

2m11.2695.10

Université de Montréal

L'influence des activités quotidiennes sur la qualité de vie  
des personnes ayant des troubles mentaux graves

par  
Ginette Aubin

École de réadaptation  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences biomédicales  
option réadaptation

décembre, 1998

© Ginette Aubin, 1998



W  
4  
U58  
1999  
V.038



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

“L’influence des activités quotidiennes sur la qualité de vie  
des personnes ayant des troubles mentaux graves”

présenté par:

Ginette Aubin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Micheline Marazzani, M.Sc.	présidente du jury
Raymonde Hachey, M.Sc.	directrice de recherche
Céline Mercier, Ph.D.	co-directrice
Henri Dorvil, Ph.D.	membre du jury

Mémoire accepté le : 99.04.26

## SOMMAIRE

Les personnes ayant des troubles mentaux graves rapportent peu de satisfaction dans les dimensions de la qualité de vie telles que l'activité principale et les loisirs. L'ergothérapie reconnaît un lien entre la signification accordée aux activités quotidiennes, la satisfaction et le bien-être. Ce postulat de base demande à être vérifié auprès de cette clientèle. Par conséquent, cette étude a eu pour but de vérifier l'influence de la signification des activités de tous les jours, sur la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les 45 participants de cette étude corrélationnelle, recrutés dans une clinique externe de psychiatrie, étaient âgés de 26 à 58 ans, et majoritairement atteints de schizophrénie. La signification des activités, s'inspirant de la définition du sens personnel de Wong (1989) et du modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995), a été définie selon trois déterminants, soit le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir. Ceux-ci ont été mesurés par le Questionnaire Occupationnel, une version française de l'Occupational Questionnaire (Smith, Kielhofner et Watts, 1986). Un indice de qualité de vie subjective (QVIE) a été obtenu avec le Wisconsin Quality of Life- version du client (Becker, Diamond et Sainfort, 1993), qui mesure la satisfaction et l'importance accordée dans 9 dimensions de la vie. D'une part, l'analyse des résultats concernant l'association des déterminants de la signification aux domaines a apporté un nouvel éclairage en rapport avec la signification accordée aux activités quotidiennes par ces personnes. Ainsi, les participants ont accordé le plus de signification, selon les trois déterminants, au sommeil. Le domaine des tâches quotidiennes a suscité le plus le sentiment de

compétence, le domaine du travail a tenu le plus d'importance et celui des loisirs était le plus associé au plaisir. D'autre part, les résultats confirment la relation entre la signification des activités quotidiennes et la qualité de vie subjective. Ainsi, les résultats ont indiqué que le sentiment de compétence et le plaisir associés aux activités pour l'ensemble de la journée, sans égard aux domaines, et excluant le sommeil, étaient fortement corrélés à la QVIE (.53,  $p=.000$  et .66,  $p=.002$  pour  $n=41$ ). De façon plus spécifique, étaient aussi fortement corrélés avec la QVIE, le sentiment de compétence dans les domaines des tâches quotidiennes et du repos (.52  $p=.000$  et .52  $p=.002$ ) et le plaisir éprouvé dans les domaines du travail et du repos (.72  $p=.004$  et .64  $p=.000$ ). Il n'a pas semblé y avoir de relation significative entre l'importance accordée aux activités et la qualité de vie subjective. Ainsi, plus les participants à cette étude se sentent compétents dans les tâches quotidiennes et le repos, et ont du plaisir dans leurs activités de travail et le repos, meilleure est leur qualité de vie subjective. Les limites de cette étude sont liées au fait que des participants ont pu embellir ou omettre certaines activités dans un désir de se conformer aux valeurs de notre société. Par ailleurs, ces résultats ont mis en évidence la complexité ainsi que la valeur de l'analyse de l'activité. En plus d'approfondir les connaissances concernant la signification accordée aux activités quotidiennes, les résultats ajoutent de la crédibilité aux interventions des ergothérapeutes visant à développer et soutenir le sentiment de compétence et tenant compte du plaisir et des gratifications obtenues dans les activités quotidiennes.

**TABLE DES MATIÈRES**

	Page
Identification du jury	II
Sommaire	III
Table des matières	V
Liste des tableaux	XI
Remerciements	XIII
Dédicace	XV
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS</b>	<b>5</b>
1.1 Les troubles mentaux graves	6
1.2 L'occupation humaine	7
1.2.1 Définition et domaines	7
1.2.2 L'occupation, la santé et le bien-être	8
1.3 La signification des activités	11
1.3.1 Les activités et le sens dans la vie	11
1.3.2 Définitions et composantes du sens personnel	12
1.3.3 Déterminants de la signification des activités	13
1.3.4 Les sources de signification des activités	15
1.3.5 Incapacités et signification des activités	17
1.4 Etudes empiriques sur les activités	18

	Page
1.4.1 La signification des activités chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves	19
1.4.2 La signification des activités chez d'autres clientèles	21
1.4.3 L'utilisation du temps des personnes souffrant de troubles mentaux graves	25
1.4.4 L'utilisation du temps et le bien-être	27
1.4.5 Les activités et la satisfaction	29
1.5 Synthèse	32
<b>CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSE</b>	<b>36</b>
2.1 Le modèle d'occupation humaine	37
2.1.1 Le sous-système de volition	39
2.2 Les domaines d'activités	40
2.3 La qualité de vie subjective chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves	42
2.4 Questions de recherche et hypothèse	44

	Page
<b>CHAPITRE 3 : PREMIER MANUSCRIT</b>	<b>47</b>
 “La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves”	
3.1	Résumé 48
3.2	Introduction 48
3.3	Recension des écrits 50
	3.3.1 La signification des activités 50
	3.3.2 Études empiriques sur la signification des activités 53
3.4	Méthodologie 54
	3.4.1 Participants 54
	3.4.2 Instrument 55
	3.4.3 Analyse des données 56
3.5	Résultats 57
	3.5.1 Données socio-démographiques et cliniques 57
	3.5.2 Profil d’occupation du temps 58
	3.5.3 Distribution des activités dans les domaines par les participants 59
	3.5.4 Signification des activités 61
3.6	Discussion 62
3.7	Conclusion 69
3.8	Références 71



**CHAPITRE 4 : DEUXIÈME MANUSCRIT**

“Meaning of daily activities and quality of life in persons with severe mental illness”

4.1	Abstract	85
4.2	Introduction	86
4.3	Litterature review	87
	4.3.1    The meaning of activities	87
	4.3.2    Subjective quality of life	89
	4.3.3    Activities and satisfaction	90
4.4	Method	91
	4.4.1    Participants	91
	4.4.2    Data collection procedure	92
	4.4.3    Instruments	93
	4.4.4    Data analysis	96
4.5	Results	97
	4.5.1    Participants	97
	4.5.2    Time use	98
	4.5.3    Domains and meaning of activities	99
	4.5.4    Meaning and subjective quality of life	99
4.6	Discussion	100
4.7	Conclusion	109
4.8	References	111

	Page
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</b>	122
5.1 Profil d'occupation du temps	124
5.2 Classification des activités dans les domaines par les participants	124
5.3 Domaines d'activités et signification	125
5.3.1 Activités significatives et domaines d'activités	125
5.3.2 Domaines d'activités et déterminants de la signification	128
5.4 Signification des activités quotidiennes et qualité de vie	132
5.4.1 Le sentiment de compétence et le plaisir	132
5.4.2 L'importance	135
5.5 Limites et portée méthodologique	136
<b>CONCLUSION</b>	138
<b>RÉFÉRENCES</b>	141
<b>ANNEXES</b>	
Questionnaire Occupationnel	155
Lettre d'acceptation du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital St-Luc	161

	Page
Formulaire de consentement	163
Formulaire de consentement pour la consultation du dossier psychiatrique	166

LISTE DES TABLEAUX

		Page
<b>PREMIER MANUSCRIT</b>		
Table 1	Données socio-démographiques et cliniques	78
Table 2	Durée moyenne et nombre de participants des activités ayant la plus longue durée et/ou ayant un n> à 10	79
Table 3	Répartition dans les domaines, selon le nombre de participants, des activités ayant la plus longue durée et/ou ayant un n> à 10, d'après la classification par domaine effectuée par les participants	81
Table 4	Distribution des catégories d'activités selon leur rang obtenu pour le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir	83

**DEUXIÈME MANUSCRIT**

Table 1	Mean duration (hours) of domains and number of participants, according to participants', and OQ's classification	119
Table 2	Distribution of domains according to the rank and mean rating obtained for perceived competence, value and pleasure	120
Table 3	Spearman correlations between the subjective quality of life (W-QLI) and the elements of meaning associated to overall daily activities excluding sleep, and to each domain	121

## REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier Mme Raymonde Hachey pour sa généreuse disponibilité et son chaleureux support pendant mon cheminement d'étudiante du 2<sup>e</sup> cycle. Elle m'a grandement fait bénéficier de son enthousiasme pour l'ergothérapie, de sa rigueur dans l'écriture et dans la communication des idées.

Je désire aussi remercier Mme Céline Mercier d'avoir eu la patience et la générosité de m'initier au monde de la recherche... Tant sa rigueur scientifique que son souci d'être proche du milieu clinique ont été un enseignement précieux.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont participé à ce projet de recherche de près ou de loin, et l'ont, à leur façon, rendu possible: Geneviève Boyer, qui fut mon "mentor" tout le long de cette aventure, tout le personnel de la clinique externe de psychiatrie du Campus St-Luc du CHUM, Françoise Latour, Chantal Dubois, Florence Colas, Christine Marchand, Noëlla Groleau, Louise Godin, ainsi que la fondation de recherche du département de psychiatrie du campus St-Luc, pour ne nommer que ceux-là. Je veux remercier vivement M. Yves Lepage du département de mathématiques de l'UDM pour son support précieux dans la démystification des calculs statistiques. Je remercie aussi l'ordre des Ergothérapeutes du Québec qui m'a attribué la bourse de recherche Anne-Lang Étienne pour l'année 1996.

Je tiens à laisser ma marque d'appréciation à mes amis et ma famille. Plus

particulièrement, je remercie Louis Lavallée et mon fils Julien, pour leur support, leur affection et leur patience.

DÉDICACE

Je dédie ce mémoire à ma mère, Laurette Godbout Aubin,  
et à ma grand-mère, Laura Lavallée Godbout,  
qui m'ont transmis leur goût pour l'écriture,  
et qui m'ont accompagné tout le long de ce projet, à leur façon...



## INTRODUCTION

Suivant le virage ambulatoire actuel des services de santé, les ergothérapeutes intervenant en santé mentale traitent de plus en plus de personnes souffrant de troubles mentaux graves et vivant dans le milieu communautaire. Leur pratique vise à réduire les conséquences de ces troubles et à soutenir leur autonomie dans les domaines d'activités tels les soins personnels, le travail et les loisirs (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1993). Dans ce sens, la profession de l'ergothérapie valorise l'implication dans les activités quotidiennes comme un moyen de participer pleinement à la vie (Kielhofner, 1992; Trombly, 1995).

Les troubles mentaux graves affectent les capacités fonctionnelles, et touchent, entre autres, les occupations quotidiennes des personnes qui en souffrent (Tessier et Clément, 1992). Les services et les interventions des ergothérapeutes auprès de ces personnes se préoccupent des conséquences fonctionnelles mais incluent aussi la notion de qualité de vie, qui tient compte de la vie quotidienne, de l'expérience de vie et de l'évaluation de cette expérience par ces personnes (Mercier, 1993). Les résultats de l'étude de Mercier, Renaud, Desbiens et Gervais (1990) sur la contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté, rapportent que l'activité principale et les loisirs sont parmi les domaines de l'échelle de la qualité de vie les moins satisfaisants. Ainsi, ces personnes trouvent moins de satisfaction, de valorisation, ou tout autre gratification dans leur travail et leurs loisirs, quand elles en ont (Barris, Kielhofner, et Watts, 1983). Conséquemment, il n'est pas rare que les

personnes souffrant de troubles mentaux graves se plaignent d'un manque de sens dans leur vie (Barris et al, 1983; Barris, Dickie, et Baron, 1988; Weeder, 1986).

Les écrits théoriques en ergothérapie mettent en évidence le rôle de l'occupation dans la recherche d'un mieux-être. La contribution de l'occupation au sens dans la vie (Kielhofner, 1992; Yerxa, 1967), et à la qualité de vie (Kielhofner; Yerxa et al, 1990), le lien entre la signification des activités, la satisfaction et le bien-être (Clark et al, 1991; Cynkin et Robinson, 1990) sont des postulats de base de l'ergothérapie. Ceux-ci demandent à être développés et appuyés au plan empirique, particulièrement auprès des personnes souffrant de maladies mentales graves.

Le modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995), et des études empiriques ont identifié des déterminants qui contribuent à donner leur sens aux activités quotidiennes: ce sont le sentiment de compétence perçue, la valorisation de l'activité et le plaisir éprouvé. Toutefois, la signification accordée par les personnes souffrant de troubles mentaux graves aux activités quotidiennes a été peu explorée. Il en est de même des déterminants de la signification des activités en lien avec la qualité de vie subjective de ces personnes.

Afin de mieux saisir ce phénomène, cette étude a eu pour but d'explorer la signification accordée aux activités de la vie de tous les jours, en lien avec la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles mentaux graves. De façon plus spécifique, elle a examiné l'influence des principaux déterminants associés à la

signification des activités quotidiennes sur la qualité de vie subjective de ces personnes.

Elle s'est intéressée aux questions suivantes:

A quel domaine d'activité (travail, soins personnels, loisirs, repos, sommeil) appartiennent les activités jugées les plus significatives? Pour chaque domaine d'activité, les déterminants sont-ils les mêmes pour juger de la signification des activités? Y a-t-il un lien entre la signification accordée aux activités de tous les jours et la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles mentaux graves?

Les résultats de cette étude, formant le corps de ce mémoire, seront présentés sous la forme de deux articles (chapitre 3 et 4), soumis à des revues spécialisées en ergothérapie. Ces articles seront précédés du premier chapitre, présentant de façon exhaustive l'état des connaissances en ce qui concerne la signification des activités et ainsi que sa relation avec la qualité de vie chez des personnes ayant des troubles mentaux graves ainsi que chez diverses clientèles. Le second chapitre portera sur le cadre théorique, les questions de recherche et l'hypothèse découlant du but de cette étude. Les deux articles seront suivis d'un cinquième chapitre proposant une discussion des résultats, puis une conclusion sera exposée.

Ce projet a permis de mieux cerner l'interaction des déterminants de la signification des activités quotidiennes avec la qualité de vie, cette dernière étant non seulement le but ultime de la réadaptation, mais aussi l'une des préoccupations des

ergothérapeutes (Yerxa, Clark et al 1990). L'activité étant le médium privilégié lors de l'évaluation et de l'intervention ergothérapique, les résultats de cette étude contribueront à soutenir et à orienter les interventions des ergothérapeutes auprès de ces personnes.

**CHAPITRE 1**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

Pour répondre à l'objectif général de la recherche, la problématique des troubles mentaux graves sera décrite. Puis, des définitions de l'occupation humaine ainsi que de ses domaines seront présentées. L'occupation en lien avec le bien-être, ainsi que la signification des activités seront abordées. Par la suite, des études empiriques dans lesquelles la signification des activités et l'utilisation du temps ainsi que la relation entre les activités et la satisfaction chez diverses clientèles seront amenées.

### **1.1 Les troubles mentaux graves**

Les troubles mentaux graves sont caractérisés par trois facteurs principaux: le diagnostic, le niveau et la durée de l'incapacité (Mercier, 1994; Tessier et Clément, 1992). La schizophrénie, les troubles dépressifs et bipolaires sont les diagnostics les plus fréquemment cités (Comité de la politique de santé mentale, 1994; Mercier; Tessier et Clément). Ces troubles mentaux entraînent une diminution des habiletés fonctionnelles, une augmentation progressive de l'incapacité et une utilisation fréquente des traitements psychiatriques, que ce soit l'hospitalisation ou le suivi en externe (Vellenga et Christenson, 1994). Cette incapacité, due à une détérioration des capacités cognitives, affectives et relationnelles (Comité de la politique de santé mentale, 1994) affecte l'exercice de rôles sociaux et occupationnels (Mercier) ainsi que d'autres aspects de la vie quotidienne, tels l'hygiène et les soins personnels, les relations interpersonnelles et les loisirs, et implique des séquelles de longue durée (Goldman et al., cité dans Tessier et Clément). Au Québec, on estime à au moins 30 000 le nombre de personnes atteintes de maladies mentales graves (Comité de la politique de santé

mentale, 1987).

## **1.2 L'occupation humaine**

### 1.2.1 Définition et domaines

L'occupation humaine tient une place centrale dans la théorie et la pratique de l'ergothérapie. Plusieurs auteurs rapportent que dès le début du siècle, les ergothérapeutes affirmaient la nature occupationnelle des êtres humains (Cynkin et Robinson, 1990; Kielhofner, 1992; Mosey, 1981, 1986; Reed et Sanderson, 1983).

La définition de l'occupation réfère aux comportements par le biais desquels les hommes occupent une place dans le monde matériel, temporel, et social. Elle se rapporte à l'utilisation de soi dans le but de maîtriser la situation actuelle (Kielhofner, 1992). D'autres auteurs décrivent l'occupation comme étant l'utilisation de l'énergie, de l'intérêt, de l'attention et du temps d'une personne, dirigés vers un but (Hopkins et Tiffany, 1988).

Fisher (1995) définit l'occupation par les activités de tous les jours, les actions consistant à saisir, à prendre possession, ou à occuper les espaces et le temps de notre vie quotidienne. Ces activités de la vie quotidienne sont regroupées en domaines, touchant à plusieurs secteurs du fonctionnement humain.

Trois domaines d'activités ont été reconnus en rapport avec l'occupation humaine (Kielhofner, 1992, 1995; Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 1993; Mosey, 1981, 1986; Reed et Sanderson, 1983; Reed, 1984). Il s'agit des soins personnels (s'alimenter, vaquer à ses soins, aller à la banque, etc.), du travail (travail rémunéré, bénévolat, etc.) et des loisirs (passe-temps, activités culturelles, sociales, etc.) (ACE, 1993).

Faire un travail, un jeu, et/ou une tâche de la vie quotidienne, qui soient culturellement significatifs, dans le cours du temps et dans un contexte physique et social définirait l'occupation humaine (Kielhofner, 1995).

### 1.2.2 L'occupation, la santé et le bien-être

Le processus de l'évolution humaine est intimement lié à l'occupation. Sans occupation, les hommes ne peuvent développer leurs capacités d'adaptation, ils régressent et se désorganisent. Dans une telle situation, ils n'auraient pu survivre et maintenir le groupe humain vivant (Kielhofner, 1988).

L'occupation consisterait à s'impliquer de façon productive dans des activités qui sont les sources premières de l'apprentissage et du développement humain (Hopkins et Tiffany, 1988). De fait, le jeu des enfants soutient l'acquisition des habiletés, les études et les activités de socialisation préparent au travail (Kielhofner, 1992).

L'occupation mène éventuellement vers l'actualisation de soi (Cynkin et Robinson,



1990; Fidler et Fidler, 1978; Yerxa, 1967).

Elle contribue au processus de l'adaptation en permettant à la personne de choisir les comportements nécessaires pour répondre aux demandes de l'environnement. L'inverse est aussi possible, c'est-à-dire que la personne peut modifier l'environnement afin que celui-ci réponde à ses propres demandes (Reed et Sanderson, 1983; Reed, 1984). Ainsi, l'adaptation à l'environnement serait facilitée par la capacité d'accomplir des activités avec maîtrise et compétence (Reed).

Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que les activités sont essentielles au développement et au maintien de la santé physique et mentale (Cynkin et Robinson, 1990; Kielhofner, 1992; Mosey, 1981, 1986; Reed et Sanderson, 1983), au bien-être des humains (Cynkin et Robinson; Kielhofner) et à leur satisfaction (Barris et al, 1983; Clark et al, 1991; Cynkin et Robinson).

L'occupation influence positivement les fonctions biologiques, leur développement et leur maintien de l'enfance à l'âge avancé (Kielhofner, 1992). Par exemple, lorsque l'humain s'engage dans une activité, son corps et son esprit fonctionnent de façon intégrée, requérant entre autres la participation des systèmes nerveux, musculaire et respiratoire.

L'occupation est aussi fortement liée au bien-être psychologique par son lien avec l'utilisation des capacités (Kielhofner, 1992). Elle permet la gratification des

besoins et des désirs (Cynkin et Robinson, 1990; Kielhofner, 1988). Elle est elle-même un besoin fondamental des humains, lié à leur recherche de créativité, de productivité et de jeu, tout en participant à leur épanouissement (Kielhofner, 1992). La motivation, qu'on pourrait qualifier d'intrinsèque, à s'engager dans une occupation provient d'un désir ayant ses origines tant au plan biologique qu'au plan culturel, de découvrir, de créer, et d'atteindre un certain niveau de maîtrise (Fidler et Fidler, 1978; Fidler, 1981; Kielhofner, 1992). La gratification intrinsèque, correspondant aux expériences liées à la motivation intrinsèque, serait un puissant motivateur pour les personnes à s'engager dans une activité qu'elles apprécient (Graef, Csikszentmihalyi et Gianinno, 1983). Par les occupations, les personnes peuvent découvrir de nouvelles informations et des situations d'actions potentielles, expérimenter le contrôle, développer leur confiance et le sentiment de leur propre valeur (Barris et al, 1983; Kielhofner, 1992). Ainsi, l'occupation a une influence sur la qualité de la vie des êtres humains (Yerxa et al, 1990).

De plus, l'occupation a un rôle à jouer dans la création, l'affirmation et l'expérimentation du sens dans la vie (Frankl, 1962; Kielhofner, 1992; Reed, 1984; Sharrott, 1983; Yerxa, 1967). Dès le début du siècle, les ergothérapeutes prétendaient que la vie peut trouver son sens par le biais des activités qui permettent de structurer et d'apprécier le temps (Sharrott, 1983)

### **1.3 La signification des activités**

#### 1.3.1 Les activités et le sens dans la vie

Engelhart (1983) rapporte que les premiers ergothérapeutes comprenaient déjà que par les activités, les personnes pouvaient structurer le temps et donner un sens, une signification à leurs efforts et à leurs tâches. La signification des activités provenait du fait que celles-ci représentaient une partie essentielle du tissu de la vie de tous les jours, et qu'elles étaient de nature à impliquer le corps et l'esprit (Kielhofner, 1992). La recherche d'un sens dans la vie est une question existentielle fondamentale, à laquelle aucune réponse n'est donnée en-dehors de l'expérience subjective de la personne (Sharrott, 1983). C'est cette recherche d'un sens qui donne sa forme à l'existence d'une personne (Barris et al, 1983). Suscitant le plaisir et le sentiment d'avoir un but, les activités donnent un sens aux efforts et au temps et contribuent à l'engagement dans la vie (Sharrott, 1983).

Bruner (1990) affirme que les humains ont comme activité principale d'extraire le sens que prennent leurs expériences dans le monde. D'après lui, ce processus affecte nos actions, nos croyances et nos sentiments. L'activité prend un sens, devient significative selon le point de vue personnel de la personne (Barris et al, 1983; Sharrott, 1983). En supposant que le but ultime de l'occupation humaine serait de générer un sens à la vie par le faire et par la créativité personnelle, l'ergothérapie serait donc au service des besoins existentiels des êtres humains (Barris et al).

### 1.3.2 Définitions et composantes du sens personnel

La signification, ou le sens, se définissent par "une idée intelligible à laquelle un objet de pensée peut être rapporté et qui sert à expliquer, à justifier son existence"; on y mentionne aussi "raison d'être" (Robert, 1981).

La signification personnelle réfère à l'action de donner un sens, une cohérence, un ordre à son existence personnelle (Recker, Peacock et Wong, 1987). D'après ces mêmes auteurs, le sens personnel implique le fait d'avoir une intention, une fonction à accomplir, ainsi que d'avoir et de tendre vers un ou des buts.

Selon Schutz, dans ses recherches sur le développement de la sociologie contemporaine (cité dans Sharrott, 1983), ce qui devient significatif pour une personne dépend de ce qui s'inscrit dans sa conscience et son expérience. D'après lui, cela est fonction de ce que cette personne perçoit comme des nécessités pragmatiques, répondant à ses intérêts, à l'intérieur des situations de vie pertinentes à cette personne.

Wong (1989), dans son étude sur le sens personnel et le vieillissement serein, définit le sens personnel comme un système cognitif construit individuellement, qui se base sur les valeurs personnelles, et qui dote la vie d'une signification personnelle et de satisfaction. L'auteur a relevé trois composantes de base du sens personnel à partir d'une revue des principales perspectives théoriques concernant le sens personnel. Il s'agit d'abord d'une composante cognitive, qui réfère aux croyances et à l'interprétation

du monde tel qu'il est perçu, dans une tentative de donner un sens aux expériences personnelles. Cela consiste en l'attribution d'un sens aux activités, aux événements, et à la vie en général. La composante motivationnelle réfère à la poursuite ainsi qu'à l'atteinte de buts personnels, en cohérence avec les valeurs, les besoins et les désirs personnels. Finalement, la composante affective se rapporte aux sentiments d'accomplissement et de satisfaction, liés à la conviction que la vie vaut la peine d'être vécue.

### 1.3.3 Déterminants de la signification des activités

Différents déterminants ont été utilisés pour décrire la signification en rapport avec les activités. Par ailleurs, les composantes du sens personnel identifiées par Wong chevauchent en partie les déterminants de la signification énoncés dans les écrits. Ceci nous amène à préciser le contenu de la signification des activités de tous les jours. Ainsi, la signification accordée aux activités s'orienterait selon les valeurs personnelles (Hasselkus, 1989; Kielhofner, 1995; Trombly, 1995; Weeder, 1986). Les valeurs déterminent l'importance accordée à l'activité (Donald et Havighurst, 1959; Godschalx, 1987; Kielhofner; Maguire, 1983; Trombly) et les situent dans un monde qui prend un sens pour la personne. Elles évoquent de fortes émotions, telles le sentiment d'importance, de sécurité, d'appartenance, qui créent un sentiment d'obligation à actualiser ces valeurs par le biais des comportements actuels (Kielhofner). Hasselkus (1988) suggère que les valeurs, les croyances, et les principes que les gens utilisent pour organiser leur comportements et interpréter leurs expériences définissent la signification

de ces expériences. Qu'une activité soit familière, et qu'elle recueille l'approbation des autres, contribuerait à lui donner une signification (Cynkin et Robinson, 1990; Trombly).

La signification se traduirait en buts (Hasselkus, 1989; Champney et Dzurec, 1992, Trombly, 1995), et par l'importance donnée à l'atteinte d'un but (Trombly). L'activité orientée vers un but a un effet organisateur sur le comportement et sur le temps (Trombly). Cette propriété de l'activité, l'orientation vers un but, est reconnue par les ergothérapeutes pour sa valeur thérapeutique, et son utilisation dans le traitement demeure la contribution particulière de l'ergothérapie (Hinijosa, Sabari et Rosenfeld, 1983; Hong et Yates, 1995; Lyons, 1983; Mosey, 1986; Trombly).

La signification de l'activité motiverait à persévérer dans celle-ci et à participer dans la vie (Trombly, 1995). La motivation est une caractéristique qui se présente sous au moins deux formes: la motivation intrinsèque (Barris et al, 1983; Graef, Csikszentmihalyi et Gianinno, 1983; Haworth, 1984), et la réponse à un besoin selon la théorie de Maslow (Reed et Sanderson, 1983; Tickle et Yerxa, 1981a, 1981b). La raison de faire l'activité (Donald et Havigurst, 1959; Thornton et Collins, 1986) et le fait de la choisir (Champney et Dzurec, 1992; Trombly) influenceraient la signification des activités.

Trombly (1995) suggère que la signification peut aussi prendre la forme d'une émotion ou d'un sentiment qu'une expérience intéressante et créative offre. Le fait de

susciter des sentiments positifs (Cynkin et Robinson, 1990; Trombly), de la satisfaction (Donald et Havighurst, 1959; Fidler, 1981; Lyons, 1993), du plaisir (Fidler; Trombly), un sentiment de compétence (Fidler; Godschalx, 1987), d'accomplissement (Fidler; Godschalx) et d'utilité (Godschalx; Lyons), sont d'autres éléments associés à la signification des activités.

Le type d'activité (Thornton et Collins, 1986), le domaine d'activité, soit le travail, les soins personnels et les loisirs (Yerxa et Locker, 1990), les configurations d'activités (Champney et Dzurec, 1992) et l'intensité de la participation (Maguire, 1983) ont aussi été associés à la signification des activités.

#### 1.3.4 Les sources de signification des activités

Dans les écrits, on a identifié trois sources de signification de l'activité. D'abord, la signification expérimentée dans les occupations provient du but et du processus de l'activité (Fisher, 1995; Kielhofner, 1992; Sharrott, 1983; Trombly, 1995). La raison de l'engagement dans l'activité doit être apparente pour la personne. Dans cette perspective, le processus tout comme le produit final peuvent être le but de l'activité (Mosey, 1981). Le but donne son sens aux actions entreprises pour l'atteindre, et crée un contexte pour la signification de l'activité (Fisher; Mosey, 1986; Trombly). La signification est aussi la valeur que prend l'accomplissement de ce but pour une personne (Trombly, 1995).

Une deuxième source de signification provient du groupe social et culturel (Cynkin et Robinson, 1990; Fisher, 1995; Kielhofner, 1992, 1995; Mosey, 1981, 1986). La culture soutient la signification particulière attribuée aux occupations (Burke, 1983, Mosey, 1986) par le biais d'un système de valeurs, de croyances et de coutumes qui définissent les normes acceptables reliées à l'activité (Cynkin et Robinson). Fidler (1981) suggère que les valeurs et les normes d'une société donnent une importance à certaines tâches et activités. Selon elle, la maîtrise et la compétence dans des activités valorisées et recevant la priorité dans un groupe social, contribuent plus à décrire "l'efficacité sociale" d'une personne, que la maîtrise et la compétence dans des activités ayant moins de signification pour ce groupe social. Selon Barris et al (1983), dans une culture, certaines occupations peuvent porter une grande importance, une grande valeur pour le groupe, et être rattachées à de nombreux sentiments et convictions.

Plusieurs auteurs suggèrent l'expérience personnelle de vie comme une autre source de signification pour l'occupation (Cynkin et Robinson, 1990; Haworth, 1988; Kielhofner, 1992). Pour Barris et al (1983), cette signification peut être hautement personnelle, déterminée par les expériences de tout le cours d'une vie, et par l'interprétation des expériences passées et présentes. Ces expériences personnelles contribuent à former les attitudes, les valeurs et les buts en regard des activités (Haworth; Sharrott, 1983; Champney et Dzurec, 1992). Haworth cite Merleau-Ponty dans ses travaux sur la phénoménologie de la perception. Ce dernier considère que nous apprenons en vivant, en nous engageant dans l'activité d'abord. Il affirme que notre perception du monde, notre engagement dans l'activité, nos réponses aux changements



sont influencées par notre histoire passée. La signification peut donc émerger au cours du temps, en référence aux expériences personnelles passées, qui contribuent à former les attitudes, les valeurs et les buts, en lien avec le présent et le futur (Haworth; Sharrott; Champney et Dzurec).

Pour sa part, Fidler (1981) ajoute que l'organisation neurobiologique et psychologique d'un individu donne une priorité à certaines tâches et activités de façon qu'il atteigne la maîtrise et la compétence plus facilement. Ainsi, ces tâches et activités prennent plus de sens pour lui en terme de gratification intrinsèque, de plaisir personnel, et de satisfaction.

### 1.3.5 Incapacités et signification des activités

La maladie, particulièrement la maladie chronique, a un grand impact sur la vie des personnes, entre autres sur leurs occupations. Ce qui était pris pour acquis dans la vie de tous les jours, perd sa nature habituelle (Sharrott, 1983).

Le futur tel qu'imaginé ou souhaité peut être partiellement ou complètement affecté par l'incapacité. Ne sachant plus qui elle est, ni qui elle devient, une personne peut se montrer incapable de trouver des raisons pour se battre contre les difficultés imposées par son incapacité (Kielhofner, 1995). Ne pas savoir où la vie la conduira est un des problèmes principaux vécus par la personne dysfonctionnelle au niveau de ses occupations.

La difficulté à expérimenter une signification dans l'existence a été reconnue comme étant une source de troubles mentaux (Haworth, 1988; Kielhofner, 1988).

L'absence d'activités significatives semble contribuer à la présence de hauts niveaux de dépression, d'inactivité, d'isolation sociale, de suicide, de désespoir, et de détresse psychologique chez les personnes ayant des incapacités. On retrouve dans cette population de hauts niveaux de chômage, peu d'activités de loisirs, et un manque de sens dans leur vie (Lyons, 1993).

Quand les personnes cessent d'expérimenter le sens dans leur vie, elles deviennent immobilisées et incapables de prendre des décisions. Elles ne peuvent, par exemple, trouver de signification aux célébrations culturelles et aux fêtes, ni au monde quotidien du travail (Barris et al, 1983).

#### **1.4 Etudes empiriques sur les activités**

En ergothérapie, plusieurs auteurs mettent l'accent sur l'importance de reconnaître et de soutenir la recherche et la réalisation du sens particulier que prend la vie pour sa clientèle, par le biais des activités dans lesquelles elle s'engage (Barris et al, 1983; Cynkin et Robinson, 1990; Fidler, 1981; Kielhofner, 1992; Reed et Sanderson, 1983; Sharrott, 1983; Yerxa, 1967). Plusieurs études menées dans le but de mieux décrire et comprendre la signification accordée aux activités chez différentes populations, dont les personnes souffrant de troubles mentaux graves, seront présentées. Des études décrivant l'utilisation du temps des personnes ayant des troubles mentaux

sévères, particulièrement des schizophrènes suivront. Puis, les recherches explorant les activités en lien avec la qualité de vie termineront cette section.

#### 1.4.1 La signification des activités chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves

Dans une étude qualitative sur l'expérience et les stratégies d'adaptation d'une trentaine de personnes souffrant de schizophrénie vivant dans la communauté, Godschalx (1987) mentionne que ce qui décrit le mieux l'activité significative chez ces personnes est relié aux sentiments d'accomplissement et d'utilité. Le sentiment d'accomplissement s'associe aux efforts pour aller mieux, et à des activités qui suscitent le sentiment de faire quelque chose et de bien le faire, comme dans la pratique de passe-temps et de sports, ainsi qu'à des activités qui sont hautement valorisées et appréciées, comme le travail. Pouvoir dire "je l'ai fait et ça a réussi" contribue à donner un sens à la vie de ces personnes selon cette auteure. Le sentiment d'utilité est associé aux activités visant à prendre soin de quelqu'un d'autre, par exemple en aidant d'autres personnes par le biais du bénévolat.

Kremer, Nelson et Duncombe (1984) ont exploré les effets d'activités choisies (cuisine, collage, jeux d'éveil sensoriel) sur la signification affective chez 48 patients psychiatriques. L'activité de cuisine est celle qui a suscité l'évaluation la plus positive. Les auteurs expliquent cela par le fait qu'elle peut amener une réponse à des besoins oraux, qu'elle fournit un produit, que ce produit a pu être consommé, et que c'est une

activité qui a un but concret et compréhensible. Une corrélation positive entre le facteur "appréciation" et le facteur "action" a été identifiée, suggérant soit que les sujets préfèrent les activités qui sont rapides, ou soit qu'ils les perçoivent comme ayant été rapides. Schwartzberg (1983) dans son étude sur la motivation en rapport avec les activités quotidiennes, faite auprès de patients psychiatriques hospitalisés, a relevé plusieurs thèmes à partir des entrevues réalisées. Entre autres, les participants mentionnaient que plus ils étaient engagés dans des activités valorisées, plus grandes étaient la gratification et l'estime de soi. Un autre thème suggère que les activités doivent satisfaire le concept de soi, décrit comme étant les besoins, les buts, les rôles perçus, les valeurs et les aspirations. Selon ces personnes, le travail est gratifiant et soutenu lorsqu'il correspond aux besoins de la personne et qu'il est structuré avec son implication ou son contrôle.

Weeder (1986) a comparé les configurations et la signification des activités quotidiennes chez 20 sujets schizophrènes et 20 sujets normaux. L'analyse de la signification des activités n'a mis en évidence aucune différence entre les deux groupes dans les échelles de plaisir, d'autonomie et de compétence. Toutefois, des tendances sont apparues: de fait, les schizophrènes se perçoivent comme étant moins autonomes dans les loisirs actifs et la socialisation que les sujets normaux. Les schizophrènes se perçoivent comme étant moins compétents dans les activités de socialisation, et expriment plus de plaisir dans les activités de soins personnels. L'auteur mentionne aussi une corrélation négative modérée entre le temps passé dans les activités de loisirs actifs et l'autonomie perçue chez les sujets schizophrènes, ce qui laisse croire qu'ils se perçoivent extérieurement contrôlés dans ce type d'activité. L'étude a aussi indiqué une

corrélation positive près du seuil de signification entre le temps passé dans l'activité "dormir" et la compétence perçue dans cette activité par les deux groupes.

#### 1.4.2 La signification des activités chez d'autres clientèles

Dans leur étude sur la qualité de l'utilisation du temps chez des adultes ayant une lésion à la moelle épinière, Yerxa et Locker (1990) ont comparé un groupe de 15 lésés à 12 sujets normaux. Les 2 groupes ont inclus des occupations différentes dans toutes les catégories d'activités, sauf pour la catégorie "dormir". La même activité a été classée dans 4 catégories d'activités, suggérant que les personnes leur donnaient des buts différents. La qualité affective des activités a semblé être reliée à la qualité affective de l'ensemble de la journée.

Des besoins ont été identifiés par trois personnes souffrant de lésion à la moelle épinière qui ont été interrogées sur la signification que prenait la pratique du kayak de mer pour elles (Taylor et Evans, 1996). Les thèmes suivants ont surgi : un besoin de soutien pour entreprendre une telle activité, la sécurité, ainsi que l'atmosphère de plaisir et de dépaysement, la socialisation autour de l'activité et non du handicap, l'adaptation par le biais de la nouveauté, la conviction que "je peux faire ceci", un mode de vie sain. Ces éléments de signification accordés à l'activité ont amené les participants à confronter les inquiétudes liées à la sécurité, et leur a permis d'expérimenter le succès, de se sentir compétents, de s'adapter à un excès de temps libre et de redéfinir la vie ou leur propre identité.

Par ailleurs, dans une étude sur le rôle des activités sur la satisfaction des besoins des personnes âgées en institution et dans la communauté, Tickle et Yerxa (1981) ont obtenu des résultats différents en interrogeant 41 personnes âgées au sujet des activités les plus importantes pour elles. Ces personnes ont identifié les raisons de faire ces activités parmi une quinzaine qui correspondaient aux besoins définis selon la théorie de la hiérarchie des besoins de Maslow. Contrairement aux attentes, des activités spécifiques semblaient satisfaire les mêmes besoins pour des individus différents. Bien qu'elle ne soit pas appuyée au niveau statistique, les auteurs ont mentionné une tendance indiquant que les sujets institutionnalisés avaient plus d'activités répondant aux besoins physiologiques et de sécurité. Les personnes vivant dans la communauté voyaient leurs besoins d'appartenance, d'estime et d'actualisation remplis par un plus grand nombre d'activités. Le type d'activités de ces personnes reflétait ce que l'environnement mettait à leur disposition, les activités les plus mentionnées étant reliées au besoin d'appartenance et d'amour.

Pour sa part, Nystrom (1974) a fait une étude sur les schèmes d'activités et les concepts en rapport avec les loisirs chez 50 personnes âgées. La plupart des participants à cette étude définissent le concept de loisir comme une anticipation ou un souvenir plaisant. Concernant la manière d'utiliser les loisirs, les interactions sociales, le rôle de spectateur, et le développement personnel étaient le plus souvent mentionnés. Les significations les plus fréquemment identifiées étaient le plaisir et le contact avec les amis. Toutefois, une activité pouvait recevoir plusieurs significations, et plusieurs activités pouvaient être associées à la même signification. L'auteur qualifie

d'équifinalité cette relation entre l'activité et la signification. Dans une étude sur les configurations des activités physiques et de loisir auprès de personnes âgées, Thornton et Collins (1986) ont aussi cherché à mettre en évidence les raisons pour lesquelles ces personnes s'engagent dans ces activités. Les principales raisons mentionnées autant pour les loisirs que pour les activités physiques étaient "être actif" et "promouvoir son propre bien-être".

La signification des activités quotidiennes pour 15 aidants naturels familiaux auprès de personnes âgées, sujets de l'étude de Hasselkus (1989), a pris la forme de buts. Ils sont les suivants: faire ce qu'il y a à faire (getting things done), atteindre un état de santé et de bien-être pour la personne qui reçoit les soins, ainsi que pour la personne qui prodigue les soins. Le jugement de la personne soignante détermine la priorité en terme de buts, mesurant les conséquences de ses choix qui orienteront l'activité qui sera entreprise.

Dans le groupe de 20 professionnels en chômage de l'étude de Swinburne (1981, cité dans Haworth, 1984) l'activité peut aussi remplir trois buts: maintenir la vivacité, tenir les craintes et les doutes éloignés, et fournir un objectif et créer un sentiment d'accomplissement. Jahoda a étudié les effets du chômage (1982, cité dans Haworth, 1984) et propose 5 catégories d'expériences ou de sens reliées à l'emploi: l'imposition d'une structure temporelle, l'élargissement des expériences sociales dans des domaines moins émotionnellement chargés que la famille, la participation à un but ou un effort collectif, le statut et l'identité fournis par l'emploi, et l'exigence d'une activité régulière.

Cette auteure affirme que sans le cadre soutenant de l'emploi, peu de personnes peuvent facilement organiser leur temps de façon satisfaisante. Pour sa part, Miles (1983, cité dans Haworth, 1984) a étudié l'adaptation au chômage auprès de 300 chômeurs. Il suggère que ces mêmes catégories d'expériences peuvent être retrouvées dans des activités de la sphère des loisirs et des activités à caractère social, qui pourraient aussi être décrites comme étant significatives.

Haworth (1984) a effectué une recension des études s'intéressant à la nature des activités significatives entreprises par les personnes qui ne sont pas dans le réseau régulier de l'emploi rémunéré, et aux facteurs influençant l'investissement de soi dans ces activités. Il conclut en suggérant des pistes de recherche concernant la perception des activités significatives et l'engagement dans celles-ci, en tenant compte de leur nature et de leurs processus, ainsi que des différences individuelles. Il suggère, entre autres, de tenir compte des catégories d'expériences proposées par Jahoda (1982, cité dans Haworth, 1984), et du degré de relation de celles-ci avec l'emploi, du potentiel de pro-activité des individus, et des facteurs impliqués dans l'engagement dans des activités comme la motivation intrinsèque et la perception de sa propre efficacité.

La signification des loisirs a été étudiée par Donald et Havighurst (1959) auprès d'un échantillon regroupant plus de 800 sujets normaux. Les auteurs ont conclu que les différentes catégories d'activités de loisir ont différents ensembles de significations ou de valeurs et apportent différents types de satisfaction. Ainsi, la signification obtenue par le biais d'une activité dépend de la personne, qui peut choisir parmi une grande



variété d'activités pour trouver la valeur qu'elle recherche. Les différences de signification associées aux activités semblent être mieux expliquées par la personnalité que par l'âge, le sexe ou le statut social. Les principales significations choisies sont: "seulement pour le plaisir", "un changement du travail qui est le bienvenu", "un contact avec les amis", "apporte une nouvelle expérience", "une chance d'accomplir quelque chose", "être créatif" et "faire passer le temps".

#### 1.4.3 L'utilisation du temps des personnes souffrant de troubles mentaux graves

Estroff (1981), dans son étude ethnographique sur 43 clients psychiatriques vivant dans la communauté, rapporte que la conception et l'utilisation du temps de ces personnes diffère de celles de la plupart des gens. Il n'y a pas de distinction entre les temps de travail et de loisirs. Plusieurs d'entre elles passent beaucoup de temps assises, à fumer, à regarder la télévision, se plaignant d'ennui et de n'avoir rien à faire. D'autres sont heureuses d'avoir beaucoup de temps en solitaire, certaines perçoivent chaque jour comme une tâche en soi. Bien que plusieurs hommes participent à des activités sportives, le groupe démontre peu d'intérêt pour des passe-temps.

Une étude sur les styles de vie de 99 patients psychiatriques vivant dans la communauté (Spivack, Siegel, Sklaver, Deuschle et Garrett, 1982) rapporte aussi que ces personnes passent plus de temps à dormir que la population normale. Ceci pourrait être expliqué par la médication, le chômage, et un environnement offrant peu d'intérêt. On retrouve une variété limitée d'activités et beaucoup de temps d'écoute de la

télévision et de la radio. Pour plusieurs, l'attention se porte sur l'entretien de la maison, les soins personnels, un peu de socialisation et des loisirs passifs. Plusieurs activités sont relativement absentes de leur mode de vie telles le magasinage, les activités orientées vers une tâche en-dehors de la maison, la lecture. Les bonnes expériences qui sont rapportées ont trait à un accomplissement personnel, lié à la réussite dans une tâche, ainsi qu'à des événements sociaux.

Les résultats de l'étude de Weeder (1986), sur la comparaison des configurations et la signification des activités quotidiennes chez des sujets schizophrènes et normaux, indiquent que les schizophrènes passent plus de temps à dormir, ainsi que dans les loisirs passifs et les activités de socialisation que les sujets normaux. Les activités de socialisation sont expliquées en grande partie par une participation à un centre de jour. Les sujets normaux, pour leur part, passent plus de temps dans les activités de travail.

Delespaul et DeVries (1987) ont étudié la vie quotidienne de 11 patients souffrant de maladies mentales chroniques, et l'ont comparé à celle de 11 sujets normaux. Les différences ont résidé dans des variations de la fréquence plutôt que des sortes d'activités, d'endroits et de situations sociales. Les personnes malades ont passé plus de temps à la maison, seules, dans des activités sans but, ou à ne rien faire.

Les résultats de l'étude sur la contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté (Mercier, Renaud, Desbiens et Gervais, 1990) démontrent que ceux-ci ont un mode de vie différent de la population en général.

Ainsi, peu d'entre elles travaillent (14%), et plusieurs sont inactives le matin et l'après-midi. Par ailleurs, les activités les plus fréquentes sont les soins personnels, les tâches ménagères, les distractions actives et passives. Le nombre d'heures consacrées au sommeil par ces personnes atteint en moyenne plus de 10 heures par jour. La moitié des répondants ont assisté à une activité de loisir la semaine précédente, et une proportion importante souhaiterait avoir une activité régulière telle un travail, des cours, des activités de réadaptation, ou une autre activité de loisir.

Suto et Frank (1994) ont effectué une étude phénoménologique concernant la "perspective du futur" et les activités journalières de personnes souffrant de schizophrénie et vivant dans un milieu de type "chambre et pension". Elles ont observé que les résidents poursuivent des activités faciles à organiser et à court terme. Les routines, telles les repas, la distribution des médicaments et de l'argent, et les émissions de télévision, servent de marqueurs pour le temps. Celui-ci est caractérisé par l'attente, l'ennui, par des "loisirs forcés", i.e. principalement par des activités de loisir passives.

#### 1.4.4 L'utilisation du temps et le bien-être

Dans l'étude de Nystrom (1974), sur les patterns d'activités et les concepts concernant les loisirs chez les personnes âgées, les résultats indiquent que plus l'individu est actif, plus il est satisfait de son temps libre. Plus il dit avoir de temps libre, plus grandes sont les chances qu'il ait le sentiment d'en avoir trop. Les individus qui perçoivent leur temps comme étant bien utilisé sont satisfaits de la quantité de leur

temps libre.

L'étude de Hepworth (1980, cité dans Haworth, 1984) examinant les facteurs modérant l'impact psychologique du chômage chez 78 chômeurs, conclut que la capacité de combler son temps libre avec des activités significatives contribue à contrer les effets psychologiques négatifs du chômage. Selon les résultats de l'étude de Warr et Payne (1982, cité dans Haworth, 1986) auprès de 399 chômeurs, plus les activités passives augmentent après la perte de l'emploi, plus le bien-être psychologique diminue.

L'étude de Feather et Bond (1983) sur la structure du temps et les activités orientées vers un but de 298 diplômés universitaires employés et non-employés, a obtenu des résultats similaires. Ainsi, les personnes qui utilisaient leur temps de façon structurée et avec un but, qu'elles soient employées ou non, rapportaient plus souvent une meilleure estime de soi et moins de symptômes dépressifs. Il y avait plus de probabilités que les personnes non-employées qui valorisaient le travail rapportent des difficultés dans l'utilisation de leur temps, une pauvre estime de soi et une plus grande fréquence de symptômes dépressifs.

Une étude longitudinale sur l'utilisation du temps libre en relation avec le bien-être psychologique de jeunes travailleurs et de jeunes chômeurs (Winefield, Tiggeman et Winefield, 1992), rapporte que les chômeurs passent plus de temps à ne rien faire que les travailleurs. Toutefois, l'estime de soi des chômeurs est positivement corrélée aux

activités ayant un but. On retrouve le même phénomène auprès d'employés insatisfaits de leur emploi. L'ensemble des résultats suggère que l'utilisation du temps libre dans des activités ayant un but, en compagnie d'autres personnes, aide ces chômeurs à s'adapter au stress du chômage et de l'insatisfaction au travail.

#### 1.4.5 Les activités et la satisfaction

Plusieurs écrits ont mis en relief la relation entre des variables personnelles liées à l'activité et la satisfaction. L'implication dans des activités significatives a un rôle central dans le développement de la satisfaction auprès des adultes souffrant de troubles mentaux graves selon Champney et Dzurek (1992). Leur étude a porté sur l'implication dans des activités productives et la satisfaction en regard de leurs conditions de vie auprès de 83 personnes souffrant de ces troubles. Les auteurs rapportent que lorsque ces clients étaient convenablement logés, leur satisfaction au niveau de leurs conditions de vie pouvait être influencée par l'implication dans des activités significatives. Les interventions qui visaient l'implication des clients dans des activités de leur choix et convenant à leurs besoins et à leurs habiletés, pouvaient contribuer à une plus grande satisfaction avec le temps.

Bränholm et Erhardsson (1994) ont étudié les préférences en terme d'activités autres que le travail, et la satisfaction, en comparant un groupe de personnes souffrant de sclérose en plaque (SEP) à des sujets normaux. Les personnes souffrant de SEP ont une moindre satisfaction en général que les sujets normaux. Chez les femmes souffrant

de SEP, le niveau de préférence de la moitié des activités est significativement et positivement corrélée avec 7 des 8 domaines de satisfaction, dépassant largement le nombre de corrélations trouvées chez les hommes souffrant de SEP. On trouve aussi de grandes différences dans la participation à des activités non-relées au travail entre les deux populations comparées, mettant en évidence l'impact d'une maladie chronique sur les activités quotidiennes.

Yerxa et Baum (1989) ont comparé un groupe de 15 personnes ayant une lésion à la moelle épinière, à 12 sujets normaux, en rapport avec l'engagement dans les activités quotidiennes et de la qualité de vie. Les résultats n'ont pas mis en évidence de relation significative entre la configuration des activités et la satisfaction auprès des deux groupes. Toutefois des corrélations positives significatives ont été identifiées entre la satisfaction du rendement des habiletés de gestion du domicile et de résolution de problèmes sociaux et communautaires et la satisfaction avec la vie en général. Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes au plan de la satisfaction dans la vie, du bonheur, et du foyer de contrôle (locus of control).

Une corrélation positive entre la signification de l'activité, mesurée par le plaisir, la compétence et l'autonomie, et la satisfaction a été trouvée auprès de 79 retraités dans l'étude de Gregory (1983) sur leur comportement occupationnel et leur satisfaction. On y trouve aussi une corrélation positive entre la quantité d'activités (nombre d'activités par la fréquence de participation) et la satisfaction.

Maguire (1983) a étudié la relation des activités valorisées à la satisfaction chez un groupe de 227 personnes âgées. Il a défini la perception de l'adéquacité de la participation dans des activités valorisées par le produit de l'importance de l'activité et de la perception de l'adéquacité de la participation dans l'activité. Cette variable, ainsi que la perception de la santé, du revenu et du support social s'est avéré être un prédicteur significatif de la satisfaction. Les quatre variables précédentes n'expliquaient toutefois qu'une faible partie de la variance totale, et les auteurs expliquent ceci par des limites instrumentales. Dans cette étude, on ne note pas de relation entre la fréquence des activités et la satisfaction.

Ray et Heppe (1986) dans leur étude sur la contribution du nombre et de l'intensité des activités au bonheur auprès de 120 personnes âgées, rapportent que l'intensité des activités, mesurée en fréquence et en engagement, est plus souvent associée au bonheur que le nombre d'activités. De plus, ces variables d'engagement et de fréquence de participation sont hautement associées. Les personnes les plus heureuses sont les bénévoles, puis celles qui travaillent, et enfin celles qui ne travaillent pas.

Smith, Kielhofner et Watts (1986), dans leur étude sur les relations entre la volition, la configuration des activités et la satisfaction auprès de 60 personnes âgées, rapportent une relation significative entre la volition, dont les caractéristiques sont les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts, avec la qualité de vie. Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, ils indiquent une corrélation positive

entre le travail et les loisirs et la satisfaction dans la vie, tandis que les périodes de repos et les tâches de la vie quotidienne sont négativement corrélées avec celle-ci. Ainsi, les personnes ayant le plus haut niveau de satisfaction passent plus de temps dans des activités de loisir et de travail.

Graef, Csikszentmihalyi et Gianinno (1983), suite à leur étude sur la mesure de la motivation intrinsèque dans la vie de tous les jours auprès de 107 travailleurs(euses), affirment que les personnes les plus heureuses sont celles qui perçoivent les situations de leur vie quotidienne comme issues d'une motivation intrinsèque. La capacité de percevoir des gratifications intrinsèques par le biais de ces activités, aurait plus d'influence sur le bien-être psychologique que le type d'activité dans laquelle la personne est engagée. Dans environ 20% du temps, les sujets ont décrit leurs expériences quotidiennes comme étant liées à une motivation intrinsèque. Le fait de choisir les activités est déterminant quant à la gratification intrinsèque éprouvée, toutefois, les auteurs mentionnent que des personnes peuvent vivre des expériences gratifiantes même dans des situations d'obligation, i.e. lorsqu'elles sont imposées.

## **1.5 Synthèse**

Les écrits théoriques en ergothérapie ont défini l'occupation comme faisant partie intégrante de la nature humaine. Elle contribue à la santé, à l'adaptation et à la qualité de vie des êtres humains, et participe au processus de création, d'affirmation et d'expérimentation d'un sens dans leur vie.



La signification des activités, dans le cadre de cette étude, s'inspire de la définition du sens personnel de Wong (1989). Les composantes cognitives se rapportent à l'interprétation et à l'attribution du sens accordé à l'activité tel que perçu et rapporté par l'acteur. Les composantes motivationnelles ont un lien avec les valeurs associées aux activités, les buts, et les besoins comblés par celles-ci. Les composantes affectives sont liées aux sentiments d'accomplissement et de satisfaction résultant de la participation aux activités.

Les études portant sur la signification accordée aux activités ont, en partie, mis en perspective ces composantes. Parmi celles effectuées auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves, l'étude phénoménologique de Goldschalx (1987) a identifié ce qui décrit le mieux l'activité significative pour ces personnes: le sentiment d'accomplissement et d'utilité. Le sentiment d'accomplissement est lié entre autres à des activités qui suscitent le sentiment de faire quelque chose et de bien le faire, ainsi qu'à des activités qui sont hautement valorisées et appréciées. Se rapprochant de ces éléments associés au sentiment d'accomplissement, le sentiment de compétence perçue et le plaisir ont été examinés, avec l'autonomie, en relation avec les domaines d'activités dans l'étude de Weeder (1986). Par ailleurs, Kremer et al (1984) s'intéressaient à l'appréciation ainsi qu'à la perception de la "puissance" (l'effet sur l'environnement) et celle de l'action générée par l'activité par ces personnes.

D'autres études sur la signification des activités auprès de clientèles différentes ont identifié des relations entre la signification et les valeurs (Donald et Havighurst,

1959;), les buts des activités (Hasselkus, 1989; Swinburne, 1981, cité dans Haworth, 1984; Yerxa et Baum, 1990), les raisons de faire l'activité (Thornton et Collins, 1986), les besoins qu'elles satisfont (Tickle et Yerxa, 1981), le plaisir (Donald et Havighurst, 1959; Nystrom, 1974; Taylor et Evans, 1996), et le sentiment de compétence (Taylor et Evans).

Parmi les études mettant en lien les activités et la satisfaction, celle de Champney et Dzurec (1992) auprès de schizophrènes rapporte l'influence de l'implication dans des activités significatives sur la qualité de vie de ceux-ci. Selon l'étude de Schwartzberg (1982) auprès de patients psychiatriques hospitalisés, les activités de tous les jours sont satisfaisantes lorsqu'elles répondent aux besoins, aux buts, aux rôles perçus, aux valeurs et aux aspirations. Parmi les études effectuées auprès d'autres clientèles, celle de Smith, Kielhofner et Watts (1986) et de Gregory (1983), faites auprès de personnes âgées, ont identifié une relation significative entre la satisfaction et la signification des activités. La valorisation et l'adéquation de la participation dans des activités font partie des prédicteurs de la satisfaction dans les travaux de Maguire (1983). Le niveau de préférence des activités est positivement corrélé avec la satisfaction chez les femmes souffrant de sclérose en plaque de l'étude de Bränholm et Erhardsson (1994). Selon Graef, Csikszentmihalyi et Gianinno (1983) la capacité de percevoir des gratifications intrinsèques par le biais des activités de tous les jours, chez des personnes normales aurait une influence sur le bien-être de ces personnes.

D'après l'ensemble des écrits théoriques et des études empiriques, le sous-système de volition du modèle d'Occupation Humaine est le plus approprié pour comprendre le processus de l'attribution de la signification aux activités de la vie de tous les jours. Les éléments de la volition, qui sont les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts, reprennent les composantes cognitives, motivationnelles et affectives de la signification des activités.

En lien avec le but de cette étude et suite à la recension des écrits, le modèle de l'Occupation Humaine a été proposé comme cadre théorique. Le sous-système de volition, les domaines d'activités et une définition de la qualité de vie seront présentés. Puis, les questions de recherche et l'hypothèse seront formulées.

**CHAPITRE 2**  
**CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSE**

La recension des écrits a permis d'identifier une définition de la signification des activités. Le modèle théorique et pratique de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995) a été choisi pour sa capacité à expliquer l'attribution de la signification accordée aux activités de la vie de tous les jours. Après avoir décrit sommairement ce modèle, un accent particulier sera mis sur le sous-système de volition, qui comprend les trois déterminants de la signification, i.e. les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts. Les différents domaines d'activités seront décrits et une définition de la qualité de vie subjective répondant aux besoins de cette étude sera élaborée. L'hypothèse et les questions de recherche découlant du but de cette étude, des écrits théoriques et des études empiriques, seront formulées.

## **2.1 Le modèle de l'occupation humaine**

Le modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995), un modèle théorique en ergothérapie, s'inspire de la théorie des systèmes ouverts (von Bertalanffy, 1968, cité dans Kielhofner, 1995) et perçoit l'être humain comme une organisation dynamique d'esprit et de matière, qui est en interaction continue avec l'environnement. Le système humain s'auto-organise par l'entremise de ses comportements occupationnels, qu'on retrouve dans les trois domaines d'occupations, soit les soins personnels, le travail et les loisirs. Ces comportements occupationnels sont formés par l'interaction du système humain, de la tâche et de l'environnement.

Dans ce modèle, le système humain se compose de trois sous-systèmes

hétérarchiques (i.e. qui n'obéissent pas à un ordre pré-établi, mais s'organisent selon les demandes de la situation) qui expliquent comment le comportement occupationnel est choisi, organisé et produit. Le sous-système de volition réfère à un ensemble de sentiments, de pensées et de décisions en rapport avec le comportement occupationnel et influencent le choix de ce comportement. Le sous-système d'habitude organise le comportement occupationnel en schèmes et en routines. Il s'adresse particulièrement aux rôles et aux habitudes de l'individu. Le troisième sous-système, celui de la production "esprit-cerveau-corps" (mind-brain-body), rend possible l'utilisation des capacités pour l'accomplissement des occupations. Ce sous-système organise la réception des informations, la planification des gestes, la programmation des actions qui précèdent la mise en action du comportement occupationnel. Il inclut les structures suivantes: les systèmes musculosquelettique, neurologique, cardiopulmonaire et symbolique.

Les tâches, nommées formes occupationnelles, sont régies par des conventions et des règles culturelles, variant selon la nature de l'occupation. Elles se présentent comme un tout organisé, cohérent, et dirigé vers un but. Ceci leur assure d'être reconnues et nommées au plan culturel.

L'environnement influence la façon de choisir, d'organiser et de mettre en action les occupations, et doit être pris en considération lorsqu'on tente de comprendre le comportement occupationnel d'une personne. L'environnement offre des opportunités et des choix variés pour l'action. Par ailleurs, il a aussi des attentes et des demandes de

comportements particuliers envers les individus. Avec le temps, ceci aura un impact sur les habiletés et les habitudes qu'un individu développera, ainsi que sur l'organisation de celles-ci en rôles. L'importance de l'influence de l'environnement sur le comportement occupationnel dépend des individus, et particulièrement de la façon dont se composent les différents sous-systèmes.

### 2.1.1 Le sous-système de volition

Le sous-système de volition est défini comme un système ou une organisation stable de dispositions et de connaissances personnelles qui prédisposent et permettent aux personnes d'anticiper, de choisir, d'expérimenter et d'interpréter leur comportement occupationnel. Les aspects cognitifs et affectifs sont interreliés pour expliquer l'orientation vers les occupations et la conscience de la situation personnelle de l'acteur.

Ce sous-système est formé de trois dimensions, qui sont interreliées. Il s'agit d'abord des déterminants personnels, comprenant la conscience de ses capacités actuelles et potentielles, et le sentiment d'efficacité, qui est la perception du contrôle de son comportement et de l'accomplissement des résultats attendus. La seconde dimension, les valeurs, est un ensemble de convictions personnelles, guidant et indiquant ce qui est important et créant un sentiment d'obligation à agir selon ces convictions. Les intérêts sont la troisième dimension, et suggèrent une disposition à trouver du plaisir et de la satisfaction dans les occupations, ainsi que la conscience de cette attirance et des préférences envers les occupations.

Cette structure volitionnelle est générée, soutenue et évolue avec les expériences. Le processus volitionnel implique d'être attentif, d'anticiper et de réagir aux possibilités d'occupations. Il consiste à expérimenter, trouver du plaisir, de la valeur, à se sentir plus ou moins compétent dans les occupations. Il affecte le choix, l'interprétation et le sens que l'on donne aux expériences et aux comportements. Il a une influence sur l'adoption des rôles et des habitudes, ainsi que sur les habiletés qui seront développées.

Des variables ont été identifiées, en lien avec chacune des dimensions du sous-système de volition (Smith, Kielhofner et Watts, 1986). Ces variables ont été appelés pour les besoins de cette étude, les déterminants de la signification des activités. Il s'agit 1) du sentiment de compétence perçu, en lien avec les déterminants personnels, 2) de la valorisation ou de l'importance de l'activité, en lien avec les valeurs et 3) du plaisir, en lien avec les intérêts.

## **2.2 Les domaines d'activités**

L'occupation prend plusieurs formes dans la vie de tous les jours. Selon l'ACE (1993), l'ensemble de ces activités est regroupé en trois domaines. Il s'agit des soins personnels, du travail et des loisirs.

Les occupations reliées aux soins personnels comprennent les activités visant à maintenir la santé et le bien-être de la personne dans son environnement (Santé et bien-



être social Canada et ACE, 1993; Reed, 1984). Ce sont les activités dans lesquelles une personne doit s'engager ou qu'elle doit accomplir de façon à pouvoir participer avec confort dans les autres aspects de sa vie (Mosey, 1986). Ces soins à la personne, incluent entre autres l'hygiène, l'habillement, et l'alimentation, et des activités dans le milieu naturel, telles que les communications, le transport, l'entretien et la gestion du lieu de vie et des ressources financières (Kielhofner, 1995; Reed).

Le travail, ou la productivité, est le deuxième domaine et comprend toutes les formes d'activités productives, qu'elles soit rémunérées ou non (Kielhofner, 1988). Le travail est une activité instrumentale qui vise à assurer la survie de l'individu, et de façon plus large, celle de la société et de l'espèce humaine (Mosey, 1986). Ces activités contribuent à fournir un service ou de la marchandise dont d'autres personnes ont besoin (Kielhofner, 1992, 1995). Le travail rémunéré, le bénévolat, la pratique sérieuse d'un passe-temps, entrent dans le domaine du travail (Reed 1984; Kielhofner, 1992, 1995). On y inclut aussi les activités visant à développer l'habileté à produire, telles que les études (Kielhofner, 1992, 1995; Santé et bien-être social Canada et ACE, 1993).

Le troisième domaine, les loisirs, est probablement la première forme d'occupation, et il persiste tout au long de la vie (Kielhofner, 1992, 1995). Il se compose d'activités qui s'effectuent seul ou en groupe, pour le plaisir, la détente et le ressourcement qu'elles procurent à la personne, (Mosey 1986; Reed, 1984), et qui contribuent à sa santé et son bien-être (Reed). Entre autres, il consiste en des activités sportives, des passe-temps, des jeux, des activités créatives et sociales et de célébration

(Kielhofner, 1988; Mosey) ainsi que des activités de contemplation et de conversation (Mosey).

Des auteurs ont ajouté le repos (Smith, Kielhofner et Watts, 1986; Yerxa et al, 1990) et incluent le sommeil dans l'analyse de la configuration des activités quotidiennes (Cynkin et Robinson, 1990; Smith, Kielhofner et watts, 1986; Spivack, et al, 1982).

### **2.3 La qualité de vie subjective chez les personnes ayant des troubles mentaux graves**

La qualité de vie est une notion qui a pris une importance particulière en psychiatrie suite au mouvement de la désinstitutionnalisation (Fabian, 1990; Mercier et Corten, 1994; Mercier et Fillion, 1987; Simmons, 1994). Les conditions de vie difficiles des patients psychiatriques dans la communauté ont attiré l'attention sur les insuffisances des pratiques et des interventions. Puis, le développement de services de réadaptation dans la communauté, créés pour mieux répondre aux nombreux besoins de cette clientèle, a suscité un intérêt pour l'évaluation de l'impact de ces services sur la qualité de vie (Fabian, 1990). Ainsi, les professionnels de la santé ne se contentent plus de traiter et de soigner, ils se préoccupent aussi de la qualité de vie de leurs clients (Simmons, 1994).

Il est reconnu que la qualité de vie est un concept multidimensionnel, ce qui rend

sa définition et sa mesure plus complexe (Fabian, 1990; Mercier et Filion, 1987). Zautra et Goodhart (1979) définissent la qualité de vie de façon générale, comme étant ce qu'il y a de bon dans l'expérience de la vie, tel qu'évalué subjectivement et objectivement selon les conditions de vie "extérieures". La qualité de vie subjective serait une expérience cognitive se manifestant par la satisfaction en lien avec les domaines de vie qui sont importants pour l'individu et une expérience affective qui se manifeste par un sentiment de bonheur en lien avec ces domaines (Oleson, 1990). L'évaluation subjective de la qualité de vie se mesure principalement par le degré de satisfaction, qui est en grande partie relié à l'écart entre les buts ou les aspirations et les conditions actuelles ou les accomplissements (Mercier et Filion, 1987; Simmons, 1994).

Les interventions des services en santé mentale pour la clientèle des personnes souffrant de troubles mentaux sévères sont orientées vers l'amélioration des habiletés instrumentales et d'adaptation de cette clientèle. Ceci vise à augmenter leur capacité à maîtriser leur environnement (Fabian, 1990). Les échelles de mesure de la qualité de vie reflètent ces préoccupations pour la réadaptation et la réinsertion sociale, les dimensions plus fonctionnelles de la qualité de vie, et sont construites autour des notions de fonctionnement et d'adaptation (Mercier et Corten, 1994).

Les différents domaines de la vie, qu'ils soient des activités, des endroits, des personnes, des rôles ou des choses, telles que l'argent, représentent les facteurs objectifs qui peuvent affecter la perception de la qualité de vie (Oleson, 1990). Les domaines les plus souvent étudiés en santé mentale sont le lieu de résidence, la santé, les loisirs et les

activités sociales, les relations interpersonnelles et familiales et le revenu (Mercier et Corten, 1994). En ce qui concerne l'évaluation de la qualité de vie subjective, Goodinson et Singleton (1989) suggèrent que les domaines évalués en terme de satisfaction, le soient aussi en rapport avec l'importance que prennent ces domaines pour la personne.

## **2.4 Questions de recherche et hypothèse**

En lien avec le but de cette étude, des questions de recherche et une hypothèse ont été émises. L'ergothérapie valorise l'implication dans les activités quotidiennes comme un moyen de participer pleinement à la vie. De plus, sa vision holistique de la personne, suggère que celle-ci doit avoir un éventail d'occupations significatives, se rapportant aux différents aspects de sa vie (ACE, 1993). Le modèle de l'Occupation Humaine propose une explication du processus de l'attribution de la signification aux activités. Trois déterminants de la signification ont été identifiés en lien avec le sous-système de volition, soit le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir. Par ailleurs, on connaît mal comment ces déterminants sont associés aux activités quotidiennes et de façon plus globale, aux domaines d'activités par les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Nous avons donc posé la question suivante:

1) A quels domaines appartiennent les activités les plus significatives?

Les domaines d'activités remplissent différentes fonctions. Chacun des

déterminants de la signification peut y être associé selon des niveaux ou degrés différents. Nous avons donc formulé la question suivante:

2) Pour chaque domaine, les déterminants sont-ils les mêmes pour juger de la signification des activités?

Selon Anthony (1990), les services pour les personnes ayant des troubles mentaux graves doivent leur donner la possibilité de s'impliquer dans des activités qui suscitent un sentiment d'accomplissement et de satisfaction. Dans le même sens, la recension des écrits théoriques et empiriques, ainsi que le modèle d'Occupation Humaine soutiennent le postulat suivant: la signification accordée aux activités de la vie de tous les jours a une influence positive sur la qualité de vie. En lien avec le but de cette étude, nous avons formulé l'hypothèse suivante:

Plus la signification accordée aux activités de tous les jours est grande, meilleure est la qualité de vie subjective.

Faisant suite à la présentation du cadre théorique, des questions de recherche et de l'hypothèse, les résultats de cette étude sont présentés sous la forme de deux articles (chapitre 3 et 4), soumis à des revues spécialisées en ergothérapie, le second ayant déjà été accepté pour publication. Le premier traite de la signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves et le second aborde la signification des activités quotidiennes en lien avec la qualité de vie subjective

chez cette même clientèle.

**CHAPITRE 3**  
**PREMIER MANUSCRIT**

“La signification des activités quotidiennes chez les personnes  
souffrant de troubles mentaux graves”

Article soumis à:

La Revue Canadienne d’Ergothérapie

### 3.1 Résumé

Les troubles mentaux graves affectent les occupations quotidiennes et le mode de vie des personnes qui en souffrent. Une étude descriptive a été menée, ayant pour but d'étudier quelle signification ces personnes donnent à leurs activités quotidiennes. La signification des activités a été définie dans cette étude, à partir du modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner, par trois déterminants: le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir. Ceux-ci ont été mesurés par le Questionnaire Occupationnel lors d'une entrevue semi-structurée auprès de 45 personnes souffrant de troubles mentaux graves. De façon générale, l'hygiène et les soins personnels, les repas et le sommeil sont les catégories d'activités qui obtiennent les résultats les plus élevés suivant les moyennes obtenues pour chaque déterminant. Toutefois, le travail se distingue quant à l'importance accordée à l'activité tandis que les activités sociales sont mises en valeur par leur association au plaisir. La discussion met l'accent sur l'importance pour les ergothérapeutes de mieux connaître le sens accordé aux activités quotidiennes par ces personnes. Un des défis des ergothérapeutes est de les aider à avoir une perception plus positive de leur occupation du temps.

### 3.2 Introduction

Les maladies mentales au long cours, aussi appelées troubles mentaux graves, affectent les capacités fonctionnelles, et touchent entre autres les occupations quotidiennes des personnes qui en souffrent (Tessier et Clément, 1992). Très souvent,



leur mode de vie est peu orienté vers le travail ou vers des tâches contribuant à l'estime de soi, au sentiment de compétence et suscitant un sentiment d'accomplissement (Spivack, Siegel, Sklaver, Deuschle, et Garrett, 1982). Conséquemment, il n'est pas rare que les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques se plaignent d'un manque de sens dans leur vie (Barris, Kielhofner et Watts, 1983; Barris, Dickie, et Baron, 1988; Weeder, 1986).

L'occupation a un rôle à jouer dans la création, l'affirmation et l'expérimentation du sens dans la vie (Frankl, 1962; Kielhofner, 1992; Sharrott, 1983; Yerxa, 1967). En leur redonnant la possibilité d'avoir des activités significatives, les ergothérapeutes aident les personnes qu'elles traitent à redonner un sens à leur existence (Étienne, 1990). Dans cette perspective, l'ergothérapie valorise l'implication dans les activités quotidiennes comme un moyen d'obtenir des satisfactions de base nécessaires à la santé mentale (ACE, 1997) tout en participant pleinement à la vie (Trombly, 1995). D'autre part, il reste encore beaucoup à connaître sur les façons dont ces personnes pourraient développer des activités et un mode de vie propres à faire émerger un sentiment d'accomplissement et d'actualisation (Hatfield et Lefley, 1993). Du fait que la contribution de l'occupation à donner un sens dans la vie est un des postulats de base de l'ergothérapie (Kielhofner, 1992), il demande à être développé et appuyé par la recherche, particulièrement auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les écrits théoriques en ergothérapie, dont le modèle d'occupation humaine (Kielhofner, 1995), ainsi que plusieurs études empiriques ont identifié divers déterminants qui contribuent à donner leur sens aux activités quotidiennes.

Le but de cet article est d'explorer la signification accordée aux activités quotidiennes par des personnes souffrant de troubles mentaux graves. De façon plus spécifique, il décrira le profil d'occupation du temps, les domaines auxquels les activités quotidiennes réfèrent selon la perception des participants, ainsi que la signification accordée aux activités selon les déterminants de la signification. Les résultats rapportés ont été obtenus à partir d'une étude sur la relation entre la signification accordée aux activités de la vie de tous les jours et la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles mentaux graves (Aubin, 1999).

### **3.3 Recension des écrits**

#### **3.3.1 La signification des activités**

Différentes propriétés ont été identifiées pour décrire la signification en rapport avec les activités. Ainsi, la signification accordée aux activités s'orienterait selon les valeurs personnelles (Kielhofner, 1995; Trombly, 1995; Weeder, 1986). Les valeurs déterminent l'importance accordée à l'activité (Donald et Havighurst, 1959; Godschalx, 1987; Kielhofner; Maguire, 1983; Trombly) et la situent dans un monde qui prend un sens pour la personne.

La signification se traduirait aussi en buts (Hasselkus, 1989; Champney et Dzurec, 1992, Trombly, 1995), et par l'importance donnée à l'atteinte d'un but (Trombly). Elle motiverait à persévérer dans l'activité et à participer à la vie (Trombly).

La motivation est une caractéristique qui se présente sous au moins deux formes: la motivation intrinsèque (Barris et al, 1983; Graef, Csikszentmihalyi et Gianinno, 1983; Haworth, 1984), et la réponse à un besoin selon la théorie de Maslow (Reed et Sanderson, 1983; Tickle et Yerxa, 1981a, 1981b).

Trombly (1995) suggère que la signification peut aussi prendre la forme d'une émotion, d'un sentiment éveillés par une expérience intéressante et créative. Le fait de susciter des sentiments positifs (Cynkin et Robinson, 1990; Trombly), de la satisfaction (Donald et Havighurst, 1959; Fidler, 1981; Lyons, 1993), du plaisir (Fidler; Trombly), un sentiment de compétence, d'accomplissement (Fidler; Godschalx, 1987) et d'utilité (Godschalx; Lyons), sont d'autres éléments associés à la signification des activités.

Les propriétés des activités identifiées dans la littérature chevauchent les composantes de base du sens personnel telles qu'identifiées par Wong (1989). Pour les besoins de cette étude, ces composantes ont été appliquées à la signification des activités. Ainsi, la composante cognitive se rapporte à l'interprétation et à l'attribution du sens accordé à l'activité tel que perçu et rapporté par l'acteur. La composante motivationnelle a un lien avec les valeurs associées aux activités, aux buts, et aux besoins comblés par celles-ci. La composante affective est liée aux sentiments d'accomplissement et de satisfaction résultant de la participation aux activités.

D'autre part, le sous-système de volition du modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995) propose une explication du processus de l'attribution de la

signification des activités de la vie de tous les jours. Dans ce modèle, les aspects cognitifs et affectifs sont interreliés pour expliquer l'orientation vers les occupations et la conscience de soi comme acteur dans le monde, liée à l'expérience de la réalisation d'une occupation. Ce sous-système est formé de trois éléments: il s'agit des déterminants personnels, des valeurs et des intérêts.

Des variables ont été identifiées, en lien avec chacun des éléments du sous-système de volition (Smith, Kielhofner et Watts, 1986). Ces variables ont été appelés pour les besoins de cette étude, les déterminants de la signification des activités. Il s'agit 1) du sentiment de compétence perçu, en lien avec les déterminants personnels, 2) de la valorisation ou de l'importance de l'activité, en lien avec les valeurs personnelles et 3) du plaisir, en lien avec les intérêts.

Ces trois déterminants correspondent, en bonne partie, à ce que Godschalx (1987), dans son étude phénoménologique sur l'expérience et les stratégies d'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie, associe aux activités significatives. Outre le sentiment d'utilité, le sentiment d'accomplissement s'associe aux efforts pour aller mieux, et à des activités qui suscitent le sentiment de faire quelque chose et de bien le faire, comme dans la pratique de passe-temps et de sports, ainsi qu'à des activités qui sont hautement valorisées et appréciées, comme le travail.

La signification des activités, dans le cadre de cette étude, a donc été inspirée de la définition du sens personnel de Wong (1989), du modèle de l'Occupation Humaine

de Kielhofner (1995), ainsi que des résultats de l'étude phénoménologique de Godschalx (1987).

### 3.3.2 Études empiriques sur la signification des activités

Différentes études ont porté sur la signification accordée aux activités et ont, en partie, mis en perspective certaines de leurs propriétés. Outre celle de Godschalx (1987), l'étude de Weeder (1986) a examiné le sentiment de compétence et le plaisir, avec l'autonomie, en relation avec des domaines d'activités. Cette étude comparait les configurations et la signification des activités quotidiennes chez 20 personnes souffrant de schizophrénie et chez 20 personnes sans diagnostic psychiatrique. Des tendances sont apparues: les schizophrènes se perçoivent comme étant moins autonomes dans les loisirs actifs et la socialisation, et moins compétents dans les activités de socialisation. Ils expriment plus de plaisir dans les activités de soins personnels que les sujets sans diagnostic. L'auteur mentionne aussi une corrélation négative modérée entre le temps passé dans les activités de loisirs actifs et l'autonomie perçue chez les sujets souffrant de schizophrénie, ce qui laisse croire qu'ils se perçoivent extérieurement contrôlés dans ce type d'activité. Par ailleurs, Kremer, Nelson et Duncombe (1984), dans leur étude sur les effets d'activités choisies (cuisine, collage, jeux d'éveil sensoriel) sur la signification affective chez 48 patients psychiatriques, se sont intéressés, entre autres, à l'importance accordée aux activités par ces personnes. Les résultats suggèrent que les sujets préfèrent les activités qui s'effectuent rapidement, ou qu'ils les perçoivent comme ayant été rapidement effectuées. Selon l'étude qualitative de Schwartzberg (1982)

effectuée auprès de 24 patients psychiatriques hospitalisés, les activités de tous les jours sont satisfaisantes lorsqu'elles répondent aux besoins, aux buts, aux rôles perçus, aux valeurs et aux aspirations.

Ainsi, des études ont exploré la signification des activités auprès de cette clientèle, à partir de modèles théoriques différents et de déterminants différents. Cette étude se distingue en abordant les trois déterminants de la signification, tels qu'identifiés précédemment, en lien avec l'ensemble des activités quotidiennes.

### **3.4 Méthodologie**

#### **3.4.1 Participants**

Les participants de cette étude ont été recrutés à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital St-Luc, au centre-ville de Montréal. Ils devaient être âgés entre 18 et 60 ans, avoir un diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV (American Psychiatric Association, (APA), 1994) ou de troubles associés, ne pas être hospitalisés au moment de leur participation à l'étude; vivre dans la communauté; être dans un état stable depuis au moins trois mois, être en mesure de comprendre, de parler et de lire le français. Étaient exclues les personnes ayant un handicap physique important, un trouble cognitif d'origine organique et/ou un retard mental.

### 3.4.2 Instrument

Les activités de la vie de tous les jours et les déterminants de la signification des activités, ont été mesurés par la version française de l' "Occupational Questionnaire" (Questionnaire Occupationnel) (Smith, Kielhofner et Watts, 1986). Il s'agit d'un horaire occupationnel où les activités sont inscrites par le sujet à la demi-heure, de 5h. le matin à minuit. Les activités sont classées par les participants dans les domaines d'activités soit le travail, les tâches quotidiennes, les loisirs, et le repos. Puis, chacune des activités est évaluée par les répondants selon le sentiment de compétence perçue, selon l'importance accordée à l'activité et selon le plaisir éprouvé, sur une échelle de 5 niveaux (1 étant la cote la plus élevée). Une étude pilote de l'instrument original (Smith et al) suggère une bonne stabilité (fidélité test-retest) et une bonne validité de concomitance.

Avec l'autorisation d'un des auteurs (Dr. G. Kielhofner), une traduction inversée de l'instrument original a été effectuée par deux ergothérapeutes bilingues, ayant plusieurs années d'expérience en psychiatrie. De plus, des modifications ont été apportées au Questionnaire Occupationnel (QO). Etant donné le grand nombre d'heures passées à dormir, tel que les études de Spivack et al (1982) et de Mercier, Renaud, Desbiens et Gervais (1990) le démontrent, le domaine "sommeil" a été ajouté, le différenciant ainsi des activités de repos ayant lieu pendant le jour. L'horaire a été modifié pour inclure les 24 heures de la journée. De plus, il a été demandé de rapporter les activités de la journée précédente, et non d'une journée typique des semaines

passées, afin d'apporter une plus grande précision dans le rappel des activités. Un prétest a été effectué auprès de trois personnes de la population étudiée pour vérifier l'adéquation de la version française du QO. Suite à cela, la disposition originale horizontale du texte d'introduction a été modifiée à la verticale et le questionnaire a été imprimé sur du papier de plus grand format (8.5 x 14 po.), afin d'en faciliter la lecture et l'utilisation. Ces changements au niveau de la présentation matérielle n'affectant pas directement les réponses au QO, les trois participants ont été inclus dans l'étude.

Dans le but de s'assurer de la stabilité temporelle des participants quant à l'évaluation de leur sentiment de compétence, de la valorisation de leurs activités et du plaisir éprouvé dans celles-ci, ainsi que dans le temps passé dans chaque domaine d'activités, 22 participants furent rencontrés une deuxième fois, à deux semaines d'intervalle, pour répondre à nouveau au QO. Les corrélations de Spearman ( $p < .05$ ) calculées entre les résultats des deux passations vont de .62 à .92 pour la durée des domaines d'activités (travail, tâches quotidiennes, loisirs, repos, sommeil), et de .51 à .85 pour chacun des déterminants (sentiment de compétence, importance et plaisir), lorsque la période du sommeil est exclue. Ces résultats permettent de conclure à une bonne stabilité temporelle dans les réponses rapportées par les participants.

### 3.4.3 Analyse des données

L'ensemble de ces données a été traité et analysé à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Program for Social Sciences) version 6.1. pour Windows. Des statistiques



descriptives ont été effectuées pour décrire la durée moyenne de chaque activité. Puis, les activités ont été regroupées dans les domaines tel que les participants les avaient classées sur le QO. D'autre part, les calculs concernant les déterminants de la signification associés aux activités ont été effectués à en regroupant les activités en "catégories" d'activités, étant donné que plusieurs des activités n'étaient pratiquées que par une seule personne ou par des petits groupes de personnes, limitant ainsi l'analyse. Une dizaine de catégories ont été construites comme des subdivisions des domaines, tels que décrits par Kielhofner (1988,1995) et Mosey (1986) concernant les tâches quotidiennes, les loisirs et le travail. Le regroupement des activités a été basé sur le type d'activité, tel les repas, l'hygiène et les soins à la personne. Cette classification a été identifiée comme étant la "classification du QO", pour la différencier de la classification effectuée par les participants. Des moyennes ont été obtenues en rapport avec l'évaluation de chacun des déterminants (sentiment de compétence, importance, plaisir) pour chaque catégorie d'activités.

### **3.5 Résultats**

#### **3.5.1 Données socio-démographiques et cliniques**

Les participants à cette étude étaient âgés entre 26 et 58 ans, en majorité des hommes, célibataires, moyennement scolarisés. Près des deux-tiers d'entre eux vivaient dans des milieux exigeant une grande autonomie, soit en appartement ou dans une maison de chambre. Presque tous les participants avaient un diagnostic de

schizophrénie, la forme paranoïde affectant la moitié d'entre eux (voir tableau 1).

### 3.5.2 Profil d'occupation du temps

Chaque activité mentionnée sur le QO par les participants a été répertoriée, pour un total de 52 activités différentes.<sup>1</sup> Afin d'en faciliter la lecture, le tableau 2 présente les données concernant les activités ayant la plus longue durée ou qui sont pratiquées par un nombre de participants supérieur à 10.

Ainsi, les activités qui avaient la plus longue durée moyenne, après dormir (9.06h.), étaient des activités productives telles le travail rémunéré <sup>2</sup>(5.7h.), le bénévolat (3.83h.) et les cours (3.0h.), ainsi que des activités plus passives telles la télévision (4.23h.) et l'écoute de la radio (2.34h.). Ces deux dernières activités étaient parmi celles les plus mentionnées par les participants (télévision, n=39 et radio, n=25) avec les suivantes: dormir (n=45) et prendre les repas (souper, n=42, dîner, n=36 et déjeuner, n=27). En outre, certaines de ces activités n'étaient pratiquées que par un petit nombre

---

<sup>1</sup> Parmi les activités qui ne sont pas mentionnées au tableau 2 on retrouve: prendre une collation, faire des courses, aller dans un groupe de thérapie, faire du dessin, des exercices physiques, des activités organisées par les intervenants, jouer aux cartes, attendre, rouler des cigarettes, jaser avec des amis, aller au cinéma, etc.

<sup>2</sup> Des 5 personnes ayant un travail rémunéré, deux d'entre elles avaient un emploi à temps plein (commis de bureau et ouvrier de manufacture), une personne travaillait 25 heures par semaine (agent de télémarketing) et deux personnes participaient à un programme de développement de l'employabilité. Le bénévolat consistait en travail de bureau, en entretien et en services auprès des usagers pour des organismes communautaires. Les cours incluaient principalement des activités artistiques (3 personnes).

de personnes ( le travail rémunéré, n=5, le bénévolat, n=3, les cours, n=3 et le club social, n=3).

### 3.5.3 Distribution des activités dans les domaines par les participants

En remplissant le QO, les participants devaient classer leurs activités dans les différents domaines. Le tableau 3 concerne les mêmes activités que le tableau 2, soit les activités ayant la plus longue durée ou qui sont pratiquées par un nombre de participants supérieur à 10, et présente la distribution de ces activités par les participants dans chaque domaine, selon le nombre de participants.

La classification effectuée par les participants se distingue par le fait, entre autres, qu'une même activité pouvait être classée dans plusieurs domaines. Par exemple, regarder la télévision, la lecture, faire une marche, se déplacer, se reposer, prendre le dîner et le souper ont été classés, suivant les participants, dans le domaine du travail, des tâches quotidiennes, des loisirs et du repos. Seulement trois personnes ont classé le sommeil dans d'autres domaines (tâches quotidiennes et repos).

Pour les participants, le domaine du travail incluait une grande variété d'activités: au total, 27 activités y ont été classées. Parmi les activités incluses dans ce domaine on trouve: le déplacement, la télévision, la lecture, ainsi que la préparation du repas et le lavage de la vaisselle. Une autre activité, "rouler des cigarettes" (n=4), a été unanimement classée dans le domaine du travail. En comparaison, les domaines de la

classification du QO incluait 5 activités: les emplois rémunérés, le travail au noir, les cours, les groupes de thérapie et le bénévolat.

Le domaine des tâches quotidiennes, selon la classification des participants, a inclus 33 activités différentes. La télévision, l'écoute de la radio, le repos et prendre un café ont fait, entre autres, partie de ce domaine. La classification du QO incluait 16 activités, soit environ la moitié de celle mentionnées par les participants.

Le domaine des loisirs était celui qui incluait la plus grande variété d'activités: pour les participants, il comportait plus de 35 activités. Quelques uns ont inclus les repas (déjeuner, dîner, souper) dans ce domaine. D'autres activités ayant un nombre inférieur de participants, telles faire des courses (n=4) et la thérapie (n=1) ont aussi été classées dans le domaine des loisirs. La classification du QO regroupait 23 activités.

Les participants ont classé dans le domaine du repos plus de 25 activités différentes. Ainsi, prendre le souper, le dîner, regarder la télévision et prendre un café ont été inclus dans les loisirs. Des activités ayant un plus petit nombre de participants telles jaser avec des amis (n=4) et faire sa toilette (n=2) ont aussi été classées dans ce domaine. Selon la classification du QO, le domaine du repos incluait d'abord les siestes et les activités simplement nommées "repos" par les participants. Y ont été ajoutées les périodes d'attente, de réflexion, et les moments du lever et du coucher. Le repos représentait donc un repos de la vie active, un temps de retrait, d'intériorisation ou de transition vers une autre activité et incluait 6 activités différentes.

### 3.5.4 Signification des activités

La signification des activités a été mesurée selon les moyennes obtenues pour chaque déterminant de la signification (sentiment de compétence, valorisation et plaisir), calculées pour chaque catégorie d'activités (tableau 4).

Ainsi, la catégorie de l'hygiène et des soins à la personne (faire sa toilette, se laver, s'habiller, prendre ses médicaments) et celle des repas (déjeuner, diner, collation et particulièrement prendre le souper) obtiennent les premiers rangs pour le sentiment de compétence. Puis viennent les catégories du sommeil et des activités sociales (recevoir et visiter des amis, aller au restaurant, au club social, au cinéma, parler avec d'autres). Les rangs les plus bas sont occupés par les catégories déplacement (transport en métro, en autobus ou à pied), café et cigarettes (prendre un café et/ou une cigarette) et repos (sieste, lever, coucher, réflexion, attente, repos).

Les catégories obtenant les plus hautes cotes pour l'importance sont celle de l'hygiène et des soins à la personne ainsi que celle reliée au travail (plus particulièrement le travail rémunéré et le bénévolat, mais aussi le travail au noir, les études, les groupes de support). Viennent ensuite les catégories des repas (prendre le souper ayant encore la plus forte moyenne dans cette catégorie), puis celle du sommeil. Les catégories loisirs, tâches quotidiennes et repos suivent avec des moyennes semblables. Les catégories café et cigarettes et déplacement obtiennent encore les derniers rangs.

Le plaisir est associé à des catégories d'activités différentes. Les activités sociales sont au premier rang, suivent les repas (prendre le souper et le dîner particulièrement), et le sommeil. La catégorie des loisirs (écoute de musique, radio, lecture, promenade, télévision, dessin, exercices physiques, jeux) vient par la suite. Les derniers rangs sont occupés par les catégories café et cigarette, déplacement et tâches quotidiennes (faire le ménage, la vaisselle, préparer le repas, faire des courses).

### **3.6 Discussion**

L'objectif de cette étude était de décrire l'emploi du temps de personnes souffrant de troubles mentaux graves, d'examiner la répartition des activités quotidiennes dans les domaines d'activités telle qu'effectuée par les participants, ainsi que d'explorer l'association des trois déterminants de la signification (sentiment de compétence, importance et plaisir) aux activités quotidiennes.

L'instrument utilisé, le QO, présente une perception subjective de l'emploi du temps, soulignant les moments les plus marquants de la journée. Il est possible que certains des participants de cette étude aient sur- ou sous-évalué certains des déterminants de la signification, ou qu'ils aient "embelli" ou même omis certaines activités à cause d'un désir de plaire au chercheur ou de se conformer aux valeurs généralement véhiculées dans la société. D'autre part, ces résultats ne peuvent être généralisés qu'avec précaution à une population semblable.

Lors des entrevues pour cette étude, plusieurs des participants ont mentionné spontanément qu'ils ne faisaient rien dans leur journée, et qu'ils n'avaient rien à dire à propos de leurs activités quotidiennes. Ils se présentaient donc comme étant inactifs, et ayant une perception plutôt négative de leur horaire occupationnel et de l'ensemble de leurs activités quotidiennes. Champney et Dzurek (1992) ont observé le même type d'attitude chez une clientèle semblable dans leur étude sur les activités productives et la satisfaction liée à l'hébergement. Il semble donc que certaines personnes avec des troubles mentaux graves ne reconnaissent d'emblée que peu de valeur et de signification à leurs activités quotidiennes.

Lorsqu'on tient compte de la durée moyenne des activités et du nombre de participants qui les mentionnent, les résultats de cette étude suggèrent que ces personnes ont un mode de vie orienté vers des activités répondant aux besoins de base telles que dormir et prendre des repas, ainsi que vers des activités de loisirs plutôt passives, telles la télévision, l'écoute de la radio et prendre un café. Le sommeil, l'écoute de la télévision et de la radio demeurent les activités occupant le plus de temps et chez un grand nombre de personnes, comme le rapportent d'autres études (Champney et Dzurek, 1992; Estroff, 1981; Spivack et al, 1982; Suto et Frank, 1994). Pour certaines personnes souffrant de troubles mentaux graves, avoir peu d'activités, et beaucoup de temps libres peut convenir à leur besoin de sécurité, et de "prévisibilité" (Suto et Frank). Estroff (1981) mentionne que le manque d'argent a aussi une influence sur la façon d'utiliser le temps chez une clientèle semblable. En ce qui concerne le travail, et plus particulièrement le pourcentage de personnes ayant un emploi à temps plein et de celles

ayant des activités de bénévolat, la présente étude démontre des données similaires à celles obtenues par l'étude de Mercier et al (1990) sur la contribution des services à la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves, effectuée dans la région de Montréal.

Quant au classement des activités selon les domaines par les participants, le fait que des activités aient été classées dans plusieurs domaines suggère que leur sens varie selon le contexte, le but, le lieu, le moment de la journée ou l'effort demandé. On peut supposer, par exemple, que plusieurs participants n'ayant pas d'emploi, se retrouvant avec beaucoup de temps libres, ont substitué une partie de ce temps pour du "travail". Des activités demandant des efforts, autant physiques que cognitifs, liées à une obligation ou représentant une source de revenu aussi minime soit-elle ont pu être classées dans ce domaine.

Les participants à cette étude trouvent aussi le repos dans une variété d'activités telles que prendre le souper, regarder la télévision, faire sa toilette. Cela met en évidence la nécessité d'une perspective phénoménologique portant sur le sens que prennent les activités pour cette clientèle. Ainsi, dans l'analyse de l'activité, un accent devrait être mis sur l'expérience vécue par la personne, tel qu'en concluent Yerxa et Locker (1990) dans leur étude sur l'utilisation du temps chez les adultes souffrant d'une lésion à la moelle épinière.

En rapport avec les déterminants de la signification, certaines catégories, telles



l'hygiène et les soins à la personne, les repas, le sommeil, les activités de travail et les activités sociales obtiennent les premiers rangs (voir tableau 4). Les loisirs se retrouvent dans les rangs moyens, tandis que d'autres catégories se retrouvent surtout aux derniers rangs, soit café et cigarettes, déplacement, repos et, dans une certaine mesure, la catégorie des tâches quotidiennes.

Des activités obtenant les premiers rangs au sentiment de compétence et à l'importance, soit les catégories de l'hygiène et des soins à la personne, des repas et du sommeil, répondent aux besoins physiologiques de base, font partie d'une routine quotidienne, et offrent une gratification immédiate (Weeder, 1986). Elles créent aussi des repères temporels dans la journée, sont prévisibles et peuvent avoir un but à court-terme (Suto et Frank, 1994). Les repas et le sommeil tiennent également les rangs parmi les plus élevés en rapport avec le plaisir. Yerxa et Locker (1990) rapportent aussi que manger et dormir se retrouvent parmi les activités les plus appréciées chez un grand nombre de participants tant du groupe des personnes atteintes de sclérose en plaque que du groupe contrôle.

En parallèle, les activités de la catégorie du travail, qu'on pourrait aussi appeler activités productives, bien qu'elles soient pratiquées par un plus petit nombre de personnes (n=14), obtiennent le deuxième rang pour l'importance, après la catégorie de l'hygiène personnelle, mais se classent dans des rangs inférieurs pour la compétence et le plaisir. Le travail a habituellement une importance particulière du point de vue des ergothérapeutes. Des études ont exploré le rôle du travail chez une clientèle semblable:

Scheid et Anderson (1995) ont rapporté que les participants trouvaient le travail important, et qu'il leur permettait de faire un peu d'argent, d'avoir une activité régulière, un but et une structure dans la semaine et de développer un sentiment d'appartenance. Le travail était une source d'un sentiment d'accomplissement, de satisfaction, d'interactions, et pouvait être la base d'une amitié entre les membres d'un club social regroupant des personnes souffrant de troubles mentaux, selon les résultats de l'étude de Jackson (1992). D'après Estroff (1981), ne pas avoir à faire de distinction entre les heures de travail et de loisirs crée un manque de structure qui précipite des difficultés psychiatriques et personnelles chez une clientèle similaire. Les participants n'ayant pas d'emploi ou d'autres activités productives incluses dans la catégorie du travail présentement (n=31) ont-ils des aspirations en rapport avec ces activités? Les activités classées dans le domaine du travail par les participants, peuvent-elles servir de tremplin vers la réalisation d'activités productives, ou combler en partie certains besoins, tels l'organisation quotidienne, mais aussi le sentiment d'appartenance et d'accomplissement? Les ergothérapeutes ont un rôle important à jouer dans l'exploration des aspirations en terme d'activités productives et dans la recherche de moyens permettant de répondre à ces aspirations.

Bien qu'on associe habituellement à la schizophrénie une pauvreté des habiletés relationnelles, les activités sociales, impliquant des échanges avec d'autres personnes sont liées au plaisir ainsi qu'au sentiment de compétence, et se classent mieux que les loisirs, tenant des rangs plus élevés dans les trois déterminants. Des études auprès de clientèles semblables ont rapporté que les relations avec les autres sont parmi les

sources de satisfaction les plus souvent mentionnées ( Spivack et al, 1982) et que le rôle d'ami est celui qui est le plus valorisé et le plus souhaité pour le futur ( Boyer, 1998). De plus, selon Leclerc (1996), la satisfaction en regard du soutien social a un effet direct sur la perception du stress, chez de jeunes adultes atteints de troubles mentaux et vivant dans la communauté.

Les loisirs (télévision, lecture, radio, prendre une marche, dessin, exercices physiques, jeux), bien qu'incluant des activités ayant les plus longues durées, occupent les rangs moyens pour les trois déterminants. La prédominance d'activités passives, un manque d'implication dans des rôles sociaux traditionnels et beaucoup de temps libres pourraient expliquer ces heures de "loisirs forcés" (Suto et Frank, 1994). Par ailleurs, pour des personnes souffrant de schizophrénie, la motivation en rapport avec les activités de loisirs est à son plus haut point dans un petit groupe de cinq personnes et moins (Delespaul, 1995). Une des tâches des ergothérapeutes consisterait donc à accompagner ces personnes dans le maintien et le développement d'un réseau social et de rôles socialement valorisés. Ce processus pourrait s'accomplir par une implication plus active dans des activités de loisirs.

La catégorie des tâches quotidiennes, qui comprend des activités orientées vers la tâche (faire le ménage, le lit, faire le lavage, faire des courses, etc.), est parmi celles qui obtiennent les moins hauts rangs pour les trois déterminants. Selon Primeau (1996), les tâches quotidiennes sont, dans la population générale, habituellement associées à l'ennui, à la répétition, à un niveau d'habiletés accessible à n'importe qui. Elles offrent

peu de prestige et de statut, et devraient être évitées autant que possible. De façon différente, Godschalx (1987) affirme que les tâches répétitives de la vie de tous les jours peuvent instaurer une routine, un sentiment de continuité, de stabilité, et de “normalité” chez des personnes souffrant de schizophrénie. Les participants à cette étude seraient donc assez proches de la population générale quant à leur appréciation des tâches quotidiennes.

Les catégories repos, déplacement et café et cigarette, obtiennent aussi, de façon générale, les rangs les plus bas. Les moments plus passifs (repos, café et cigarettes) mériteraient d’être étudiés en rapport avec une difficulté à organiser le temps, mais aussi en fonction d’autres réalités, tels l’utilisation de ces activités comme des mécanismes d’adaptation à la maladie, particulièrement aux symptômes psychotiques. Quant aux déplacements, ils sont rapportés par un petit nombre de personnes (n=19), ce qui suggère que ces personnes se mobilisent peu dans la communauté dans un sens large. La signification accordée à cette activité mérite d’être investiguée puisque la mobilité est souvent nécessaire pour établir une forme d’autonomie.

Une limite de cette étude est d’avoir peu de données permettant une comparaison avec la population générale, en rapport avec la signification des activités. Certains résultats, tels ceux se rapportant à la signification accordée aux activités manger et dormir (Yerxa et Locker, 1990) et aux tâches quotidiennes (Primeau, 1996) se rapprochent de ceux obtenus auprès d’une population générale suggérant qu’il aurait certaines similitudes entre les deux groupes. De plus, l’interprétation et la généralisation

des résultats en rapport avec la catégorie du travail doit être faite avec circonspection étant donné qu'elle se compose d'activités productives variées. D'autres aspects subjectifs pourraient être explorés. Par exemple, une étude portant sur la motivation intrinsèque dans les activités de tous les jours auprès d'une population générale (Graef et al, 1983), a démontré que le bien-être et le sentiment de compétence sont plus élevés dans des activités associées à la motivation intrinsèque, peu importe le type d'activité.

### **3.7 Conclusion**

Cette étude visait à explorer la signification attribuée aux activités quotidiennes, soit le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir, chez des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Plusieurs rapprochements ont pu être faits entre les résultats obtenus et ceux d'autres études, suggérant que le Questionnaire Occupationnel pourrait être utile au plan clinique pour comprendre la signification accordée aux activités. De plus, les résultats apportent de nouvelles précisions. Par exemple, suivant les données, les activités productives sont très importantes mais sont effectuées par un petit nombre de personnes seulement et elles suscitent un sentiment de compétence moyen. Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les activités sociales sont appréciées pour le plaisir qu'elles apportent et suscitent plus le sentiment de compétence que les loisirs et les activités orientées vers la réalisation de tâches.

Un des défis des ergothérapeutes est, entre autres, d'aider ces personnes à acquérir, éventuellement, une perception plus positive de leur occupation du temps. Les

résultats de cette étude mettent en relief l'intérêt à tenir compte de la signification accordée aux activités quotidiennes. Les ergothérapeutes doivent de plus continuer de chercher à comprendre quel sens prennent les activités quotidiennes pour ces personnes à un niveau plus personnel par le biais d'études de type qualitatif. D'autres études pourront explorer plus en profondeur les déterminants de la signification, ainsi que d'autres éléments subjectifs tels la motivation intrinsèque.

## 4.8 Références

American Psychiatric Association. (APA) (1994). DSM IV. Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. CAOT Publications ACE, Ottawa.

Aubin, G. (1999) L'influence des activités quotidiennes sur la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves. Mémoire de maîtrise en Sc. Biomédicales non-publié. Université de Montréal.

Barris, R., Kielhofner, G., Watts, J. (1983). Psychosocial occupational therapy: practice in a pluralistic arena. Laurel: Ramsco.

Barris, R., Dickie, V., et Baron, K. (1988). A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. Occupational Therapy Journal of Research, 8, 3-23.

Boyer, G. (1997). Le rendement occupationnel objectif et subjectif dans le domaine du travail, la perception des rôles et la qualité de vie subjective des personnes atteintes de schizophrénie. Mémoire de maîtrise non-publié. Montréal: Université de

Montréal.

Champney, T., et Dzurec, L. (1992). Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. Hospital and Community Psychiatry, 43, 899-903.

Cynkin, S., et Robinson, A. (1990). Occupational Therapy and Activities Health: Toward health through activities. Boston: Little, Brown and Company.

Delespaul, P. (1995). Assessing Schizophrenia in Daily Life. Universitaire Pers Maastricht: Maastricht.

Donald, M., et Havighurst, R. (1959). The meanings of leisure. Social Forces, 37:355-360.

Estroff, S. (1981). Making it crazy. An ethnography of psychiatric clients in an american community. Berkeley: University of California Press.

Étienne, A. (1990). L'activité en Amérique du Nord: évolution vers une science de l'occupation. Journal d'Ergothérapie, 12 (2), 48-53.

Fidler, G. (1981). From crafts to competence. American Journal of Occupational Therapy, 35, 567-573.



Frankl, V. (1962). Man's search for meaning. Boston: Beacon Press.

Goldschalx, S.M. (1987). Experiences and coping strategies of people with schizophrenia. Unpublished doctoral dissertation, College of Nursing, University of Utah. (University Microfilms International, #8711458).

Graef, R., Csikszentmihalyi, M., et Gianinno, S. (1983). Measuring intrinsic motivation in everyday life. Leisure Studies, 2: 155-168.

Hasselkus, B. (1989). The meaning of daily activity in family caregiving for the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 43 (10), 649-656.

Hatfield, A. et Lefley, H. (1993). Surviving mental illness, stress, coping and adaptation. New York: The Guilford Press.

Haworth, J. (1984). The perceived nature of meaningful pursuits and the social psychology of commitment. Society and leisure, 7, 197-216.

Jackson, H. (1992). How work works. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(2), 63-67.

Kielhofner, G. (1988). Occupational Therapy: Base in occupation. Dans Hopkins, H. et Smith, H. (ed): Willard and Spackman's Occupational Therapy (7e

ed.)(pp.84-92). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Kielhofner, G. (1992). Conceptual foundations of Occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis.

Kielhofner, G. (1995). Introduction to the model of human occupation. Dans Kielhofner, G. (ed): A model of human occupation: Theory and application (2e ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Kremer, E., Nelson, D., et Duncombe, L. (1984). Effects of selected activities on affective meaning in psychiatric patients. American Journal of Occupational Therapy, 38 (8),522-528.

Leclerc, C. (1996). Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Santé mentale au Québec, 21, 53-72.

Lyons, R. (1993). Meaningful activity and disability: capitalizing upon the potential of outreach recreation networks in Canada. Canadian Journal of Rehabilitation, 6, 256-265.

Maguire, G. (1983). An exploratory study of the relationship of valued activities to the life satisfaction of elderly persons. The Occupational Therapy Journal of Research, 3, 165-172.

Mercier, C., Renaud, C., Desbiens, F., et Gervais, S. (1990). La contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.

Mosey, A. (1986). Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press.

Primeau, L. (1996). Work versus non-work: the case of householdwork. In R. Zemke et F. Clark (éds.) Occupational science, The evolving discipline. (pp.57-69). Philadelphia: F.A. Davis.

Reed, K., et Sanderson, S. (1983). Concepts of Occupational Therapy. Baltimore: Williams and Wilkins.

Scheid, T.L. et Anderson, C. (1995). Living with Chronic Mental Illness: Understanding the role of work. Community Mental Health Journal, 31, 163-176.

Schwartzberg, S. L. (1982). Motivation for activities of daily living: a study of selected psychiatric patients' self-reports. Occupational Therapy in Mental Health, 2 (3), 1-27.

Sharrott, G. (1983). Occupational therapy's role in the client's creation and

affirmation of meaning. Dans Kielhofner, G.(ed.): Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy (pp.213-235). Philadelphia: F.A. Davis.

Smith, N., Kielhofner, G., et Watts, J. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 40 (4), 278-283.

Spivack, G., Siegel, J., Sklaver, D., Deuschle, L. et Garrett, L. (1982). The long-term patient in the community: Life style patterns and treatment implications. Hospital and Community Psychiatry, 33, 291-295.

Suto, M., et Frank, G. (1994). Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in a board and care home. American Journal of Occupational Therapy, 48 (1),7-18.

Tessier, L. et Clément, M. (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie: Défis des années 1990. Boucherville: Gaëtan Morin.

Tickle, L. et Yerxa, E. (1981a). Need satisfaction of older persons living in the community and in institutions, part 1. The environment. American Journal of Occupational Therapy, 35 (10), 644-649.

Tickle, L. et Yerxa, E. (1981b). Need satisfaction of older persons living in the

community and in institutions, part 2. Role of activity. American Journal of Occupational Therapy, 35 (10), 650-655.

Trombly, C. (1995). Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. American Journal of Occupational Therapy, 49 (10), 960-972.

Weeder, T. C. (1986). Comparison of temporal patterns and meaningfulness of the daily activities of schizophrenic and normal adults. Occupational Therapy in Mental Health, 6 (4), 27-49.

Wong, P. (1989). Personal Meaning and successful aging. Canadian Psychology, 30, 516-525.

Yerxa, J. (1967). Authentic occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 21 (1), 1-9.

Yerxa, E., et Locker, S. (1990). Quality of time use by adults with spinal cord injuries. American Journal of Occupational Therapy, 44 (4), 318-326.

Tableau 1

Données socio-démographiques et cliniques

	N (45)	%	Moy.
Âge moyen			39.42 ans
Hommes	35	(77.8%)	
Célibataires	38	(84.4%)	
Scolarité moyenne			10.86 ans
Expérience de travail antérieur	43	(95.5%)	
<u>Résidence actuelle</u>			
Appartement, maison de chambre	27	(60%)	
Pension, familles d'accueil, foyer de groupe	15	(33.3%)	
Appartement supervisé	3	(6.7%)	
<u>Diagnostic</u>			
Schizophrénie	42	(93.3%)	
- paranoïde	22	(48.8%)	
- affective	9	(20%)	
- autres (indifférenciée, résiduelle)	11	(24.4%)	
Tr. schizophréniforme, tr. schizotypique, pers. schizoïde	3	(6.6%)	
Durée moyenne de la maladie			12.1 ans
Nombre moyen d'hospitalisations			6.7

Tableau 2

Durée moyenne et nombre de participants aux activités ayant la plus longue durée et/ou ayant un n> à 10

<b>Activités</b>	<b>Durée moyenne (heures/jour)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dormir	9.06	45	100%
Travail rémunéré	5.7	5	11.1%
Télévision	4.23	39	86.6%
Bénévolat	3.83	3	6.6%
Cours, études	3	3	6.6%
Lecture	2.45	10	22.2%
Radio	2.34	25	55.5%
Club social	2.33	3	6.6%
Faire une sieste	1.52	17	37.7%
Prendre une marche	1.35	17	37.7%
Déplacement	1.34	19	42.2%
Se reposer	1.23	17	37.7%
Prendre un café	1.1	19	42.2%
Préparer repas	9.5	10	22.2%
Faire sa toilette	0.69	13	28.8%
Faire le ménage	0.66	12	26.6%
Faire la vaisselle	0.65	13	28.8%
Médicaments	0.63	11	24.4%
Diner	0.62	36	80%
Souper	0.58	42	93.3%

<b>Activités</b>	<b>Durée moyenne (heures/jour)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Déjeuner	0.55	27	60%
Prendre un bain	0.55	19	42.2%
S'habiller	0.54	11	24.4%



Tableau 3

Répartition dans les domaines, selon le nombre de participants, des activités ayant la plus longue durée et/ou ayant un  $n > 10$ , d'après la classification par domaine effectuée par les participants<sup>1</sup>

Activités	Travail	Tâches quotidiennes	Loisirs	Repos	Sommeil
Dormir		1		2	45
Travail rémunéré	5				
Télévision	3	7	36	8	
Bénévolat	3				
Cours, études	1		2	1	
Lecture	3	1	8	1	
Radio		3	22	4	
Club social	1		2		
Faire une sieste		2	1	13	1
Prendre une marche	2	3	14	2	
Déplacement	6	9	9	4	
Se reposer	4	6	5	17	4
Prendre un café		3	11	7	
Préparer un repas	2	8	2		
Faire sa toilette	2	11		2	
Faire le ménage	4	9			
Faire la vaisselle	4	10			
Médicaments	1	7		1	2
Diner	2	21	9	4	
Souper	1	24	11	6	
Déjeuner		22	5	1	

<b>Activités</b>	<b>Travail</b>	<b>Tâches quotidiennes</b>	<b>Loisirs</b>	<b>Repos</b>	<b>Sommeil</b>
Prendre un bain	1	16		1	
S'habiller	2	7	2		

1. Les chiffres représentent le nombre de participants. Le total pour chaque activité peut être supérieur au nombre total de participants, une même activité pouvant être effectuée à quelques reprises dans la même journée et être classée dans des domaines différents par la même personne.

Tableau 4

## Distribution des catégories d'activités selon le rang

obtenu pour le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir

<b>Catégories d'activités</b>	<b>N</b>	<b>Sentiment de compétence rang/(moy.)</b>	<b>Importance rang/(moy.)</b>	<b>Plaisir rang/(moy.)</b>
Hygiène et soins à la personne	31	1 (1.70)	1 (1.43)	5 (1.95)
Repas	44	2 (1.78)	3 (1.58)	2 (1.64)
Sommeil	45	3.5 (1.80)	4 (1.62)	3 (1.78)
Activités sociales	24	3.5 (1.80)	5 (1.89)	1 (1.59)
Travail	14	5 (1.86)	2 (1.51)	6.5 (2.02)
Loisirs	44	6 (1.91)	7 (1.98)	4 (1.79)
Tâches quotidiennes	27	7 (1.96)	7 (1.98)	10 (2.32)
Déplacements	19	8 (2.07)	9 (2.11)	9 (2.31)
Café et cigarettes	24	9 (2.11)	10 (2.13)	8 (2.04)
Repos	35	10 (2.15)	7 (1.98)	6.5 (2.02)

#### **4. DEUXIÈME MANUSCRIT**

“Meaning of daily activities and subjective quality of life  
in persons with severe mental illness”

Article soumis à:

Scandinavian Journal of Occupational Therapy

#### **4.1 Abstract**

The occupational therapy services for adults with severe and persistent mental illness are concerned with their quality of life. A correlational study explored the relationship between the meaning of daily activities and the subjective quality of life of these persons. In this study, the meaning of activities was defined by three elements, related to the Human Occupation Model: they are perceived competence, value and pleasure, measured by the Occupational Questionnaire. The Wisconsin Quality of Life-Client Questionnaire provided a global score for the subjective quality of life. A total of 45 persons with severe and persistent mental illness, living in downtown Montreal, participated in a semi-structured interview. The results suggest that the feeling of competency in daily tasks and rest, and pleasure in work and rest activities are positively correlated with subjective quality of life. The influence of occupation and its meaning on quality of life, an occupational therapy assumption, is supported by these results. It also supports occupational therapists' interventions with these clients when aiming to develop the sense of competence and the enjoyment in the performance of activities.

Key words:

Meaningful activities, life satisfaction, severe and persistent mental illness, use of time

## 4.2 Introduction

Many descriptive studies, as mentioned in a review of literature by Mercier and Corten (1994), have reported that the main activity and leisure are some of the least satisfying dimensions of the quality of life of persons with severe and persistent mental illness. These persons find less satisfaction and worth, or any other values, in their work and leisure, when they have some, than the general population (Barris, Kielhofner and Watts, 1983).

After the deinstitutionalisation movement, the quality of life became an important priority in psychiatry ( Fabian, 1989; Mercier and Corten, 1994; Mercier and Filion, 1987; Simmons, 1994). The poor living conditions of psychiatric patients in the community brought attention to the failures of practices and interventions. The development of rehabilitation services in the community , created to better serve the needs of these persons, elicited an interest for evaluating the impact of these services on the quality of life (Fabian, 1989). Thus, health professionals not only provide treatment to their clients, but they also address their quality of life (Simmons, 1994).

Anthony (1990) suggests that the services for people with severe mental illness should include the possibility to engage in activities that give rise to a feeling of accomplishment and satisfaction. The role of the meaning of activities in satisfaction and well-being is a basic assumption of occupational therapy (Cynkin and Robinson, 1990). Thus, it needs to be developed and supported by empirical studies, particularly

with persons with severe mental illness. The theoretical and empirical literature on the Human Occupation Model (Kielhofner, 1995) identified elements that contribute to the meaning of daily activities: they are perceived competence, value and pleasure experienced through the activity. However, the relationship between the elements of the meaning of the activities and the subjective quality of life of these persons has scarcely been explored.

To better understand this question, a study was conducted to investigate the relationship between the meaning of daily activities and the subjective quality of life of persons with severe and persistent mental illness (Aubin, 1999). The content of this paper stems from this study. Its purpose is to describe 1) the use of time according to domains of activities, 2) the meaning ascribed to the domains of activities, 3) the relationship between the meaning of the activities and the subjective quality of life of persons with severe and persistent mental illness.

### **4.3 Literature review**

#### 4.3.1 The meaning of activities

Many authors have emphasized the role of occupation in experiencing meaning in life (Frankl, 1962; Kielhofner, 1992; Reed, 1984; Sharrott, 1983; Yerxa, 1967). The meaning of activities in this study was inspired by the results of Godschalx study (Godschalx, 1987), by the definition of Wong's personal meaning (Wong, 1989) and by

Kielhofner's Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995).

Godschalx (1987), in her phenomenological study on the experience and coping strategies of people with schizophrenia mentions that the sense of usefulness and accomplishment best describe meaningful activities for the participants in her study. The sense of accomplishment is related to making efforts to get well, and to activities that bring the feeling of doing something and doing it well, as in hobbies and sports, and in highly valued and appreciated activities such as work.

The three basic components of Wong's definition of personal meaning (Wong, 1989), were applied to the meaning of activities. Thus, the cognitive component refers to the interpretation and attribution of meaning to the activities as one experiences it. The motivational component relates to the values associated to the activities, the goals and the needs fulfilled by these activities. The affective component corresponds to the feeling of accomplishment and satisfaction resulting from the participation in the activities.

The Human Occupation Model's volition subsystem (Kielhofner, 1995) seems to be the most appropriate source to explain the attribution of the meaning of the daily activities process. In this model, the cognitive and affective aspects are interrelated and explain the orientation toward occupation and the awareness of one's experience in the performance of an occupation. This subsystem's structure is divided in three areas: personal causation, values and interests.



For the purpose of this study, and in relation to the volitional subsystem of the Model of Human Occupation, three elements were identified, that contribute to the attribution of meaning of activities (Smith, Kielhofner and Watts, 1986). They are: 1) the perceived competence, related to personal causation, 2) the importance of the activity referring to values and 3) the pleasure associated with the activity corresponding to interests.

#### 4.3.2 Subjective quality of life

Quality of life is a multidimensional concept, which makes its' definition and evaluation even more complex (Fabian, 1989; Mercier and Filion, 1987). It accounts for daily life, life experience and the evaluation of this experience by the persons (Mercier, 1993). The subjective quality of life may be defined as a cognitive experience, associated to satisfaction in regards to important life domains for the individual, and as an affective experience, which is manifested as a happy feeling in relation to these important domains (Oleson, 1990). The subjective evaluation of quality of life is mostly measured by the degree of satisfaction, which stems from the gap between personal goals and the actual situation or accomplishments (Mercier and Filion, 1987; Simmons, 1994). Goodinson and Singleton (1989) suggest that life dimensions should be evaluated in regards to the satisfaction and to the importance given to these dimensions. The personal values and preferences must be incorporated in the measure of quality of life, so it really reflects the experience of these persons (Becker, Diamond and Sainfort, 1993).

### 4.3.3 Activities and satisfaction

Many authors agree with the fact that activities are essential for developing and maintaining physical and mental health (Cynkin and Robinson, 1990; Kielhofner, 1992; Mosey, 1986; Reed and Sanderson, 1983), to the well-being of humans (Cynkin and Robinson; Kielhofner) and to their satisfaction (Barris, Kielhofner and Watts, 1983; Cynkin and Robinson). Therefore, occupation has an influence on the quality of life of human beings (Yerxa et al, 1989).

The relationship between different variables related to activities and the quality of life have been studied previously. As Champney and Dzurek (1992) noted, involvement in meaningful activities plays a central role in the development of satisfaction in adults suffering from severe and persistent mental illness. Eighty-three persons participated in their study on the effects of involvement in productive activities on satisfaction with their living situation. The results suggest that when clients had an appropriate housing situation, their satisfaction with living situation could be positively influenced in time, by their involvement in meaningful activities of their choice, and corresponding to their needs and skills.

Schwartzberg (1982) in her study on motivation for daily activities with hospitalized psychiatric patients, identified themes from the interview analysis. These themes suggest that the more participants were involved in valued activities, the greater the reward and the self-esteem. Also, activities were satisfying when they corresponded

to one's self-concept, which was defined as needs, goals, perceived roles, values and aspirations. The participants mentioned that work can be rewarding and sustained when corresponding to their needs and structured according to their involvement or control.

Other studies were conducted with different populations. In their studies with elderly people, Smith, Kielhofner and Watts (1986) and Gregory (1983), found a significant relationship between satisfaction and the meaning of activities, which was defined by the volition subsystem areas such as personal causation, values and interests. The value and the adequacy of participation in activities were part of the predictors of life satisfaction in elderly people (Maguire, 1983). The level of preference of activities for the categories home/family, social/cultural and in/outdoor hobbies was positively correlated with satisfaction in seven of the eight life dimensions in women suffering of multiple sclerosis (Branhölml and Erhardsson, 1994). For full-time working persons, the ability to perceive intrinsic rewards through everyday life situations influenced psychological well-being (Graef, Csikszentmihalyi and Gianinno, 1983).

## **4.4 Method**

### **4.4.1 Participants**

Participants in this study were clients of a psychiatric outpatient clinic in downtown Montreal. They had to be aged between 18 and 60 years, with a diagnosis of schizophrenia according to DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) criteria

or associated troubles, to be living in the community at the time of the interview, to be in a stable state for at least the last 3 months, to be able to understand, read and speak French. Persons with an important physical handicap, a cognitive trouble with organic origins or mental retardation were excluded from this study.

The size of this convenience sample was established at 45 participants because of the type of study, the available human resources and the target population. Since the data analysis involved descriptive methods and correlational tests, a sample size of 45 seemed appropriate. Moreover, it will be useful in establishing variability of the data for future research.

#### 4.4.2 Data collection procedure

The data was gathered by the first author between February and march 1997. The research protocol was presented and accepted by the Research and Ethics Comity of St-Luc's Campus of the "Centre Hospitalier Universitaire de Montréal". Eligible participants were recruited with the collaboration of the nurses, the educator and doctors, who provided them with a letter of information concerning the goals of the study and their rights as participants. Persons who showed some interest in participating in the study were contacted by the first author, who met a sample of 45 persons in an office at the outpatient clinic after they signed a consent form. Nine participants needed some help from the interviewer while completing the questionnaires. The interviews lasted approximately one hour and a half. Each of them received \$10 CAN at the end of

the interview as a compensation for their participation. Their diagnosis, except for three participants, were validated by reviewing the psychiatric records, including the search for schizophrenia diagnostic criteria according to DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Socio-demographic and clinical data were obtained through the Wisconsin Quality of Life Index, client version and additional information was retrieved from the client and the psychiatric records.

#### 4.4.3 Instruments

The independent variables, which are the daily living activities and the meaning of these activities were measured by a French version of the Occupational Questionnaire (OQ) (Smith, Kielhofner and Watts, 1986). The daily living activities included all the activities accomplished during a 24 hour period, and comprised the following domains of activities: sleep, work, daily tasks, leisure and rest. The elements of meaning were identified as perceived competence, importance and pleasure experienced in doing these activities. On the original self-report questionnaire, the participants completed a list of the activities they had performed each half-hour on a typical day, from 5:00 to 24:00. Then, they classified the activities whether they consider them to be work, daily tasks, leisure and rest. Each of the activities was then rated along with perceived competence, importance and pleasure associated with them, on a five level scale (1 being the highest score). A pilot study of the original instrument (Smith, Kielhofner and Watts, 1986) suggested the OQ had adequate test-retest reliability and concurrent validity.

With the authorisation of one of the authors, Dr. Gary Kielhofner, a back translation was performed by two bilingual occupational therapists having worked in the psychiatric field for many years. Both versions were compared and corrected by a committee including the first and second authors and one of the clinical occupational therapists, until they reached a high level of agreement with the original version.

For the purpose of this study, the original version of the OQ was slightly modified. As is noted in studies with this population (Spivack, siegel, Sklaver, Deuschle and Garrett, 1982; Mercier, Renaud, Desbiens and Gervais, 1990), many hours are spent sleeping, so the domain of sleep was added to differentiate it from daytime resting. The schedule was modified to include the 24 hours of the day to give a complete portrait of a typical day, and because it was expected that some persons might be active at night. Also, to facilitate the recall of daily activities, instructions included the report of activities from the previous day instead of last weeks typical day. Moreover, to facilitate its reading and use, the questionnaire was printed on larger size sheets (21.6 cm x 35.6 cm).

A pretest was performed with three participants to verify the appropriateness of the French version of the OQ. Again, to facilitate the reading, the original layout of the introductory note was arranged vertically. As this change didn't directly affect their answers on the OQ, the three participants were included in the study.

To verify the participants' stability in their assessment of their perceived competence, importance and pleasure associated to the activity, and in the duration of each domain, twenty-two participants were asked to fill the OQ a second time, 2 weeks later. The results of the Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test indicated that there is no significant difference between the first and second testing, in the duration of each domain ( $p$  varying from .07 to .64), nor in the means obtained for the three elements of the meaning for the overall daily activities, including sleep or not ( $p$  varying from .02 to .99).

The dependent variable, subjective quality of life was measured by the validated French-canadian edition (Diaz and Mercier, 1996; Diaz and Mercier, 1998) of the Wisconsin Quality of Life Index, client version (W-QLI) (Becker, Diamond and Sainfort, 1993). It is a self-administered questionnaire designed to assess the subjective quality of life of persons with severe and persistent mental illness. It includes 8 dimensions identified by other studies as having some influence on the subjective quality of life of these persons. Each of these dimensions is rated along with their importance as perceived by the client. They are the satisfaction level, occupational activities, psychological well-being, physical health, social relationships, economics, activities of daily living and symptoms. Goals for improvement with treatment is also subjectively assessed. The W-QLI provides three scores: one from the Satisfaction with Life Domains Scale (Baker and Intagliata, 1982), the other, from Spitzer's Uniscale (Spitzer et al, 1981), and a global W-QLI score which was used in this study.

The original american version of the W-QLI (Becker, Diamond and Sainfort, 1993) showed a good face, content, criterion-related and construct validity. Concerning the construct validity, the clients' scores on daily life functioning showed little correlation with symptoms as expected. The test-retest reliability had percentage of agreement varying from .82 to .87 for each dimension and total score. The criterion-related validity of the French-canadian version of the W-QLI (Diaz and Mercier, 1996; Diaz and Mercier, 1998) has been assessed with the Spitzer Quality of Life Index (Spearman correlation of .58). Regarding the construct validity, Spearman correlations were obtained between dimensions and global score, varying from .39 to .76, while inter-dimensions correlations were lower, confirming the multidimensional properties of the scale. For the internal consistency, Cronbach's alpha was .69 for the global score, and ranged from .45 to .88 for 7 of the 8 dimensions. The test-retest reliability obtained a Spearman correlation of .82 for the global score, while they varied from .47 to .82 for the dimensions. For discriminant validity, correlations between the global W-QLI scores and the SF-36 (Kielhofner, 1988) were higher with the SF-36 scales related to mental health than to those related to physical domains.

#### 4.4.4 Data analysis

The activities reported on the OQ were collected by the first author, then classified into domains, inspired by Kielhofner's (1995, 1988) and Mosey's (1986) descriptions of work, daily tasks and leisure. This classification of activities into domains was identified as OQ's. Data was analysed using SPSS (Statistical Program



for Social Sciences) for MS Windows, version 6.1. Calculations were made using the OQ's classification as mentioned before. Means were calculated for the duration of each domain and for the score obtained for each element of meaning. Means were first computed for the overall daily activities, without the domains, and excluding sleep, and secondly, when associated to each of the domains of activities. Spearman correlations were used to test the relationship between every mean related to the elements of meaning and subjective quality of life and between each domain associated to each element of meaning and the quality of life. The chosen level of significance was  $p < .005$ . The classification of activities in domains by the participants was used to compare the mean duration of domains with the means obtained using the OQ's classification.

## 4.5 Results

### 4.5.1 Participants

The 45 participants were between 26 and 58 years old, with a mean age of 39.42 years. The majority was male (77.8%) and single (84.4%). While about 60% of the participants were living in an apartment or a room, the other 40% had different levels of housing supervision (group home, board and care, foster home). The majority had a diagnosis of schizophrenia (93.3%), and the paranoid form affecting almost half of them (48.8%). Other diagnosis were: schizophreniform ( $n=1$ ) and schizotypal disorder ( $n=1$ ), and schizoid personality ( $n=1$ ). Mean level of education is 11 years, while 95.5% had previous work experience ranging from 1 month to 17 years. Mean number of

hospitalizations is 6.7, while the mean duration of illness is 12.1 years. Most of the participants (95.5%) were taking a psychiatric medication at the time of the study.

#### 4.5.2 Time use

Table 1 presents the allocation of time spent in each domain, according to the participants' classification, and to the OQ's classification. The number of persons involved in at least one activity for each of the domains is also presented.

The mean duration of the domains of activities and the number of participants, are similar for both classifications. There is no statistical difference between the two classifications concerning domains' mean duration, as the Wilcoxon signed-rank test suggests ( $p$  varying from .03 and .88). More time is spent in sleep and leisure, according to both classifications, than in work and daily tasks, which have a shorter mean duration. Rest is the domain which occupies the least time.

In the OQ's classification, the domain of rest first included only naps and activities simply named rest by the participants. Waiting and meditation periods, time to go to bed and time to get up were included in this domain. Each of these activities represented a "pause" in the activity, a retreat, a time for transition toward another activity or for reflection, which justified their grouping together. Finally, rest represented a "rest from active life".

A notable difference is found in the number of persons having an activity in the domain of work. When activities are classified by participants, twice as many persons have an activity in this domain (n=28). For instance, making cigarettes, cleaning up and preparing food were included in this domain by some participants.

#### 4.5.3 Domains and meaning of activities

A mean was calculated from the ratings obtained on the OQ, for each element of meaning, in association with each domain (table 2). Each mean was then ranked, the first rank corresponding to the highest mean.

As for perceived competence, sleep obtained the highest mean rating. Then came daily tasks, work, leisure and rest.

When the importance was evaluated, the domain of work came first, even though only 14 persons performed an activity related to this domain. Following was sleep, then daily tasks, rest and finally leisure. As for pleasure, the highest mean ratings again were in the domain of sleep, then came leisure, daily tasks and rest. Work obtained the lowest mean ratings for pleasure.

#### 4.5.4 Meaning and subjective quality of life

Spearman correlations were first performed with the means obtained for each

element of meaning, calculated for the overall activities, without considering domains, and excluding sleep, and the global score for subjective quality of life (W-QLI) (table 3). Perceived competence and pleasure for the overall activities were strongly and positively correlated to W-QLI (.53,  $p=.000$  and .46  $p=.002$  for  $n=41$ )<sup>3</sup>. The correlation concerning the importance for the overall daily activities and the W-QLI did not reach the significance level (.36,  $p= 0.018$ ).

When calculated each domain separately, the correlations computed with the elements of meaning and W-QLI, lead to more precision. For instance, perceived competence in the domain of daily tasks and in the domain of rest were strongly correlated with W-QLI (.52,  $p= .000$  and .52,  $p= .002$ ). Correlations were also very strong between pleasure in the domains of work and rest and W-QLI (.72  $p=,004$  and .64  $p=,000$ ). As for the importance associated to all the domains, correlations with W-QLI did not reach the significance level ( $p$  varying between .076 and .612).

#### **4.6 Discussion**

The purpose of this paper was to describe the use of time as distributed in domains of activities, the meaning ascribed to the domains of activities (perceived competence, importance, pleasure), and the relationship between the meaning of

---

<sup>3</sup> The global score couldn't be calculated in four questionnaires because of missing answers, and therefore were excluded of calculations using the W-QLI global score.

activities and the subjective quality of life of persons with severe and persistent mental illness.

The instrument used to measure the meaning ascribed to activities, the OQ, gives a subjective presentation of the use of time of these persons, emphasizing certain daily moments. It is possible that some of the participants over or underrated some elements of meaning associated to their daily activities. They might have embellished or even omitted certain activities because of a desire to please or to comply to values generally carried out in our society. Besides, as this study used a convenience sample, the results can only be precausiously generalized to a similar population. However, many similarities can be found with the data of previous studies and this one.

The participants in this study spent many hours sleeping, this activity being one with the longest duration. Spivack et al (1982) suggested that these persons spend more time sleeping than the general population. Besides sleep, their days were largely filled with leisure activities. The same author reported similar results concerning daily tasks that were performed in a smaller proportion of time, and work activities that were present for a few persons only. The data concerning the use of time was also comparable to the data obtained in Weeder's study (1986), comparing temporal patterns and meaningfulness of the daily activities of persons with schizophrenia and healthy adults.

This study didn't reveal any differences in the duration of domains, whether they

were classified by the participants or according to the OQ's classification. However, twice as many participants had work activities when they classified the activities themselves. Activities considered as work by participants included activities such as making cigarettes, cleaning up and preparing food. This could suggest that activities having a goal, requiring an effort, or perceived as an obligation were considered as work. It emphasizes the particular meaning given to this domain by these persons and the need for occupational therapists, using a client-centered approach, to explore further, by combining quantitative and qualitative research methods.

Concerning the meaning ascribed to the domains of activities, as we could predict, the participants in this study ranked them differently according to the various elements of meaning. The analysis of the "profile" of meaning for each of the domains brought another perspective of their daily life, leading to a better understanding of the role and the significance given to these occupations. From this analysis, occupational therapists' interventions with these persons were further explored.

Sleeping was the activity that is especially meaningful in the participants' daily life, since it obtained the highest rating regarding perceived competence and pleasure and the second highest rating for importance. These results can appear to be very disconcerting. It could suggest that participants in this study did not have sleeping problems since they felt particularly competent. This very passive activity, filling a physiologic need and closely related to well-being, did't seem to be associated to any kind of apparent accomplishment. Sleep has a resting function, which also helped to

control symptoms and to structure thoughts as a strategy for seeking psychological safety (Godschlax, 1987). According to Spivack et al (1982) unemployment, medication and limited interest in the environment contributed to this situation. A major change in sleeping habits was the most stressful event as Leclerc (1996) reported in his study on community adaptation of young adults with mental disorders. When assessing their clients' occupational performance, occupational therapists must pay attention to the management of sleep, to better understand its' role in the daily life of these persons.

It is not surprising that work related activities were the most valued, taking the highest rank in importance. Yet, these activities attained an average rank for perceived competence, and got the last rank for pleasure. Van Dongen (1996) found, with a similar population, that workers were significantly more interested in working and valued work higher than did non-workers. This study didn't compare both groups, but it appears that when its' participants performed a work-related activity (n=14), it became the most important. Scheid and Anderson (1995) reported that, for working consumers of a community support program, having a job was an important cornerstone for their sense of identity. Studies also identified negative factors affecting work: difficulty concentrating and staying focused, stress and undue pressure (Van Dongen, 1996; Scheid and Anderson, 1995), and the cyclical nature of mental illness (Scheid and Anderson, 1995), which could all influence perceived competence and enjoyment. As Bachrach (1991) stated concerning vocational rehabilitation, these persons have varying needs that should be reassessed. She suggested that they must be supported in establishing realistic goals so they may have a feeling of accomplishment in the tasks

they perform, would that be in conventional work activities or not. Considering their specific needs, wouldn't it be appropriate to explore new forms of work activities, and to consider factors associated to enjoyment, such as having gratifying relationships and earning extra money (Van Dongen, 1996; Scheid and Anderson, 1995)? Would this influence their involvement in a work activity on a long term perspective? Occupational therapists have the knowledge to explore, analyze and create new activities that better fulfill the needs of these persons, and to accompany them in this long-term, non-linear process.

For many participants who were not working, leisure could represent a substitution for time generally allotted to work. More than a third of the day was spent in leisure activities (table 1), implying that a good part of their time was occupied by pleasure-centered activities, in which they felt less competent and give less value. Lyons (1993) explained that for many persons with a physical handicap, leisure activities were more satisfying than work, but the valuing of work and its' associated income contributed to discredit leisure to the benefit of work. Could this be an explanation for the participants giving the lowest rating on importance to leisure activities? Studies revealed that self-esteem was higher in workers than in non-workers in a group of persons with severe mental illnesses (Van Dongen, 1996), and that self-esteem was negatively influenced by the practice of purposeless activities in unemployed young adults, without psychiatric diagnosis (Winefield, Tiggeman and Winefield, 1992). Argyle, cited in Lyons (1993), suggested that leisure could adapt some of the work characteristics, such as serious leisure, useful to others, meeting high standards, using



specific abilities and leading to some form of recognition. Occupational therapists can contribute to the emerging of a favorable attitude towards leisure, without diminishing the value of work.

The accomplishment of daily tasks aroused a sense of competence, as the second highest rating, after sleep, and before work and leisure suggested. The results obtained for daily tasks could mean that these activities were more important than leisure, and more enjoyable than work. This could suggest that daily tasks were the thread of the daily life of the participants of this study. In fact, many of these activities fulfilled basic needs, and were part of daily routines. These routines help to locate oneself in the course of time, and to do whatever needs to be done with effectiveness and predictability (Kielhofner, 1995). Habits can become particularly efficient for persons with dysfunctions, in order to maintain harmony with their environment (Kielhofner, 1995). Occupational therapists should regularly help to integrate such routines and habits in the occupational schedule of their clients.

In a very different way, rest obtained some of the lowest ranks for each element of meaning. These results strongly suggest that this activity was poorly invested and that it had little meaning for the participants. Could these resting moments have been used, as well as sleep, to counter symptoms, to withdraw from too many stimuli arising from the environment or to fill idle periods of the day? Could it have been perceived as resulting from boredom, from a lack of structure in daily activities, or from side effects of the medication? Surprisingly, this domain, when associated with perceived

competence and pleasure, had an influence on the subjective quality of life of the participants in this study.

Results concerning the relationship between the meaning of activities and subjective quality of life were particularly explicit concerning overall daily activities, and more specifically, daily tasks, work and rest. However, it is interesting to note that sleep, which had the highest ranks in the elements of meaning, isn't correlated with quality of life.

The more participants felt competent and experienced pleasure in their daily activities, the better their quality of life. These results support one of the core assumptions of occupational therapy, according to which the meaning given to occupation is related to satisfaction and well-being (Cynkin and Robinson, 1990). More specifically, feeling competent in daily tasks and rest, and enjoying work activities and rest had a positive influence on the participants' quality of life.

The existing relationship between daily tasks, perceived competence and quality of life could reflect the satisfaction experienced through a balance between the perception of the challenge that an activity represent and one's skills. This fit is easier to obtain through structured activities, that consist of defined actions, offering a quick feed-back and facilitating satisfaction (Law, 1991). Besides, when the level of challenge does correspond to the level of skills, it is less likely to create a feeling of inadequacy or anxiety, no matter if these persons need assistance or not in their daily life. Spivack et al

(1982) in their study with a similar population, reported that good experiences are related to a personal accomplishment, such as succeeding in the performance of a task. Again, this emphasizes the thread of the daily life that daily tasks represent, supporting interventions aiming at the development and improvement of a sense of competence.

Results about work are difficult to interpret because only 14 out of the 45 participants were involved in work related activities. Although a high rank was obtained for perceived competence and for importance in the work domain, the pleasure element which ranked the lowest was related to quality of life (table 2). Van Dongen (1996) reported different results from these: for instance, valuing work was associated with personal and life satisfaction. Fabian (1989) stated that if interest is to be maintained, work must first make sense for the person, beyond financial profits and in spite of the loss of entitlement benefits. As far as positive aspects of work, studies (Van Dongen, 1996; Scheid and Anderson, 1995) did not agree on some factors: concrete tasks, repetitive work and interaction with others were both positively and negatively reported. Occupational therapists' interventions should not only support these persons in finding a balance between their skills and a perceived challenge, but also support them in identifying their specific needs that, when met, can maximize their working experience. Another step is to help them find a balance between available resources and their interests so they may experience satisfaction from their work and eventually, hopefully improve their quality of life.

From the results of this study, rest associated to perceived competence as well as

pleasure was related to subjective quality of life. Unlike studies with other populations, such as elderly people and persons with chronic physical conditions, studies with persistent and severely mentally ill persons seldom included rest in their description of occupational configuration. Rather, passive leisure, daydreaming, purposeless activities, or doing nothing were evoked. In a study with elderly people (Smith, Kielhofner and Watts, 1986), time spent in rest and daily tasks was negatively correlated to quality of life, suggesting that a concentration in these activities could contribute to decrease their quality of life. As for this study's participants, a possible interpretation of the results could be that persons who developed an inclination for these periods of rest would have lowered their expectations and be satisfied with a more passive condition. Besides, it could be that some persons accepted these rest periods as it helped them get through the rest of the day. The vulnerability-stress-coping-competence associated to schizophrenia (Anthony and Liberman, 1986) could possibly support this hypothesis. As daily life stressors affect them, these persons need protective mechanisms such as skills training and medication. Also, rest periods could also be part of coping mechanisms buffering the impact of stressors. Could a parallel be drawn with persons with chronic physical conditions who use energy preservation principles? These results emphasize the urge to explore not only the relationship between rest and quality of life in these persons, but also to investigate thoroughly the role of rest in the occupational balance.

The relationship between importance given to overall daily activities and domains, with subjective quality of life was not statistically significant and generally very low. Consequently, importance had less impact on subjective quality of life than

perceived competence and pleasure. These results should be taken into account since importance in regards to many life dimensions are taken in consideration in the development of different quality of life assessments with this population (Goodinson and Singleton, 1989). According to these results, occupational therapists should pay more attention to perceived competence and pleasure, in supporting clients getting involved in meaningful activities.

#### **4.7 Conclusion**

Participants in this study had a better quality of life when they felt competent in accomplishing their daily tasks and rest and when they enjoyed their work activities and rest. These results strongly support occupational therapy's assumption concerning the role of occupation and its meaning in the search of a better quality of life. The results also support occupational therapists' interventions when aiming at developing and maintaining perceived competence and enjoyment in the performance of activities of their clients.

This study allowed a better understanding of the meaning given to the domains of activities according to three elements identified in the literature: perceived competence, importance and pleasure by persons with severe and persistent mental illnesses. It also demonstrated the need to further examine the relationships between the meaning of activity domains and subjective quality of life.

Qualitative studies could better explore more of the elements of meaning, especially the importance given to activities, and also address personal meaning and the process of attributing meaning to daily activities by this population. Future studies on quality of life could investigate its relationship to the meaning given to work, leisure and rest by these persons. This could contribute to better understand their rehabilitation process, with the optimal goal of favorably influencing their quality of life.

#### 4.8 References

American Psychiatric Association. (1994). DSM IV. Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anthony, W. and Liberman, R. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base. Schizophrenia Bulletin, 12, 542-559.

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 12-23.

Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. CAOT Publications ACE, Ottawa.

Aubin, G. (1999). L'influence des activités quotidiennes sur la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves. Unpublished master's thesis. Université de Montréal.

Bachrach, L. (1991). Perspectives on Work and Rehabilitation. Hospital and community psychiatry, 42, 890-891.

Baker, F. and Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of

community support systems. Evaluation and Program Planning, 5, 69-79.

Barris, R., Kielhofner, G., and Watts, J. (1983). Psychosocial occupational therapy: practice in a pluralistic arena. Laurel: Ramsco.

Barris, R., Dickie, V., and Baron, K. (1988). A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. Occupational Therapy Journal of Research, 8, 3-23.

Becker, M., Diamond, R. and Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Quality of Life Research, 2, 239-251.

Bränholm, I.-B. and Erhardsson, M. (1994). On life satisfaction and activity preferences in subjects with multiple sclerosis: a comparative study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1, 17-23.

Champney, T., and Dzurec, L. (1992). Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. Hospital and Community Psychiatry, 43, 899-903.

Cynkin, S., and Robinson, A. (1990). Occupational Therapy and Activities Health: Toward health through activities. Boston: Little, Brown and Company.



Diaz, P. and Mercier, C. (1996). An evaluation of the Wisconsin Quality of Life Questionnaires for clinical application and research in Canada. Quality of Life Newsletter, 16 (2), 11-12.

Diaz, P. and Mercier, C. (1998). The Evaluation of the Psychometric Properties of the Canadian Edition of the Client's Wisconsin Quality of Life Index (CaW-QLI). Report submitted to Hoechst-Marion Roussel, Janssen-Ortho Inc., and Novartis Sandoz, Montreal (Canada) : Douglas Hospital Research Center, 1998.

Fabian, E. (1989). Work and the quality of life. Psychological Rehabilitation Journal, 12, 39-49.

Frankl, V. (1962). Man's search for meaning. Boston: Beacon Press.

Godschalx, S.M. (1987). Experiences and coping strategies of people with schizophrenia. Unpublished doctoral dissertation, College of Nursing, University of Utah. (University Microfilms International, #8711458).

Goodinson, S. and Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. International Journal of Nursing Studies, 26, 327-341.

Graef, R., Csikszentmihalyi, M., and Gianinno, S. (1983). Measuring intrinsic

motivation in everyday life. Leisure Studies, 2: 155-168.

Gregory, M. (1983). Occupational behavior and life satisfaction among retirees. American Journal of Occupational Therapy, 37 (8), 548-553.

Haworth, J. (1984). The perceived nature of meaningful pursuits and the social psychology of commitment. Society and leisure, 7, 197-216.

Kielhofner, G. (1988). Occupational Therapy: Base in occupation. Dans Hopkins, H. et Smith, H. (ed): Willard and Spackman's Occupational Therapy (7th ed.)(pp.84-92). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Kielhofner, G. (1992). Conceptual foundations of Occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis.

Kielhofner, G. (1995). Introduction to the model of human occupation. Dans Kielhofner, G. (ed): A model of human occupation: Theory and application (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Law, Mary. (1991). The environment: a focus for occupational Therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 171-180.

Leclerc, C. (1996) Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une

ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Santé mentale au Québec, 21, 53-72.

Lyons, R. (1993). Meaningful activity and disability: capitalizing upon the potential of outreach recreation networks in Canada. Canadian Journal of Rehabilitation, 6, 256-265.

Maguire, G. (1983). An exploratory study of the relationship of valued activities to the life satisfaction of elderly persons. The Occupational Therapy Journal of Research, 3, 165-172.

Mercier, C. and Filion, J. (1987). La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques. Santé Mentale au Québec, 12, 135-143.

Mercier, C., Renaud, C., Desbiens, F., and Gervais, S. (1990). La contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.

Mercier, C. and Corten, P. (1994). Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques. In Vivianne Kovess (ed). Evaluation de la qualité en psychiatrie, (pp. 263-287). Paris: Economica.

Mosey, A. (1986). Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press.

Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 22, 187-190.

Reed, K., and Sanderson, S. (1983). Concepts of Occupational Therapy. Baltimore: Williams and Wilkins.

Reed, K. (1984). Models of practice in occupational therapy. Baltimore: Williams and Wilkins.

Scheid, T.L. and Anderson, C. (1995). Living with Chronic Mental Illness: Understanding the role of work. Community Mental Health Journal, 31, 163-176.

Schwartzberg, S. L. (1982). Motivation for activities of daily living: a study of selected psychiatric patients' self-reports. Occupational Therapy in Mental Health, 2(3), 1-27.

Sharrott, G. (1983). Occupational therapy's role in the client's creation and affirmation of meaning. Dans Kielhofner, G.(ed.): Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy (pp.213-235). Philadelphia: F.A. Davis.

Simmons, S. (1994). Quality of life in community mental health care, a review. International Journal of Nursing Studies, 31, 183-193.

Smith, N., Kielhofner, G., and Watts, J. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 40 (4),278-283.

Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi,J., Sheperd, R., Battista, R.N. and Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. Journal of Chronical Disease, 34, 585-597.

Spivack, G., Siegel, J., Sklaver, D., Deuschle, L. and Garrett, L. (1982). The long-term patient in the community: Life style patterns and treatment implications. Hospital and Community Psychiatry, 33, 291-295.

Van Dongen,C. (1996). Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. Community Mental Health Journal, 32, 535-548.

Ware, J.E., Snow, K.K. Kokinski, M. and Gandek, B. (1993). SF-36: Health survey manual and interpretation guide. Boston, New England Medical Center: The Health Institute.

Weeder, T. C. (1986). Comparison of temporal patterns and meaningfulness of the daily activities of schizophrenic and normal adults. Occupational Therapy in Mental Health, 6 (4), 27-49.

Winefield, A., Tiggeman, M. and Winefield, H. (1992). Spare time use and psychological well-being in employed and unemployed young people. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 65, 307-313.

Wong, P. (1989). Personal Meaning and successful aging. Canadian Psychology, 30, 516-525.

Yerxa, J. (1967). Authentic occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 21 (1), 1-9.

Yerxa, E., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., Stein, C., Zemke, R. (1989). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. Occupational Therapy in Mental Health, 8, 1-17.

Yerxa, E., and Locker, S. (1990). Quality of time use by adults with spinal cord injuries. American Journal of Occupational Therapy, 44 (4), 318-326.

Table 1

Mean duration (hours) of domains and number of participants, according to participants', and OQ's classification

<b>Domains</b>	<b>Participants</b>			<b>OQ's classification</b>		
	Duration (hr.)	N	%	Duration (hr.)	N	%
Sleep	9.06	45	100%	9.06	45	100%
Leisure	7.46	44	97.7%	8.32	45	100%
Work	3.46	28	62.2%	3.96	14	31.1%
Daily tasks	3.44	42	93.3%	3.86	45	100%
Rest	2.61	39	86.6%	1.9	35	77.7%

Table 2

Distribution of domains according to the rank and mean rating obtained for the perceived competence, value and pleasure

<b>Domains of activities</b>	<b>N</b>	<b>Perceived competence rank (mean)</b>	<b>Importance rank (mean)</b>	<b>Pleasure rank (mean)</b>
Sleep	45	1 (1.80)	2 (1.62)	1 (1.78)
Daily tasks	45	2 (1.83)	3 (1.74)	3 (1.96)
Work	14	3 (1.86)	1 (1.51)	4.5 (2.02)
Leisure	45	4 (1.96)	5 (2.01)	2 (1.80)
Rest	35	5 (2.15)	4 (1.99)	4.5 (2.02)



Table 3

Spearman correlations between the subjective quality of life (W-QLI) and the elements of meaning associated to overall daily activities excluding sleep, and to each domain

---



---

<b>Perceived</b>					
<b>Competence</b>	<b>W-QLI</b>	<b>Importance</b>	<b>W-QLI</b>	<b>Pleasure</b>	<b>W-QLI</b>
Overall	.53 **	Overall	0.36	Overall	.46*
Sleep	0.37	Sleep	0.08	Sleep	0.72
Daily tasks	.52**	Daily tasks	0.24	Daily tasks	0.32
Work	0.31	Work	0.45	Work	.72*
Leisure	0.38	Leisure	0.15	Leisure	0.19
Rest	.52*	Rest	0.31	Rest	.64**

---

\* $p < 0.005$

\*\*  $p < 0.000$

**CHAPITRE 5**

**DISCUSSION**

Les données obtenues dans cette étude ont permis, dans un premier temps, de décrire l'occupation du temps des participants. La distribution des activités quotidiennes effectuée par les participants dans les domaines d'activités, soit le sommeil, le travail, les tâches quotidiennes, les loisirs et le repos a aussi été examinée et comparée à la classification des activités par domaine s'inspirant de Kielhofner (1988,1995) et de Mosey (1986).

Puis, des analyses ont porté sur l'association des trois déterminants de la signification, qui sont le sentiment de compétence, l'importance et le plaisir, et les activités quotidiennes selon qu'elles étaient regroupées en catégories et en domaines d'activités. Ces analyses ont permis de décrire un profil de signification des catégories et des domaines d'activité. Elles ont aussi permis de déterminer à quels domaines appartenaient les activités ayant le plus de signification et comment les déterminants étaient associés à chaque domaine d'activités. Finalement, cette étude corrélationnelle a permis d'étudier l'influence de la signification accordée aux activités quotidiennes sur la qualité de vie subjective de personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Dans un premier temps, les résultats se rapportant au profil d'occupation du temps ainsi qu'à la classification des activités par les participants, chacune des questions de recherche et l'hypothèse seront examinés, en lien avec des pistes d'interventions pour les ergothérapeutes. Puis les limites de cette étude et sa portée méthodologique seront présentés. La conclusion reprendra les points importants et des suggestions seront données pour des recherches futures.

## **5.1 Profil d'occupation du temps**

Les résultats portant sur le profil d'occupation du temps, obtenus à partir des données du Questionnaire Occupationnel, sont similaires à ceux obtenus dans plusieurs autres études ayant utilisé d'autres méthodes de mesure (Champney et Dzurek, 1992; Estroff, 1981; Mercier et al, 1990; Spivack et al, 1982; Suto et Frank, 1994). Ces personnes ont un mode de vie orienté vers des activités répondant aux besoins de base telles que dormir et prendre des repas, ainsi que vers des activités de loisirs plutôt passives, telles la télévision, l'écoute de la radio. Les tâches quotidiennes occupent peu de temps et un petit nombre de personnes seulement ont des activités du domaine du travail. Ceci suggère que le Questionnaire Occupationnel est un outil efficace pour mesurer les activités quotidiennes et que cette étude a une bonne validité quant aux résultats concernant la durée moyenne des domaines et des activités.

## **5.2 Classification des activités dans les domaines par les participants**

L'analyse de la classification des activités par domaines par les participants a apporté d'autres nuances, dans une perspective différente de celle des déterminants de la signification. Les participants ont, dans une certaine mesure, classé les activités de façon semblable à la classification s'inspirant de celles des auteurs en ergothérapie (Kielhofner, 1988, 1995; Mosey, 1986). Par ailleurs, tout comme d'autres études l'ont observé auprès de clientèles différentes (Donald et Havighurst, 1959; Nystrom, 1974; Yerxa et Locker, 1990), une même activité pouvait prendre plusieurs

significations. Étant classée dans différents domaines, son sens pouvait varier selon le contexte, le but, le lieu, le moment de la journée ou l'effort demandé. Plus particulièrement, les participants ont classé dans les domaines du travail et du repos de grandes variétés d'activités, mettent en évidence l'importance d'une analyse approfondie du sens que prennent les activités quotidiennes pour ces personnes.

### **5.3 Domaines d'activités et signification**

#### 5.3.1 Activités significatives et domaines d'activités

La première question de recherche était la suivante: A quels domaines appartiennent les activités les plus significatives?

Les moyennes obtenues pour chaque domaine, associé à chacun des déterminants ont été placées en rang, le premier rang représentant la plus haute évaluation, équivalent à la plus grande signification. Les résultats suggèrent que chaque domaine tient un rang élevé, pour au moins un des différents déterminants (voir tableau 2, premier manuscrit). Seulement le domaine du repos n'est pas présent dans les premiers rangs.

Ainsi, les résultats obtenus de façon globale et concernant les domaines indiquent que le sommeil se retrouve, de façon assez déconcertante, dans les rangs les plus élevés pour l'ensemble des déterminants. Ceci suggère que cette activité est

significations. Étant classée dans différents domaines, son sens pouvait varier selon le contexte, le but, le lieu, le moment de la journée ou l'effort demandé. Plus particulièrement, les participants ont classé dans les domaines du travail et du repos de grandes variétés d'activités, mettent en évidence l'importance d'une analyse approfondie du sens que prennent les activités quotidiennes pour ces personnes.

### **5.3 Domaines d'activités et signification**

#### 5.3.1 Activités significatives et domaines d'activités

La première question de recherche était la suivante: A quels domaines appartiennent les activités les plus significatives?

Les moyennes obtenues pour chaque domaine, associé à chacun des déterminants ont été placées en rang, le premier rang représentant la plus haute évaluation, équivalent à la plus grande signification. Les résultats suggèrent que chaque domaine tient un rang élevé, pour au moins un des différents déterminants (voir tableau 2, premier manuscrit). Seulement le domaine du repos n'est pas présent dans les premiers rangs.

Ainsi, les résultats obtenus de façon globale et concernant les domaines indiquent que le sommeil se retrouve, de façon assez déconcertante, dans les rangs les plus élevés pour l'ensemble des déterminants. Ceci suggère que cette activité est

significative et très investie par les participants.

De manière prévisible, le travail obtient le rang le plus élevé pour l'importance, avant le sommeil, confirmant que, bien qu'elles ne soient effectuées que par un petit nombre de participants, les activités de travail sont très valorisées. Les tâches quotidiennes suivent le sommeil en ce qui a trait au sentiment de compétence, devançant le travail et les loisirs. Les loisirs sont associés au plaisir, ce qui apparaît très logique, suivant de très près le sommeil en rapport avec ce déterminant. Le repos tient les derniers rangs pour les trois déterminants.

Des catégories d'activités, créées afin de permettre l'inclusion de l'ensemble des activités quotidiennes dans l'analyse, ont été obtenues en subdivisant les domaines selon des activités de même type. Leur association aux déterminants ont apporté d'autres nuances (tableau 4, deuxième manuscrit), tout en suivant, dans une certaine mesure, les résultats concernant la signification accordée aux domaines. Les catégories obtenant les meilleurs rangs pour le sentiment de compétence, sont celles de l'hygiène et des soins à la personne ( faire sa toilette, se laver, s'habiller, prendre ses médicaments), des repas (déjeuner, dîner, collation et souper), des activités sociales (recevoir et visiter des amis, aller au restaurant, au club social, au cinéma, parler avec d'autres), et du sommeil. Le sentiment de compétence serait donc plutôt associé à des activités répondant à des besoins de base, impliquant une routine quotidienne, et apportant une gratification immédiate, ainsi qu'à des activités impliquant des échanges avec d'autres personnes. Ces catégories appartiennent aux domaines des tâches

quotidiennes, des loisirs et du sommeil.

Concernant l'importance accordée aux activités, les catégories de l'hygiène et des soins personnels, du travail (travail rémunéré, bénévolat, travail au noir, études, groupes de support) et des repas obtiennent les plus hauts rangs. Une partie de ces activités répondent à des besoins de base, tandis que l'autre regroupe des activités productives, apportant une reconnaissance sociale et répondant à des aspirations. Ces catégories se retrouvent dans les domaines des tâches quotidiennes et du travail.

Les activités sociales, les repas et le sommeil tiennent les plus hauts rangs pour le déterminant plaisir. Bien qu'on associe souvent les troubles mentaux graves à une pauvreté des habiletés relationnelles, les activités sociales demeurent une grande source de plaisir pour les participants de cette étude. Cela confirme l'importance d'accorder beaucoup d'attention au maintien et au développement d'un réseau social et à la création de liens significatifs chez ces personnes. D'autres catégories d'activités associées à des besoins de base et à une gratification rapide, comme les repas, obtiennent de rang élevés pour le plaisir. Ces catégories se retrouvent dans les domaines des loisirs, des tâches quotidiennes et du sommeil.

Ainsi, les catégories d'activités obtenant les plus hauts rangs selon les déterminants de la signification, font partie des domaines des tâches quotidiennes, des loisirs, du sommeil et du travail. Dans l'ensemble, ces résultats pourraient suggérer que les activités répondant aux besoins physiologiques de base, telles l'hygiène personnelle



et la prise de médicaments, offrant une gratification immédiate, telles les repas, certaines activités productives, répondant à leurs aspirations, telles le travail rémunéré et le bénévolat, et des activités impliquant des échanges avec d'autres, telles recevoir et visiter des amis, sont celles qui prennent le plus de signification aux yeux des participants.

### 5.3.2 Domaine d'activités et déterminants de la signification

Cette étude a tenté de répondre à la question suivante: Pour chaque domaine, les déterminants sont-ils les mêmes pour juger de la signification des activités?

Suivant les données obtenues en rapport avec la signification accordée aux domaines et aux catégories d'activités (tableau 2, premier manuscrit, tableau 4 deuxième manuscrit), il apparaît que la plupart de ceux-ci tiennent des rangs différents selon les déterminants. Par ailleurs, en analysant ces données, des tendances apparaissent. Ainsi, le sommeil obtient le premier rang pour le sentiment de compétence et le plaisir, et le deuxième pour l'importance. Lors de l'évaluation du rendement occupationnel de leurs clients, les ergothérapeutes ont donc avantage à porter une attention particulière à la gestion du sommeil, tout en sachant que cette activité est très investie et qu'elle peut remplir différentes fonctions.

Les tâches quotidiennes obtiennent le deuxième rang pour le sentiment de compétence et obtiennent les rangs moyens pour les autres déterminants, soit le

troisième rang pour l'importance et le plaisir. Ceci soutiendrait la perception de ces activités comme étant la "trame de fond" du quotidien. Ces résultats appuient les interventions des ergothérapeutes visant à faciliter l'intégration de "routines" quotidiennes dans l'horaire occupationnel de leurs clients. La qualité structurante et prévisible de ces activités permet de rendre l'accomplissement de ces tâches plus efficace, de mieux répondre à leur besoins de base et d'augmenter l'adaptation de leur clients à leur environnement.

Le repos obtient parmi les derniers rangs, soit le quatrième rang pour l'importance et le plaisir, et le cinquième rang pour le sentiment de compétence, ce qui suggère que ce domaine est peu investi par les participants. Il pourrait être perçu, par exemple, comme résultant de l'ennui ou d'un manque de structure dans la journée, ou des effets secondaires des médicaments.

Le travail et les loisirs présentent de plus grandes variations au niveau des rangs obtenus dans les trois déterminants. Le travail tient le premier rang pour l'importance, le troisième pour le sentiment de compétence et se trouve au dernier rang pour le plaisir. Sachant que le travail associé au plaisir a une influence sur la qualité de vie subjective, les ergothérapeutes doivent donc soutenir ces personnes dans l'identification de leurs besoins spécifiques et dans l'établissement d'objectifs réalistes en rapport avec le travail afin qu'ils puissent atteindre un sentiment d'accomplissement. De plus, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer auprès de leurs clients dans la recherche d'un équilibre entre les ressources existantes et leurs intérêts, ainsi que dans l'exploration et

la création de nouvelles activités de travail, conventionnelles ou non, de façon à ce que leurs clients y obtiennent plus de satisfaction.

Les loisirs sont au deuxième rang pour le plaisir, au quatrième rang pour le sentiment de compétence et au cinquième rang pour l'importance. Étant donné le grand nombre d'heures passées dans des activités de ce domaine par ces personnes, et tenant compte de leur expertise dans l'analyse et l'adaptation des activités, les ergothérapeutes pourraient contribuer à l'émergence d'une attitude plus favorable à l'égard des loisirs. Il pourrait s'agir, par exemple, d'y adapter certaines caractéristiques du travail, telles que l'utilité aux autres, le développement d'habiletés spécifiques, menant à une forme de reconnaissance.

Des tendances apparaissent aussi lorsque les données sont analysées suivant les catégories d'activités. Certaines catégories, telles l'hygiène et les soins à la personne, les repas, le sommeil, les activités de travail et les activités sociales se tiennent dans les premiers rangs (tableau 4, deuxième manuscrit) pour les trois déterminants. Les loisirs (écoute de musique, radio, lecture, promenade, télévision, dessin, exercices physiques, jeux) se retrouvent dans les rangs moyens, tandis que d'autres catégories se retrouvent surtout aux derniers rangs, soit café et cigarettes (prendre un café et/ou une cigarette), déplacement (transport en métro, en autobus ou à pied), repos (sieste, lever, coucher, réflexion, attente, repos) et dans une certaine mesure, la catégorie des tâches quotidiennes (faire le ménage, la vaisselle, préparer le repas, faire des courses).

La catégorie des loisirs correspondrait, dans une certaine mesure, au temps qui pourrait être occupé par des activités de travail. Les ergothérapeutes peuvent tenir compte de la signification accordée aux activités sociales, comme un support pour développer l'implication de leurs clients dans des activités significatives de loisirs.

Certaines catégories tiennent parmi les rangs les plus bas pour les trois déterminants, prenant donc moins de signification aux yeux des participants. Les catégories d'activités impliquant des moments de "passivité", telles le repos, café et cigarettes pourraient être investiguées en rapport avec la capacité d'organisation du temps, avec certains mécanismes d'adaptation à la maladie. Les déplacements, impliquant une mobilisation vers la communauté, ne sont effectués que par un petit nombre de personnes, suggérant possiblement que ces personnes sont plus enclines à bâtir leur réseau d'activités dans leur entourage immédiat. Bien que la mobilité est nécessaire à une certaine forme d'autonomie, ceci mettrait en évidence la nécessité de tenir compte de cet aspect de l'environnement dans le choix des ressources proposées à leurs clients.

Les tâches quotidiennes qui regroupent principalement des tâches d'entretien, plutôt routinières et ennuyeuses, tiennent aussi les derniers rangs pour ce qui est du plaisir, ce qui serait en concordance avec la perception générale de ces activités (Primeau, 1996).

## 5.4 Signification des activités quotidiennes et qualité de vie

La relation entre la signification des activités de tous les jours et la qualité de vie subjective a été vérifiée (tableau 3, premier manuscrit), soutenant l'hypothèse proposée dans cette étude. Ces résultats appuient un des postulats principaux de l'ergothérapie concernant le lien de la signification des activités avec la satisfaction et le bien-être (Cynkin et Robinson, 1990; Yerxa et al, 1990). Les corrélations calculées entre chaque déterminant associé à l'ensemble des activités de la journée, sans le sommeil, et la qualité de vie subjective, sont positives pour le sentiment de compétence et le plaisir (.53,  $p=.000$ , et .46,  $p=.002$ ).

De façon plus spécifique, des corrélations ont été calculées entre chaque déterminant, associé à chaque domaine d'activité, et la qualité de vie subjective. Des résultats positifs, particulièrement intéressants pour les ergothérapeutes, ont été obtenus pour le sentiment de compétence associé aux domaines des tâches quotidiennes et du repos (.52,  $p=.000$  et .52,  $p=.002$ ) et pour le plaisir associé au travail et au repos (.72,  $p=.004$  et .64,  $p=.000$ ).

### 5.4.1 Le sentiment de compétence et le plaisir

Ainsi, les résultats concernant les tâches quotidiennes pourraient refléter la satisfaction ressentie lorsque le niveau d'habiletés des participants correspond au niveau de difficulté des activités qu'ils accomplissent, peu importe le degré d'autonomie de ces

personnes, confirmant l'approche des ergothérapeutes en regard de l'activité (Law, 1991). Des ergothérapeutes ont développé des programmes s'adressant à des personnes souffrant de troubles mentaux graves, visant l'acquisition des habiletés requises pour vivre de façon indépendante dans la communauté (Hayes, 1989). Ces résultats appuient donc les interventions orientées vers le développement et le maintien de ces habiletés, se souciant non seulement de la performance mais aussi du sentiment de compétence perçu par ces personnes dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes.

En ce qui concerne le repos, les résultats suggérant que le sentiment de compétence et le plaisir associés à ce domaine ont une influence sur la qualité de vie sont plus inattendus. Pour expliquer ces résultats, des hypothèses peuvent être émises. Par exemple, des participants accepteraient mieux un mode de vie plutôt passif à mesure que leurs attentes et leurs aspirations diminuent. D'autres pourraient utiliser ces moments d'arrêts comme un mécanisme d'adaptation ou de protection contre des stressors environnementaux, ce qui leur permettrait de mieux faire face au stress de la vie quotidienne. Le repos pourrait peut-être être mis en parallèle avec les principes de conservation d'énergie pour certaines pathologies physiques chroniques. Le lien entre le repos et la qualité de vie, son rôle comme temps d'arrêt ainsi que sa place dans l'équilibre occupationnel de ces personnes, devront être explorés davantage.

Par rapport au travail, les résultats sont plus difficiles à interpréter puisque ces activités sont effectuées par un petit nombre de participants. Bien que le travail est le domaine obtenant la meilleure évaluation pour l'importance par les participants, c'est

par le biais du plaisir qu'il procure que le travail influence la qualité de vie. Ceci souligne la nécessité, dans un processus d'intégration au travail, de tenir compte non seulement de la valeur attribuée au travail, mais aussi des facteurs qui répondront à des besoins spécifiques et donneront un sens aux activités de travail. Les ergothérapeutes doivent donc supporter ces personnes à identifier leurs besoins spécifiques, ainsi que les aider à trouver un équilibre entre les ressources existantes et leurs intérêts de façon à obtenir le plus de satisfaction dans leurs activités de travail. Les ergothérapeutes utilisant l'approche centrée sur le client et qui ont une expertise dans l'analyse de l'activité, peuvent contribuer à créer un environnement facilitant ce processus.

D'autre part, il est intéressant de noter que les domaines d'activités ayant le plus de signification aux yeux des participants (le sommeil et les tâches quotidiennes pour le sentiment de compétence, le travail et le sommeil pour l'importance, le sommeil et les loisirs pour le plaisir) ne sont pas ceux qui ont le plus d'influence sur la qualité de vie subjective, sauf pour les tâches quotidiennes. En effet, le repos et le travail n'obtiennent pas les plus hauts rangs pour le sentiment de compétence et le plaisir. Au plan clinique, ceci démontre encore la complexité de l'analyse de la signification des activités menant à des interventions ayant comme objectif général une meilleure qualité de vie. Ces résultats pourraient impliquer que les cliniciens doivent tenir compte de la signification accordée aux activités quotidiennes par leurs clients, tout en ayant le souci d'investiguer davantage les liens entre ces activités et la qualité de vie. L'expérience clinique peut apporter un éclairage supplémentaire à ces données. Ainsi, fréquemment, les clients manifestent des priorités en terme d'intérêts ou d'aspirations qui sont différentes de

celles identifiées par les cliniciens. Les ergothérapeutes auraient donc comme tâches d'utiliser leurs connaissances et leur expertise afin de guider leurs clients dans la détermination de leurs besoins et leurs buts, tout en les soutenant dans l'atteinte de ces buts.

#### 5.4.2 L'importance

Les corrélations obtenues entre l'importance associée aux activités de façon générale et aux domaines d'activités de façon plus spécifique, et la qualité de vie n'atteignent pas le seuil de signification. Ainsi, la valorisation des activités n'est pas suffisante pour influencer la qualité de vie, d'autres "ingrédients" doivent être présents, tels le sentiment de compétence et le plaisir. Les liens entre ce déterminant, les activités quotidiennes et la qualité de vie subjective pourraient être investigués davantage par des études subséquentes.

Ainsi, plus les participants de cette étude se sentent compétents et ont du plaisir dans l'ensemble de leurs activités quotidiennes, et plus particulièrement dans les tâches quotidiennes, le travail et le repos, meilleure est leur qualité de vie subjective. Les ergothérapeutes ont donc avantage à porter une attention particulière à ces déterminants lors de leurs interventions visant à faciliter l'implication de leurs clients dans des activités significatives.



## 5.5 Limites et portée méthodologique

Ce type d'étude est sujet aux biais associés au désir de plaire des participants. Ses limites sont principalement liées au fait que l'instrument utilisé pour mesurer les activités quotidiennes et leur signification, soit le Questionnaire Occupationnel, donne une représentation subjective de l'utilisation du temps de ces personnes. Des participants ont pu embellir ou omettre certaines activités dans un désir de plaire ou de se conformer aux valeurs de notre société. Malgré tout, plusieurs rapprochements ont pu être faits avec les résultats d'autres études.

Étant donné qu'elle a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance, les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés qu'avec précaution à une population similaire. Le fait que cet échantillon soit composé majoritairement d'hommes, et que peu de personnes avaient une activité du domaine du travail, a aussi pu orienter la perception des activités. Une autre limite de cette étude est d'avoir peu de données comparatives avec la population générale en ce qui concerne la signification des activités.

Cette étude a aussi des retombées au plan de la validation d'outils de mesure. Un des instruments utilisés, le Questionnaire Occupationnel, s'est avéré un outil efficace pour décrire les activités quotidiennes et mesurer la signification accordée à ces activités. Les analyses statistiques faisant suite au retest effectué auprès de 22 participants a permis de constater que ceux-ci présentaient une bonne stabilité

temporelle, en regard de la durée des domaines d'activités et de leur évaluation des déterminants de la signification sur une base quotidienne. De plus, les données recueillies par le second instrument, le Wisconsin Quality of Life Index- version du client, ont été utilisées pour effectuer des analyses des qualités métrologiques de la version française.

## CONCLUSION

Cette étude a innové en proposant une définition de la signification des activités et des déterminants de la signification des activités se basant sur une recension des écrits théoriques et empiriques, et s'inspirant du modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995). De plus, elle a mis en lien les déterminants de la signification des activités (Smith, Kielhofner et Watts, 1986), et la qualité de vie subjective auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves, ce qui n'avait pas été fait auprès de cette clientèle auparavant. Les résultats de cette étude sont, en bonne partie, en concordance avec ceux d'études précédentes, en ce qui a trait à l'utilisation du temps particulièrement, ce qui lui confère une bonne validité.

Les résultats de cette étude appuient le postulat de l'ergothérapie concernant le lien entre la signification des activités, la satisfaction et le bien-être (Cynkin et Robinson, 1990; Clark et al, 1991), et la contribution de l'occupation à la qualité de vie (Kielhofner, 1992; Yerxa et al, 1990). Plus particulièrement, le sentiment de compétence et le plaisir ont une place prépondérante en lien avec la qualité de vie subjective. Ces résultats vont dans le sens de la pratique centrée sur le client, puisque celle-ci tient compte de la perception qu'a le client de sa performance occupationnelle (Law et al, 1994), ainsi que du sens qu'il accorde à ses occupations (ACE, 1997). Ces résultats soutiennent particulièrement les interventions des ergothérapeutes visant à développer et à soutenir le sentiment de compétence et tenant compte du plaisir et des gratifications obtenues dans les activités quotidiennes par ces personnes.

Cette étude a proposé une analyse de la signification des activités s'inspirant d'écrits empiriques et théoriques, menant à un approfondissement des connaissances concernant les divers déterminants de la signification et leur association aux activités de tous les jours chez ces personnes. Des interrogations et des pistes d'interventions ont aussi surgi de cette analyse. Une approche phénoménologique permettrait d'approfondir le sens accordé aux activités quotidiennes par ces personnes, à un niveau plus personnel.

Bien qu'on tienne aussi généralement compte de l'importance accordée aux activités, il semble que ce déterminant n'ait pas la même influence sur la qualité de vie. Ceci n'implique pas que les ergothérapeutes ne doivent pas s'en soucier, l'importance accordée aux activités étant liée aux valeurs, à la disposition à accomplir l'activité ainsi qu'aux aspirations (Kielhofner, 1995). Plutôt, ces résultats doivent servir de pistes, apportant de nouvelles perspectives, mettant en évidence la complexité ainsi que la valeur de l'analyse de l'activité. Ces résultats ont déjà commencé à être diffusés par le moyen d'articles et de conférences.

Un des défis des ergothérapeutes est d'aider ces personnes à acquérir une perception plus positive de leur occupation du temps. Les ergothérapeutes doivent de plus, continuer leurs recherches visant à mieux comprendre quel sens prennent les activités quotidiennes à un niveau plus personnel pour ces personnes par le biais d'études de type qualitatif. D'autres études de ce type pourront explorer plus en profondeur les déterminants de la signification, particulièrement à l'importance, ainsi le processus de l'attribution de la signification aux activités quotidiennes. Des projets

pourront s'adresser aux liens entre les domaines du travail et du repos avec la qualité de vie. D'autres éléments subjectifs, tels la motivation intrinsèque, pourraient aussi être explorés en rapport avec les activités quotidiennes chez ces personnes. Les ergothérapeutes pourront, à la lumière ces nouvelles connaissances concernant les perceptions des personnes souffrant de troubles mentaux graves, mieux orienter leurs interventions en vue d'une réadaptation réussie.

## RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (éd.).(1987). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3e éd. rév.). Washington, DC.

Association canadienne des ergothérapeutes, (ACE). (1993). Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Toronto: CAOT/ACE publications.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. CAOT Publications ACE, Ottawa.

Barris, R., Kielhofner, G., Watts, J. (1983). Psychosocial occupational therapy: practice in a pluralistic arena. Laurel: Ramsco.

Barris, R., Dickie, V., et Baron, K. (1988). A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. Occupational Therapy Journal of Research, 8, 3-23.

Bränholm, I.-B. et Erhardsson, M. (1994). On life satisfaction and activity preferences in subjects with multiple sclerosis: a comparative study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 1, 17-23.

Bruner, Jerome. (1990). Culture and human development: A new look. Human Development, 33, 344-355.

Burke, J. (1983). Defining occupation: Importing and organizing interdisciplinary knowledge. Dans Kielhofner, G. (ed): Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis.

Champney, T., et Dzurec, L. (1992). Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. Hospital and Community Psychiatry, 43, 899-903.

Comité de la politique de santé mentale. (1987). Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

Comité de la politique de santé mentale. (1994). Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale. Québec: Publications du Québec.

Corten, P. (1992). Un modèle issu des mathématiques peut-il appréhender un fonctionnement mental? Le cas de la qualité subjective de la vie. Lyon: Auteur.

Corten, P. (1993). Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle. Santé mentale au Québec, 18(2), 33-48.

Corten, P., Mercier, C. et Pelc, I. (1994). " Subjective quality of life": clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 178-183.

Cynkin, S., et Robinson, A. (1990). Occupational Therapy and Activities Health: Toward health through activities. Boston: Little, Brown and Company.

Delespaul, P. et DeVries, M. (1987). The daily life of ambulatory chronic mental patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 537-544.

Donald, M., et Havighurst, R. (1959). The meanings of leisure. Social Forces, 37:355-360.

Engelhardt, H. (1983). Occupational therapists as technologists and custodians of meaning. In G. Kielhofner, (éd.). Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy (pp.139-145). Philadelphia: F.A. Davis.

Estroff, S. (1981). Making it crazy. An ethnography of psychiatric clients in an american community. Berkeley: University of California Press.

Fabian, E. (1990). Quality of life: A review of theory and practice implications for individuals with long-term mental illness. Rehabilitation Psychology, 35, 161-170.



Feather, N. et Bond, J. (1983). Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. Journal of Occupational Psychology, 56, 241-254.

Fidler, G. et Fidler, J. (1978). Doing and becoming: purposeful action and self-actualization. American Journal of Occupational Therapy, 32(5), 305-310.

Fidler, G. (1981). From crafts to competence. American Journal of Occupational Therapy, 35 (9), 567-573.

Fisher, A. (1995). AMPS: Assessment of motor and process skills. Fort Collins: Three Star Press.

Frankl, V. (1962). Man's search for meaning. Boston: Beacon Press.

Gage, M. et Polatajko, H. (1994). Enhancing Occupational Performance through an understanding of perceived self-efficacy. American Journal of Occupational Therapy, 48(5), 452-461.

Goldschalx, S.M. (1987). Experiences and coping strategies of people with schizophrenia. Unpublished doctoral dissertation, College of Nursing, University of Utah. (University Microfilms International, #8711458).

Goodinson, S. et Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. International Journal of Nursing Studies, 26, 327-341.

Graef, R., Csikszentmihalyi, M., et Gianinno, S. (1983). Measuring intrinsic motivation in everyday life. Leisure Studies, 2: 155-168.

Gregory, M. (1983). Occupational behavior and life satisfaction among retirees. American Journal of Occupational Therapy, 37 (8), 548-553.

Hasselkus, B. (1988). Meaning in family caregiving: perspectives on caregiver/professional relationships. The Gerontologist, 28, 686-691.

Hasselkus, B. R. (1989). The meaning of daily activity in family caregiving for the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 43 (10), 649-656.

Haworth, J. (1984). The perceived nature of meaningful pursuits and the social psychology of commitment. Society and leisure, 7, 197-216.

Haworth, J. (1986). Meaningful activity and psychological models of non-employment. Leisure Studies, 5, 281-287.

Haworth, J. (1988). Work, leisure and non-employment: Responding to change.

In D. Canter et al. (éds.): Environmental Social Psychology, Series D: Behavioral and Social Sciences, vol. 45(pp.28-35). Dordrecht: Kluwer Academic.

Hayes, R. (1989). Occupational Therapy in the treatment of Schizophrenia. Occupational Therapy in Mental Health, 9, 51-69.

Hinojosa, J., Sabari, J., et Rosenfeld, M. (1983). Purposeful activities, a position paper. American Journal of Occupational Therapy, 37 (12), 805-806.

Hong, P., et Yates, P. (1995). Purposeful activities? What are they? British Journal of Occupational Therapy, 58, 75-76.

Hopkins, H. et Tiffany, E. (1988). Occupational Therapy: Base in activity. In H. Hopkins et H. Smith (éds.). Willard and Spackman's Occupational Therapy (7e éd.) (pp.93-101). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Kielhofner, G. (1988). Occupational Therapy: Base in occupation. In H. Hopkins et H. Smith (éds.). Willard and Spackman's Occupational Therapy (7e éd.) (pp.84-92). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Kielhofner, G. (1992). Conceptual foundations of Occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis.

Kielhofner, G. (1995). A model of human occupation: Theory and application (2e éd.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Kremer, E., Nelson, D., et Duncombe, L. (1984). Effects of selected activities on affective meaning in psychiatric patients. American Journal of Occupational Therapy, 38 (8), 522-528.

Law, Mary. (1991). The environment: a focus for occupational Therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 171-180.

Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M.A., Carswell, A. Et Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61, 191-197.

Lyons B. (1983). Purposeful versus human activity. American Journal of Occupational Therapy, 37 (7), 493-494.

Lyons, R. (1993). Meaningful activity and disability: capitalizing upon the potential of outreach recreation networks in Canada. Canadian Journal of Rehabilitation, 6, 256-265.

Maguire, G. (1983). An exploratory study of the relationship of valued activities to the life satisfaction of elderly persons. Occupational Therapy Journal of Research, 3,

165-172.

Mercier, C. (1993). Qualité de vie et qualité des services. Santé Mentale au Québec, 18 (2),9-20.

Mercier, C. (1994). Improving the quality of life of people with severe mental disorders. Social Indicators Research, 33, 165-192.

Mercier, C. et Corten, P. (1994). Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques. In Vivianne Kovess (éd). Evaluation de la qualité en psychiatrie, (pp. 263-287). Paris: Economica.

Mercier, C., Renaud, C., Desbiens, F., et Gervais, S. (1990). La contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté. Rapport présenté au Programme de Subventions nationales au Bien-être social. Verdun: Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). Politique de santé mentale. Québec: Gouvernement du Québec.

Mosey, A. (1981). Occupational Therapy: configuration of a profession. New York: Raven Press.

- Mosey, A. (1986). Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press.
- Nystrom, E. (1974). Activity patterns and leisure concepts among the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 28 (6), 337-345.
- Olesen, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 22, 187-190.
- Ray, R., et Heppe, G. (1986). Older adults happiness: the contributions of activity breadth and intensity. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 4 (4), 31-43.
- Recker, G., Peacock, E. et Wong, P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: a life-span perspective. Journal of Gerontology, 42, 44-49.
- Reed, K. (1984). Models of practice in occupational therapy. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Reed, K., et Sanderson, S. (1983). Concepts of Occupational Therapy. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Robert, Paul. (1981). Le petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de

la langue française. Paris: Le Robert.

Santé et bien-être social Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes. (1993). Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Schwartzberg, S. L. (1982). Motivation for activities of daily living: a study of selected psychiatric patients' self-reports. Occupational Therapy in Mental Health, 2 (3), 1-27.

Sharrott, G. (1983). Occupational therapy's role in the client's creation and affirmation of meaning. In G. Kielhofner (éd.). Health through occupation: Theory and practice in occupational therapy (pp.213-235). Philadelphia: F.A. Davis.

Simmons, S. (1994). Quality of life in community mental health care, a review. International Journal of Nursing Studies, 31, 183-193.

Smith, N., Kielhofner, G., et Watts, J. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 40 (4), 278-283.

Spivack, G., Siegel, J., Sklaver, D., Deuschle, L. et Garrett, L. (1982). The long-term patient in the community: Life style patterns and treatment implications. Hospital

and Community Psychiatry, 33, 291-295.

Suto, M., et Frank, G. (1994). Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in a board and care home. American Journal of Occupational Therapy, 48 (1), 7-18.

Taylor, L., et Evans, J. (1996). The meaning of sea kayaking for persons with spinal cord injuries. American Journal of Occupational Therapy, 50 (1), 39-46.

Tessier, L. et Clément, M. (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie: Défis des années 1990. Boucherville: Gaëtan Morin.

Thornton, J., et Collins, J. (1986). Patterns of leisure and physical activities among older adults. Activities, Adaptation and Aging, 8 (2), 5-27.

Tickle, L. et Yerxa, E. (1981a). Need satisfaction of older persons living in the community and in institutions, part 1. The environment. American Journal of Occupational Therapy, 35 (10), 644-649.

Tickle, L. et Yerxa, E. (1981b). Need satisfaction of older persons living in the community and in institutions, part 2. Role of activity. American Journal of Occupational Therapy, 35 (10), 650-655.



Trombly, C. (1995). Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. American Journal of Occupational Therapy, 49 (10), 960-972.

Vellenga, B. et Christenson, J. (1994). Persistent and severely mentally ill clients' perception of their mental illness. Issues in Mental Health Nursing, 15, 359-371.

Weeder, T. C. (1986). Comparison of temporal patterns and meaningfulness of the daily activities of schizophrenic and normal adults. Occupational Therapy in Mental Health, 6 (4), 27-49.

Winefield, A., Tiggemann, Winefield, H. (1992). Spare time use and psychological well-being in employed and unemployed young people. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 65, 307-313.

Wong, P. (1989). Personal Meaning and successful aging. Canadian Psychology, 30, 516-525.

Yerxa, E. (1967). Authentic occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 21 (1), 1-9.

Yerxa, E. et Baum, S. (1989). Engagement in daily occupations and life satisfaction among people with spinal cord injuries. The Occupational Therapy Journal of Research, 6, 272-283.

Yerxa, E., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., Stein, C., Zemke, R. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. Occupational Therapy in Mental Health, 8, 1-17.

Yerxa, E., et Locker, S. (1990). Quality of time use by adults with spinal cord injuries. American Journal of Occupational Therapy, 44 (4), 318-326.

Zautra, A. et Goodhart D. (1979). Quality of life indicators: a review of the literature. Community Mental Health Review, 4, 1-10.

**ANNEXES**

**QUESTIONNAIRE OCCUPATIONNEL**

**DIRECTIVES:**

Dans ce questionnaire, vous devrez écrire vos activités de la journée et ensuite répondre à des questions concernant ces activités.

**PREMIERE PARTIE:**

Réfléchissez d'abord à comment vous avez passé vos journées ces dernières semaines. Déterminez ce que vous faites habituellement pendant une journée de la semaine (du lundi au vendredi), en prenant par exemple la journée d'hier. Écrivez vos activités de la journée à partir du lever en utilisant la feuille de réponse ci-jointe. Chaque rangée correspond à une demi-heure. Écrivez l'activité principale que vous feriez pendant cette demi-heure. Une activité peut inclure n'importe quoi en allant de parler à un ami, à cuisiner, à prendre un bain. Si votre activité se prolonge au-delà d'une demi-heure, écrivez-la encore à chaque rangée pour toute la durée de cette activité.

**DEUXIEME PARTIE:**

Après avoir énuméré vos activités, répondez aux quatre questions pour chacune des activités, en encerclant le chiffre correspondant à la réponse la plus appropriée. Prenez note que ces questions vous demandent si vous considérez vos activités comme du travail, des tâches quotidiennes, du loisir, du repos ou du sommeil et de considérer le niveau de qualité avec lequel vous faites ces activités, leur importance et le plaisir que vous avez à les faire. À la première question, le travail ne signifie pas nécessairement une activité payée, mais peut inclure des activités productives qui sont utiles aux autres comme le bénévolat dans un hôpital. Les tâches quotidiennes sont des activités reliées aux soins personnels, comme le ménage et le magasinage. Le repos inclut faire une sieste ou ne rien faire en particulier. Répondez à chacune des questions aussi précisément que possible même si la question ne semble pas appropriée pour certaines de vos activités. Vos réponses sont importantes pour chacune des questions!

Développé par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986).

La première parution de ce questionnaire fut dans: Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 278-283.

Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Aubin, G., Hachey, R., Latour, F. et Colas, F., 1997. Montréal.

# QUESTIONNAIRE OCCUPATIONNEL

ACTIVITES HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
L'AVANT-MIDI	Je considère cette activité comme: 1- du travail 2- des tâches quotidiennes 3- du loisir 4- du repos 5- du sommeil	Je pense que je fais cette activité: 1- Très bien 2- Bien 3- Moyennement 4- Pauvrement 5- Très pauvrement	Pour moi, cette activité est: 1- Extrêmement importante 2- importante 3- A prendre ou à laisser 4- Préfère ne pas la faire 5- une perte de temps totale.	Comment aimez-vous cette activité: 1- Je l'aime beaucoup 2- Je l'aime 3- Pas plus, ni moins 4- Je ne l'aime pas 5- Je ne l'aime vraiment pas
Pour la demi-heure commençant à:	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ACTIVITES HABITUELLES	QUESTION 1 Je considère cette activité comme: 1- du travail 2- des tâches quotidiennes 3- du loisir 4- du repos 5- du sommeil	QUESTION 2 Je pense que je fais cette activité: 1- Très bien 2- Bien 3- Moyennement 4- Pauvrement 5- Très pauvrement	QUESTION 3 Pour moi, cette activité est: 1-Extrêmement importante 2-importante 3-A prendre ou à laisser 4-Préfère ne pas la faire 5-une perte de temps totale.	QUESTION 4 Comment aimez-vous cette activité: 1-Je l'aime beaucoup 2- Je l'aime 3-Pas plus, ni moins 4-Je ne l'aime pas 5-Je ne l'aime vraiment pas
L'APRES-MIDI Pour la demi-heure commençant à: 12:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ACTIVITES HABITUELLES	QUESTION 1 Je considère cette activité comme: 1- du travail 2- des tâches quotidiennes 3- du loisir 4- du repos 5- du sommeil	QUESTION 2 Je pense que je fais cette activité: 1- Très bien 2- Bien 3- Moyennement 4- Pauvrement 5- Très pauvrement	QUESTION 3 Pour moi, cette activité est: 1-Extrêmement importante 2-importante 3-A prendre ou à laisser 4-Préfère ne pas la faire 5-une perte de temps totale.	QUESTION 4 Comment aimez-vous cette activité: 1-Je l'aime beaucoup 2- Je l'aime 3-Pas plus, ni moins 4-Je ne l'aime pas 5-Je ne l'aime vraiment pas
LE SOIR Pour la demi-heure commençant à: 6:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:00	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:30	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



LA NUIT

Pour la demi-heure commençant à:

QUESTION 1  
Je considère  
cette activité comme:  
1- du travail  
2- des tâches  
quotidiennes  
3- du loisir  
4- du repos  
5- du sommeil

QUESTION 2  
Je pense que je fais  
cette activité:  
1- Très bien  
2- Bien  
3- Moyennement  
4- Pauvrement  
5- Très pauvrement

QUESTION 3  
Pour moi,  
cette activité est:  
1-Extrêmement importante  
2-importante  
3-A prendre ou à laisser  
4-Préfère ne pas la faire  
5-une perte de temps  
totale.

QUESTION 4  
Comment aimez-vous  
cette activité:  
1-Je l'aime beaucoup  
2- Je l'aime  
3-Pas plus, ni moins  
4-Je ne l'aime pas  
5-Je ne l'aime  
vraiment pas

	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
12:00																									
12:30																									
1:00																									
1:30																									
2:00																									
2:30																									
3:00																									
3:30																									
4:00																									
4:30																									
5:00																									
5:30																									

**LETTRÉ D'ACCEPTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE  
DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL ST-LUC**



hospitalier universitaire  
Université de Montréal

1000 Avenue Saint-Denis  
Montréal (Québec)  
H3T 1J4

81 2121

Le 21 février 1997

Madame Ginette Aubin  
Ergothérapeute  
Psychiatrie  
Hôpital Saint-Luc

**OBJET :     Protocole 96-64**  
**«Les activités de tous les jours et la qualité de vie chez des personnes souffrant de troubles mentaux sévères»**

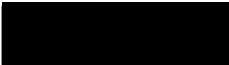
---

Chère Madame Aubin,

Les Comités de la recherche et d'éthique de la recherche ont reçu les modifications apportées au projet mentionné en rubrique.

Cet intéressant projet ainsi que son formulaire de consentement sont maintenant acceptés par nos deux comités et nous vous souhaitons bonne chance dans sa réalisation.

Veuillez agréer, chère Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

  
Claude Thuot, m.d., F.R.C.P.(c).  
Président  
Comité d'éthique de la recherche  
Hôpital Saint-Luc

CT/fb

**S.V.P. : Veuillez utiliser le numéro de projet 96-64 dans votre correspondance.**

P.j.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



hospitalier  
à l'Université de Montréal

à Saint-Denis  
1 (Québec)

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1 2121

### Les activités de tous les jours et la qualité de vie

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre l'importance qui est accordée aux activités de tous les jours par des personnes atteintes d'une maladie mentale. Ces activités incluent tout ce qui peut être fait dans une journée. Cette étude vise aussi à mieux comprendre comment ces activités contribuent au bien-être et à la satisfaction de ces personnes.

#### Description des procédures de l'étude et de votre rôle

Votre rôle dans cette étude consiste à participer à une entrevue. Pendant celle-ci, vous aurez à remplir deux questionnaires et à répondre à quelques questions. Vous remplirez d'abord le Questionnaire Occupationnel, dans lequel vous inscrirez les activités que vous aurez faites pendant les dernières 24 heures. Puis, vous répondrez à 4 questions concernant chacune de ces activités.

Puis, nous vous demanderons de remplir un questionnaire portant sur la qualité de vie. Ce questionnaire contient des questions sur ce que vous pensez de votre vie. D'autres questions portent sur l'évaluation de votre satisfaction par rapport à votre vie en général et dans des domaines plus particuliers de votre vie comme par exemple la santé, les relations interpersonnelles et l'occupation du temps, et votre attitude par rapport à vous-même.

Après le questionnaire sur la qualité de vie, l'intervieweur vous posera des questions supplémentaires concernant votre expérience des activités qui se trouvent sur le Questionnaire Occupationnel. Cette entrevue aura lieu au bureau de l'intervieweur ou dans tout autre lieu qui respecte la confidentialité.

Nous vous invitons à participer à cette étude. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et vous pouvez vous retirer ou refuser de participer en tout temps. Votre décision de participer ou non n'aura aucun effet sur les services auxquels vous avez droit. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question pendant l'entrevue reliée à cette étude et vous retirer en tout temps.

#### Cessation de la participation

Si vous êtes contrarié pendant l'entrevue, vous ou l'intervieweur pouvez l'arrêter en tout temps. Si vous désirez vous retirer du projet de recherche, vous pouvez le faire en tout temps.

#### Avantages

Les avantages de cette étude ne sont pas immédiats. Cette étude a le potentiel, à long terme, d'aider d'autres personnes comme vous, et qui sait, peut-être vous-mêmes. Cette étude permettra une plus grande sensibilisation des ergothérapeutes et des autres intervenants en santé mentale à la vie quotidienne et à l'importance des activités de tous les jours des personnes atteintes de maladie.

### Risques

Ce projet ne comporte aucun risque connu. Le seul désagrément que vous pouvez avoir pourrait provenir de la longueur des entrevues. L'entrevue devrait durer au total, environ une heure et demie. Si vous le désirez, vous pouvez prendre des pauses pendant l'entrevue.

### Confidentialité et anonymat

Toutes les informations fournies resteront confidentielles. Les réponses aux questions des entrevues ne seront pas communiquées à votre médecin, ni à votre thérapeute ou à tout autre membre du personnel de l'hôpital où vous êtes suivi. Afin d'assurer cette confidentialité, un numéro sera utilisé à la place de votre nom sur les feuilles servant à la cueillette des informations. La liste maîtresse des noms sera conservée dans un endroit sécuritaire et sera utilisée seulement par le chercheur, dans le seul but de relier les informations des divers questionnaires se rapportant à chaque personne. Seul le chercheur saura quels noms sont associés à quels numéros. Les questionnaires seront détruits lorsque le projet sera complété.

Ce formulaire ne donne que l'autorisation de vous interviewer afin d'obtenir vos réponses à l'entrevue de l'étude. Un autre formulaire de consentement est joint pour nous donner votre autorisation de consulter votre dossier psychiatrique dans le cadre de cette étude. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à cette recherche, contactez représentant des patients, M. Dubé, au no.(514) 281-2535.

Pour de plus amples informations à propos de cette étude, vous pouvez contacter: Ginette Aubin, Hôpital St-Luc, 190 Boul. René Lévesque est, Montréal, H2X 1N6, tél.: 866-6974.

### **AVANT DE SIGNER CE DOCUMENT...**

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude. Il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez très bien l'étude.

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, une copie de ce document vous sera remise.

_____ SIGNATURE DU CLIENT	(LETTRES MOULEES)	_____ DATE
_____ SIGNATURE DE L'INTERVIEWEUR	(LETTRES MOULEES)	_____ DATE
_____ SIGNATURE DU TEMOIN	(LETTRES MOULEES)	_____ DATE

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**  
**POUR LA CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL**



hospitalier  
l'Université de Montréal

Saint-Denis  
(Québec)

2121

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
POUR LA CONSULTATION DU DOSSIER PSYCHIATRIQUE

**Les activités de tous les jours et la qualité de vie**

Une partie de cette étude consiste à consulter votre dossier psychiatrique. Les informations recueillies seront utilisées conjointement avec les réponses que vous aurez données dans l'entrevue et les questionnaires.

Comme pour l'entrevue de cette étude, afin de protéger votre vie privée et la confidentialité de votre dossier, votre nom sera enlevé de la feuille de données et remplacé par un numéro. De cette façon, seul le chercheur sera capable de retracer vos coordonnées. Votre autorisation de consulter votre dossier nous permettra de recueillir les informations nécessaires à l'étude. Cependant vous pouvez accepter de participer seulement à l'entrevue personnelle. Pour de plus amples informations à propos de ce projet de recherche, veuillez contacter Ginette Aubin, au 190 Boul. René Lévesque est, Montréal, H2X 1N6; tél.: 866-6974.

En signant ci-dessous, vous acceptez que l'on consulte votre dossier psychiatrique dans le cadre de ce projet de recherche. Assurez-vous que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez très bien l'étude. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à la recherche, contactez le représentant des patients, contactez le représentant des patients, M. Dubé au no. (514) 281-2535.

Si vous acceptez de donner votre autorisation pour que nous consultions votre dossier psychiatrique, une copie de ce document vous sera remise.

Par la présente, je donne mon autorisation à Mme Ginette Aubin de consulter mon dossier psychiatrique concernant les services de santé mentale que j'ai reçus depuis le début de mon suivi en psychiatrie.

_____ SIGNATURE DU CLIENT	_____ (LETTRES MOULEES)	_____ DATE
_____ SIGNATURE DE L'INTERVIEWEUR	_____ (LETTRES MOULEES)	_____ DATE
_____ SIGNATURE DU TEMOIN	_____ (LETTRES MOULEES)	_____ DATE