



L'ENNUI DURANT LE SEJOUR PSYCHIATRIQUE : PISTES D'INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE

**Emilie Dévaud¹, Marion Maillard², Jessica Mendes de Almeida³,
Benjamin Aznar⁴, Julie Desrosiers⁵**

¹ Ergothérapeute Bsc, Centre Hospitalier du Valais Romand, Sierre, Suisse

² Ergothérapeute Bsc, Centre médico-social (CMS), Epalinges, Suisse

³ Ergothérapeute Bsc, Cabinet d'ergothérapie Ergomarin, Marin, Suisse

⁴ Ergothérapeute Bsc, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Département de psychiatrie, Prangins, Suisse

⁵ Ergothérapeute, PhD, professeure associée à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Lausanne, Suisse

Adresse de contact : jessicamendes583@hotmail.com

Reçu le 29.09.2021 – Accepté le 29.03.2022

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n1.209

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. L'ennui est un ressenti complexe qui peut avoir des effets délétères sur la santé physique et psychique. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale y sont particulièrement vulnérables lors d'une hospitalisation en établissement psychiatrique. La problématique de l'ennui est toutefois peu considérée dans la prise en charge hospitalière. Les ergothérapeutes, en leur qualité de professionnels de l'occupation, souhaitent le prendre davantage en compte dans leurs interventions.

Méthode. Les objectifs de cette étude sont de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et de concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur un design descriptif-interprétatif. Deux groupes de discussion focalisée (GDF) ont été menés avec des ergothérapeutes (n = 16) travaillant dans le département de psychiatrie d'un hôpital universitaire suisse francophone.

Résultats. Les deux groupes de discussion ont permis de décrire la problématique et d'identifier les pistes d'intervention actuelles et potentielles concernant l'ennui en contexte hospitalier psychiatrique. Les pistes sont développées en 10 thèmes et ont été schématisées pour obtenir un processus d'intervention.

Conclusion. Cette étude propose des pistes d'intervention concrètes organisées sous la forme d'un processus pour la pratique en ergothérapie. Elle relève l'importance pour les professionnels de considérer l'ennui dans l'environnement hospitalier psychiatrique et de valoriser la notion de sens des activités dans leur prise en charge.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Santé mentale, Ennui, Hôpital psychiatrique

BOREDOM DURING THE PSYCHIATRIC STAY: LEADS FOR INTERVENTION IN OCCUPATIONAL THERAPY

ABSTRACT

Introduction. Boredom is a complex feeling that can have deleterious effects on physical and psychological health. People with a mental health disorder are particularly vulnerable to boredom during psychiatric hospitalization. However, the problem of boredom is still little considered in hospital care. Occupational therapists, in their capacity as occupation professionals, would like to consider it more in their interventions.

Method. The objectives of this study are to document the current practices of occupational therapists and to design an intervention model for the management of boredom in the hospital context. This is a qualitative study based on a descriptive-interpretive design. Two focused discussion groups were conducted with occupational therapists (n = 16) working in the psychiatry department of a Swiss university hospital.

Results. The two discussion groups made it possible to describe the problem and to identify current and potential avenues of intervention for boredom in the psychiatric hospital context. The avenues are developed in ten themes and have been diagrammed to obtain an intervention process.

Conclusion. This study proposes concrete avenues of intervention organized in the form of a process for occupational therapy practice. It highlights the importance for professionals to consider boredom in the psychiatric hospital environment and to value the notion of the meaning of activities in the management of boredom.

KEYWORDS

Occupational therapy, Mental health, Boredom, Psychiatric hospital

INTRODUCTION

L'ennui peut être associé à une puissante motivation à se mettre en action (Elpidorou, 2018). Il inciterait à la créativité (Mann et Cadman, 2014), aux interactions sociales (Barbalet, 1999 ; Bench et Lench, 2013) ou encore à s'investir dans de nouveaux projets de manière générale (Bench et Lench, 2019). Malgré cette facette positive, soutenue par des études réalisées en milieu expérimental (Bench et Lench, 2019 ; Mann et Cadman, 2014), d'autres auteurs relèvent de nombreux effets néfastes de l'ennui sur la santé (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Sommers et Vodanovich, 2000). Ainsi, l'ennui a pu être corrélé avec des ressentis négatifs tels que l'anxiété (Martin *et al.*, 2006), le manque de sens perçu dans la vie (Fahlman *et al.*, 2009), l'état dépressif (Constant, Val-Laillet *et al.*, 2021 ; Sommers et Vodanovich, 2000), avec le développement de conduites auto-agressives, avec la consommation des substances ou encore avec la dépendance au jeu (Constant *et al.*, 2019 ; Dal Mas et Wittmann, 2017 ; Sommers et Vodanovich, 2000).

Des études qualitatives réalisées en contexte psychiatrique rapportent que l'ennui est une expérience courante pour les personnes atteintes d'un trouble psychique (Milbourn *et al.*, 2015 ; Todman, 2003). L'ennui, souvent exacerbé lors d'une hospitalisation, nuit fortement à la santé physique, mentale, ainsi qu'à la qualité de vie des usagers (Bowser *et al.*, 2018 ; Newell *et al.*, 2012 ; Constant *et al.*, 2019). Les personnes hospitalisées en psychiatrie sont ainsi plus à risque de développer un ennui chronique et plus vulnérables face à ses conséquences destructrices. Bien que l'ennui fasse souvent l'objet de plaintes de la part des patients, il ne semble souvent pas considéré par les professionnels de la santé comme un problème réel (Long, 2004 ; Martin, 2009).

Depuis les années 2000, des études ont décrit les apports d'une prise en charge thérapeutique de l'ennui, notamment en psychologie et en ergothérapie (Long, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). De nombreux chercheurs défendent la nécessité de considérer sérieusement ce ressenti dans la prise en charge et des pistes d'intervention émergent peu à peu dans les écrits scientifiques (Marshall, Davidson *et al.*, 2019 ; Steele *et al.*, 2013). Malgré la reconnaissance des enjeux de l'ennui dans le contexte psychiatrique, ce phénomène n'a que peu été étudié en milieu clinique (Steele *et al.*, 2013). Quelques pistes ont été identifiées dans la littérature scientifique, cependant, elles sont rarement spécifiques au contexte et à la population des hôpitaux psychiatriques. De plus, il n'existe pas de recommandations spécifiques pour guider les ergothérapeutes dans l'accompagnement d'usagers dont le fonctionnement quotidien est perturbé par une souffrance liée au sentiment d'ennui (Bowser *et al.*, 2018).

L'ennui est décrit par plusieurs auteurs comme un sentiment de vide, de mécontentement, de tristesse, d'anxiété, de colère, voire même de dégoût (Barbalet, 1999 ; Bracke *et al.*, 2006 ; Eastwood *et al.*, 2012 ; Raffaelli *et al.*, 2018). Dans leur étude basée sur une importante recension de théories explicatives de l'ennui, Eastwood *et al.* (2012) suggèrent plus précisément que l'ennui correspondrait à un sentiment de désengagement et d'immobilisation dans un moment présent insatisfaisant, insignifiant (Barbalet, 1999) et sans fin.

Selon de nombreuses théories et études, l'ennui trouverait son origine dans les processus cognitifs (Martin *et al.*, 2012 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2014 ; Newell *et al.* 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). Sur la base de ces théories attentionnelles, plusieurs recherches ont tenté d'observer les retentissements éventuels de l'état d'ennui dans notre cerveau (p. ex. Danckert et Merrifield, 2016 ; Raffaelli *et al.*, 2018 ; Ulrich *et al.*, 2014 ; Yelamanchili, 2018). Danckert et Merrifield (2016) et Ulrich *et al.* (2014) se sont intéressés à la région corticale spécifique du « réseau du mode par défaut » (MPD). Cette zone s'activerait lorsque l'individu n'est pas engagé dans une tâche extérieure et que le cerveau s'occuperait davantage de la pensée interne. Danckert et Merrifield (2016) ont analysé l'activité cérébrale de 10 participants par l'imagerie (IRM) dans quatre états différents : de repos, d'ennui induit, d'intérêt induit et dans une tâche d'attention soutenue. Ils ont remarqué que lorsqu'on est engagé dans une tâche, l'activité cérébrale augmente dans le réseau exécutif central, pendant que l'activité du MPD diminue. Les résultats de cette étude appuient l'hypothèse que l'ennui traduit un état de désengagement (Eastwood *et al.*, 2012) ou de recherche de sens (Westgate et Wilson, 2018).

L'attention est certainement la fonction cognitive qui a été la plus étudiée en lien avec le sentiment d'ennui, notamment dans le domaine de la psychologie (Eastwood *et al.*, 2012 ; Westgate et Wilson, 2018). Bien qu'il reconnaisse qu'une situation offrant trop ou insuffisamment de stimulation puisse engendrer de l'ennui, Barbalet (1999) souligne que cet état ne peut être réduit à une cause attentionnelle. Selon cet auteur, la composante centrale et déterminante de cette expérience resterait le sens, ou le but de l'action, qui ne doit pas être négligé (Barbalet, 1999). Il est fréquent que les témoignages d'ennui rapportent qu'il n'y a « rien à faire » (Fahlman *et al.*, 2013 ; Marshall, Davidson *et al.*, 2019). Cependant, l'ennui ne correspondrait pas au sentiment de « ne rien avoir à faire », mais plutôt de « ne rien avoir à faire qui ait du sens » (Barbalet, 1999 ; Eastwood *et al.*, 2012 ; Martin *et al.*, 2012). Dans le même ordre d'idées, certaines théories explicatives de l'ennui le décrivent comme une émotion gardienne du sens, nécessaire au fonctionnement humain (Barbalet, 1999 ; Bench et Lench, 2013 ; Elpidorou, 2018).

Dans une étude s'intéressant à la recherche de sens, Van Tilburg et Igou (2011) avancent, à l'instar des études expérimentales de Fahlman *et al.* (2009) et de Westgate et Wilson (2018), que l'ennui est causé par une activité qui n'offre ni un objectif signifiant ni suffisamment de défis sur le plan cognitif. Une étude qualitative réalisée auprès de 646 patients issus de 53 centres de réhabilitation de Belgique a montré que ces personnes se sentaient plus souvent ennuyées lorsqu'elles étaient confrontées à des tâches répétitives, sans valeur intrinsèque et sans objectifs clairs, ni obligations (Bracke *et al.*, 2006). Selon ces auteurs, des caractéristiques semblables peuvent être retrouvées dans les activités proposées en réadaptation. De plus, dans une étude explorant les aspects néfastes de l'hospitalisation en psychiatrie, selon l'expérience de 41 patients, Roe et Ronen (2003) remarquent que le manque d'opportunités d'agir aurait également des répercussions directes sur la perte de confiance en soi, elle-même associée à une perte de contrôle et de sens de la vie. Cette problématique est mise en évidence dans l'étude clinique des ergothérapeutes Boyd *et al.* (2012), qui relèvent que les résidents des établissements médico-sociaux passent la majeure partie de leur journée sans être occupés (environ un tiers du temps). Elles expliquent qu'une part importante de leur

agitation est attribuable à des besoins non satisfaits liés à l'ennui et à la confusion, appuyant le fait que le besoin d'être actif ne diminue pas avec l'âge (Boyd *et al.*, 2012).

De manière générale, plusieurs auteurs reconnaissent que l'environnement influence le sentiment d'ennui, indépendamment de la personne et de son occupation (Mikulas et Vodanovich, 1993). Au contraire, d'autres chercheurs pensent qu'il est question d'interprétation individuelle (Eastwood *et al.*, 2012) et non d'environnement problématique (Raffaelli *et al.*, 2018). Dans une étude s'intéressant aux effets de l'ennui chronique, Todman (2003) présente deux conceptions de l'ennui : l'un indépendant, et l'autre dépendant de la situation. L'ennui indépendant de la situation serait relié aux différents processus internes, comme l'incapacité à utiliser des mécanismes d'adaptation. Le second type d'ennui perçu par Todman serait dépendant de la situation, c'est-à-dire causé par des conditions de l'environnement comme la monotonie ou la répétitivité ; cet ennui disparaîtrait donc une fois le contexte modifié. L'interprétation des résultats de Mercer-Lynn *et al.* (2014) rejoint Todman (2003) : bien que chaque individu ait une sensibilité aux stimulations externes différente, l'environnement (p. ex. prison, hôpital psychiatrique) pourrait à lui seul être créateur d'ennui (Binnema, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2014). Ainsi, un sentiment de contrainte maximiserait les chances de faire émerger de l'ennui (Fahlman *et al.*, 2013). En outre, l'offre limitée d'activités, la réduction des droits de la personne ou encore de ses déplacements augmentent sa perception d'être incapable de s'engager dans une activité signifiante (Binnema, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

La capacité d'un individu à faire face à l'ennui serait influencée par divers facteurs de la personnalité ainsi que par le degré de vulnérabilité aux psychopathologies (Danckert et Allman, 2005 ; Mercer-Lynn *et al.*, 2013 ; Sommers et Vodanovich, 2000). Les conséquences négatives de l'ennui seraient d'autant plus inquiétantes pour des personnes déjà fragilisées par un trouble de santé mentale (Martin, 2009 ; Newell *et al.*, 2012). La problématique de l'ennui chez les patients durant un séjour en psychiatrie est soutenue par une importante documentation multidisciplinaire (Binnema, 2004 ; Bowser *et al.*, 2018 ; Newell *et al.*, 2012 ; Steele *et al.*, 2013). Près de la moitié des études retenues par Marshall, McIntosh *et al.* (2019) pour leur étude de portée évoquent les difficultés créées par l'ennui dans les milieux de soins psychiatriques.

Par exemple, dans leur revue scientifique, Masland *et al.* (2020) relèvent que les symptômes du trouble de la personnalité limite sont fortement corrélés avec le sentiment d'ennui. L'enquête menée par Newell *et al.* (2012) auprès d'une population présentant une pathologie psychique a permis de constater que les personnes ayant un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux seraient plus sujettes à l'ennui. Les patients atteints de schizophrénie seraient moins prédisposés à l'ennui que ceux souffrant de dépression, mais tout de même davantage que ceux présentant d'autres troubles psychotiques (Newell *et al.*, 2012). Dans un contexte médico-légal, une majorité des participants atteints de psychose interrogés par Bowser *et al.* (2018) ont indiqué que l'ennui les rendait instables puisqu'ils avaient du temps pour se focaliser sur leurs pensées et leurs délires, tandis que le fait de s'adonner à des activités leur procurait une distraction qui les

maintenait dans le moment présent. Certains verraient même leurs symptômes psychotiques et dépressifs augmenter lorsqu'ils s'ennuient (Bowser *et al.*, 2018).

Plusieurs suggestions, conseils et solutions proposés par différents auteurs pour réduire l'ennui ont pu être identifiés. Tout d'abord, Marshall, McIntosh *et al.* (2019) ainsi que Westgate et Wilson (2018) mettent en avant l'importance d'une évaluation de l'ennui. Les ergothérapeutes devraient pouvoir différencier l'état d'ennui (ressenti passager) de la tendance à l'ennui (trait de personnalité prédisposant à l'ennui) (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). D'un point de vue ergothérapeutique, les chercheurs suggèrent d'évaluer l'ennui en considérant les aspects environnementaux, occupationnels (Long, 2004) et internes à la personne. Durant la prise en charge, le thérapeute devrait être attentif à adapter en continu le niveau de difficulté des tâches afin qu'elles soient vécues avec un juste niveau de défi permanent (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Martin *et al.*, 2012).

Plusieurs recherches s'accordent sur l'importance d'un engagement occupationnel signifiant pour l'utilisateur, car l'ennui pourrait être diminué lorsque sa vie est perçue comme porteuse de sens (Bracke *et al.*, 2006 ; Fahlman *et al.*, 2009 ; Newell *et al.*, 2012 ; Steele *et al.*, 2013). Westgate et Wilson (2018) proposent plusieurs pistes : si l'on veut maintenir la même activité, des objectifs peuvent être formulés en accord avec les valeurs de la personne. L'utilisateur pourrait également s'engager dans une activité différente, qui suscite davantage d'intérêt, de plaisir et de sens (Westgate et Wilson, 2018). L'étude de portée de Marshall, McIntosh *et al.* (2019) propose que des activités significatives, stimulant le corps et l'esprit (Steele *et al.*, 2013), soient mises en place dans des services hospitaliers de santé mentale (p. ex. espaces de discussion, jeux, activités physiques). Des activités non routinières et intrinsèquement gratifiantes sont également à privilégier pour réduire l'expérience de l'ennui (Bracke *et al.*, 2006). D'après une proposition de Steele *et al.* (2013), des bénévoles pourraient être engagés afin d'accroître la fréquence et la variété des activités proposées par les services.

La présente étude s'intéresse particulièrement à l'ennui vécu par des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale lorsqu'elles sont hospitalisées en milieu psychiatrique et souhaite apporter un soutien aux pistes d'intervention disponibles aux professionnels de santé. Les travaux scientifiques rapportés par cette recension des écrits montrent clairement que l'ennui est un problème complexe qui ne peut être réduit uniquement à un manque d'occupation. Différents travaux soutiennent que les compétences spécifiques des ergothérapeutes font d'eux des professionnels qualifiés pour intervenir auprès de personnes souffrant d'ennui (Newell, 2009 ; Newell *et al.*, 2012 ; Royal College of Occupational Therapists, 2017). Les ergothérapeutes sont vus comme les experts pour maximiser les capacités de la personne à vivre de façon autonome et indépendante, aider les individus à s'engager dans des rôles signifiants et gérer leurs responsabilités (Bowser *et al.*, 2018). Ainsi, de nombreux auteurs soutiennent que l'ergothérapie serait bénéfique pour remédier à un ennui problématique (Bowser *et al.*, 2018 ; Long, 2004). La présente recension révèle toutefois l'insuffisance de recommandations concrètes pour guider l'intervention des professionnels dans les milieux cliniques. Par ailleurs, la plupart des recherches citées

proviennent de pays anglophones et extra-européens et très peu de données sont disponibles pour la Suisse. Le service de psychiatrie ayant identifié la problématique de l'ennui chez les usagers et dans lequel cette étude a été menée dispose de 353 lits et présentait un taux d'occupation de 97 % en 2019. En 2020, l'ensemble des hôpitaux psychiatriques suisses enregistraient en moyenne une durée de séjour à 5,3 jours pour les hommes et 5,1 pour les femmes. Ces chiffres montrent que les professionnels en santé mentale travaillent dans des services remplis, mais où les patients ne restent que quelques jours. Il existe donc un besoin de développer des prises en charge efficaces et adaptées, ciblant les besoins des usagers.

MÉTHODES

Type de recherche envisagé

Cette étude vise à documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et à concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier, au travers de deux groupes de discussion focalisée (GDF). Pour cela, une méthodologie qualitative de type descriptif-interprétatif est indiquée (Gallagher et Marceau, 2020).

Afin d'obtenir des données compréhensives et descriptives sur le sujet de l'ennui durant une hospitalisation dans un établissement psychiatrique, le point de vue de 16 ergothérapeutes a été recueilli. Dans une perspective interprétative, à la fin de la rencontre, une réflexion collective a été réalisée autour des potentielles pistes d'intervention spécifiques pour la pratique dans le contexte suisse romand. L'ensemble de l'étude a été réalisé dans le contexte du travail de bachelor des trois premiers auteurs.

Groupes de discussion focalisée

Les GDF ont permis d'identifier les principaux points à explorer dans la problématique de l'ennui durant le séjour des patients en psychiatrie, ainsi que les pratiques actuelles et potentielles des ergothérapeutes pratiquant dans ce contexte. Cette méthode de collecte de données a servi avant tout à explorer les pistes d'intervention. Le but des GDF était de générer une compréhension du sujet riche et approfondie, mais aussi de l'expérience, des similitudes, des divergences et des croyances des ergothérapeutes interviewés (Desrosiers *et al.*, 2020).

Les GDF ont été organisés dans deux locaux où travaillaient certains des participants. Les discussions ont été coanimées par deux chercheuses pendant qu'une troisième observait et prenait note des interventions non verbales et des réactions perçues lors des échanges afin de compléter l'analyse ultérieurement. Cette démarche offre une vue d'ensemble sur les idées émises, dans le but de donner une rétroaction aux ergothérapeutes en fin de rencontre (Desrosiers *et al.*, 2020).

Participants à l'étude et stratégie d'échantillonnage

Il est recommandé de réunir entre 5 et 12 participants pour un groupe de discussion focalisée (Desrosiers *et al.*, 2020). D'après Gallagher et Marceau (2020), l'échantillon doit être composé d'experts du concept étudié. Dans le contexte de cette recherche, des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie dans un centre hospitalier universitaire en Suisse francophone avaient déjà identifié la problématique d'ennui chez les usagers. L'ensemble des ergothérapeutes du département a ensuite été contacté par courriel pour vérifier leur intérêt à participer à l'étude. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Au total, 16 ergothérapeutes ont accepté de participer à cette recherche. Leur patientèle allait de l'adolescence à l'âge avancé et englobait une variété de troubles psychiques (p. ex. troubles de l'humeur, troubles psychotiques, démences). Douze ergothérapeutes travaillaient principalement avec des patients en soins aigus, de la crise à la stabilisation des symptômes. Quatre participants étaient employés dans des services prodiguant uniquement des suivis ambulatoires. Quatre participants ont indiqué avoir une pratique à la fois hospitalière et ambulatoire. Finalement, deux participants étaient étudiants en ergothérapie en stage dans les services susmentionnés.

Récolte et analyse des données

La récolte de données du premier GDF s'est basée sur un canevas de questions ouvertes (voir tableau 1).

Tableau 1 : Canevas d'entretien du 1^{er} groupe

Questions d'entretien de groupe
1) Comment en êtes-vous arrivé à penser que l'ennui des patients est problématique dans ce contexte d'hôpital psychiatrique ?
2) À quelle fréquence observez-vous que les patients s'ennuient pendant leur hospitalisation ?
3) Qu'est-ce qui est fait dans vos lieux de pratique pour lutter contre l'ennui (qui ne vient pas du service d'ergothérapie) ?
4) Que faites-vous lorsqu'un patient montre de l'ennui actuellement ?
<i>[Présentation d'une synthèse de la recension des écrits avant la suite des questions.]</i>
5) Selon vous, les pistes identifiées dans la littérature seraient-elles réalisables ? Comment, d'après vous, pourrait-on les mettre en pratique dans votre contexte ?
6) En lien avec votre expérience et avec notre présentation, pouvez-vous imaginer des pistes pour l'intervention auprès de personnes qui s'ennuient ?

La méthode d'analyse du premier GDF a été construite sur la base des recommandations de Gallagher et Marceau (2020). Les entretiens ont été enregistrés audionumériquement et retranscrits en verbatim par les chercheuses du présent article. Ils ont été lus et écoutés plusieurs fois dans le but de s'imprégner des données et d'obtenir une vision globale de l'avis des participants. Ensuite, une grille d'analyse a été construite par thématisation indépendante à l'aveugle pour un premier tri des informations. Une étape de présentation des données a permis de faire ressortir les relations entre les thèmes afin d'approfondir la description. Cela a permis une compréhension interprétative et globale du phénomène étudié, comme le demande le design de recherche choisi, ensuite soumis à vérification. La confirmation de l'analyse par les participants a été obtenue par un second entretien de validation en présentiel.

Le second GDF s'est basé sur la synthèse du premier, où plusieurs thèmes avaient émergé. Les auteurs ont préparé une pancarte par thème. Ces dernières ont été réparties aléatoirement entre les participants, réunis par groupes de deux à trois personnes. Chaque groupe a écrit sur sa pancarte des idées et outils d'intervention. Une restitution finale avec l'ensemble des participants a permis de générer des débats et d'enrichir chaque thème d'éléments supplémentaires. Au terme du second GDF, les ergothérapeutes ont participé consensuellement à l'analyse des données en organisant les pancartes afin de faire apparaître un processus. L'analyse des données récoltées lors de cet entretien est identique à l'analyse du premier GDF.

Considérations éthiques

La présente recherche n'a pas été au préalable soumise à un comité d'éthique, néanmoins des mesures ont été prises afin de garantir les conditions éthiques. Un formulaire d'information et de consentement a été signé par l'ensemble des participants. L'ensemble des données récoltées pendant l'étude a été gardé confidentiel, anonyme et protégé. Seuls les auteurs de l'étude ont eu accès à ces données. Aucune compensation financière n'a été offerte pour la participation à cette recherche.

RÉSULTATS

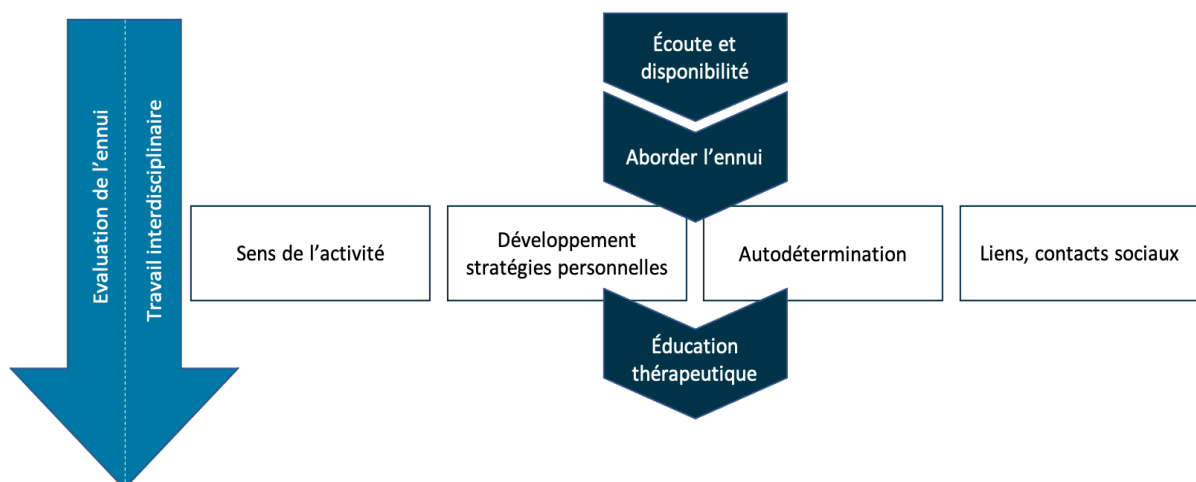
Les participants ont échangé leurs idées et expériences au cours de deux GDF d'une durée de deux heures. La première séance a compté 7 participants, et la seconde 13 participants. Quatre ergothérapeutes ont participé aux deux rencontres.

Au terme de la synthèse des données, 10 thèmes ont émergé de l'analyse des verbatim. Il s'agit de pistes proposées par les ergothérapeutes pour intervenir face à l'ennui (voir tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des thèmes issus des GDF

Pistes d'intervention (n = 10 thèmes)
Définir l'ennui
Être à l'écoute et se rendre disponible
Aborder l'ennui
Évaluer l'ennui
Travailler avec les autres professionnels pour des objectifs communs
Offrir la possibilité de faire des activités qui ont du sens
Soutenir le développement de stratégies personnelles
Favoriser l'autodétermination
Favoriser les liens et contacts sociaux
Soutenir l' <i>empowerment</i> par l'éducation thérapeutique

Les participants ont également organisé leurs pistes d'intervention concrètes en un processus à l'image d'une prise en charge ergothérapeutique. Le schéma suivant en est ressorti (voir figure 1).

Figure 1 : Processus schématisé selon la proposition des ergothérapeutes

Définir l'ennui

L'ennui est un concept pouvant référer à divers usages. Les participants ont d'abord tenu à préciser ce qu'ils entendaient par l'expérience de l'ennui.

Le fait de ne rien faire et d'accepter le fait de ne rien faire, ce n'est pas forcément de l'ennui dans ma vision. L'ennui, ça sera vraiment de ne rien faire et de s'en plaindre [...]. (P12)

Selon les participants, bien que certains usagers la verbalisent, l'expression de cette souffrance passe pour d'autres par l'action. Les ergothérapeutes interviewés ont constaté la problématique de l'ennui en observant les conséquences qu'il pouvait avoir sur leurs patients. Ils ont mentionné des conduites délétères pour la santé, telles que l'augmentation de la consommation de tabac, de drogues, ou encore des troubles du comportement (p. ex. agressivité, intolérance à la frustration).

Donc c'est vrai que ça c'est un signe [d'ennui] parfois : les troubles du comportement. Des personnes [...] qui vont commencer à taper contre les murs. [...] Je pense à un exemple, si le café, il n'y avait pas le sucre à côté, ils vont s'énerver, ils ne vont supporter absolument rien. (P6)

Ce sont souvent les conséquences négatives de l'ennui qui ont éveillé chez les ergothérapeutes des questionnements autour de ce thème.

Par leur formation et leurs compétences, les ergothérapeutes ont dit appréhender l'ennui avec une perspective globale et occupationnelle. Ils l'ont décrit comme une problématique sérieuse à considérer car pouvant nuire au rétablissement des patients en psychiatrie. Selon eux, l'ergothérapeute devrait se placer en « expert » de l'ennui au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Je pense que pour que l'ennui soit pris au sérieux, il faut montrer ses conséquences. [...] Je pense qu'il faut expliquer qu'est-ce que ça provoque en fait. [acquiescements] (P8)

Être à l'écoute et se rendre disponible

Pour entamer le processus d'intervention, les participants ont souligné l'importance de se montrer disponible et attentif aux signes d'ennui des patients. Selon eux, les ergothérapeutes ont l'avantage d'être plus flexibles et libres dans leur pratique par rapport aux autres professionnels.

Ils ont recommandé de vérifier l'accessibilité des espaces thérapeutiques, afin de retenir l'intérêt des patients qui s'ennuient et d'entrer plus facilement en contact avec eux. Selon les participants, prêter une oreille attentive aux patients est une attitude qui permet déjà d'engager un processus thérapeutique.

Aborder l'ennui

Sur cette base informelle et non intrusive, les participants ont ensuite suggéré d'utiliser des moyens typiquement ergothérapeutiques pour aborder concrètement l'ennui. Selon eux, les objets mis à disposition dans les salles d'ergothérapie permettent par exemple aux patients d'entreprendre une activité spontanément.

C'est beaucoup moins intrusif pour la personne que de l'asseoir devant et dire « allez-y, racontez-moi tout ». Juste s'asseoir à côté et sortir deux ou trois petits trucs et déjà ils vont se mettre en action [...] parce qu'on n'est pas face à eux. (P2)

Selon les ergothérapeutes, l'approche par l'activité permet de créer un lien avec la personne, de l'aider à s'exprimer, mais également de l'accompagner dans l'analyse du sens qu'elle met dans ses actions.

L'ennui peut être abordé en groupe, en discussion interdisciplinaire, voire lors de rencontres patients-soignants.

On a un forum [une rencontre] soignants-soignés où justement ce thème-là est abordé parfois. [...] Il y a un échange pluridisciplinaire avec le patient inclus. Et effectivement on peut échanger, et le médecin peut dire s'il pense que l'ennui peut être bénéfique. (P9)

D'après les participants, il faudrait éviter d'aborder l'ennui dans certains contextes. En chambre de soins aigus par exemple, où le patient subit une privation sensorielle et occupationnelle intentionnellement. L'environnement est imposé et l'état psychique de la personne est instable, limitant considérablement la possibilité de travailler sur l'ennui.

Évaluer l'ennui

Les participants ont souligné l'importance de réaliser une évaluation complète avant de proposer une prise en charge de l'ennui. À l'image des modèles de pratique spécifiques à l'ergothérapie, cela afin de poser des objectifs et mener l'intervention.

Les ergothérapeutes ont encouragé un dépistage précoce de l'ennui. Il s'agit d'être réactif, par exemple lorsqu'un patient erre ou vit une rupture occupationnelle.

Ce qu'on voit beaucoup, c'est la rupture de routine : ce sont des gens qui ont perdu soit leur formation, soit leur job, soit qui n'ont pas les moyens actuellement, en termes d'énergie, de se réinscrire dans les groupes dans lesquels ils étaient. Donc il y a du vide d'un seul coup, et puis là il y a de l'ennui. (P10)

Le diagnostic psychiatrique (p. ex. dépression) ne devrait pas, selon les ergothérapeutes interrogés, être au centre de l'évaluation. Ils insistent davantage sur l'identification des causes et conséquences de l'ennui, tout en considérant le contexte de la personne (p. ex. lieu de vie, sphère professionnelle, engagements sociaux) dans une perspective globale et occupationnelle.

Au terme de son analyse, l'ergothérapeute devrait rapporter les informations essentielles à l'équipe interdisciplinaire. Les participants ont mis l'accent sur l'utilisation d'un langage commun afin d'assurer la qualité des transmissions. Ils ont également réfléchi à l'adaptation ou la création d'outils de mesure ciblés afin de faciliter l'évaluation de l'ennui et les échanges entre professionnels de l'équipe. Ils ont suggéré de se baser sur des tests existants, comme l'échelle de tendance à l'ennui (Boredom Proneness Scale [BPS]) de Farmer et Sundberg (1986) ou l'échelle multidimensionnelle de l'état d'ennui (Multidimensional State Boredom Scale [MSBS]) de Fahlman *et al.* (2013).

Travailler avec les autres professionnels pour des objectifs communs

Les ergothérapeutes interviewés ont mis en évidence des divergences entre les représentations de l'ennui que peuvent avoir les différents professionnels d'une équipe. D'un point de vue occupationnel, eux voient plutôt l'ennui comme un problème, alors que les avis médicaux-soignants le trouvent thérapeutique puisqu'il permettrait l'introspection.

Il y a des médecins qui partent du principe qu'en hôpital, quand on s'ennuie, c'est bien parce que ça va permettre de réfléchir à sa maladie. [acquiescements] Et ça, ça reste quelque chose qui est profondément ancré. [plusieurs acquiescements] Quelle que soit la maladie, quelle que soit la personne, quelles que soient les occupations à l'extérieur : [ils partent du principe que] c'est bon. (P6)

D'après les participants, la prise en charge pourrait être négativement impactée par une telle conception basée sur des préconceptions positives de l'ennui. Il est impératif de tenir compte de la spécificité de chaque patient, car selon eux, l'ennui n'est pas bénéfique pour tous les usagers en santé mentale.

D'après les propos recueillis, cette vision de l'ennui devrait être déconstruite si l'on veut intervenir sur l'ennui de manière efficace et en interdisciplinarité. Les ergothérapeutes ont suggéré d'organiser des formations ou des moments d'échange interdisciplinaire sur l'ennui pour les équipes soignantes. Ce serait un moyen de transmettre les résultats et pistes des recherches récents, de partager réflexions et conceptions afin de développer une compréhension commune.

Les participants ont remarqué que leur fonction était encore parfois mal comprise.

Je pense que le sujet était tabou pour les ergothérapeutes pendant longtemps, parce qu'on ne voulait pas dire : « Je suis là pour vous désennuyer », donc on n'abordait pas les patients en disant : « Est-ce que vous vous ennuyez ? Parce que justement je suis là pour ça. » Et on en avait marre de se faire dire : « Ce patient s'ennuie, occupe-en toi, donne-lui un petit coloriage à faire. » (P2)

Pour y remédier, ils ont conseillé de se montrer ouvert et d'inviter les autres professionnels (p. ex. infirmiers, médecins) à observer leurs thérapies ou à coanimer des groupes. D'après eux, clarifier le champ d'expertise de chaque professionnel dans une dynamique d'équipe ouverte et curieuse améliorerait leur collaboration.

Accompagner la recherche de sens dans les activités

Selon les participants, l'investissement dans des activités signifiantes serait un important pilier pour le rétablissement des personnes hospitalisées en psychiatrie.

C'est souvent vu comme un problème simple, qu'on a juste à occuper les gens puis ça va être réglé. (P2)

Ils ont répété qu'une occupation valorisée par la personne est nécessaire pour réduire le sentiment d'ennui. Ils ont ensuite décrit comment l'ergothérapeute pourrait accompagner les patients vers un engagement signifiant dans la prise en charge de l'ennui.

Tout d'abord, avoir la possibilité de choisir favoriserait la perception de sens. D'après les participants, l'ergothérapeute peut soutenir le patient dans les prises de décision, pour l'accompagner progressivement vers l'autodétermination.

Lorsque quelqu'un porte une activité, qu'il a pu la choisir, que ça n'a pas été induit ou prescrit par nous... ça n'a pas du tout le même impact ! (P6)

Les participants ont également recommandé d'utiliser l'adaptation de l'activité (facilitation ou complexification) afin d'augmenter la perception de sens et même de réduire le sentiment d'ennui. Pour ce faire, ils ont préconisé d'ajuster l'activité à un bon degré de défi pour le patient. Selon eux, la tâche doit lui demander un effort dans sa zone de compétence, pour absorber son attention, créer une sensation d'investissement total et de la satisfaction.

Les ergothérapeutes proposent aussi d'aider la personne à trouver du sens par le biais d'une activité sociale. Il s'agit de s'y trouver un rôle signifiant afin de prendre du plaisir et de ne pas s'ennuyer. Cela peut être dans le cadre hospitalier (p. ex. groupes thérapeutiques) ou avec un engagement externe (p. ex. association, rôle professionnel).

Si la personne prend le lead du Time's Up [jeu de société] et qu'elle commence à avoir un rôle significatif dans l'activité, dans le groupe... Au début il [le patient] se disait « bof, j'ai pas trop envie », mais en le mettant en situation de prise de rôle ancré dans le jeu ou bien dans l'activité, là d'un coup l'ennui peut s'effacer. (P1)

Finalement, l'intérêt d'offrir une prise en charge au plus proche des activités quotidiennes du patient a été discuté. Certains participants ont trouvé qu'intervenir sur la réalisation des activités quotidiennes (p. ex. participation à la préparation d'un repas) donne souvent aux patients un grand sentiment de sens car cela maintient leurs routines, leurs compétences, et donc leur autonomie.

Soutenir le développement de stratégies personnelles

D'après les participants, une grande partie des patients s'ennuient par manque de ressources internes pour gérer les limitations et dérèglements occupationnels qu'engendre une hospitalisation (p. ex. espace fermé, attente). Améliorer l'autonomie des usagers par l'autogestion et le développement d'habiletés personnelles pour répondre à l'ennui constitue un objectif central pour les ergothérapeutes interviewés.

Les ergothérapeutes ont conseillé de valoriser les initiatives et les discours-changement des usagers. Des supports écrits, tels que le *listing* (p. ex. personnes-ressources, activités-ressources) ou la balance décisionnelle, peuvent également être utilisés.

Lister les personnes-ressources, qui serait une des stratégies à mettre en place [...] Ça peut être dans les contacts d'un téléphone par exemple. Mais le but, c'est que la personne sache où retrouver potentiellement ces informations. (P11)

Selon plusieurs ergothérapeutes, l'utilisation de l'emploi du temps comme outil permettrait de changer la perception de l'ennui et du temps qui passe.

Parfois, les gens ne s'ennuient qu'une heure dans leur journée, peut-être le soir, mais ils auront l'impression que ça prend toute la place. Finalement, ne serait-ce qu'en posant les choses sur un emploi du temps, ça va permettre de relativiser cet ennui. [acquiescements] (P13)

Toutefois, les participants ont souligné l'importance d'un suivi ambulatoire pour transférer au quotidien l'utilisation des stratégies organisationnelles développées durant le séjour.

Selon les ergothérapeutes, l'engagement personnel du patient constitue le carburant de la thérapie orientée sur le renforcement des ressources. L'utilisateur doit entrer dans son processus de guérison comme acteur dans la prise de décisions et la poursuite de ses objectifs. Pour accéder aux activités dans l'environnement hospitalier, il semble nécessaire que le patient puisse faire preuve d'initiative, et c'est là que l'ergothérapeute peut entreprendre le rôle de soutien afin d'éviter le repli et l'ennui.

Favoriser l'autodétermination

Selon les participants, un cadre hospitalier rigide est imposé aux patients en psychiatrie (p. ex. heures des repas, prises de médicaments, sorties). Or, ils ont expliqué qu'aider l'utilisateur à maintenir ou reprendre le contrôle sur sa vie donnerait plus de sens à son séjour et préviendrait l'ennui.

Lorsqu'un patient se trouve dans un état psychologique l'empêchant de raisonner avec lucidité (p. ex. décompensation), les participants ont suggéré d'utiliser la mise en activité pour déjà apporter une certaine reprise de contrôle sur sa vie.

On a des patients [hospitalisés contre leur volonté] qui n'ont absolument plus de droits. On leur dit à quelle heure se doucher, à quelle heure se laver les mains, à quelle heure manger... tout ! Pour aller faire pipi ils doivent sonner... Il faut vraiment s'imaginer. Donc de pouvoir, à un moment, dire à ces gens : « là vous avez le choix », même si c'est sur un dessin, sur quelque chose qui peut paraître complètement banal à l'extérieur. [...] C'est vraiment une partie de liberté, c'est offrir une opportunité à quelqu'un qui n'en a pas. (P6)

Plus le patient est en capacité de prendre des décisions, plus les ergothérapeutes recommandent de diminuer la guidance et de prendre un rôle d'émancipateur. Du matériel pourrait par exemple être prêté au patient pour soutenir un engagement occupationnel autonome tout en gardant un lien thérapeutique.

Les participants ont également pris conscience de leur rôle par rapport à l'accessibilité et l'intelligibilité de l'environnement hospitalier. Selon eux, l'ergothérapeute peut contribuer à informer les patients (p. ex. droit aux congés, offre d'activités) pour susciter des initiatives et baser leurs choix.

Ce que la personne voit, ce qu'elle va pouvoir regarder autour d'elle : « Bah tiens ça, ça me plaît, ça, ça m'intéresse, ça pas du tout. » Déjà rien que là, il y a une part de choix qui est réalisée, et sur laquelle la personne ne sent pas forcément... on ne lui a pas dit « il faut faire ça, et pas ça ». (P7)

Les propos des participants suggéraient qu'une plus grande responsabilité devrait être donnée au patient dans sa propre prise en charge. Afin d'augmenter cette responsabilisation, les ergothérapeutes ont discuté les apports et les limites d'une participation de l'utilisateur à son programme hospitalier. Le fait d'organiser ses horaires, thérapies et temps libres rendrait la personne plus autonome et modifierait sa perception du temps qui passe, influençant ainsi positivement l'ennui. Toutefois, pour beaucoup de participants, l'application de cette idée dans la réalité hospitalière semble difficile.

Favoriser les liens et contacts sociaux

Les ergothérapeutes ont remarqué que les activités de groupe avaient de nombreux apports pour les patients qui s'ennuient. Les moments partagés avec d'autres personnes génèrent des interactions sociales, des prises de rôle ainsi qu'un sentiment d'appartenance. Ils permettent de combattre la solitude qui accompagne l'ennui, deux notions qui ont par ailleurs souvent été associées dans les discours des participants. Cela peut se faire autour d'occupations ludiques (p. ex. jeux de société), créatives ou lors d'activités quotidiennes communes (p. ex. groupe cuisine). Les participants ont proposé de s'inspirer de la pratique communautaire qu'ils trouvent innovante.

À faire une partie de cartes avec quelqu'un d'autre, le temps ne passe pas de la même façon que si t'étais en train de faire une petite patience. C'est les mêmes cartes, mais il y a quelque chose... t'es dans un sentiment d'être connecté avec les autres, déjà il me semble que c'est différent. (P2)

Les ergothérapeutes ont suggéré de partager leurs connaissances pour l'aménagement des espaces communs dans le but de favoriser les activités autonomes (p. ex. babyfoot, salle TV). La mise en place de groupes d'activité en collaboration avec le service d'animation (p. ex. jardinage, sport) ou avec l'équipe soignante (p. ex. activités spontanées le week-end) offrirait un terrain favorable aux réunions et au soutien, que ce soit entre pairs ou avec le personnel soignant.

Cette création de lien souvent leur fait du bien, que ce soit sur des moments spontanés, ou plus ludiques. [...] On a un monsieur qui se met tout le temps à cette table au milieu [désigne un espace commun à côté de l'atelier d'ergothérapie], parce qu'il sait qu'il va croiser des gens et il utilise un jeu pour entrer en contact avec les autres. Ça l'a beaucoup aidé. Je pense que ça a comblé l'ennui. (P5)

Les participants constatent moins de plaintes d'ennui chez les personnes qui reçoivent des visites à l'hôpital ou qui ont des proches disponibles et soutenant. Cependant, il n'est pas rare que le réseau social et occupationnel des patients qui s'ennuient soit déjà appauvri à domicile. Dans ces situations, le développement de contacts sociaux à l'hôpital ne suffit pas à remédier à l'ennui ; il faut développer les services de soins ambulatoires.

Soutenir l'empowerment par l'éducation thérapeutique

Selon les participants, l'éducation thérapeutique est un processus qui renforce les habiletés du patient à prendre en charge sa pathologie conjointement aux soins prodigués.

Quand on connaît mieux sa maladie, on a plus envie d'agir contre et de se mettre en mouvement. (P5)

D'après les professionnels interviewés, utiliser l'éducation thérapeutique aiderait le patient à mieux se connaître et analyser ses propres symptômes, afin de se mettre en action contre l'ennui. Ce thème a été placé à la fin du processus car selon eux, le patient doit avoir acquis certaines compétences et ressources personnelles (p. ex. auto-analyse, prise de décision) au préalable.

L'ennui fait aussi partie, pour certains patients, des facteurs qui annoncent qu'on vit moins bien, ou qu'on a plus de peine à s'intégrer dans des activités. À ce moment-là, il y a une [re]chute qui peut arriver et, comment on va prévenir le risque de réhospitalisation ? De décompensation ? Donc je pense que là il y a des choses à travailler [...] en termes de stratégies et de : comment fonctionner quand on sent qu'on va moins bien. (P7)

L'éducation thérapeutique est utilisée pour valider et pérenniser les stratégies personnelles pour gérer son ennui. Il est impératif que les usagers puissent progressivement s'en approprier pour faciliter la transition à domicile. Selon les participants, les pistes développées précédemment pour l'ergothérapeute visent à habiliter le patient à gérer son ennui de manière autonome. Toutefois, le développement de stratégies serait prédominant dans le suivi ambulatoire, lorsque le patient est plus stable psychiquement et retourne à son train de vie quotidien.

Au terme des GDF, il est ressorti que l'ennui peut, après reconnaissance et identification, se transformer par rapport à sa définition initiale.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes et de concevoir un modèle d'intervention pour la prise en charge de l'ennui en contexte hospitalier. Tous domaines confondus, de nombreux auteurs ont écrit sur l'ennui, mais aucune étude ne semble avoir jusqu'alors proposé de jalons pour la prise en charge en ergothérapie. Les GDF ont permis d'identifier les moyens d'intervention et de les organiser en un processus pratique guidant les ergothérapeutes en soins aigus de santé mentale pour la prise en charge des patients rapportant un sentiment d'ennui. L'analyse qualitative-interprétative des données, mise en lien avec les écrits scientifiques rapportés, a conduit à l'identification de trois recommandations principales.

Considérer sérieusement l'ennui et agir

Tout d'abord, les résultats de cette recherche appellent l'ensemble de l'équipe soignante à reconnaître les conséquences nombreuses et délétères que l'ennui entraîne pour les personnes atteintes d'un trouble psychique (Bowser *et al.*, 2018 ; Marshall, Davidson *et al.*, 2019 ; Milbourn *et al.*, 2015). En effet, des conceptions erronées de l'ennui, telles que l'idée que ce dernier est bénéfique pour le rétablissement, sont présentes au sein du personnel soignant en psychiatrie (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). Pourtant, le monde de la santé appelle les professionnels à se baser sur l'Evidence Based Practice (EBP) pour offrir des prestations efficaces et de qualité aux patients (Royal College of Occupational Therapists, 2017). Bien que l'ennui puisse être décrit comme un stimulateur d'action et de motivation chez des sujets en bonne santé (Bench et Lench, 2019 ; Elpidorou, 2018), les données scientifiques concernant les usagers en santé mentale sont unanimes : l'ennui tend à aggraver les symptômes psychiques (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019), il peut engendrer des troubles du comportement (Masland *et al.*, 2020) et fortement impacter l'état de santé et le rétablissement (Bowser *et al.*, 2018 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

Les résultats de la présente étude mettent en lumière l'importance de sensibiliser l'équipe interprofessionnelle à l'ennui et ses conséquences afin de trouver ensemble des moyens concrets et adaptés pour y remédier (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019). Les écrits scientifiques (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Westgate et Wilson, 2018) et les ergothérapeutes consultés soulignent l'importance d'évaluer chez le patient les origines et les conséquences de son ennui de manière ciblée. Ils recommandent de considérer à la fois les aspects environnementaux, occupationnels et personnels (Long, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019).

Mettre du sens dans les occupations

Bien que la notion de sens soit personnelle, subjective et fluctuante (Barbalet, 1999), plusieurs éléments peuvent influencer le sens perçu dans l'activité, comme l'objectif du patient, le plaisir ou encore le degré de défi (Westgate et Wilson, 2018). En accord avec la littérature, les participants de la présente étude conseillent d'approfondir la phase initiale d'évaluation, afin de comprendre le sens que le patient attribue à ses activités mais également à son processus de soins (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Royal College of Occupational Therapists, 2017). Les ergothérapeutes consultés soutiennent que remédier à l'ennui par l'expérience du sens permettrait d'améliorer le processus de rétablissement de l'utilisateur (Bracke *et al.*, 2006), son engagement dans les activités (Marshall, McIntosh *et al.*, 2019) et son sentiment de contrôle (Roe et Ronen, 2003).

L'idée primordiale est donc d'accompagner le patient qui s'ennuie vers un (ré)engagement occupationnel signifiant (Corvinelli, 2005 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Newell *et al.*, 2012). Pour ce faire, l'ergothérapeute peut adapter les exigences d'une activité aux ressources de l'individu dans le but d'améliorer sa performance, son engagement attentionnel (p. ex. en travaillant l'autodétermination, la gestion de son

temps) (Westgate et Wilson, 2018 ; Long, 2004 ; Martin *et al.*, 2012 ; Martin *et al.*, 2006). De ce point de vue, les participants interrogés considèrent avoir une expertise particulière concernant l'analyse des activités et la gradation de l'intervention, en plus d'être des facilitateurs en offrant des choix et des opportunités occupationnelles.

Adapter l'environnement hospitalier

En milieu hospitalier, les activités quotidiennes et les routines des patients sont chamboulées. Dans un milieu dit « fermé », régulé par les soins et les thérapies planifiés à l'avance, peu de place est laissée à l'autodétermination des usagers (Binnema, 2004 ; Marshall, McIntosh *et al.*, 2019 ; Martin *et al.*, 2012). Les chambres de soins aigus ou le milieu carcéral sont des exemples typiques d'environnements contraignants, privant le patient de ses libertés, et comportant peu, voire aucune possibilité pour lui de s'occuper. Tenter d'y apporter des adaptations pour diminuer le sentiment d'ennui peut donc représenter un grand défi pour les thérapeutes.

Pour remédier aux pertes de contrôle et de sens qui résulteraient d'un manque d'opportunités d'agir (Roe et Ronen, 2003), les ergothérapeutes consultés recommandent d'augmenter progressivement la marge de manœuvre des patients (Binnema, 2004) à travers la gradation de l'activité et en intégrant les patients dans les prises de décisions thérapeutiques (Bowser *et al.*, 2018 ; Newell, 2009 ; Steele *et al.*, 2013). Ainsi, les participants à cette étude encouragent une plus grande accessibilité aux espaces thérapeutiques, afin de retenir l'intérêt des patients qui s'ennuient et d'offrir une porte d'entrée dans la prise en charge de l'ennui.

Agir sur l'environnement social permet également de réduire l'ennui (Bracke *et al.*, 2006), car l'hospitalisation constitue déjà une forme d'exclusion sociale (Bowser *et al.*, 2018 ; Steele *et al.*, 2013). Une attention particulière doit être portée aux échanges soignants-patients, même si ceux-ci sont limités à cause du manque de personnel (Binnema, 2004 ; Bowser *et al.*, 2018 ; Steele *et al.*, 2013). Les soignants devraient également encourager l'autonomie et l'autodétermination des patients en les incitant à expérimenter des relations sociales entre pairs (Binnema, 2004 ; Corvinelli, 2005), mais également avec l'entourage à l'extérieur (Bowser *et al.*, 2018).

Étant donné que les conceptions de l'ennui peuvent varier au sein d'une équipe interdisciplinaire, les ergothérapeutes consultés suggèrent d'organiser des rencontres interdisciplinaires autour de ce thème (Steele *et al.*, 2013), afin de discuter les pratiques actuelles à la lumière des données scientifiques. Il leur semble nécessaire que les causes de l'ennui soient davantage investiguées et que les patients soient orientés plus précocement vers les thérapies adéquates (Long, 2004 ; Newell, 2009 ; Steele *et al.*, 2013).

Recherches futures

Afin de compléter ou de renforcer les résultats de la présente étude, la problématique de l'ennui vécu durant l'hospitalisation en psychiatrie doit faire l'objet de futures recherches. Le processus d'intervention pourrait faire l'objet d'une étude

d'implantation dans différents milieux cliniques psychiatriques afin d'approfondir la faisabilité et l'acceptabilité de celui-ci. Un travail pourrait être consacré au vécu des patients qui souffrent d'ennui afin d'enrichir la compréhension du phénomène et d'améliorer les pistes d'intervention. Finalement, une étude longitudinale évaluant l'impact de l'ennui sur le processus de rétablissement serait pertinente.

FORCES ET LIMITES

D'un point de vue méthodologique, la fiabilité de l'analyse des données est assurée par une thématization réalisée de façon indépendante par les trois premiers auteurs avec un pourcentage d'accord dépassant les 80 %. L'échantillon d'ergothérapeutes ayant participé aux GDF était varié et représentatif car les participants (n = 16) provenaient de différentes régions de Suisse francophone et de divers milieux de pratique en santé mentale. La saturation des données a été atteinte par le fait que les échanges au terme du deuxième GDF conduisaient continuellement aux mêmes résultats. Cela assure à l'étude une bonne transférabilité et permet de se rapprocher le plus possible de la saturation des données. La limite principale de cette étude est qu'elle ne comprend pas la perspective des patients dans la construction du processus de prise en charge. Le recueil de témoignages de patients aurait dû être un second volet de la présente étude. En raison du contexte sanitaire (COVID-19), les données récoltées n'étaient malheureusement pas représentatives. Il faudrait donc consacrer une nouvelle recherche à l'expérience de l'ennui des patients.

CONCLUSION

Les résultats de la présente étude sont issus d'un examen approfondi de la littérature scientifique sur le sujet, combiné à des entretiens de groupe avec des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie. Les enjeux et la complexité de l'ennui sont mis en lumière par une analyse descriptive-interprétative des données selon les trois domaines : Personne – Environnement – Occupation. Ce travail propose des pistes d'intervention concrètes pour les ergothérapeutes, organisées en un processus d'intervention unique pour faire face à l'ennui. Les 10 pistes d'intervention identifiées par les professionnels mettent en évidence la nécessité d'aider le patient à percevoir du sens dans les occupations qu'il investit. Ces jalons doivent être appuyés par une collaboration interdisciplinaire efficace et orientée vers le patient. La présente étude veut promouvoir la considération de l'ennui dans l'environnement hospitalier en santé mentale afin d'y répondre convenablement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barbalet, J. M. (1999). Boredom and social meaning. *The British Journal of Sociology*, 50(4), 631-646. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.1999.00631.x>
- Bench, S. W. et Lench, H. C. (2013). On the function of boredom. *Behavioral Sciences*, 3(3), 459-472. <https://doi.org/10.3390/bs3030459>
- Bench, S. W. et Lench, H. C. (2019). Boredom as a seeking state: Boredom prompts the pursuit of novel (even negative) experiences. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0000433>
- Binnema, D. (2004). Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(8), 833-842. <https://doi.org/10.1080/01612840490506400>
- Bowser, A., Link, W., Dickson, M., Collier, L. et Donovan-Hall, M. (2018). A qualitative study exploring the causes of boredom for men with a psychosis in a forensic setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(1), 32-48. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1331151>
- Boyd, A., Payne, J., Hutcheson, C. et Bell, S. (2012). Bored to death: Tackling lack of activity in care homes. *British Journal of Mental Health Nursing*, 1(4), 232-237. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2012.1.4.232>
- Bracke, P., Bruynooghe, K. et Verhaeghe, M. (2006). Boredom during day activity programs in rehabilitation centers. *Sociological Perspectives*, 49(2), 191-215. <https://doi.org/10.1525/sop.2006.49.2.191>
- Constant, A., Val-Laillet, D., Joubert, A., Foret, K., Thibault, R. et Moirand, R. (2021). Depressive symptoms are related to boredom proneness in patients receiving hospital care, regardless of alcohol status, lifestyle, or social support. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105319886049>
- Corvinelli, A. (2005). Alleviating boredom in adult males recovering from substance use disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21(2), 1-11. https://doi.org/10.1300/J004v21n02_01
- Dal Mas, D. E. et Wittmann, B. C. (2017). Avoiding boredom: Caudate and insula activity reflects boredom-elicited purchase bias. *Cortex*, 92, 57-69. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.03.008>
- Danckert, J. A. et Allman, A. A. A. (2005). Time flies when you're having fun: Temporal estimation and the experience of boredom. *Brain and Cognition*, 59(3), 236-245. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2005.07.002>
- Danckert, J. et Merrifield, C. (2016). Boredom, sustained attention and the default mode network. *Experimental Brain Research*. <https://doi.org/10.1007/s00221-016-4617-5>
- Desrosiers, J., Pouliot-Morneau, D. et Larivière, N. (2020). Le focus group. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 141-172). Presses de l'Université du Québec.
- Eastwood, J. D., Frischen, A., Fenske, M. J. et Smilek, D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482-495. <https://doi.org/10.1177/1745691612456044>
- Elpidorou, A. (2018). The good of boredom. *Philosophical Psychology*, 31(3), 323-351. <https://doi.org/10.1080/09515089.2017.1346240>
- Fahlman, S. A., Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B. et Eastwood, J. D. (2013). Development and validation of the multidimensional state boredom scale. *Assessment*, 20(1), 68-85. <https://doi.org/10.1177/1073191111421303>
- Fahlman, S. A., Mercer, K. B., Gaskovski, P., Eastwood, A. E. et Eastwood, J. D. (2009). Does a lack of life meaning cause boredom? Results from psychometric, longitudinal, and experimental analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(3), 307-340. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.3.307>
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.
- Long, C. (2004). On watching paint dry: An exploration of boredom. Dans M. Molineux (dir.), *Occupation in occupational therapy: A labour in vain?* Oxford : Blackwell Pub.

- Mann, S. et Cadman, R. (2014). Does being bored make us more creative? *Creativity Research Journal*, 26(2), 165-173. <https://doi.org/10.1080/10400419.2014.901073>
- Marshall, C. A., McIntosh, E., Sohrabi, A. et Amir, A. (2019). Boredom in inpatient mental healthcare settings: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/0308022619876558>
- Marshall, C. A., Davidson, L., Li, A., Gewurtz, R., Roy, L., Barbic, S., Kirsch, B. et Lysaght, R. (2019). Boredom and meaningful activity in adults experiencing homelessness: A mixed-methods study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(5), 357-370. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO7025>
- Martin, M. (2009). Boredom as an important area of inquiry for occupational therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 40-42. <https://doi.org/10.1177/030802260907200108>
- Martin, M., Sadlo, G. et Stew, G. (2006). The phenomenon of boredom. *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 193-211. <https://doi.org/10.1191/1478088706qrp066oa>
- Martin, M., Sadlo, G. et Stew, G. (2012). Rethinking Occupational Deprivation and Boredom. *Journal of Occupational Science*, 19(1), 54-61. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.640210>
- Masland, S. R., Shah, T. V. et Choi-Kain, L. W. (2020). Boredom in borderline personality disorder: A lost criterion reconsidered. *Psychopathology*, 53(5-6), 239-253. <https://doi.org/10.1159/000511312>
- Mercer-Lynn, K., Bar, R. et Eastwood, J. (2014). Causes of boredom: The person, the situation, or both? *Personality and Individual Differences*, 56(1), 122-126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.034>
- Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B., Fahlman, S. A. et Eastwood, J. D. (2013). The measurement of boredom: Differences between existing self-report scales. *Assessment*, 20(5), 585-596. <https://doi.org/10.1177/1073191111408229>
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (2^e éd.). Lausanne : Haute école de travail social et de la santé.
- Mikulas, W. L. et Vodanovich, S. J. (1993). The essence of boredom. *The Psychological Record*, 43(1), 3.
- Milbourn, B., McNamara, B. et Buchanan, A. (2015). The lived experience of everyday activity for individuals with severe mental illness. *Health Sociology Review*, 24(3), 270-282. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1034747>
- Newell, S. (2009). Boredom, mental health inpatients and occupational therapy. *Mental Health Occupational Therapy*, 14(1), 25-27.
- Newell, S., Harries, P. et Ayers, S. (2012). Boredom proneness in a psychiatric inpatient population. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 488-495. <https://doi.org/10.1177/0020764011408655>
- Raffaelli, Q., Mills, C. et Christoff, K. (2018). The knowns and unknowns of boredom: A review of the literature. *Experimental Brain Research*, 236(9), 2451-2462. <https://doi.org/10.1007/s00221-017-4922-7>
- Roe D. et Ronen Y. (2003). Hospitalization as experienced by the psychiatric patient: A therapeutic jurisprudence perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00041-4](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00041-4)
- Royal College of Occupational Therapists (2017). *Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals: Practice guideline*. Récupéré de : <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/secure-hospitals>
- Sommers, J. et Vodanovich, S. J. (2000). Boredom proneness: Its relationship to psychological- and physical-health symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 149-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200001\)56:1<149::AID-JCLP14>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200001)56:1<149::AID-JCLP14>3.0.CO;2-Y)
- Steele, R., Henderson, P., Lennon, F. et Swinden, D. (2013). Boredom among psychiatric in-patients: does it matter? *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 259-267. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010363>
- Todman, M. (2003). Boredom and psychotic disorders: Cognitive and motivational issues. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(2), 146-167. <https://doi.org/10.1521/psyc.66.2.146.20623>
- Ulrich, M., Keller, J., Hoenig, K., Waller, C. et Grön, G. (2014). Neural correlates of experimentally induced flow experiences. *Neuroimage*, 86, 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.019>

- Van Tilburg, W. A. et Igou, E. R. (2011). On boredom and social identity: A pragmatic meaning-regulation approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(12), 1679-1691.
<https://doi.org/10.1177/0146167211418530>
- Westgate, E. C. et Wilson, T. D. (2018). Boring thoughts and bored minds: The MAC model of boredom and cognitive engagement. *Psychological Review*, 125(5), 689. <https://doi.org/10.1037/rev0000097>
- Yelamanchili, T. (2018). Neural correlates of flow, boredom, and anxiety in gaming: An electroencephalogram study (Mémoire de master, Missouri University of Science and Technology).
Récupéré de : https://scholarsmine.mst.edu/masters_theses/7812