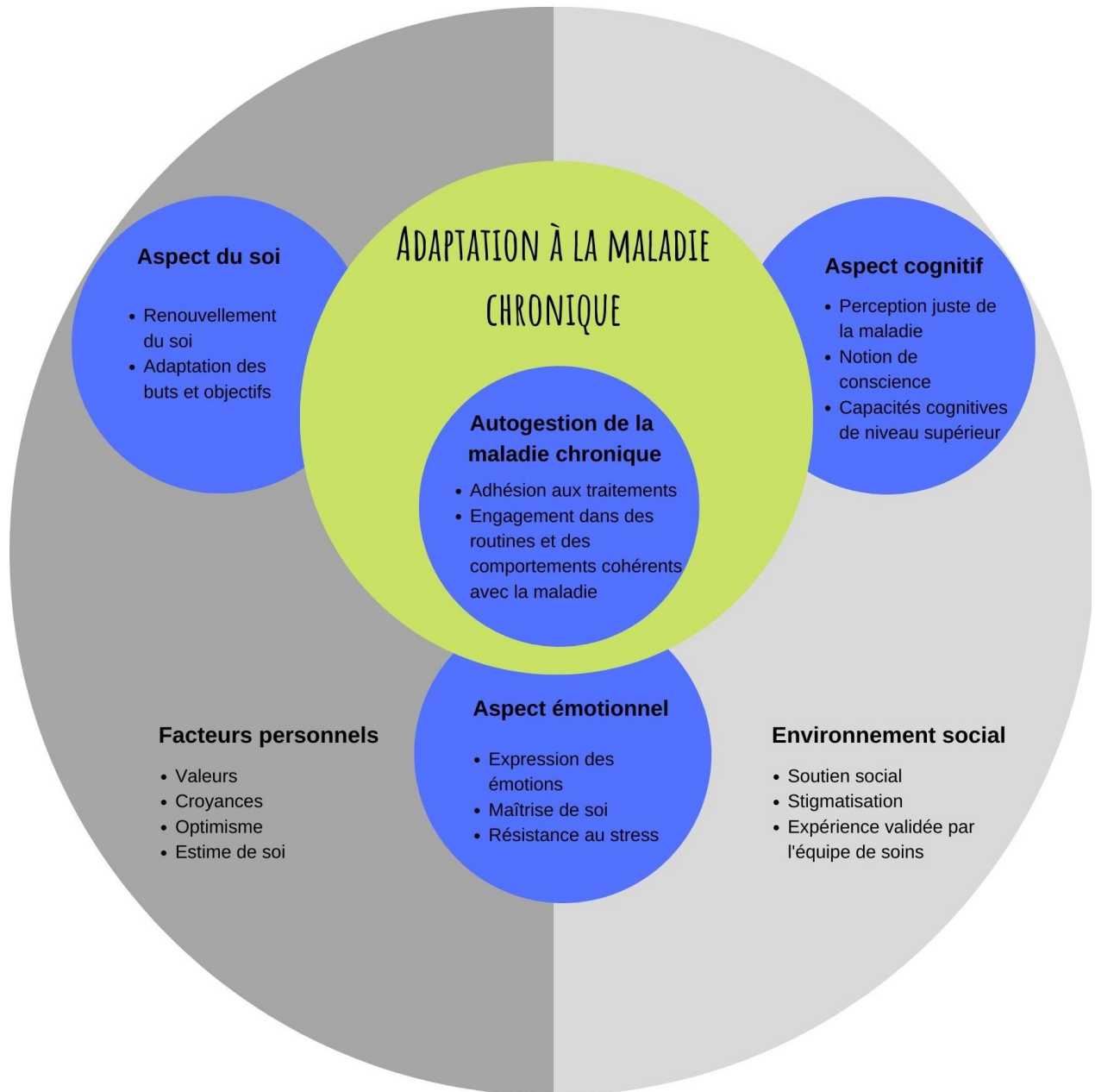


Figure 3. Schématisation théorique des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique

6.2. Consultation d'experts

6.2.1. Résultats de la rencontre d'experts

Les individus présents lors de la consultation d'experts ont approuvé chacune des notions se retrouvant dans le schéma théorique ainsi que la disposition des éléments du schéma. Toutefois, les experts ont fait ressortir plusieurs concepts devant être ajoutés au schéma afin qu'il représente de façon plus exacte le processus d'adaptation à la maladie chronique. Les concepts similaires ont été regroupés, afin de les présenter par catégorie conceptuelle, soient : la participation et l'engagement du patient, le partenariat patient, le partage du pouvoir et la qualité du lien, l'apprentissage et le développement des compétences de patient, le soutien entre pairs et l'association de patients, l'engagement et l'implication sociale, l'acceptation et le deuil, le niveau de disposition au changement et le processus et les phases qui sous-tendent le processus d'adaptation. Ceux-ci sont représentés et définis dans les tableaux suivants.

6.2.1.1. La participation et l'engagement du patient

Tableau 6.
Analyse des concepts suivants : participation et engagement du patient

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Participation/ Engagement du patient	L'adhésion aux traitements ne peut se faire sans la participation et l'engagement de l'individu dans son plan de traitement. L'engagement de l'individu dans son plan de traitement se produit lorsqu'il choisit ses objectifs en partenariat avec le thérapeute, qu'il comprend le plan et qu'il s'identifie à la maladie. La notion d'appropriation de la maladie se présente avant l'autogestion de la maladie. Elle est en concordance avec le choix des objectifs du plan qui met en lumière le projet de vie de la personne et le fait de trouver des moyens incitatifs pour participer au plan de traitement. L'adhésion au plan de traitement est donc la résultante de l'engagement et de la participation au plan de traitement.	L'étude de Heisler (2008) révèle que cinq domaines contribuent à l'engagement dans le plan de traitement chez des individus vivant avec de l'hypertension, soit : les facteurs personnels (croyances, connaissances, expérience, etc.), le soutien social et économique, les facteurs reliés à la maladie chronique (sévérité, symptômes, etc.), les facteurs reliés aux traitements (durée, complexité, etc.) et les facteurs reliés à la relation thérapeutique entre le client et le professionnel et l'organisation des soins de santé. L'étude de Coulter (2006) indique que la littérature en santé ainsi que l'aide des cliniciens pour s'assurer que les individus puissent effectuer eux-mêmes la gestion de la maladie, représentent des facteurs clés pour l'engagement du patient.	Considérant que l'engagement du patient a été défini dans la littérature scientifique et est en concordance avec les explications des experts, il sera retenu pour l'élaboration de la schématisation bonifiée. Il sera inséré dans la schématisation théorique bonifiée de sorte à créer un continuum dynamique au sein de l'autogestion de la maladie chronique, afin de proposer que l'engagement du patient se présente avant l'adhésion aux traitements.

6.2.1.2. Le partenariat patient, le partage du pouvoir et la qualité du lien

Tableau 7.

Analyse des concepts suivants : partenariat patient, partage du pouvoir et qualité du lien

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Partenariat patient/Partage du pouvoir et qualité du lien sans pression de performance	Le partenariat patient fait toute la différence dans l'adaptation à la maladie chronique. Le lien thérapeutique est très important dans l'adaptation à la maladie chronique. Le pouvoir doit être partagé entre le thérapeute et le patient. Comme thérapeute, il importe de mettre en lumière les priorités de la personne. Le changement de routine doit être fait de façon graduelle de manière à respecter le projet de vie de la personne. L'individu peut avoir peur d'être jugé par le thérapeute lors de périodes plus difficiles. Parfois, les individus adoptent des changements uniquement par la pression de performance qui réside dans la relation thérapeutique, ce qui peut représenter un frein dans l'adaptation à la maladie chronique.	L'importance de considérer les priorités des patients et de fixer des objectifs en collaboration avec eux pour maintenir et favoriser le changement de comportements est proposée dans l'article de Hessler et al. (2019), ce qui est directement en lien avec plusieurs aspects de l'adaptation à la maladie chronique. En ergothérapie, l'approche centrée sur le client est préconisée. Cette approche inclut la notion de partage du pouvoir entre le thérapeute et le client (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002). Le partage du pouvoir est présent lorsque le client identifie les enjeux de la thérapie et participe activement dans les décisions en lien avec le suivi (Hammell, 1998).	Le partenariat patient est un élément qui a autant été nommé par les experts que défini dans la littérature scientifique, c'est pourquoi il sera ajouté à la schématisation théorique bonifiée. Le partenariat patient étant un concept qui va au-delà de la notion d'expérience validée tirée de la schématisation actuelle, il sera inséré de façon à créer un continuum dynamique avec cette notion à travers la schématisation théorique bonifiée. Considérant que la qualité du lien thérapeutique est un élément qui fait partie du partenariat patient, il ne sera pas nommé explicitement dans la schématisation théorique bonifiée. Toutefois, le partage du pouvoir, étant une résultante du partenariat patient, sera nommé de façon à mettre en lumière le continuum qui réside entre ces deux concepts.

6.2.1.3. L'apprentissage et le développement des compétences de patient

Tableau 8.
Analyse des concepts suivants : apprentissage et développement des compétences de patient

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Développement des compétences de patient/Apprentissage	<p>L'apprentissage joue un rôle clé dans l'adaptation à la maladie chronique, puisque c'est par les expériences et les erreurs faites dans le passé que les individus peuvent apprendre comment mieux assurer l'autogestion de la maladie chronique.</p> <p>L'apprentissage par soi et par les paires est différencié.</p> <p>L'apprentissage par les paires permet d'apprendre des autres (pairs aidants, association de patients, etc.) Il importe que l'individu apprenne à assurer l'autogestion de la maladie seul, puisqu'il devra être autonome lorsque les thérapeutes n'offriront plus de services.</p> <p>L'apprentissage inclut les gestes médicaux à apprendre, l'administration de médicaments, savoir quoi faire en cas d'urgence ainsi que tous les apprentissages techniques qui gravitent autour de la maladie chronique. La notion de développement des compétences de patients est également nommée et est reliée à l'apprentissage.</p>	<p>Il a été relevé dans l'étude de Baumgartner (2011) que l'apprentissage est un élément essentiel à l'adaptation à la maladie chronique. Plusieurs types d'apprentissages sont distingués dans cette étude : l'apprentissage autodirigé, l'apprentissage transformateur, l'apprentissage informel, l'apprentissage accessoire et l'apprentissage par problème. C'est donc de dire que la maladie chronique entraîne la réalisation de différents types d'apprentissage (Baumgartner, 2011). De plus, l'étude de Jouet et al. (2014) propose des compétences de patients qui se développent chez des individus vivant avec une maladie. Les compétences de patients incluent se connaître dans la vie avec une maladie, redonner un sens à sa vie au travers de ses expériences, élaborer son projet de vie et l'adapter au changement, développer une résilience, etc.</p>	<p>Le concept d'apprentissage sera retenu pour l'élaboration de la schématisation théorique bonifiée, considérant que la littérature scientifique et les experts ont permis de faire ressortir le lien qui réside entre ce concept et l'adaptation à la maladie chronique. Pour ce qui est du développement des compétences de patient, ce concept ne sera pas nommé explicitement, puisqu'il est inclus dans l'apprentissage. Le concept d'apprentissage sera inclus au travers de l'autogestion de la maladie chronique et sera inséré de façon dynamique afin de proposer le fait que l'apprentissage se présente après l'engagement de l'individu.</p>

6.2.1.4. Le soutien entre pairs et l'association de patients

Tableau 9.

Analyse des concepts suivants : soutien entre pairs et association de patients

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Soutien entre pairs/Association de patients qui vivent la même chose	Le fait de rencontrer d'autres personnes vivant avec la même maladie chronique permet de faire des apprentissages et de valoriser l'expérience personnelle de chacun. Le soutien social de la famille et des cliniciens s'avère très important.	Le soutien entre pairs est un type de soutien social qui est fourni par un individu qui présente des caractéristiques similaires avec la personne soutenue. Le soutien entre pairs permet de fournir une assistance émotionnelle, informative et évaluative par un individu qui possède une connaissance expérientielle d'un comportement ou d'une caractéristique propre à une population cible (Embuldeniya et al., 2013). Le soutien entre pairs peut prendre différentes formes, dont l'échange en présentiel en petit groupe, par téléphone entre deux personnes ou par visioconférence.	Le soutien entre pairs est un concept qui est retenu pour la schématisation théorique bonifiée et il inclut le concept d'association de patients. Le soutien entre pairs étant une forme de soutien social, il sera inséré dans la schématisation avec le concept de soutien social déjà présent, de sorte à créer un continuum dynamique entre ces deux concepts.

6.2.1.5. L'engagement et l'implication sociale

Tableau 10.

Analyse des concepts suivants : engagement et implication sociale

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Engagement social/implication sociale	L'engagement social est défini comme étant une façon de s'impliquer dans des groupes, des associations ou des communautés dans le but de rencontrer des gens qui présentent une condition semblable et de s'engager dans des projets qui font sens pour la personne. L'engagement social est représenté comme allant au-delà du soutien social. L'engagement social permet de se sentir valoriser et de mieux s'accepter comme individu.	L'étude de Holmes et Joseph (2011) s'intéresse à l'effet des rôles sociaux sur la gestion de maladies pulmonaires. Il en ressort que les rôles associés au mariage et à l'amitié ont un effet sur la gestion des symptômes reliées à la condition pulmonaire. Toutefois, aucun lien n'a été opérationnalisé entre le rôle de bénévole et la gestion de la maladie pulmonaire (Holmes et Joseph, 2011). Plusieurs études s'intéressent aux effets de l'engagement social en lien avec la vieillesse, toutefois peu d'études s'intéressent à l'engagement social sous une perspective axée sur le processus d'adaptation à la maladie chronique.	Bien que l'engagement social ne soit pas un concept ayant été promu dans la littérature scientifique en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique, il sera tout de même retenu à travers la schématisation théorique bonifiée, puisque les experts ont insisté sur l'importance de ce concept, et ce, à de nombreuses reprises.

6.2.1.6. *L'acceptation et le deuil*

Tableau 11.
Analyse des concepts suivants : acceptation et deuil

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Acceptation de la maladie/acceptation de soi/Deuil	La phase d'acceptation est celle où l'individu doit accepter la présence de la maladie. Cette phase se présente avant que la personne s'engage dans son plan de traitement. La phase d'acceptation comprend l'acceptation des séquelles de la maladie et la perte de certaines capacités.	L'étude de Zalewska et al. (2007) définis l'acceptation de la maladie comme une reconnaissance du patient envers le fait qu'il est malade et un accord distinct entre le patient et la maladie. Selon l'étude de King et al. (2016), les cliniciens éprouvent de la difficulté à observer la phase d'acceptation chez leurs clients. Toutefois, les exemples qui sont nommés en lien avec l'acceptation sont : l'acceptation du diagnostic, l'acceptation de la situation et l'acceptation de l'utilisation d'appareils d'assistance. D'un autre côté, il est décrit dans l'article de White et al. (2018) que les premiers stades d'une maladie chronique entraînent plusieurs deuils chez l'individu, incluant le deuil de l'état de santé antérieur, le deuil de l'image de soi antérieure et le deuil de se sentir en contrôle de son état de santé. Ces différentes facettes du deuil peuvent engendrer un sentiment de tristesse, un sentiment de perte d'indépendance ainsi qu'un sentiment d'impuissance face au contrôle de la maladie chronique (White et al., 2018).	L'acceptation de la maladie a été définie par les experts et par la littérature scientifique, c'est pourquoi ce concept sera retenu pour l'élaboration de la schématisation théorique bonifiée. Ce concept sera inséré dans la schématisation bonifiée de sorte à créer un continuum avec le concept de renouvellement de soi tiré de la schématisation actuelle, puisque ce concept ne peut se produire sans que l'individu accepte sa maladie. Le concept de deuil sera également ajouté dans la schématisation théorique bonifiée et il sera placé après l'acceptation de la maladie, puisque le processus d'acceptation de la maladie entraîne l'identification de futurs deuils. Toutefois, l'acceptation de soi ne sera pas retenue pour la schématisation bonifiée, puisque ce concept en soi n'ajoute pas d'éléments différents de ceux nommés précédemment et qu'il n'est pas nommé explicitement dans la littérature scientifique en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique.

6.2.1.7. Le niveau de disposition au changement

Tableau 12.
Analyse du concept suivant : niveau de disposition au changement

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Niveau de disposition au changement	La notion de changement s'avère importante, puisque l'adaptation à la maladie chronique entraîne plusieurs changements dans la vie de l'individu. Le niveau de disposition au changement s'avère donc pertinent pour connaître les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui jouent un rôle dans l'adaptation à la maladie chronique. La notion de motivation serait liée à la disposition au changement, conformément au fait que cela représente un facteur intrinsèque. Un facteur extrinsèque au changement pourrait être le fait de vouloir adopter des changements pour son thérapeute ou un membre de la famille.	Selon Emard (2007) «[l]e niveau de disposition globale d'une personne témoigne de son intérêt et de sa volonté à s'engager dans le processus de réadaptation ou dans tout autre projet de vie, tel que retourner aux études, entreprendre un programme de mise en forme ou planifier un voyage». Les dimensions de la disposition sont : le besoin, l'engagement, la proximité personnelle, la conscience de soi et la conscience environnementale (Emard, 2007).	Considérant que la littérature scientifique propose le concept de niveau de disposition, celui-ci sera retenu pour la schématisation théorique bonifiée. Ce concept sera mis en relation avec celui de l'adaptation des buts et objectifs de vie, puisque l'intérêt et la volonté de l'individu sont des facteurs clés pour que l'individu adapte ses buts et objectifs de vie. Quant à la notion de changement, celle-ci ne sera pas nommée explicitement, puisqu'elle est une résultante du niveau de disposition d'un individu.

6.2.1.8. Le processus et les phases qui sous-tendent le processus d'adaptation

Tableau 13.
Analyse des concepts suivants : processus et phases

Concept(s) relevé(s) par les experts	Explication des experts quant au concept	Liens avec la littérature scientifique	Concept(s) retenu(s) dans le schéma théorique
Processus/phases/changement graduel/Processus dynamique et non fixe	L'adaptation à la maladie chronique comporte des phases et est un processus qui peut être long. Des changements se produisent de façon graduelle.	Le processus de transformation de l'individu au travers de la maladie chronique peut être représenté par des étapes ou des phases dans lesquelles l'individu se doit de passer, soit de façon linéaire ou d'une manière circulaire (King et al., 2016).	Le fait que l'adaptation à la maladie se présente sous forme d'un processus, de phases ou de changements graduels sera nommé dans le titre de la schématisation théorique bonifiée. Ce concept sera également inséré dans la forme que prendra la schématisation théorique bonifiée.

6.2.2. Bonification de la schématisation théorique

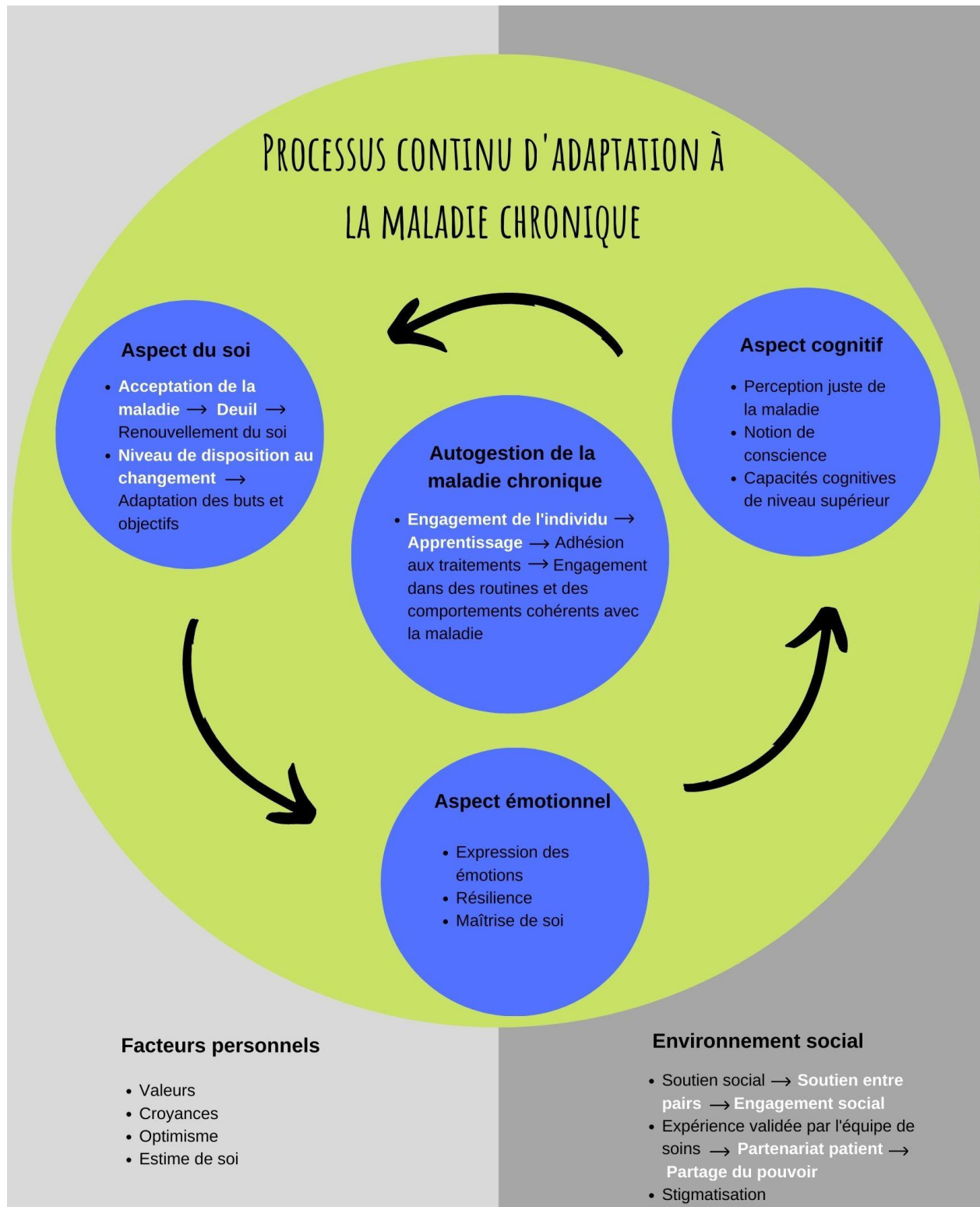


Figure 4. Schématisation théorique bonifiée des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique

6.3. Compréhension du processus d'adaptation à la maladie chronique selon le MOH

À la suite de la réalisation de la schématisation bonifiée des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique, plusieurs constats tirés du MOH ressortent. D'abord, la sphère de l'être, incluant la volition, l'habitation et la capacité de rendement, est sollicitée durant le processus d'adaptation à la maladie chronique, en raison du rôle que jouent les facteurs personnels d'un individu, l'aspect émotionnel, l'aspect du soi et l'aspect cognitif sur l'adaptation à la maladie chronique. Il est juste de dire que l'être se doit d'être en constante évolution afin que l'individu redéfinisse quel être occupationnel il souhaite devenir et ainsi, développe une identité occupationnelle. La personne ne doit pas seulement s'adapter à la maladie, mais elle doit également définir les aspirations qui lui permettront de s'actualiser comme être occupationnel. Il en est de même pour la sphère de l'agir, qui est mise à l'épreuve durant le processus d'adaptation à la maladie chronique, conformément à l'autogestion de la maladie qui entraîne la mise en place de comportements au quotidien pour répondre aux exigences de la maladie. L'agir se doit d'être en évolution au travers du processus d'adaptation à la maladie chronique afin que la personne réalise des actions qui sont cohérentes avec son identité occupationnelle, lui permettant ainsi d'actualiser sa compétence occupationnelle. Quant à l'environnement, il est lui aussi dynamique, considérant que l'individu vivant avec une maladie chronique cherche à trouver du soutien de la part de ses proches ou de pairs, ce qui permet de redéfinir son réseau social et favoriser sa transformation.

C'est donc de dire que l'individu vivant avec une maladie chronique se doit de redéfinir son identité occupationnelle afin que ses pensées et émotions, en interaction avec son environnement, lui permettent de réaliser des actions qui témoignent de sa transformation. D'ailleurs, le processus d'adaptation à la maladie chronique est nécessaire afin que l'individu passe d'un état statique à un état dynamique. En effet, lorsqu'une personne redéfinit qui elle souhaite être, en concordance avec ses valeurs et ses intérêts, elle met en place des comportements au quotidien qui sont cohérents avec l'être occupationnel qu'elle souhaite devenir. Toutefois, lorsqu'une personne ne s'adapte pas à sa maladie, elle est dans un état statique où aucune interaction ne s'effectue entre l'être, l'environnement et l'agir, ce qui l'empêche de se transformer. L'engagement dans des occupations permet donc à l'individu de devenir l'être occupationnel qu'il souhaite devenir et ainsi, de se retrouver dans un processus d'adaptation. Le processus d'adaptation à la maladie chronique requiert donc de l'individu qu'il redevienne un être dynamique afin de réactiver son agir et d'actualiser son identité occupationnelle.

6.3.1. Schématisation finale axée sur le MOH

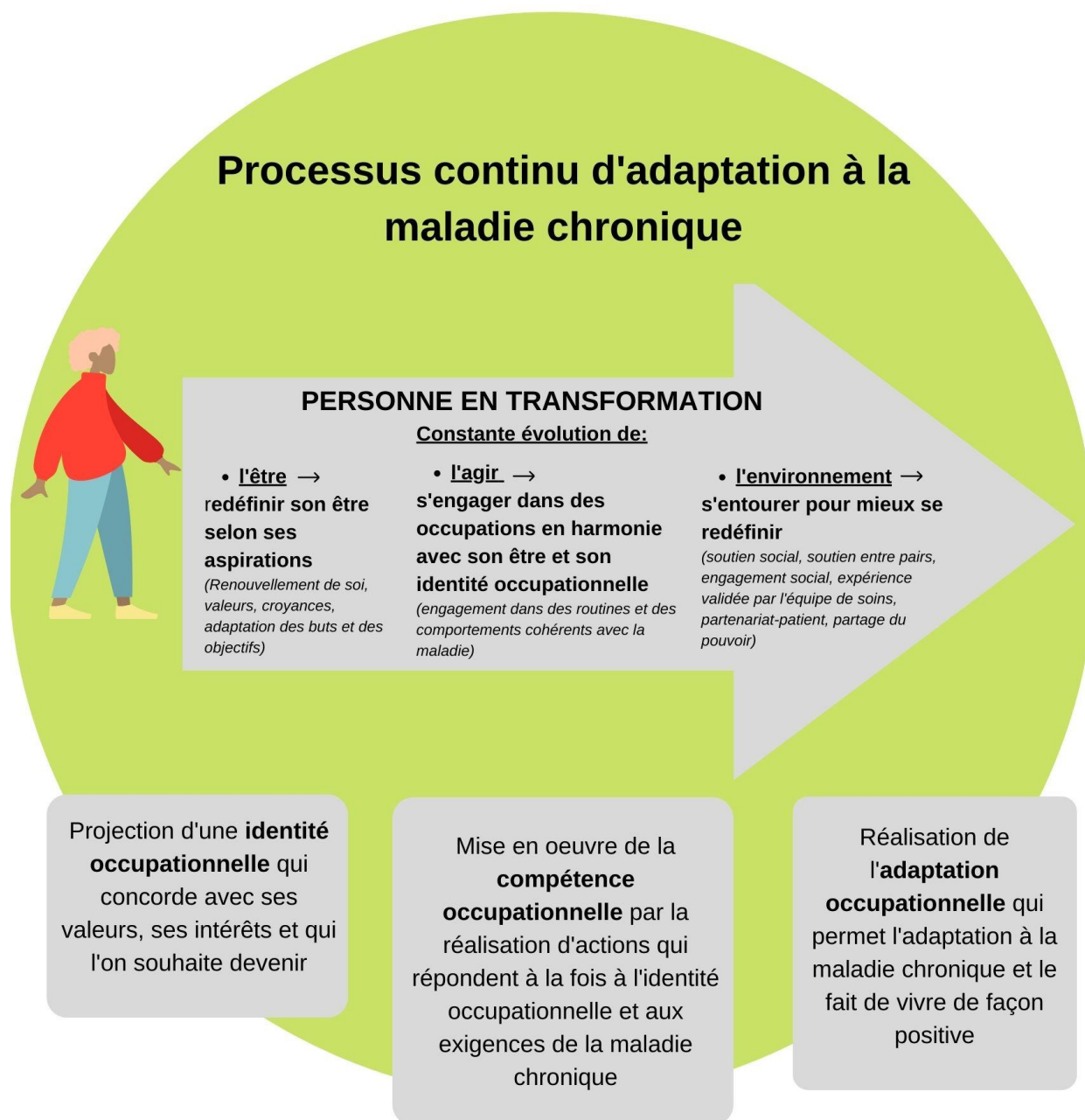


Figure 5. Schématisation finale du processus d'adaptation à la maladie chronique selon une compréhension axée sur le MOH

7. DISCUSSION

Cet essai de maîtrise porte sur le processus d'adaptation à la maladie chronique. Plus spécifiquement, l'objectif principal de cet essai de maîtrise était de comprendre le processus d'adaptation à la maladie chronique. La question de recherche principale de l'étude était donc la suivante : quelles sont les composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique? Les composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie ont été mises en évidence par la réalisation d'une revue de littérature scientifique et la schématisation théorique qui s'en est suivie. Les composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique ressorties dans la littérature scientifique sont : l'autogestion de la maladie chronique, l'aspect émotionnel, l'aspect du soi, l'aspect cognitif, l'environnement social ainsi que les facteurs personnels. Plus spécifiquement, l'autogestion à la maladie chronique inclut les concepts d'adhésion aux traitements de même que l'engagement dans des routines et des comportements cohérents avec la maladie. L'aspect émotionnel inclut le renouvellement du soi et l'adaptation des objectifs et des buts. Pour ce qui est de l'aspect cognitif, celui-ci représente la perception de l'individu envers la maladie, l'utilisation des capacités cognitives d'ordre supérieur ainsi que la notion de conscience en lien avec la maladie. L'environnement social, quant à lui, représente les concepts de soutien social, de stigmatisation et de l'expérience validée par l'équipe de soins. Finalement, les facteurs personnels incluent les valeurs, les croyances, l'estime de soi et le positivisme de l'individu. Tous ces aspects interagissent entre eux, formant ainsi un processus. La validation d'experts a permis de bonifier la schématisation théorique, de sorte que la schématisation théorique bonifiée tienne compte de différents points de vue, dont une vision expérientielle et professionnelle du sujet à l'étude. Lors de la validation d'experts, plusieurs nouveaux concepts ont été mentionnés et certains d'entre eux ont été ajoutés à la schématisation théorique bonifiée, soit : l'acceptation de la maladie, le niveau de disposition de l'individu au changement, la notion de deuil, l'engagement du patient, l'apprentissage, l'engagement social, le soutien entre pairs, le partenariat patient et le partage du pouvoir. Le fait que l'adaptation à la maladie chronique soit un processus continu a également été promu au cours de la validation d'experts, c'est pourquoi cela a été modifié au travers de la schématisation théorique bonifiée.

Le sous-objectif de cet essai de maîtrise était de schématiser l'ensemble des composantes impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique selon une compréhension axée

sur l'identité et l'adaptation occupationnelles du MOH. La sous-question découlant de cet objectif était donc la suivante : quels sont les impacts du processus d'adaptation à la maladie chronique sur l'identité et l'adaptation occupationnelle? Afin de répondre à cette question, des liens ont été établis entre le MOH et les données obtenues via la schématisation théorique bonifiée. Force est de constater que le processus d'adaptation à la maladie chronique permet à l'individu de passer d'un état statique à un état dynamique afin de développer son identité, sa compétence et son adaptation occupationnelles. Le processus d'adaptation à la maladie chronique permet donc à l'individu de se redéfinir comme être et de projeter une identité occupationnelle qui répond à ses aspirations. Ces résultats ont permis la création d'une schématisation finale du processus d'adaptation à la maladie chronique axée sur le MOH.

7.1. L'importance du développement du pouvoir d'agir dans la transformation de l'être et dans les choix d'occupations

Les résultats découlant de cet essai de maîtrise permettent de promouvoir l'importance du développement du pouvoir d'agir. En effet, la schématisation théorique bonifiée n'est en aucun cas un modèle médical où l'individu est un patient. Au contraire, la schématisation théorique bonifiée permet à l'individu d'être dans une position où il est en possession de ses moyens et où il a le pouvoir d'effectuer des changements importants dans sa vie. La schématisation théorique bonifiée n'est donc pas prescriptive, mais plutôt axée sur les caractéristiques personnelles, émotionnelles, cognitives et environnementales de l'individu qui l'aideront à s'adapter à sa maladie chronique. À titre d'exemple, le fait que la composante de l'autogestion à la maladie chronique n'inclut pas des comportements précis à mettre en place pour répondre aux exigences de la maladie chronique permet de mettre en lumière le pouvoir de la personne quant aux choix des actions qu'elle décide d'entreprendre. En effet, les comportements mis en place au quotidien se doivent de faire du sens pour la personne et se doivent d'être en cohérence avec son être, donc ils ne peuvent être prescrits par autrui. De plus, le fait que la schématisation théorique bonifiée est continue et qu'elle n'a pas de finalité précise permet à l'individu vivant avec une maladie chronique de définir par lui-même les objectifs qui permettront de juger de son adaptation. En effet, il s'agit du rôle de l'individu qui vit avec une maladie chronique d'évaluer de l'atteinte ou non de son adaptation occupationnelle, puisqu'il est au centre de son évolution. La schématisation théorique bonifiée permet donc à l'individu d'exercer le plein pouvoir de décision quant à son processus d'adaptation. Aussi, le fait qu'aucune indication de temps n'ait été définie pour chacune des composantes du processus

d'adaptation à la maladie chronique permet à l'individu d'exercer du contrôle sur l'évolution de son adaptation dans le temps. En effet, aucune indication de temps n'a été nommée pour l'atteinte des composantes du processus, puisque cela s'inscrirait dans une démarche davantage prescriptive où l'individu a une limite de temps pour accomplir son adaptation occupationnelle. Finalement, l'ajout des concepts de partenariat patient et de partage du pouvoir à travers la schématisation bonifiée permet de renforcer le fait que le thérapeute se doit de travailler de pair avec le patient et de lui donner du pouvoir afin que le plan de traitement soit significatif pour lui.

Ces résultats sont en concordance avec l'étude de McWilliam (2009) qui stipule que le développement du pouvoir d'agir, ou *empowerment*, va au-delà de l'approche centrée sur le client, du fait que le client et le thérapeute sont partenaires et n'ont aucun rôle prédéfini. Les rôles du client et du thérapeute se définissent au fur et à mesure de l'établissement de la relation thérapeutique et évoluent de façon naturelle (McWilliam, 2009). Le thérapeute n'est en aucun cas dans une position d'expert, mais plutôt dans une position où il reconnaît les connaissances, les habiletés et les décisions du client. De plus, le thérapeute doit identifier et renforcer les forces de l'individu qui vit avec une maladie chronique pour qu'ils s'appuient sur celles-ci dans le cadre du suivi (McWilliam, 2009). Ces éléments étant en conformité avec la schématisation théorique bonifiée des composantes du processus d'adaptation à la maladie chronique, il est juste de dire que celle-ci s'inscrit dans une perspective axée sur le développement du pouvoir d'agir.

7.2. Concept émergent : l'engagement social

Il s'avère que la consultation d'experts réalisée au cours de cet essai de maîtrise a permis de soulever un concept qui n'a pas été exploré dans la littérature scientifique en lien avec l'adaptation à la maladie chronique, soit l'engagement social. Les experts ont défini ce concept comme étant toutes formes d'implication sociale qui dépassent l'idée de soutien social et qui permettent de se sentir valorisée et de s'accepter comme individu. L'engagement social semble être un moyen de se définir comme individu selon les experts et de s'adapter à la maladie chronique. L'engagement social permettrait donc à l'individu de devenir l'être occupationnel qu'il souhaite devenir, le positionnant ainsi dans un processus d'adaptation où il est en évolution.

L'étude de Berkman et al. (2000) définit l'engagement social comme une occasion de créer des liens sociaux lors de la réalisation d'activités. À titre d'exemple, l'engagement social peut prendre forme lors de la réalisation d'activités sociales avec des proches, lors de bénévolat à

l'église, lors d'activités où un rôle professionnel est promu, etc. Il a également été relevé que l'engagement social permet de renforcer des relations sociales et de développer un sentiment de valeur et d'identité (Berkman et al., 2000). L'étude de Peterson Bethea et al. (2010) s'est intéressée à l'effet de la participation à un programme portant sur l'autogestion de la maladie chez une population adulte souffrant d'arthrite. Il a été suggéré dans cette étude que la participation à ce programme a permis aux individus de développer leur sentiment d'auto-efficacité à l'égard de la participation sociale et de l'engagement actif dans des rôles sociaux (Peterson Bethea et al., 2010). Cela est donc en concordance avec les constats émis lors de la consultation d'experts, où il a été mentionné que l'engagement social permettait de se sentir valorisé. Bien que cette étude se penche sur les effets de la participation à un programme visant à développer l'autogestion d'une maladie chronique, l'engagement social n'est pas défini comme étant une composante du processus d'adaptation à la maladie chronique. Toutefois, les résultats de cet essai de maîtrise suggèrent que l'engagement social peut être représenté comme un élément clé du processus d'adaptation à la maladie chronique.

Le fait que l'engagement social ne soit pas représenté comme un élément composant le processus d'adaptation à la maladie chronique dans la littérature, alors que les experts ont relevé l'importance de ce concept en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique, est discutable. D'abord, il est possible que les experts ayant une vision personnelle du sujet à l'étude soient davantage avancés dans leur processus d'adaptation comparativement à la moyenne des individus qui vivent avec une maladie chronique, expliquant ainsi le manquement de cette donnée dans la littérature scientifique. Cela serait donc en concordance avec la schématisation théorique bonifiée, qui établit un continuum au niveau du soutien social, du soutien entre pairs et de l'engagement social. De plus, il est possible que les occasions favorables mises en place par les associations de patients et les organisations communautaires pour s'engager socialement se soient développées dans les dernières années, expliquant ainsi l'émergence de ce concept dans la littérature. Il s'agit donc des principales hypothèses qui ressortent à l'égard du concept émergent que représente l'engagement social à l'égard du processus d'adaptation à la maladie chronique.

7.3. Force du devenir

Cet essai de maîtrise a permis de mettre en lumière la force du devenir du MOH. En effet, le processus d'adaptation à la maladie chronique est un parfait exemple du fait qu'une perte

identitaire peut menacer l'adaptation occupationnelle. L'individu se doit alors de repenser ses objectifs de vie en fonction de son histoire occupationnelle antérieure. De ce fait, la personne se projette dans une identité occupationnelle, ce qui lui permet de se mobiliser pour atteindre l'adaptation occupationnelle. Le processus de pensée qui permet de se projeter dans le futur comme individu est donc un élément crucial du MOH, mais également de l'adaptation à la maladie chronique. C'est ce processus qui permet à l'individu de se définir comme être occupationnel et de mettre en place des comportements qui sont cohérents avec ses aspirations. Ainsi, la motivation de l'individu à atteindre l'adaptation occupationnelle provient directement de ses choix, de ses valeurs et de ses intérêts. C'est donc ce qui représente le levier du processus d'adaptation à la maladie chronique, témoignant ainsi de l'importance de la dimension du devenir du MOH.

Les thérapeutes ont un rôle important à jouer en lien avec la construction d'une identité occupationnelle chez leurs patients qui vivent avec une maladie chronique. D'abord, il est important que les thérapeutes prennent en compte les objectifs prioritaires de l'individu par rapport à son plan de traitement. Pour ce faire, la schématisation théorique bonifiée peut servir d'outil visuel avec lequel l'individu peut verbaliser les sphères qui le préoccupent le plus et/ou sur lesquelles il souhaite travailler en priorité. Cela permettra aux thérapeutes d'instaurer un partenariat patient. Par la suite, le pouvoir doit être partagé entre le client et le thérapeute, de sorte que le client sente que son expérience est validée par le thérapeute. Cela contribuera également à solidifier le partenariat mis en place avec le patient en plus de contribuer au développement du pouvoir d'agir du patient.

7.4. Limites de l'étude

Certaines limites peuvent être déterminées à la suite de la réalisation de cet essai de maîtrise. Le fait que les experts présents lors de la validation d'experts soient tous impliqués dans le *Recovery College* peut présenter une limite face aux données obtenues lors de cette rencontre. Le *Recovery College* étant un modèle où les individus vivant avec une maladie mentale reçoivent de la formation à l'égard de la maladie, du rétablissement et des habitudes de vie (Centre national d'excellence en santé mentale, 2020), il est juste de se questionner à savoir si l'expérience des experts vivant avec une maladie chronique reflète ce que vit l'ensemble des gens présentant une maladie chronique. En effet, il est possible que les experts soient davantage avancés dans leur processus d'adaptation que d'autres individus vivant avec une maladie chronique. Le fait que le

groupe d'experts ne soit composé que de cinq personnes a pu également limiter les données obtenues lors de la consultation d'experts. Considérant que l'expérience de chaque individu est unique en lien avec la maladie chronique, certaines informations supplémentaires auraient pu être obtenues de la part d'autres individus qui sont touchés par la maladie chronique. Finalement, le fait d'avoir sélectionné que certains types d'articles lors de la réalisation de la revue de littérature a pu engendrer certaines limites dans le cadre de cet essai de maîtrise. Plus spécifiquement, le fait d'avoir inclus uniquement des revues de littérature, des méta-analyses, des études de portée, des revues narratives ainsi que des métasynthèses a pu limiter la profondeur de l'information obtenue, considérant que ces études avaient davantage pour but de résumer et d'analyser les résultats provenant d'autres études.

7.5. Forces de l'étude

Certaines forces ressortent de cet essai de maîtrise. D'abord, l'intérêt de ce projet envers le MOH a permis d'apporter une nouvelle perspective du sujet à l'étude. En effet, le processus d'adaptation à la maladie chronique n'avait jamais été mis en lien avec le MOH jusqu'à présent dans la littérature scientifique, cela représente donc une particularité de cet essai de maîtrise. Ensuite, l'utilisation d'un langage ergothérapique par rapport au processus d'adaptation à la maladie chronique peut représenter une force de cet essai de maîtrise, puisque cela permet de favoriser la compréhension des ergothérapeutes à l'égard de ce que vivent les individus atteints d'une maladie chronique. De plus, le fait d'avoir inclus des études de hautes évidences scientifiques et d'avoir triangulé les informations de ces études avec l'opinion d'experts représente également une force de cet essai de maîtrise. D'ailleurs, le fait que différents points de vue ont été considérés au cours de la validation d'experts, que ce soit une vision personnelle ou professionnelle du processus d'adaptation à la maladie chronique, représente une force, puisque cela a permis d'obtenir une validation plus exacte du processus d'adaptation à la maladie chronique.

8. CONCLUSION

En conclusion, plusieurs composantes sont impliquées dans le processus d'adaptation à la maladie chronique. Bien que le processus d'adaptation à la maladie chronique diffère pour chaque individu, les composantes ressorties par la réalisation de cet essai de maîtrise servent d'orientation pour tout individu ou tout intervenant souhaitant mieux comprendre ce phénomène. La schématisation axée sur le MOH, quant à elle, s'adresse aux ergothérapeutes qui souhaitent analyser le processus d'adaptation à la maladie chronique sous une perspective ergothérapique. C'est donc de dire que l'apport principal de cet essai de maîtrise est d'amener des connaissances en lien avec le processus d'adaptation à la maladie chronique.

Il est à retenir que l'adaptation à la maladie chronique est un processus continu où l'individu développe son pouvoir d'agir. En effet, il s'agit du rôle de l'individu de définir des objectifs qui sont prioritaires pour lui, facilitant ainsi son processus d'adaptation. Le processus d'adaptation étant une amorce pour que l'individu passe d'un état statique à un état dynamique, il permet le développement de l'identité, de la compétence et de l'adaptation occupationnelles. Le rôle du thérapeute par rapport au processus d'adaptation de ses patients est d'accompagner le client afin qu'il se remette en action, favorisant ainsi sa transformation et la réalisation de son adaptation occupationnelle.

La validation d'experts réalisée dans le cadre de cet essai de maîtrise a permis de faire émerger un concept, soit celui de l'engagement social. Bien que les effets de l'engagement social sur une population âgée aient été promus à de nombreuses reprises dans la littérature scientifique (Glass et al., 2006), aucun lien n'a été opérationnalisé entre l'engagement social et le processus d'adaptation à la maladie chronique. Ainsi, il serait intéressant qu'une prochaine étude s'intéresse à ce concept auprès d'individus qui vivent avec une maladie chronique. Considérant qu'il s'agit d'un concept émergent à l'égard du processus d'adaptation à la maladie chronique, il serait pertinent qu'une étude de type qualitatif soit réalisée, de sorte à obtenir la perception d'individus qui vivent avec une maladie chronique. Plus précisément, un devis de type phénoménologique pourrait être employé afin de comprendre l'expérience que vivent les individus ayant une maladie chronique à l'égard de l'engagement social comme élément clé du processus d'adaptation à la maladie chronique (Fortin et Gagnon, 2016). Cette recherche s'inscrirait donc dans un paradigme constructiviste (Fortin et Gagnon, 2016).

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Document d'information : Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles – Maladies chroniques – Principale cause de décès au monde*. Ottawa : Auteur. Extrait de http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0919-bg-di-fra.php
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/chronic-diseases/prevalence-canadian-adults-infographic-2019-fra.pdf>
- Ambrosio, L., Navarta, M. V. et Portillo, M. C. (2014). Promoting a Positive Living with Parkinson's disease in the community: adequacy of assessments and interventions. *Primary Health Care*, 24, p. 26–29.
- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., . . . Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2357-2367. doi:10.1111/jocn.12827
- Austenfeld, J. L., et Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of personality*, 72(6), 1335-1364.
- Baanders, A. N., et Heijmans, M. J. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Family & community health*, 30(4), 305-317.
- Baumgartner, L. M. (2011). The role of adult learning in coping with chronic illness. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2011(130), 7-16.
- Bélangier, 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), 8-15.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., et Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Byrne, L., Happell, B., Welch, T., & Moxham, L. J. (2013). 'Things you can't learn from books': Teaching recovery from a lived experience perspective. *International journal of mental health nursing*, 22(3), 195-204.
- Canadian Association of Occupational Therapists, & Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Cazal, L., Laprise, P. et Nanhou, V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. *Zoom santé*, (17), p.1-8.

- Centre national d'excellence en santé mentale. (2020). *Recovery College*. Repéré à <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/recovery-college/>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : état de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_Resume_Tome2_EtatdeSituation.pdf
- Coulter, A. (2006). Engaging patients in their healthcare. *Pickier Institute Europe*, 4(3), 6-4.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., et Goldsmith, D. J. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(8), 2078-2083.
- Dantzer, R. (2001). Cytokine-induced sickness behavior: mechanisms and implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 933, 222.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. et Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), p.245-245.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barré, P. E., et Guttman, R. D. (1984). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(4), 327-343.
- Dubouloz, C. J., King, J., Paterson, B., Ashe, B., Chevrier, J., et Moldoveanu, M. (2010). A model of the process of transformation in primary care for people living with chronic illnesses. *Chronic illness*, 6(4), 282-293.
- Dunbar-Jacob, J., et Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of clinical epidemiology*, 54(12), S57-S60.
- Emard, R. (2007). L'évaluation et le développement de la disposition. *Le partenaire*, 13(1), 3-15.
- Embuldeniya, G., Veinot, P., Bell, E., Bell, M., Nyhof-Young, J., Sale, J. E., et Britten, N. (2013). The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient education and counseling*, 92(1), 3-12.
- Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J. S., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., ... MacMahon, J. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative medicine*, 21(4), 313-322.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

- Foudriat, M. (2014). La co-construction. *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social: Repères, enjeux, perspectives.*
- Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S. et Tabrizi, K. N. (2016). Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(7). doi:10.5812/ircmj.38562
- Glass, T. A., De Leon, C. F. M., Bassuk, S. S., et Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of aging and health*, 18(4), 604-628.
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., et Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial Factors in Medication Adherence and Diabetes Self-Management: Implications for Research and Practice. *American Psychologist*, 71(7), 539-551. doi:10.1037/a0040388
- Grant, M., et Booth, A. (2009). A typology of reviews : an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), p.91-108.
- Hammell, K. (1998). Client-centred occupational therapy: Collaborative planning, accountable intervention. *Client-centred occupational therapy*, 123-143.
- Heisler, M. (2008). Actively engaging patients in treatment decision making and monitoring as a strategy to improve hypertension outcomes in diabetes mellitus.
- Helgeson, V. S., et Zajdel, M. (2017). Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annual Review of Psychology*, 68, p. 545-571).
- Hessler, D. M., Fisher, L., Bowyer, V., Dickinson, L. M., Jortberg, B. T., Kwan, B., ... Dickinson, W. P. (2019). Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. *BMC family practice*, 20(1), 120.
- Holmes, W. R., et Joseph, J. (2011). Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. *Globalization and health*, 7(1), 1-8.
- Jouet, E., Las Vergnas, O., et Noël-Hureaux, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé: De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche.* Archives contemporaines.
- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application.* Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy.* 3e édition. Philadelphia : F. A. Davis Company.

- Kielhofner, G., et Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.
- Kielhofner, G., et Forsyth, K. (1997). The model of human occupation: An overview of current concepts. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 103-110.
- King, J., Klinovski, K., et Dubouloz, C. J. (2016). A clinical exploration of the Process of Transformation Model with rehabilitation therapists. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 23(7), 331-338.
- Larousse. (s.d.). Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/processus/64066>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Law, M. et MacDermid, J. (2013). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice* (third edition). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir»: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- Le Bossé, Y., Bilodeau, A., Chamberland, M., et Martineau, S. (2009). Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités: quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 174-190.
- Lim, S. S. (2017). Consumption vulnerability to prolonged illness. *Journal of International Development*, 29(3), 351-369.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3), p. 151-160.
- McWilliam, C. L. (2009). Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic illness*, 5(4), 277-292.
- Miller, W. R., Lasiter, S., Ellis, R. B. et Buelow, J. M. (2015). Chronic disease self-management: A hybrid concept analysis. *Nursing Outlook*, 63(2), 154-161. doi:10.1016/j.outlook.2014.07.005
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: Time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology*, 18(4), p. 681-686.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). 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. (2019). Les maladies chroniques. Repéré à https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Peterson Bethea, D., Lovett, A., Cooks, K., & Bell, J. (2010). Promoting social participation for adults through arthritis self-management: A pilot study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 28(3), 297-306.

- Pickles, K., Eassey, D., Reddel, H. K., Locock, L., Kirkpatrick, S. et Smith, L. (2018). 'This illness diminishes me. What it does is like theft': A qualitative meta-synthesis of people's experiences of living with asthma. *Health Expectations*, 21(1), 23-40. doi:10.1111/hex.12605
- Price, J. S., Larsen, S. E., Miller, L. A., Smith, H. M., Apps, J. A. et Weis, J. M. (2019). Clinical Biopsychosocial Reflection on Coping With Chronic Illness and Reliance Upon Nutrition Support: An Integrated Healthcare Approach. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(2), 220-225. doi:10.1002/ncp.10263
- Pulvirenti, M., McMillan, J., et Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303-310.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, 15(2), 121-148.
- Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A. et Naik, A. D. (2012). Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. *Psychosomatics*, 53(1), 1-12. doi:10.1016/j.psych.2011.09.008
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N. et Whittemore, R. (2012). Process of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), p. 136–144.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. et Tennen, H. (2007). Health Psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, p. 565–592.
- Taylor, S., Lichtman, R., et Wood, J. (1983). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489.
- Tinker, A. (2017). How to improve patient outcomes for chronic diseases and comorbidities. *Health Catalyst*.
- Vallerie, B., et Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités: de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 87-100.
- Van Middendorp, H. et Evers, A. W. M. (2016). The role of psychological factors in inflammatory rheumatic diseases: From burden to tailored treatment. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 30(5), 932-945. doi:10.1016/j.berh.2016.10.012
- Walker, J. G., Jackson, H. J., et Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical psychology review*, 24(4), 461-488.
- White, R. (1974). Strategies of adaptation an attempt at systematic description repéré dans Coelho, G., Hamburg, D., Adams, J. Coping and Adaptation. New York: Basic Books, p. 47–68.

- White, K., Issac, M. S. M., Kamoun, C., Leygues, J. et Cohn, S. (2018). The THRIVE model: A framework and review of internal and external predictors of coping with chronic illness. *Health Psychology Open*, 5(2). doi:10.1177/2055102918793552
- Wilson, P. M. (2001). A policy analysis of the expert patient in the United Kingdom: self-care as an expression of pastoral power?. *Health & social care in the community*, 9(3), 134-142.
- World Health Organization. (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. World Health Organization.
- Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., et Narbutt, J. (2007). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(2), 235-242.

ANNEXE A
TABLEAUX D'EXTRACTION DES DONNÉES

Tableau 14.
Caractéristiques des études retenues et leurs résultats clés

Article	But(s) de l'étude	Critères de sélection des articles et bases de données employées	Articles retenues	Résultats clés	Retombées/conclusion
Price et al., 2019	L'objectif de cette étude est d'adresser l'importance d'adopter une approche biopsychosociale et multidisciplinaire en lien avec l'enjeu de malnutrition chez les gens souffrant de maladie chronique.	Aucun élément n'est mentionné en regard des bases de données utilisées ainsi que des critères de sélection des articles retenus.	Aucun élément n'est mentionné à ce niveau, c'est-à-dire que les articles sélectionnés ne sont pas présentés.	Différentes études démontrent que : -la malnutrition est plus fréquente chez les gens souffrant de maladie chronique; -certains facteurs de la nutrition qui influencent les processus inflammatoires sont en lien avec les fonctions cognitives.	-En abordant l'impact biopsychosocial de la malnutrition sur la gestion de la maladie chronique, les professionnels de la santé peuvent faire en sorte d'améliorer la qualité de vie des gens souffrant de maladie chronique. -Les déficits cognitifs en lien avec la malnutrition peuvent avoir un impact sur la gestion de la maladie chronique, plus précisément en ce qui a trait à la compréhension du plan de traitement ainsi qu'à l'engagement dans les interventions de nature psychologique et psychosociale.
Helgeson et Zajdel, 2017	D'abord, cet article se penche sur les effets des maladies chroniques sur le soi. Par la suite,	Aucune information n'est divulguée à l'égard du processus de sélection des articles et des bases de	Les articles sélectionnés pour l'élaboration de cette revue de	Différentes études démontrent que : -la stigmatisation en lien avec la maladie chronique est associée à une faible adaptation à la maladie ; -la résilience est associée à un ajustement positif à la maladie chronique ;	-L'ajustement à la maladie chronique est influencé par divers facteurs contextuels ainsi que par les

	<p>cette revue s'intéresse aux facteurs qui influencent l'ajustement à la maladie chronique en mettant l'accent sur l'impact de ces facteurs sur le statut fonctionnel et l'ajustement en plus d'examiner l'adaptation à la maladie chronique à travers une dyade.</p>	<p>données employées lors de la recherche d'articles.</p>	<p>littérature scientifique ne sont pas mentionnés.</p>	<p>- le fait de rétablir des pensées positives par rapport à soi et à la vie est associé à un ajustement positif à la maladie chronique ;</p> <p>-la présence de maladie chronique entraîne une perturbation du soi qui peut entraîner une menace du genre affectant ainsi l'ajustement à la maladie;</p> <p>-plusieurs facteurs personnels ont été identifiés comme un facilitateur ou un obstacle à un ajustement positif à la maladie, tels que la notion de conscience, le fait d'être optimiste et une estime de soi positive;</p> <p>-les personnes présentant un style d'attribution pessimiste ont davantage de difficulté à s'adapter à la maladie chronique ;</p> <p>-Il existe un lien entre l'évitement comme stratégie d'adaptation et un faible ajustement à la maladie chronique ;</p> <p>- la maladie chronique peut affecter les gens qui font partie de l'environnement social de l'individu qui en est atteint. Ainsi, il en est ressorti qu'une absence de soutien social de l'entourage est associée à l'ajustement à la maladie chronique ;</p> <p>-les facteurs relevés dans cette étude n'agissent pas de façon isolée. En effet, ils interagissent ensemble.</p>	<p>dimensions de la maladie, qui incluent les concepts de résilience et de vulnérabilité.</p> <p>-Certains mécanismes lient les facteurs de la résilience à l'ajustement de la maladie, c'est-à-dire des changements de comportements positifs au niveau de la santé, la sollicitation du soutien social, l'amélioration des stratégies d'adaptation ainsi que l'amélioration du sentiment d'efficacité personnel.</p>
<p>White et al, 2018</p>	<p>Le but de cette étude est d'explorer les stratégies d'adaptation aux aspects sociaux et cliniques de la maladie chronique chez les individus</p>	<p><u>Bases de données :</u> PubMed, OvidSP et Science Direct (incluant les articles de type quantitatif et qualitatif)</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> -Articles en anglais ou en français;</p>	<p>Sélection de 106 articles via les bases de données:</p> <p>-Revue de littérature (n=29)</p>	<p>Différentes études démontrent que :</p> <p>-le fait de s'engager dans des routines et des comportements cohérents avec la maladie a été démontré comme étant un facteur clé d'une adaptation positive à la maladie chronique;</p> <p>-la maladie chronique peut être contrôlée en modifiant certains comportements et en développant des habitudes positives;</p>	<p>-L'analyse des facteurs influençant l'adaptation à la maladie chronique a permis de créer le cadre THRIVE, qui permet de regrouper chacun des facteurs identifiés au cours de cette revue de littérature.</p>

	qui souffrent d'une condition chronique. De plus, cette étude vise à générer un aperçu général ainsi qu'un cadre heuristique qui mettent de l'avant les facteurs découlant du processus d'adaptation à la maladie chronique.	-Articles ayant été révisés au niveau éthique par leur institution, se conformant ainsi aux normes énoncées dans la Déclaration d'Helsinki.	-Étude transversale (n=33) -Étude de cas et essai contrôlé randomisé (n=6) -Étude ayant un devis mixte (n=24)	-les croyances et les valeurs ressenties par un individu peuvent avoir un impact sur la façon de s'ajuster à la maladie chronique ; -la spiritualité est un facteur qui prédit la qualité de vie des patients italiens atteints d'un cancer avancé ; -la spiritualité est associée à un esprit combatif chez des patients australiens ayant un cancer à un stade précoce ; -les variables uniques aux patients, telles que l'âge, l'origine, le sexe, etc. peuvent influencer l'adaptation à la maladie chronique; -l'expression des émotions en lien avec la maladie chronique est associée à un ajustement positif à la maladie chronique, tandis qu'une inhibition des émotions est liée à un pauvre ajustement à la maladie chronique ; -le soutien social est associé à un meilleur ajustement global à la maladie chronique, une diminution des symptômes de la maladie ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi ; -le soutien social protège le patient contre les effets négatifs du stress, de la stigmatisation et de l'exclusion sociale.	-Le cadre THRIVE peut être utilisé autant par des professionnels de la santé que les patients et leurs proches afin de favoriser la réflexion envers le processus d'adaptation à la maladie chronique en vue de le faciliter.
Pickles et al., 2018	Le but de l'étude est d'identifier, de décrire ainsi que de synthétiser la littérature de type qualitatif qui met en lumière l'expérience vécue chez les adultes qui souffrent d'asthme.	<u>Bases de données :</u> MEDLINE, PsycINFO, PubMed, CINAHL, EMBASE, Sociological Abstracts et Google Scholar <u>Critères d'inclusion :</u> -Articles traitant de la perspective des adultes souffrant d'asthme; -Études qualitatives;	Sélection de 26 articles via les bases de données et une recherche par citations.	Différentes études démontrent que : -le fait de vivre avec une condition d'asthme nécessite des périodes récurrentes d'adaptation émotive et cognitive; -l'asthme est une condition hétérogène, c'est-à-dire qu'elle est vécue différemment par chacun des individus qui en souffrent; -l'adaptation à l'asthme est un processus qui se développe via l'apprentissage et la	-Cette étude permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre l'expérience vécue chez les gens souffrant d'asthme, facilitant ainsi leur prise en charge et améliorant ainsi les résultats des différents traitements qui leur sont offerts.

		<p>-Articles qui incluent les données originales de l'étude;</p> <p>-Articles en anglais.</p>		<p>réponse à des expériences vécues qui sont variées ;</p> <p>-plusieurs personnes ressentent que l'expérience qu'ils vivent en lien avec l'asthme n'est pas validée par les professionnels de la santé ;</p> <p>-les individus souffrant d'asthme apprennent au fil du temps à vivre avec cette condition et développent des préférences en termes de gestion et de traitements de la maladie.</p>	
Robertson et al., 2012	<p>Cette revue de littérature décrit la mesure et la conceptualisation de trois aspects d'une santé émotionnelle positive, soient le bien-être, l'affect positif ainsi que la résilience et le lien avec les conséquences du diabète.</p>	<p><u>Bases de données :</u> PubMed et Cochrane Librar (incluant les articles publiés entre 1970 et 2011 et les articles en anglais)</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <p>-Articles traitant d'une population adulte atteinte du diabète de type 1 ou 2;</p> <p>-Articles traitant des résultats de la santé émotionnelle sur les aspects médicaux de la gestion du diabète;</p> <p>-Articles publiés dans des journaux où les études sont révisées;</p> <p>- Essais randomisés, contrôlés et ouverts, essais cliniques et études d'observation transversale et longitudinale.</p>	<p>Sélection de 22 articles via les bases de données.</p>	<p>Différentes études démontrent que :</p> <p>-une santé émotionnelle positive est associée à une diminution du taux de mortalité, une augmentation des comportements d'autogestion de la maladie ainsi qu'à une diminution du niveau de HbA1c;</p> <p>-le bien-être peut être associé à une augmentation de l'engagement dans une diète et dans la réalisation d'exercices. Toutefois, les mécanismes derrière cette association n'ont pas été investigués davantage ;</p> <p><u>Implication clinique :</u></p> <p>-les patients qui formulent des objectifs de pauvre qualité sont plus enclins à ne pas être mesure de les réaliser, ce qui entraîne une détérioration au niveau de l'autogestion de leur maladie.</p>	<p>-Une santé émotionnelle positive peut faciliter les comportements reliés à l'autogestion de la maladie chronique.</p> <p>-Un modèle est présenté afin pour guider les prochaines recherches sur le sujet en plus de guider le développement des interventions qui ont pour but d'améliorer la santé émotionnelle des gens.</p>
Miller et al., 2015	<p>Le but de cette étude est de décrire la conceptualisation actuelle de</p>	<p><u>Bases de données :</u> PubMed, Ovid Medline et CINAHL (incluant les articles publiés entre 2000 et 2013 et les</p>	<p>Sélection de 226 articles par deux chercheurs via les bases de données.</p>	<p>Différentes études démontrent que :</p> <p>-l'autogestion de la maladie chronique est un processus dans lequel les patients incluent des comportements qui respectent leurs besoins en lien avec l'ajustement à la</p>	<p>-Le fait de redéfinir ce que représente l'autogestion de la maladie selon la perspective de la</p>

<p>l'autogestion de la maladie chronique selon les évidences scientifiques, d'identifier les barrières de cette conceptualisation et d'offrir une meilleure compréhension du concept d'autogestion de la maladie chronique.</p>	<p>articles qui traitent d'une population adulte)</p>	<p>maladie chronique dans un contexte de la vie quotidienne;</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -trois thèmes émergent de l'autogestion de la maladie chronique selon la perspective des gens qui vivent avec une maladie chronique, soient l'adoption de comportements, la variation de l'exacerbation à la chronicité et vice-versa ainsi que l'utilisation d'un système ; -l'autogestion de la maladie chronique est un processus comportemental ; -les comportements les plus définis dans la littérature scientifique en lien avec l'autogestion de la maladie chronique sont ceux qui sont reliés à l'adhésion du traitement. Toutefois, sur le terrain, il est possible de constater que les comportements associés à l'autogestion de la maladie chronique vont bien au-delà de ceux liés au traitement, soit au niveau de la gestion des symptômes et de la vie quotidienne ; -la littérature scientifique n'inclut pas l'aspect de l'autogestion de la maladie chronique lors de l'exacerbation soudaine des phases de la maladie chronique, alors qu'il s'agit d'une dimension vitale de l'expérience vécue par les gens vivant avec une maladie chronique ; -l'autogestion de la maladie chronique est un processus fluide et itératif dans lequel les patients incorporent des stratégies multidimensionnelles qui répondent aux besoins qu'ils ont eux-mêmes identifiés pour faire face à la maladie chronique dans un contexte de la vie quotidienne. 	<p>littérature scientifique et des patients permettra de développer des interventions qui seront adaptables au contexte de vie des patients, facilitant ainsi l'intégration de l'autogestion de la maladie au quotidien.</p>
---	---	--	--

Gonzalez et al., 2016	Les buts visés par cet article sont de résumer l'autogestion en lien avec le diabète et les défis qui y sont associés, de mettre en lumière les facteurs socioéconomiques qui influencent la gestion du diabète ainsi que de mettre de l'avant les facteurs psychosociaux qui sont impliqués dans la gestion du diabète.	Aucune information n'est divulguée à l'égard du processus de sélection des articles et des bases de données employées lors de la recherche d'articles.	Les articles sélectionnés pour l'élaboration de cette revue de littérature ne sont pas mentionnés.	Plusieurs études démontrent que : -une plus grande perception de la nécessité d'un traitement et des préoccupations plus faibles des effets indésirables de ces traitements seraient associés à une meilleure adhésion au traitement ; -les croyances intuitives en lien avec le diabète sont souvent inexactes et elles peuvent être impliquées dans une autogestion problématique du diabète ; -un plus grand contrôle perçu du diabète est associé à une meilleure autogestion du diabète chez une population vivant avec un diabète de type 2 ; -certaines compétences cognitives et comportementales, incluant l'identification des problèmes, la résolution de problèmes, la sélection de la meilleure stratégie à mettre en place, etc. représentent un élément important de l'autogestion du diabète ; -la maîtrise de soi a un effet sur l'autogestion du diabète ; -la détresse émotionnelle en lien avec le diabète est associée à une faible autogestion de la maladie.	-Les facteurs psychologiques reliés aux connaissances et aux croyances en matière de santé des patients, aux statuts émotionnels, à la résolution de problèmes et aux compétences en lien avec l'autorégulation sont associés à l'autogestion du diabète. -La fait d'améliorer les connaissances en lien avec l'autogestion du diabète permet de solidifier les bases scientifiques pour la pratique de la psychologie.
Gheshlagh et al., 2016	Le but de l'étude est d'étudier le résultat obtenu au niveau de la résilience chez une clientèle adulte souffrant de condition chronique physique (les articles retenus incluent des	<u>Bases de données :</u> Google Scholar, Science Direct, PubMed, Pre-Quest, Scopus, scientific information database (SID), IranMedex, Magiran, IranDoc et Medlib. <u>Critères d'inclusion :</u> -Études en anglais ou en persan;	15 articles ont été sélectionnés pour l'élaboration de cette revue systématique et méta-analyse.	Différentes études démontrent que : -la résilience montre une voie aux patients afin de mener une vie plus saine, ce qui leur permet de s'adapter davantage aux changements dans leur vie ; -les facteurs de protection sont nécessaires pour développer la résilience et ils permettent de s'ajuster aux effets de la gestion des menaces et améliorer les résultats de la résilience. Les facteurs de protection diffèrent selon le genre,	-Cette étude est la seule qui se penche sur la résilience auprès des gens qui souffrent de condition chronique physique. -Cette étude permet de mettre en lumière qu'il serait intéressant de mettre en place un outil spécifique pour les gens

	patients présentant les conditions médicales suivantes : maladies cardio-vasculaires, cancer, lésion de la moelle épinière, insuffisance rénale, sida et lupus érythémateux systématique)	-Études d'observation ou portant sur une intervention; -Études qui incluent une analyse quantitative ; -Études dont les textes complets sont disponibles ; -Études publiées dans les 16 dernières années ; -Études portant sur des adultes qui présentent une condition chronique.		l'ethnicité et la culture des individus, puisqu'ils représentent les croyances et les valeurs des individus.	qui souffrent d'une condition chronique physique.
Van Middendorp et Evers, 2016	Cet article a pour but de décrire les risques biopsychosociaux et les facteurs de résilience reliés aux conséquences des maladies rhumatoïdes inflammatoires ainsi que de décrire les bénéfices de traitements psychologiques en lien avec cette maladie.	Aucune information n'est divulguée à l'égard du processus de sélection des articles et des bases de données employées lors de la recherche d'articles.	Les articles sélectionnés pour l'élaboration de cette revue de littérature ne sont pas mentionnés.	Différentes études démontrent que : -le modèle biopsychosocial d'ajustement à la maladie met en lumière la combinaison de facteurs qui influencent la qualité de vie et les conséquences de la maladie, incluant les caractéristiques de personnalité stables, des facteurs de stress externes et une variété de facteurs de risque émotionnels et comportementaux ; Des études prospectives démontrent que : -L'optimisme et l'extraversion sont des facteurs de protection de la qualité de vie psychologique et physique. -Les stressseurs mineurs du quotidien sont associés à plus de fatigue et de douleur, une activité immunitaire élevée et une exacerbation de la maladie. -Un soutien social de bonne qualité s'est avéré efficace contre la détresse psychologique et contre l'augmentation des symptômes.	-L'origine et les conséquences de la détresse psychologique en lien avec maladies rhumatoïdes inflammatoires ont été présentés, suivies d'une présentation des facteurs de résilience et des risques biopsychosociaux associés aux maladies rhumatoïdes inflammatoires. -Les perspectives quant aux différentes options de traitements ont été présentées en lien avec la détresse psychologique chez les gens souffrant de maladies rhumatoïdes inflammatoires.

Tableau 15.
Forces et les faiblesses des études retenues

Article	Type d'article	Forces	Faiblesses	Qualité des évidences
Price et al., 2019	Revue de littérature	<ul style="list-style-type: none"> -Le but de l'étude est clairement défini. -La problématique de cette étude est décrite de façon claire et exhaustive. -Des recommandations à l'égard de la prise en charge des gens souffrant d'une maladie chronique sont formulées. -La conclusion répond clairement à l'objectif de l'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les bases de données employées pour la recherche d'articles ne sont pas mentionnées. -Les mots-clés ainsi que les critères de sélection permettant l'élaboration de cette revue de littérature ne sont pas décrits. -Le processus de sélection et de tri des articles en regard de cette revue de littérature n'est pas expliqué. -Les articles retenus pour l'élaboration de cette revue narrative ne sont pas présentés. -Aucune grille d'extraction ne présente les éléments importants des articles retenus. 	Une revue de littérature a pour but d'analyser un sujet de recherche spécifique par la mise en commun des informations présentées dans la revue en vue de fournir une conclusion (Law et MacDermid, 2013). Il est difficile de spécifier la qualité des évidences de cette revue de littérature, puisqu'aucune information n'est fournie à ce niveau.
Helgeson et Zajdel, 2017	Revue de littérature	<ul style="list-style-type: none"> -Les objectifs visés par cette étude sont clairement nommés. -Les objectifs visés ont été répondus de façon claire et exhaustive tout au cours de l'article. -L'article mentionne qu'aucun conflit d'intérêt ou financier n'a pu influencer le caractère objectif de cette étude. -Des recommandations quant à l'élaboration de futures recherches sur le sujet ont été présentées, favorisant ainsi l'avancement des connaissances. -Malgré que le but de l'étude n'était pas de présenter les interventions efficaces en lien avec la problématique, les auteurs ont tout de même tenu à réserver une section à cet effet afin d'élaborer quelques recommandations pour la pratique clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aucune base de données n'est mentionnée pour la recherche d'article et il en est de même pour les mots-clés utilisés ainsi que les critères de sélection des articles. -Le processus de tri des articles n'est pas mentionné. -Les articles retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature ne sont pas mentionnés. -Aucune grille d'extraction ne présente les éléments importants des articles retenus. 	Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009). Il est difficile d'examiner la qualité des évidences scientifiques, puisqu'aucune information n'est fournie à ce niveau.
White et al., 2018	Revue de littérature utilisant des	<ul style="list-style-type: none"> -Les bases de données utilisées pour la recherche d'articles sont mentionnées et il 	<ul style="list-style-type: none"> -La question à la base de l'élaboration de cette revue de littérature n'est pas présentée. 	Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la

	méthodes systématiques	<p>en est de même pour les mots-clés utilisés pour mener cette recherche.</p> <p>-Le processus de tri et de sélection des articles est clairement décrit en plus des critères de sélection utilisés pour sélectionner les données probantes pertinentes à l'élaboration de cette revue de littérature.</p> <p>-Les conflits d'intérêts et financiers qui réside en lien avec l'élaboration de cette étude sont mentionnés dans une section prévue à cet effet.</p> <p>-Des suggestions quant à l'utilisation du cadre THRIVE dans la pratique clinique sont présentées dans la discussion.</p>	<p>-Les articles retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature ne sont pas mentionnés.</p> <p>-Aucune grille d'extraction ne présente les éléments importants des articles retenus.</p> <p>-Le niveau d'évidence scientifique des articles retenus n'est pas mentionné.</p> <p>-Selon mon jugement, 14 articles sont de qualité modérée (comparaison de groupes) et six articles sont de forte qualité (essai contrôlé randomisé). Pour ce qui est des autres articles, il est difficile de juger de leur qualité, puisque peu d'informations sont divulguées à ce niveau.</p>	<p>littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009).</p> <p>Selon mon jugement, cette étude serait de qualité modérée.</p>
Pickles et al., 2018	Métasynthèse	<p>-Les bases de données employées pour la recherche d'articles sont clairement énoncées.</p> <p>-Les mots-clés permettant de réaliser la recherche sur les bases de données sont mentionnés en annexe.</p> <p>-Les critères de sélection, incluant les critères d'inclusion et d'exclusion, sont clairement présentés.</p> <p>-Une interprétation des données brutes des articles retenus est élaborée de sorte à classifier l'expérience vécue par les gens souffrant d'asthme.</p> <p>-Des recommandations à l'égard de la pratique clinique sont formulées dans une section prévue à cet effet, permettant d'avoir un portrait davantage clinique de la problématique.</p> <p>-Les articles retenus ainsi que leurs résultats clés sont présentés en annexes.</p>	<p>-Il a été relevé que la majorité des articles sélectionnés pour l'élaboration de cette étude incluent des participants majoritairement blancs, alors que la problématique d'asthme présente une plus grande prévalence chez les minorités. Cela peut donc représenter une faiblesse à la compréhension de l'expérience vécue chez les individus souffrant d'asthme.</p> <p>-La qualité des études a été déclarée comme étant raisonnable par les auteurs de l'article. Toutefois, cette affirmation n'a pas été expliquée en détail.</p> <p>-Les résultats de différentes études qualitatives ont été regroupés, alors que les contextes de méthodes de collectes de données diffèrent selon l'étude.</p>	<p>La métasynthèse est un type d'étude qui s'intéresse aux processus et aux résultats des études antérieures concernant un domaine d'intérêt et qui a pour but d'offrir une interprétation des données recueillies de sorte à présenter un portrait clinique du sujet à l'étude (Law et MacDermid, 2013). Selon les auteurs de l'étude, les évidences scientifiques étaient de qualité raisonnable, puisqu'ils incluent plusieurs types de devis. Ainsi, il est possible d'en déduire que cette étude est de qualité modérée.</p>
Robertson et al., 2012	Revue de littérature	<p>-Les bases de données ainsi que les mots-clés utilisés pour la recherche d'articles sont énumérés.</p>	<p>-Le niveau d'évidences scientifiques des articles retenus n'est pas présenté, cependant le type d'étude de chacun des</p>	<p>Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Les critères de sélection pour la recherche de données probantes sont identifiés. -Un tableau d'extraction des données clés des articles est présenté. -Les conflits d'intérêts et financiers qui réside par l'élaboration de cette étude sont mentionnés dans une section prévue à cet effet. 	<p>articles est mentionné. Selon mon jugement, il y a présence de huit articles de forte qualité (études randomisées et études prospectives), six articles de qualité modérée (groupe comparatif) et 9 articles de faible qualité (essai clinique, sondage, etc.) sur les 22 articles présentés.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La question PICO à la base de cette revue de littérature n'est pas mentionnée. -Les articles retenus présentaient des méthodes et construits hétérogènes. 	<p>littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009). Selon mon jugement, cette étude est de qualité modérée.</p>
Miller et al., 2015	Analyse de concept hybride (incluant une revue de littérature)	<ul style="list-style-type: none"> -Les bases de données employées ainsi que les mots-clés sélectionnés sont identifiés. -Des pistes de recommandations à l'égard de l'élaboration d'interventions en lien avec l'autogestion de la maladie chronique sont présentées. -Le contexte dans lequel évolue l'autogestion de la maladie est clairement présenté. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les articles sélectionnés ne sont pas présentés et il en est de même pour les résultats clés de ceux-ci. -Les critères de sélection utilisés pour la sélection des articles ne sont pas présentés. -La qualité des évidences scientifiques n'est pas mentionnée. -Les forces et les limites de l'étude ne sont pas présentées. 	<p>Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009). Les articles sélectionnés pour l'élaboration de cette revue de littérature n'étant pas présentés, il est difficile de juger de la qualité des évidences scientifiques.</p>
Gonzalez et al., 2016	Revue de littérature	<ul style="list-style-type: none"> -L'objectif de l'étude est clairement défini. -Des pistes quant à l'élaboration de futures études en lien avec le sujet ont été suggérées. -Des recommandations à l'égard de la pratique des psychologues en lien avec l'autogestion du diabète ont été formulées. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les bases de données employées ainsi que les mots-clés sélectionnés ne sont pas présentés pour l'élaboration de cette revue de littérature. -Les articles retenus ainsi que leurs résultats clés ne sont pas présentés. -La qualité des évidences scientifiques n'est pas mentionnée. 	<p>Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009). Les articles sélectionnés pour l'élaboration de cette revue de littérature n'étant pas présentés, il est difficile de juger de la qualité des évidences scientifiques.</p>
Gheshlagh et al., 2016	Revue systématique et méta-analyse	<ul style="list-style-type: none"> -Les bases de données et les mots-clés employés pour la recherche d'articles sont présentés. 	<ul style="list-style-type: none"> -Le niveau d'évidences scientifiques des articles sélectionnés n'est pas mentionné, ce qui peut biaiser les résultats obtenus. 	<p>Les revues systématiques utilisent les données probantes ayant le plus haut</p>

		<p>-Le processus de sélection, incluant les critères de sélection, et de tri des articles est présenté.</p> <p>-Un tableau d'extraction des données clés des articles est présenté.</p> <p>-Les résultats de la combinaison des données des différentes études retenues sont présentés sous la forme d'un graphique.</p>	<p>-Les auteurs mentionnent qu'une des limitations de leur étude est de ne pas avoir eu accès aux textes complets de tous les articles retenus.</p>	<p>niveau d'évidences scientifiques pour répondre à une question de sorte à présenter une conclusion qui peut être applicable en pratique (Law et MacDermid, 2013). La méta-analyse est une technique qui combine les résultats d'études quantitatives dans le but de fournir un résultat plus précis des effets de ces études (Grant et Booth, 2009).</p>
Van Middendorp et Evers, 2016	Revue de littérature	<p>-Les résultats de cette étude sont présentés par classification des types d'études retenus, ce qui inclut une section qui porte sur les études prospectives et sur les études expérimentales.</p> <p>-Une section est prévue à l'effet des recommandations cliniques au niveau des traitements psychologiques, ce qui permet de faire un pont entre les résultats théoriques obtenus et la pratique clinique.</p>	<p>-Les bases de données employées, les mots-clés sélectionnés ainsi que les articles retenus à l'égard de l'élaboration de cette revue de littérature n'ont pas été mentionnés.</p> <p>-La qualité des évidences scientifiques des articles retenus n'est pas présentée.</p> <p>-Il n'y a aucun tableau qui présente les résultats clés des articles retenus pour l'élaboration de cette revue de littérature.</p>	<p>Une revue de littérature est une étude qui a pour but de fournir un résumé de la littérature scientifique actuelle en lien avec un sujet (Grant et Booth, 2009).</p>

