



**EXPÉRIMENTATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE AUPRÈS
DES FEMMES VIVANT UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES,
UNE PRÉOCCUPATION FACE À L'IMAGE CORPORELLE, DE L'ANXIÉTÉ
OU DE LA DÉPRESSION DANS LA PERSPECTIVE DU RÉTABLISSEMENT
EN SANTÉ MENTALE**

Essai présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en travail social (profil avec stage)

en vue de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)

PAR
© SOPHIE GAGNON

30 AVRIL 2024

Composition du jury :

Sastal Castro Zavala, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski et à Lévis

Marie-Hélène Morin, directrice de maîtrise, Université du Québec à Rimouski

Christiane Bergeron Leclerc, examinatrice externe, Université du Québec à Chicoutimi

Dépôt initial le 27 décembre 2023

Dépôt final le 30 avril 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

REMERCIEMENTS

Durant la réalisation de mes études à la maîtrise en travail social, plusieurs personnes et organismes m'ont appuyée, encadrée et soutenue dans ma démarche. Je tenais particulièrement à les remercier chaleureusement. Tout d'abord, cet essai n'aurait sans doute été possible sans le soutien et la patience de ma directrice de maîtrise Marie-Hélène Morin qui a su par ses conseils inégalables, m'encadrer avec rigueur et me supporter lors de la réalisation de mon stage spécialisé et tout au long de la rédaction de cet essai. Aussi, je tiens à mentionner l'appui financier du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour la bourse d'études en région éloignée ainsi que pour le stationnement gratuit durant la période de mon stage. S'ajoute à cela, l'aide financière apporté par la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales qui a contribué à diminuer mon stress financier.

MERCI à Judith Petitpas, ma superviseuse de stage, qui m'a transmis avec passion des acquis fondamentaux sur la pratique du travail social, sur l'intervention de groupe ainsi que pour son immense disponibilité et son soutien lors de cette aventure de plusieurs mois.

Je tiens également à souligner la précieuse collaboration de Marie-Pier Lechasseur, cheffe de service à la Clinique externe de psychiatrie (CEP) du CISSS du Bas-Saint-Laurent, de même que toute l'équipe de la CEP incluant les adjointes administratives, les secrétaires, les professionnels et les médecins psychiatres, pour leur accueil, leur ouverture, leurs références et leur appui durant l'élaboration et la mise en place de mon projet au sein de cet établissement. D'autres personnes ont également joué un rôle significatif pendant la réalisation du stage-essai. Tout d'abord, je désire remercier de tout cœur Dre Cécile Saelen, psychiatre, qui s'est jointe à moi à la 6^e rencontre en tant que partenaire dans l'animation. Elle m'a donné l'opportunité d'expérimenter et d'oser me dépasser sur les plans personnel et

professionnel. Elle a été d'une écoute bienveillante et réconfortante. En plus, je tiens à remercier chaque professeur et chargé de cours qui ont croisé ma route dans les trois dernières années. Il est important pour moi de remercier les participantes du programme qui ont contribué par leur présence et leurs interventions aux ateliers. Elles ont permis de rendre possible ce projet. Leur expertise face à leur vécu, leur courage, leur authenticité, leur sensibilité et leur capacité d'affirmation ont été pour moi une source d'inspiration.

Ce parcours à la maîtrise n'aurait pas pu être possible sans l'appui, l'encouragement et la compréhension de ma famille. Je tiens spécialement à remercier mon fils Isaac qui a été mon baromètre d'énergie. Il m'encourageait à prendre des « pauses plaisirs » avec lui lorsqu'il me voyait dépassée par la charge de travail ou la fatigue mentale. Également, je remercie mon mari, mon complice, Steve, qui a su être un pilier durant ce long processus académique. Je te remercie sincèrement pour ta patience, ton amour, tes massages de cou, les nombreux cafés préparés avec soin durant les cours en ligne et ta disponibilité à m'écouter et à te partager mes découvertes, mes réflexions et mes frustrations. Un merci à mes parents, Diane et Jean-Marc, qui ont su m'apprendre à persévérer dans les moments difficiles et à reconnaître mes efforts dans les moments de succès.

Je tiens aussi à exprimer mes plus sincères remerciements à ma sœur, Hélène, à mes amis et à mes collègues de la maîtrise pour leur support inconditionnel. Je n'ai pas besoin de tous les nommer, j'en suis certaine, ils se reconnaîtront et ils seront présents lors de la petite fête qui sera organisée pour l'occasion ! Mille fois merci pour vos folies, vos explications répétées, vos « trips » de bonbons ou de chocolat avec moi, vos enseignements sur « EndNote » ou tout autre logiciel informatique incompréhensible pour une personne née en 1974 ! Votre patience et vos conseils m'ont permis de poursuivre l'aventure et de la terminer. Je suis reconnaissante de tous les moments passés avec vous !

Enfin, je me remercie personnellement d'avoir osé l'aventure malgré un état de santé précaire. Ce projet était par moi et pour moi. Chaque pas fait dans cette aventure me motivait

à avancer et nourrissait l'espoir que j'arriverais un jour à atteindre mon but, celui d'avoir complété avec succès la maîtrise en travail social ! Tout comme les participantes, la maîtrise fait partie de mon processus de rétablissement.

RÉSUMÉ

La démarche de groupe consiste à agir au sein d'un ensemble de personnes dans le but d'assister ces individus dans la réalisation de leurs besoins sociaux et émotionnels, ainsi que dans l'accomplissement de diverses tâches (Baker, 2010; Toseland et Rivas, 2022). Dans cet essai, l'intervention psychosociale de groupe auprès des femmes vivant un trouble des conduites alimentaires (TCA), une préoccupation face à l'image corporelle, de l'anxiété ou de la dépression a permis d'améliorer leur bien-être. Ce projet a contribué à leur rétablissement et a diminué les conséquences négatives sur leur santé physique, mentale, économique et sociale. Les interventions spécialisées, intégrées et adaptées aux besoins individuels et collectifs des participantes ont contribué à accroître le sentiment d'appartenance au groupe, à développer de nouvelles stratégies de communication et de gestion des émotions et à contribuer au développement des habiletés sociales. Le projet d'intervention a permis de mettre en place un groupe de thérapie (Turcotte et Lindsay, 2019) pour les femmes âgées de 18 ans et plus. À la suite des 10 rencontres, et en ayant recours à une échelle de rétablissement (RAS-41), il a été possible de constater que le groupe a favorisé l'appropriation du pouvoir d'agir, en valorisant les forces et les expériences des membres au profit de toutes, dans une perspective de rétablissement. Des échelles de mesure utilisées avant et après l'intervention de groupe (PHQ-9, GAD-7 et BES-23) ont permis de constater une diminution de l'anxiété et des manifestations de la dépression en plus d'agir positivement sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. L'adoption régulière de la pleine conscience, accompagnée d'exercices de respiration et de présence attentive à domicile, a entraîné une diminution des symptômes anxieux et dépressifs. Les participantes ont pris conscience des liens entre leurs pensées irrationnelles et leurs discours catastrophiques, reconnaissant ainsi leur rôle dans le maintien d'un niveau élevé d'anxiété et de dépression. En offrant l'espace de partage, de compréhension mutuelle et de développement de compétences, le groupe a favorisé leur cheminement vers un fonctionnement social optimal et leur processus de rétablissement. La pratique du travail social en santé mentale permet de favoriser la collaboration interprofessionnelle et d'agir comme « gardien du social » (Morin et Clément, 2019).

Mots clés : trouble des conduites alimentaires, préoccupation liée l'image corporelle, rétablissement, travail social, intervention de groupe, thérapie cognitive-comportementale, pleine conscience, interdisciplinarité, échelles de mesure.

ABSTRACT

The group approach consists in acting within a group of people with the aim of assisting these individuals in the realization of their social and emotional needs, as well as in the accomplishment of various tasks (Toseland and Rivas (2022)). In this trial, group psychosocial intervention with women experiencing eating disorders (ED), body image preoccupation, anxiety or depression improved their well-being, contributed to their recovery and reduced the negative consequences on their physical, mental, economic and social health. Specialized, integrated interventions tailored to the individual and collective needs of the participants have helped to increase their sense of belonging to the group, develop new communication and emotion management strategies, and contribute to the development of social skills. The intervention project set up a therapy group for women aged 18 and over. Following 10 meetings and using a recovery scale (RAS-41), it was possible to observe that the group fostered the appropriation of the power to act, valuing the strengths and experiences of the members for the benefit of all, in a recovery perspective. Measurement scales used before and after the group intervention (PHQ-9, GAD-7 and BES-23) revealed a reduction in anxiety and manifestations of depression, as well as a positive impact on self-perception. The regular adoption of mindfulness, accompanied by breathing exercises and attentive presence at home, led to a reduction in anxiety and depressive symptoms. Participants became aware of the links between their irrational thoughts and catastrophic self-talk, recognizing their role in maintaining high levels of anxiety and depression. By providing a space for sharing, mutual understanding and skills development, the group helped them move towards adequate social functioning and recovery. Social work practices in mental health helps foster interprofessional collaboration and act as a "guardian of the social" (Morin & Clément, 2019).

Keywords: eating disorder, body image preoccupation, recovery, social work, group intervention, cognitive-behavioral therapy, mindfulness, interdisciplinarity, measurement scales.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	vii
RÉSUMÉ	xi
ABSTRACT	xiii
TABLE DES MATIÈRES	xiv
LISTE DES TABLEAUX	xvii
LISTE DES FIGURES	xix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
1.1 Prévalence des troubles alimentaires au canada.....	3
1.2 Survol des troubles des conduites alimentaires.....	4
1.2.1 Anorexie.....	5
1.2.2 Boulimie.....	6
1.2.3 Hyperphagie boulimique.....	7
1.3 État des connaissances.....	8
CHAPITRE 2 FONDEMENTS CONCEPTUELS ET MODÈLE D'INTERVENTION	17
2.1 Cadre théorique	17
2.1.1 Le rétablissement.....	17
2.1.2 Le cadre conceptuel CHIME.....	19
2.2 Modèle d'intervention	21
2.2.1 Position et caractéristiques de la travailleuse sociale.....	22
CHAPITRE 3 DESCRIPTION DU PROJET D'INTERVENTION	25
3.1 Durée et milieu d'intervention	25
3.2 Rappel des objectifs d'apprentissage du stage de pratique spécialisée	25
3.3 But du groupe, objectifs et moyens d'intervention	26
3.4 Déroulement de l'intervention.....	27

3.5	Déroulement général de la rencontre individuelle (pré intervention)	28
3.6	Déroulement général des rencontres de groupe	29
3.6.1	Le début de l'intervention de groupe	30
3.6.2	Le cœur des séances	30
3.6.3	La fin de l'intervention de groupe.....	31
3.7	Modalités d'évaluation	40
3.7.1	Instruments de mesure.....	41
3.7.2	Notes d'observation : Dynamique relationnelle.....	44
3.7.3	Questionnaire de satisfaction	44
3.8	Considérations liées à l'éthique clinique.....	45
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		47
4.1	le profil des participantes	47
4.2	Résultats du projet d'intervention selon les participantes	48
4.3	Synthèse des résultats.....	52
4.3.1	Résultats pour la participante 1	52
4.3.2	Résultats pour la participante 4.....	54
4.3.3	Résultats pour la participante 5	56
4.3.4	Résultats pour la participante 6.....	57
4.3.5	Résultats pour la participante 8	59
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....		63
5.1	Discussion sur les résultats obtenus	63
5.2	Analyse entre les résultats obtenus dans l'expérimentation et la recension des écrits dans le projet initial	64
5.2.1	Des troubles des conduites alimentaires aux préoccupations face à l'image corporelle	65
5.2.2	La personne au cœur de l'intervention.....	67
5.2.3	L'importance de la planification de l'intervention.....	69
5.2.4	L'importance des supervisions cliniques	70
5.3	Analyse et discussion des facteurs liés à l'intervention	71
5.3.1	Susciter l'espoir.....	71
5.3.2	Caractéristiques favorisant l'alliance thérapeutique	72
5.4	Recommandations sur l'intervention et la formation en travail social.....	73
5.4.1	Perspectives de recherches dans l'offre de services spécialisés.....	75
5.5	Les retombées du projet pour la pratique du travail social.....	77
CONCLUSION.....		79

RÉFÉRENCES	81
ANNEXE 1 : ENTENTE DU STAGE-ESSAI AVEC LE MILIEU.....	93
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE PRÉGRUPE.....	95
ANNEXE 3 A: RAPPORT DE STAGE ET PUBLICITÉ	97
ANNEXE 3 B : PUBLICITÉ	117
ANNEXE 4 : ENTENTE DE GROUPE	119
ANNEXE 5 : CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ	121
ANNEXE 6 : EXTRAIT DU GUIDE DES PARTICIPANTES	123
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DU PROGRAMME.....	131
ANNEXE 8 : QUELQUES COMMENTAIRES DES PARTICIPANTES	133
ANNEXE 9 : ÉCHELLES DE MESURE.....	135
ANNEXE 10 : CANEVAS DES NOTES ÉVOLUTIVES DE GROUPE	141

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse du contenu des interventions de groupe réalisées dans le stage de pratique spécialisée.....	32
Tableau 2: Synthèse du profil des participantes	48
Tableau 3: Résultats des échelles de mesure pour cinq des huit participantes qui ont complété l'intervention de groupe (PHQ-9, BES-23, GAD-7, RAS-41)	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les environnements favorables à la santé (Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2016, p. 23).	10
Figure 2 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 1.....	53
Figure 3 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 4.....	55
Figure 4 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 5.....	56
Figure 5 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 6.....	58
Figure 6 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 8.....	59

INTRODUCTION

Dans la pratique du travail social, il est essentiel de comprendre l'importance d'offrir des services spécialisés aux personnes vivant un trouble des conduites alimentaires (TCA). En effet, l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont des problèmes multifactoriels de santé mentale qui touchent un nombre croissant de personnes, en particulier des femmes, à travers le monde (Monthuy-Blanc et Bonanséa, 2018) . Ces troubles peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé physique et mentale des individus, nécessitant une intervention spécialisée pour soutenir leur rétablissement (Arcelus et al., 2013; Monthuy-Blanc, 2018; Roy, 2019).

Les statistiques alarmantes sur la prévalence, les conséquences graves et l'impact socioéconomique de ces troubles soulignent l'urgence d'agir. En fournissant des évaluations précoces, des traitements médicaux adaptés selon les besoins, un soutien psychologique et social, une sensibilisation accrue face aux comportements risqués, il est possible de contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes touchées et à réduire les effets dévastateurs de ces troubles sur la société dans son ensemble (Hay et Carriage, 2012).

Cet essai vise à présenter l'expérimentation d'un groupe d'intervention auprès des femmes âgées de 18 ans et plus vivant un TCA ou avec des préoccupations liées à l'image corporelle en lien avec la minceur, des symptômes dépressifs et souffrant d'anxiété. Il comprend cinq chapitres. Le premier chapitre se concentrera sur la problématique vécue par participantes et l'état des connaissances. Le deuxième chapitre approfondira les bases théoriques ainsi que le modèle d'intervention qui a guidé la conduite des séances de groupe. Le troisième chapitre sera dédié à la méthodologie de l'intervention et à sa mise en œuvre pratique. Les résultats obtenus seront ensuite présentés dans le quatrième chapitre. Enfin, le

cinquième et dernier chapitre abordera la discussion des résultats de l'intervention, en se référant aux travaux existants sur cette problématique et en mettant en lumière les fondements théoriques de l'essai.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le premier chapitre se concentrera sur la problématique du trouble de conduite alimentaire (TCA) : anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique. Pour cela, nous débuterons en explorant la prévalence de ces troubles, puis nous définirons l'objet de l'étude. Ensuite, nous procéderons à une revue des connaissances existantes concernant les répercussions de ces troubles sur le fonctionnement social des personnes qui la vivent, leur processus d'adaptation, ainsi que les interventions recommandées selon les bonnes pratiques. Enfin, nous examinerons la pertinence de notre essai d'un point de vue social, scientifique et disciplinaire.

1.1 PRÉVALENCE DES TROUBLES ALIMENTAIRES AU CANADA

Au Canada, environ 2,8 % des femmes et 0,5 % des hommes seraient atteints d'un TCA de type anorexie, boulimie ou hyperphagie boulimique (Gadalla et Piran, 2007). Ces troubles figurent parmi les maladies graves en raison de leur prévalence, de leur taux de mortalité, ainsi que de leur rapport à d'autres troubles concomitants (Hudson et al., 2007; Keel et Brown, 2010; Santé Canada, 2011). Autant au Québec que dans d'autres pays industrialisés, les taux des femmes et des filles québécoises âgées de 13 à 30 ans touchées par les TCA sont d'environ 3 %, soit 30 000 personnes (Douglas, 2022).

Au Canada, ainsi que dans d'autres pays industrialisés, on estime que la prévalence de l'anorexie mentale pour les femmes se situe généralement entre 1 % et 4 % (Hodge et al., 2020) et pour les hommes entre 0 % et 0,3 % (Ricard et al., 2021, p. 73). Parmi les femmes, on observe une variabilité de 0,3 % à 4,6 % en ce qui concerne le taux de prévalence de la

boulimie, tandis que seulement 0,1 % à 1,3 % des hommes seraient touchés par ce trouble (Stice et al., 2013). L'hyperphagie boulimique est le trouble alimentaire le plus courant, affectant entre 0,6 % à 5,8 % des femmes et de 0,3 % à 2 % des hommes (Ricard et al., 2021, p. 73). Cette prévalence augmente considérablement chez les individus obèses qui cherchent à perdre du poids. Cependant, moins de la moitié de ceux qui en souffrent bénéficieraient d'un traitement spécialisé pour leur trouble de l'alimentation au cours de leur vie (Hudson et al., 2007).

Selon l'étude de Swinbourne et al. (2012), sur les 100 participantes vivant avec un TCA, 65 % d'entre elles manifestent au moins un trouble anxieux diagnostiqué. Parmi ces femmes, plus de la moitié ont mentionné que leur trouble anxieux était présent avant le développement du TCA (Swinbourne et al., 2012). En se concentrant uniquement sur le « symptôme », c'est-à-dire, la pointe de l'iceberg, le professionnel peut passer à côté de certaines informations à considérer lors des interventions (Monthuy-Blanc, 2018). De plus, selon les pratiques fondées sur les données probantes disponibles actuellement, le dépistage et la référence rapide à des services contribuent à un meilleur pronostic (Pritts et Susman, 2003) et donc, à leur rétablissement. Ainsi, les professionnels pratiquant auprès des personnes vivant un TCA doivent privilégier une pratique fondée sur les données probantes puisqu'elles permettent « l'intégration des meilleures données de recherche disponibles à l'expertise clinique ainsi qu'aux caractéristiques, à la culture et aux préférences des patients (sic) » (Plouffe et al., 2020, p. 16).

1.2 SURVOL DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Les TCA s'expliquent comme « un ensemble de troubles caractérisés par des perturbations psychologiques conduisant à des désordres physiologiques de l'appétit et de la consommation alimentaire, dégradant significativement la santé physique, mentale et le fonctionnement psychosocial de la personne » (Fairburn, 2008 cité dans Bonanséa, 2019, p. 12). Plusieurs conséquences importantes sur la santé physique, psychologique et sociale

causées par TCA peuvent être dangereuses, jusqu'à même causer la mort. Par exemple, c'est le cas chez des personnes vivant de l'anorexie (Lavoie et Dorvil, 2014). Tout comme pour les autres troubles de santé mentale grave, la stigmatisation des personnes vivant un TCA est intimement liée aux termes employés pour les désigner (Morin et Clément, 2019; Petitpas, 2011).

1.2.1 Anorexie

Selon la plus récente version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b), l'anorexie se définit par trois critères : a) « restriction de l'apport énergétique relativement aux besoins, qui mène à un poids corporel significativement faible par rapport à l'âge, au sexe, à la trajectoire développementale et à la santé physique », b) accompagnée d'une « peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui empêche la prise de poids même en cas de poids significativement faible » et c) d'une « altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou manque persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle ». Il peut arriver que l'anorexie soit marquée par des épisodes de crises de boulimie où la personne perd le contrôle et absorbe une très grande quantité d'aliments. À cela peuvent s'ajouter des comportements compensatoires tels que l'exercice excessif, la prise de laxatifs ou de diurétiques et le vomissement volontaire (Labonté et Paquette, 2018, p. 359).

L'anorexie est un problème de santé mentale complexe, affectant la personne elle-même, mais aussi l'environnement qui l'entoure. Elle touche particulièrement les femmes, c'est-à-dire, pour une proportion de neuf femmes pour un homme, et se déclare fréquemment entre 12 et 18 ans (Englebert et al., 2019). Selon Thibault et ses collaborateurs (2017) et Monthuy-Blanc (2018), l'anorexie figure comme étant le trouble mental ayant le plus haut

taux de mortalité par suicide¹ ou lié à des complications d'ordre médical avec un taux de décès de 5 % à 20 % (Arcelus et al., 2011). En effet, selon Giovinazzo et al. (2019), la bradycardie et l'arythmie peuvent mener à un arrêt cardiaque et à une mort précoce. Ces données révèlent la gravité de ces troubles et l'urgence d'agir pour offrir un soutien approprié. En plus des conséquences sur la santé physique, les troubles des conduites alimentaires entraînent également des répercussions significatives sur la santé mentale.

1.2.2 Boulimie

La boulimie se caractérise par des épisodes répétés de frénésie alimentaire (consommation rapide de grande quantité de nourriture) suivis de comportements compensatoires inappropriés pour éliminer les calories ingérées (p. ex. restriction alimentaire, vomissement, exercice physique excessif, utilisation de laxatifs et diurétiques) afin de contrôler la prise de poids (American Psychiatric Association, 2013; Monthuy-Blanc, 2018). Un sentiment de perte de contrôle, de honte ainsi que de la culpabilité se manifeste chez la personne qui a recours à ces comportements compensatoires (Monthuy-Blanc, 2018). Tout comme l'anorexie, le baromètre de l'estime de soi sera influencé par son poids ainsi que la perception qu'elle a de celui-ci.

Les similitudes vécues autant par les personnes vivant de l'anorexie que celles vivant de la boulimie montrent que dans les deux situations, elles ont une altération de la perception de la forme et du poids de leur corps, une insatisfaction de leur image corporelle et la peur de prendre du poids. Cependant, les personnes vivant avec de l'anorexie ont l'impression de contrôler leur alimentation et leur poids contrairement aux personnes composant avec de la boulimie qui ont le sentiment de ne pas avoir le contrôle. Les individus atteints de boulimie

¹ Pour les personnes anorexiques, le taux de mortalité est de 5,9 % et de 1,8 % pour les personnes boulimiques représentant entre 20 % à 30 % des personnes anorexiques meurent par suicide (Monthuy-Blanc, 2018). Toutefois, selon certains auteurs, il s'avèrerait que ces taux sont dévalués et non représentatifs considérant la sous-utilisation des ressources d'aide par ces personnes (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Keel et Brown, 2010).

tendent à maintenir un poids généralement conforme à la normale, c'est-à-dire à leur poids santé, alors que les personnes anorexiques présentent fréquemment un poids inférieur à la normale pour leur sexe et leur âge (Hodge et al., 2020).

1.2.3 Hyperphagie boulimique

Contrairement à l'anorexie et à la boulimie, les personnes qui présentent de l'hyperphagie boulimique débutent un peu plus tardivement, souvent au-delà de 30 ans (Monthuy-Blanc, 2018). Ce trouble se démarque de la boulimie par le fait que la personne n'utilise pas de comportements compensatoires (American Psychiatric Association, 2013). La personne a le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur son alimentation ce qui engendra une très grande détresse psychologique. Par peur d'être jugée, elle évitera de manger devant autrui et un sentiment de honte face à leur situation sera vécu (Lebrun et al., 2019).

L'hyperphagie boulimique mérite l'attention des professionnels de la santé et des services sociaux, car elle augmente les dangers liés à l'obésité, au diabète, aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux et à certains cancers (Hudson et al., 2007 cités dans Petitpas, 2011). Tout comme les deux autres TCA spécifiés, il sera question des facteurs qui contribuent à ce trouble.

Sur le plan psychosocial, l'anorexie, la boulimie et le trouble d'hyperphagie boulimique sont habituellement associés, dans 65 % et 99 % des cas, à des troubles anxieux et dépressifs (Fragkos et Frangos, 2013; Swinbourne et al., cités dans Bonanséa, 2019). Elles ont une attitude perfectionniste à l'égard de l'école et du travail, une faible estime de soi et une impression déformée de leur image corporelle. Elles portent une attention particulière aux opinions sociétales, aux médias et aux réseaux sociaux qui ont tendance à transmettre le message que la minceur est séduisante, ce qui peut contribuer à une fausse perception de l'image corporelle (Aimé et al., 2020b; Lebrun et al., 2019; Monthuy-Blanc, 2018; Murphy, 2012). Selon Murphy (2012), les personnes souffrant de troubles émotionnels ou

psychologiques tels que, l'abus de substances, de troubles de la personnalité ou des troubles de l'humeur sont plus à risque de développer un TCA (Murphy, 2012). Finalement, en plus des troubles nommés précédemment, il existe aussi d'autres comorbidités dont les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble anxieux et également le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (Baker et al., 2010; Tabler et Geist, 2016 cités dans Becker et Grilo, 2015; Bonanséa, 2019).

1.3 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Bien que certains comportements liés à la « bonne forme physique » (entraînement excessif, privation de certains aliments, jeûnes, régimes) soient valorisés puisqu'ils semblent être cohérents avec une bonne santé, pour plusieurs femmes, c'est le début d'un cycle sans « faim »!

Les enjeux liés à la santé mentale des individus constituent une problématique croissante. Selon l'Institut national de santé publique (INSPQ) (2016), environ 26 000 personnes, soit 13 % de la population, ont été touchées par des problèmes de santé mentale au Bas-St-Laurent (BSL) en 2013-2014. Ce pourcentage est en constante augmentation depuis les années 2000 et est l'un des plus élevés au Québec depuis 2010 (INSPQ, 2016). Les troubles anxio-dépressifs sont les plus fréquents, affectant 7 % des résidents du Bas-St-Laurent (INSPQ, 2016).

De nombreux facteurs de risque peuvent influencer l'apparition des troubles de santé mentale chez un individu. Selon Statistique Canada (2016), une personne sur cinq présente une détresse psychologique, que ce soit dans la région du Bas-St-Laurent ou dans l'ensemble du Québec. La détresse psychologique est définie comme un ensemble d'émotions négatives ressenties par un individu (Camirand et Nanhou, 2008 cités dans Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2016, p. 20). Ces auteurs soulignent également l'importance de prendre en compte les déterminants de la santé lors des interventions en santé

publique. Bien que nous n'ayons aucun contrôle sur des facteurs tels que l'âge, le sexe et l'hérédité, il est essentiel de se concentrer sur ceux sur lesquels nous pouvons agir, car ils influencent les comportements et les habitudes de vie de la communauté (Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2016).

L'environnement physique, socioculturel, économique et politique exerce une influence réelle sur les comportements et les habitudes de vie de la population (cf Figure 1). Les actions de santé publique peuvent donc cibler ces environnements afin d'améliorer la santé des communautés et de la population dans son ensemble. Ainsi, il est envisageable d'adopter une approche globale pour prévenir la détérioration de la santé physique et mentale des individus (Thibodeau et al., 2018).

Il est crucial de prendre en compte les interrelations entre les troubles mentaux et la santé physique dans une approche intégrée. Les troubles des conduites alimentaires (TCA), qui sont des troubles multifactoriels, constituent un enjeu majeur de santé publique dans de nombreux pays occidentaux (Thiebaut et Guillaume, 2018). Étant classifiés comme des troubles mentaux, les TCA nécessitent un diagnostic médical précis. Malgré l'inclusion de la prévention du suicide parmi les priorités régionales du Plan d'Action régional de Santé (PAR-BSL), étant donné qu'il s'agit d'une cause de décès importante chez les personnes atteintes de TCA, les services spécialisés destinés à ces personnes restent limités dans la région du Bas-St-Laurent. Par conséquent, puisque le suicide est un enjeu majeur de santé publique au Canada, il a été démontré que la qualité des services de santé mentale, en plus des facteurs individuels et démographiques, influe sur les taux de suicide (Thibodeau et al., 2018).

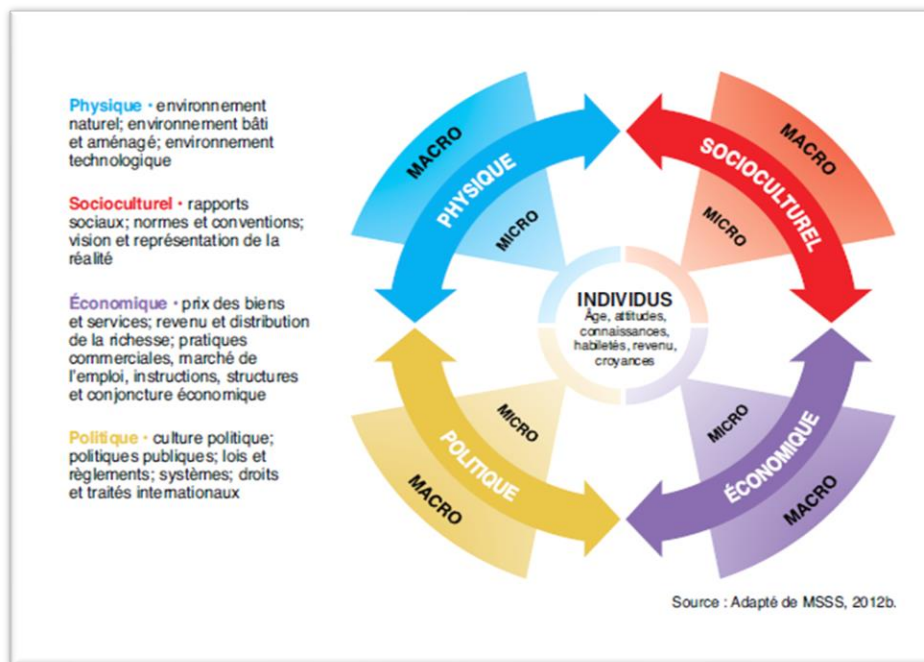


Figure 1 : Les environnements favorables à la santé (Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2016, p. 23).

Actuellement, les services spécialisés pour le traitement des troubles des conduites alimentaires (TCA) dans la région du Bas-Saint-Laurent sont situés à une distance de 300 kilomètres de Rimouski. Les adultes souhaitant recevoir des services adaptés à leurs problèmes alimentaires doivent se rendre dans des milieux urbains pour avoir accès à des équipes interdisciplinaires spécialisées.

D'ailleurs, les études portant sur les conséquences de l'absence de services spécialisés à proximité de la résidence pour les personnes souffrant de TCA en milieu rural sont rares et se sont principalement concentrés sur la description du profil des personnes atteintes de TCA, les traitements les plus efficaces, les approches recommandées, l'évolution des symptômes, les conséquences sur la vie des individus, etc. (Conférence internationale sur les TCA, 2013 cité dans Monthuy-Blanc, 2018; Roy, 2019; Thibault et al., 2017; Valls et al., 2014).

Malgré les progrès réalisés ces dernières années en matière de prévention et de traitement des TCA, notamment grâce à l'augmentation du nombre de programmes de prévention, l'accès à des services adaptés et de qualité demeure limité pour trois raisons principales, selon plusieurs chercheurs (Plouffe et al., 2020, p. 3):

- La stigmatisation associée à certaines caractéristiques de la population atteinte de TCA peut empêcher les personnes dans le besoin de recevoir un traitement.
- Un écart existe entre les pratiques fondées sur des données probantes disponibles et les pratiques des intervenants.
- Le format utilisé pour diffuser les pratiques fondées sur des données probantes recommandées, telles que la formation des cliniciens, limite le nombre d'intervenants formés pour fournir des services.

À la suite de ces constats, les auteurs ont constaté qu'il existe peu d'études recensées identifiant des conditions favorables à la prise de décision et à la collaboration interdisciplinaire pour les TCA (Plouffe et al., 2020, p. 3).

Cette réalité a donc soulevé des questionnements quant à l'accessibilité des services pour les personnes souffrant de TCA dans la région du Bas-Saint-Laurent. Considérant, l'offre de ces services particulièrement limitée à Rimouski et en raison du manque de professionnels formés ou spécialisés dans ce domaine, les rencontres d'intervention en groupe a été la meilleure des alternatives pour répondre aux besoins des personnes vivant avec un TCA.

Tout d'abord, l'intervention de groupe offre un cadre propice à la création d'un sentiment d'alliance et de soutien entre les participantes. Les individus souffrant de TCA, de préoccupations de l'image corporelle, d'anxiété et de dépression peuvent souvent vivre de l'isolement social et se sentir incompris (Monthuy-Blanc et Bonanséa, 2018; Petitpas, 2011;

Petitpas et Jean, 2011). La dynamique de groupe permet de rompre cet isolement en offrant un espace où les membres peuvent partager leurs expériences, se soutenir mutuellement et se sentir compris par des pairs qui vivent des défis similaires (Bergeron-Leclerc et al., 2019a; Roy, 2019; Turcotte et Lindsay, 2008a). Cette dimension sociale de l'intervention de groupe est cruciale pour favoriser le rétablissement et renforcer le sentiment d'appartenance (Turcotte et Lindsay, 2008b).

Deuxièmement, l'intervention de groupe offre des opportunités d'apprentissage et de développement personnel à travers l'observation et l'interaction avec les autres participants (Turcotte, 2017). Les membres du groupe peuvent partager des stratégies d'adaptation efficaces, des perspectives nouvelles et des succès personnels, ce qui peut inspirer et motiver les autres membres du groupe (Wallot, 2019), et ainsi, favoriser l'émergence de l'espoir et de l'optimisme quant à la possibilité de rétablissement et de progrès personnels (Bergeron-Leclerc et al., 2019b).

Troisièmement, l'intervention de groupe permet de traiter de manière intégrée les différentes dimensions des troubles de l'alimentation, de l'image corporelle, de l'anxiété et de la dépression. Ces troubles sont souvent interconnectés et partagent des mécanismes sous-jacents similaires, tels que des schémas de pensée négatifs, des difficultés à gérer les émotions et des stratégies d'adaptation inappropriées (Gagnon-Girouard et al., 2022; Maïano et al., 2022). En abordant ces problématiques de manière globale au sein d'un groupe, les participantes peuvent bénéficier d'une approche holistique qui prend en compte l'ensemble de leur expérience et favorise leur rétablissement (Bégin et Côté, 2022).

En résumé, l'intervention de groupe a été choisie pour sa capacité à favoriser la connexion sociale, à offrir des opportunités d'apprentissage et de développement personnel, et à traiter de manière intégrée les différentes dimensions des troubles de l'alimentation, de l'image corporelle, de l'anxiété et de la dépression. Ce choix reflète une approche globale et

centrée sur le bien-être des participantes, visant à favoriser un rétablissement significatif pour la personne elle-même.

Ainsi, faute de ressources disponibles, le stage-essai est devenu une opportunité pour l'étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), pour l'organisation du Centre intégrée de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (CISSS du BSL), pour les participantes, pour les proches et les familles, pour l'équipe médicale (médecins de famille, psychiatres), pour les professionnels (nutritionnistes, travailleuses sociales (TS), psychoéducatrices, ergothérapeutes, etc.) qui offrent des services ou qui soutiennent ces personnes.

Plusieurs ouvrages de la littérature scientifique ont été consultés les dernières années dont *The Journal of The Eating Disorders Association*, *International Journal of Eating Disorders*, *Behavior and Social Networking*, *American journal of Psychiatry*, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, afin de cibler des écrits et des références pertinentes dans le but de cibler les thèmes abordés dans l'essai. Ainsi, plusieurs ouvrages expliquent que les TCA les plus connus présentés dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et préoccupants pour la santé globale des femmes sont l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique (American Psychiatric Association, 2013; Roy, 2019). D'ailleurs, dans les écrits consultés, plusieurs hypothèses explicatives ont été émises et à partir de celles-ci des stratégies d'intervention ont été élaborées concernant l'offre de services à fournir aux femmes qui vivent un TCA (L'Alliance canadienne en matière de troubles de l'alimentation, 2019; Monthuy-Blanc, 2018; Roy, 2019). En effet, certains auteurs, dont Roy (2019), de même que Aimé, Maïno et Ricard (2020b), indiquent que la prestation de services idéale doit être multidisciplinaire. De ce fait, à partir de la revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise effectuée par l'équipe de Roy (2019), nous avons eu accès aux meilleures données probantes pour les services offerts pour traiter les TCA chez les adultes.

Cette recension a révélé l'importance d'un continuum de services entre l'hôpital et la communauté dans le domaine des troubles du comportement alimentaire (TCA). La collaboration interprofessionnelle est soulignée pour favoriser une intégration harmonieuse des soins et des services (Roy, 2019). Selon les écrits recensés par Roy (2019), les services spécialisés en TCA devraient comprendre une psychothérapie axée sur les facteurs maintenant le trouble. Ils devraient également prendre en considération les besoins individuels, la qualité de vie et promouvoir une alliance thérapeutique tout en définissant des objectifs thérapeutiques clairs. La recherche indique qu'un service idéal devrait être multidisciplinaire, flexible dans sa structure et son contenu, en intégrant une psychothérapie cognitivo-comportementale combinée à diverses approches (émotionnelle, motivationnelle, éducative, relationnelle, etc.), en mettant l'accent sur une prise en charge globale et en abordant les facteurs de maintien des TCA (Roy, 2019). Ainsi, en fonction du rôle de chacun, plusieurs professionnels s'impliquent dans le traitement. Cette pratique en équipe permet de considérer les différentes sphères de vie de la personne (Lebrun et al., 2019; Monthuy-Blanc, 2018).

Roy insiste sur la nécessité de former les intervenants de première ligne aux TCA et de les informer sur les services spécialisés disponibles (Roy, 2019). De plus, il recommande l'intégration d'une ressource spécialisée au sein des équipes multidisciplinaires et la mise en place d'un processus d'évaluation des nouvelles pratiques et de promotion de la formation continue (Roy, 2019, p. 42). En prenant en considération ces recommandations, le projet d'intervention que nous avons élaboré a conduit à la mise en place d'un groupe de thérapie destiné aux femmes de 18 ans et plus. À la suite des 10 séances, l'utilisation de l'échelle de rétablissement (RAS-41) a démontré que le groupe a facilité le développement de l'empowerment en mettant en avant les forces et les expériences des membres au bénéfice de chacune, dans une optique de rétablissement. En cohérence avec la recension des écrits, les principales approches préconisées lors des interventions auprès de ces personnes ont été la

thérapie cognitivo comportementale, motivationnelle et psychoéducatrice (Fox et Diab, 2016; Vandereycken, 2003 cités dans Lebrun et al., 2019; Roy, 2019).

Lors de la recherche documentaire, trois questions ont émergé : 1) quels seraient les impacts sur la dépression et l'anxiété des femmes âgées de 18 ans et plus de la région du Bas-Saint-Laurent ayant accès à des services spécialisés en TCA? 2) Est-ce que le fait de participer à des rencontres de groupe faciliterait chez ces femmes le processus de rétablissement? 3) Quelles seraient les approches à utiliser en tenant compte de notre rôle de travailleuse sociale et de l'absence d'une équipe multidisciplinaire spécialisée en TCA au Bas-Saint-Laurent?

CHAPITRE 2

FONDEMENTS CONCEPTUELS ET MODÈLE D'INTERVENTION

Dans le chapitre 2, il sera question de présenter les différentes dimensions du processus de rétablissement en santé mentale. Par la suite, le cadre conceptuel qui a guidé les interventions lors de l'expérimentation en groupe sera abordé. Enfin, les modèles d'intervention retenus seront exposés.

2.1 CADRE THÉORIQUE

2.1.1 Le rétablissement

Dans le cadre de ce projet, il a été important de faire une distinction entre le rétablissement en santé mentale et la guérison. Le rétablissement ne se limite pas à une guérison clinique, mais plutôt à un processus de vivre sa vie malgré la présence d'un trouble mental (Bergeron-Leclerc et al., 2019a). Au cours de ce processus, les individus font face à différents défis en utilisant leurs forces, leurs faiblesses et leurs ressources disponibles de manière unique (Tooth et al., 2003). Il existe différentes définitions du rétablissement, fondées sur des approches philosophiques, scientifiques, théoriques ou basées sur l'expérience vécue (Onken et al., 2007). Ces définitions peuvent être regroupées en deux catégories : les approches biomédicales et les approches psychosociales. Selon l'approche biomédicale, le rétablissement est considéré comme un processus de maîtrise des symptômes de la maladie, et seul l'individu peut parvenir à atténuer ou éliminer ces symptômes (Onken et al., 2007), alors que les approches psychosociales reconnaissent que le rétablissement est un processus continu plutôt qu'un résultat final. Dans cette optique, l'objectif du rétablissement met l'accent sur le regain d'identité et d'autonomie de la personne elle-même.

En s'appuyant sur les travaux de Starnino (2009) et Bergeron-Leclerc, Dallaire, Morin et Cormier (2019b), les dimensions qui influencent le processus de rétablissement chez une personne ont inspiré le déroulement des rencontres ainsi que le choix des activités et des expériences proposées.

Cet essai se concentre sur les différentes dimensions qui ont pu faciliter le processus de rétablissement en santé mentale des participantes au groupe tout en s'inspirant d'un cadre conceptuel développé par une équipe de chercheurs du King's College de Londres (Bergeron-Leclerc et al., 2019b; Leamy et al., 2011) qui propose aux travailleurs sociaux des repères importants sur le savoir-faire auprès des personnes utilisatrices des services en santé mentale. En plus de ces indicateurs, Bergeron-Leclerc, Morin, Dallaire et Cormier (2019b) précisent que les compétences nécessaires pour accompagner ces personnes doivent rejoindre celles qui « favorisent le développement de l'alliance et l'émergence de l'espoir » (p. 74).

Dans le contexte médical où nous avons expérimenté l'intervention de groupe, nous avons conscience que l'approche psychosociale, qui considère le rétablissement comme une façon de faire face aux conséquences associées à la maladie mentale (Onken et al., 2007), n'était pas une approche utilisée auprès de notre population cible. En tant que travailleuse sociale, il a été facile d'adhérer à cette posture plutôt que d'emprunter des approches déjà utilisées par des collègues psychologues ou psychothérapeutes de l'équipe traitante (par exemple, les approches de type thérapie cognitive-comportementale).

Le concept du rétablissement en santé mentale repose sur une dynamique continue entre les ressources personnelles telles que les compétences, les forces, les motivations et les aspirations, ainsi que les ressources de l'environnement incluant les relations familiales, amicales, le voisinage et les infrastructures. Les interactions entre les ressources individuelles et environnementales conduisent à des résultats positifs tels que le sentiment d'espoir, l'autodétermination et la reprise de contrôle sur sa propre vie. Plusieurs chercheurs (Anthony

et al., 1990; Bossé et al., 2016; McCubbin et al., 2010) ont étudié ces fondements et principes du rétablissement en santé mentale.

Certains auteurs comme Drake et Whitley (2014), qui définissent le rétablissement en cinq dimensions : 1) la dimension clinique s'intéresse à la diminution des symptômes de la maladie; 2) la dimension fonctionnelle s'intéresse aux rôles sociaux significatifs comme un emploi ou les études; 3) la dimension sociale s'intéresse aux contacts avec l'environnement, aux contacts sociaux significatifs; 4) la dimension physique s'intéresse aux saines habitudes de vie et la 5) dimension existentielle s'intéresse aux aspirations et aux buts de la personne en cohérence avec ses valeurs et ce qui fait du sens pour elle (Drake et Whitley, 2014).

2.1.2 Le cadre conceptuel CHIME

Selon les travaux de Bergeron-Leclerc (2019), le processus de rétablissement présente divers indicateurs clés, notamment la rémission ou la diminution des symptômes, ainsi que les progrès de l'individu dans son fonctionnement quotidien et social, comme évoqué par Lakerman (2010), Provencher et Keyes (2010), et Slade et al. (2008). Le rétablissement coexiste à travers différentes perspectives, telles que la biomédicale, la biopsychosociale et la sociopolitique, chacune valorisant des approches variées, de la prise de médicaments à la psychothérapie, voire remettant en question la psychiatrie et les diagnostics traditionnels. Ainsi, une intervention efficace nécessite de prendre en compte la perspective individuelle de chaque personne, comme souligné par Bergeron-Leclerc et ses collègues (2019).

Dans cette optique, le cadre conceptuel CHIME (*Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life, Empowerment*) élaboré par Leamy et al. (2011) éclaire les aspects cruciaux du rétablissement. Il met en avant la nécessité de favoriser le sentiment de connexion et de soutien, d'encourager l'espoir et l'optimisme concernant l'avenir, de permettre la redéfinition de l'identité, de trouver un sens à sa vie, et enfin, de

développer le pouvoir d'agir des individus, comme le soulignent les recherches de Bergeron-Leclerc et son équipe (2019).

Le cadre conceptuel CHIME² a été la référence pour nous guider dans les interventions à privilégier ainsi que dans les activités à planifier. Les liens créés avec les participantes et entre elles ont permis de faciliter, de manière positive, une *connexion* entre les membres du groupe, incluant les animatrices. De plus, le soutien entre les participantes vivant avec une problématique de santé mentale permet le développement ou le renforcement des liens sociaux (Bergeron-Leclerc et al., 2019b) en plus d'établir des liens concrets avec les professionnels de la santé. À chacune des rencontres, l'espoir et la motivation étaient les ingrédients indispensables utilisés pour cultiver la croyance qu'il est possible de se sentir mieux dans sa vie si des changements sont effectués, et ce, en fonction de ses rêves et de ses aspirations. Le travail sur l'identité s'est effectué de manière parallèle tout au long du processus de groupe. Les exercices à la maison et les thèmes abordés amenaient les participantes à réfléchir sur les aspects positifs qui nourrissaient leur existence, à déterminer ce qui est important pour elle dans la vie puis d'arriver à se percevoir au-delà de la maladie afin de dominer la stigmatisation. En effet, plusieurs recherches (Angermeyer et al., 2004; Crisp et al., 2000; Dinos et al., 2004; Petitpas, 2011) ont démontré que les personnes vivant avec des troubles de santé mentale sont stigmatisées. La signification qu'elles donnent aux événements de la vie ou à ce qu'elles vivent leur a permis de comprendre, pour certaines, leur utilité dans la vie et les valeurs qui s'y rattachent. Il est important de respecter cette composante, car elle est différente pour chacun des êtres vivants. Enfin, la composante du pouvoir d'agir (*empowerment*) consiste à développer sa capacité à reconnaître ses points forts, les utiliser et s'impliquer dans son processus de rétablissement en prenant ses

² Acronyme anglophone CHIME : *Connectedness, Hope and optimism about future, Identity, Meaning in life, Empowerment*. Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019b). Le rétablissement en santé mentale représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans *La pratique du travail social en santé mentale: apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Presses de l'Université du Québec.

responsabilités personnelles. En expérimentant différentes techniques d'autogestion des symptômes, certaines participantes ont pu observer des effets bénéfiques en les utilisant efficacement et régulièrement.

2.2 MODÈLE D'INTERVENTION

En nous basant sur la typologie des groupes de Turcotte et Lindsay (2019), nous avons identifié le groupe de thérapie et de type II pour notre projet, qui se caractérise par ses attributs tels que le caractère formé du groupe, sa nature sociogrupale, son caractère temporaire et sa fermeture.

Le stage de pratique spécialisée nous a permis d'expérimenter et d'apprivoiser différentes approches complémentaires qui peuvent être utilisées en travail social. En effet, selon les sujets abordés durant les rencontres, elles pouvaient prendre en considération les interactions de la personne avec son environnement (approche écosystémique), tout en misant sur les forces, les compétences et les aspirations de la personne (approche par les forces) et enfin, l'expérimentation de la pleine conscience et le rôle qu'elle peut avoir sur les pensées, les émotions, les sensations, les relations interpersonnelles et sur les actions engagées (TCC 3^e vague) ont offerts aux participantes et à l'animatrice différentes façon d'aborder les problématiques de santé mentale vécues dans ce groupe. Selon les bonnes pratiques pour traiter les problèmes de santé mentale dont les TCA, l'anxiété, une préoccupation liée à l'image corporelle, la thérapie cognitive comportementale et la thérapie d'acceptation et d'engagement sont recommandées par différents (Aimé et al., 2020a; Annie Aime et al., 2022; Monthuy-Blanc, 2018; Roy, 2019).

Lors des entrevues individuelles pré groupe qui représentaient le premier contact, nous avons insisté sur la capacité de développer une relation de confiance avec les participantes intéressées afin de faciliter l'alliance thérapeutique. Cet élément nous a permis de créer un lien significatif et une confiance nécessaire avec les femmes.

2.2.1 Position et caractéristiques de la travailleuse sociale

En tant que professionnelle évoluant au croisement des dimensions individuelle et sociale, la travailleuse sociale est particulièrement bien placée pour intervenir dans le processus de redéfinition de soi (Defrain, 2016; Mackin, 2019). Sa position lui permet de participer simultanément et de manière complémentaire dans ces deux sphères qui interagissent entre elles. Dans le processus de redéfinition de soi, elle joue un rôle essentiel en offrant un soutien bienveillant et une présence empathique (Defrain, 2016; Mackin, 2019). Cependant, il est important de noter que celle-ci porte un double rôle : celui d'aider et de contrôler. En effet, ces deux principes du rétablissement peuvent sembler contradictoires, mais néanmoins cruciaux lorsque l'on souscrit aux fondements du rétablissement en santé mentale (Bergeron-Leclerc et al., 2019a). La posture professionnelle de la travailleuse sociale se caractérise par l'écoute attentive des besoins de la personne et la mise en valeur de ses capacités et de ses compétences. De plus, elle accompagne la personne en reflétant les avancées réalisées dans son parcours, même lorsque celle-ci peut avoir l'impression de faire du sur place (Cadieux Genesse, 2019; Commission de la santé mentale du, 2015). Alors que le concept de contrôle vise à assurer la protection de la personne, de ses proches ou de la société (Bergeron-Leclerc et al., 2019a). En effet, il n'est pas toujours facile de s'assumer sur le plan professionnel dans un système de soins et de services sociaux qui axe davantage sur l'atteinte du fonctionnement social selon des normes sociales établies versus le traitement de la maladie mentale (Ponce, Clayton, Gambino et Rowe, 2016 cités dans Cadieux Genesse, 2019). Cependant, grâce à ses compétences critiques sur le plan sociétal et organisationnel, la travailleuse sociale peut s'affranchir de l'intervention professionnelle qui limite les aspirations des individus aux normes sociales établies (Webber et Joubert, 2015). Il est essentiel de faire preuve de discernement et de suivre une démarche éthique professionnelle pour évaluer les enjeux parfois divergents des partis concernés (la personne elle-même, les proches, les familles, la société, l'organisation), tout en ayant la capacité de justifier nos décisions d'intervention auprès des personnes impliquées (Bergeron-Leclerc et al., 2019a).

Ainsi, la travailleuse sociale inclut la personne concernée dans les décisions en tenant compte de sa santé globale, en misant sur ses aspirations, tout en soutenant ses nouveaux projets de vie (Commission de la santé mentale du, 2015; Defrain, 2016). Bref, l'autonomisation de la personne est au cœur de l'accompagnement professionnel en matière de rétablissement en santé mentale.

Finalement, les compétences professionnelles attendues chez les travailleurs sociaux et les valeurs³ du travail social ont servi de guide pour cibler le cadre conceptuel CHIME qui propose cinq dimensions importantes à considérer dans le processus de rétablissement. (Bergeron-Leclerc et al., 2019b, p. 76).

³ Le respect de la dignité, de l'autonomie, de l'autodétermination de la personne, croire au potentiel de la personne et en ses capacités, etc. (Bergeron-Leclerc et al., 2019b).

CHAPITRE 3

DESCRIPTION DU PROJET D'INTERVENTION

3.1 DURÉE ET MILIEU D'INTERVENTION

La période de réalisation du stage de plus de 450 heures sous la forme d'une intervention de groupe thérapie, *l'Alliance*, s'est échelonnée sur 30 semaines à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital de Rimouski du CISSS du Bas-Saint-Laurent, et ce, du 30 août 2022 au 19 décembre et du 9 janvier au 28 avril 2023 (cf Annexe 1).

3.2 RAPPEL DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DU STAGE DE PRATIQUE SPÉCIALISÉE

Le groupe *l'Alliance* poursuivait divers objectifs. En premier lieu, il visait à guider les participantes vers une meilleure connaissance d'elles-mêmes, en explorant pour certaines les racines de leurs troubles alimentaires ou de leur perception négative de leur image corporelle et pour d'autres, celles liées à l'anxiété ou à la dépression. Cette démarche impliquait d'identifier les déclencheurs émotionnels, de mettre en lumière les schémas de pensée négatifs et de dévoiler les mécanismes d'adaptation préjudiciables à leur bien-être mental.

L'expérimentation d'une intervention psychosociale de groupe spécifiquement conçue pour les femmes âgées de 18 ans et plus. Voici les objectifs d'apprentissage du stage de pratique spécialisée en travail social :

- 1- Recenser les programmes de groupe de TCC de 3^e vague déjà existant qui traite de la problématique et débiter l'écriture du contenu du guide;
- 2- Développer une connaissance approfondie de la méthodologie, du cadre conceptuel (CHIME), des approches visées et préciser les rôles des animatrices;

- 3- Élaborer le programme d'intervention de groupe (10 rencontres) et recruter les 8 participantes;
- 4- Réaliser l'intervention de groupe;
- 5- Évaluer les résultats des interventions et ma participation comme animatrice.

3.3 BUT DU GROUPE, OBJECTIFS ET MOYENS D'INTERVENTION

Ce projet avait comme objectif de permettre aux participantes de mieux se connaître et de développer des stratégies efficaces dans le but de les aider à retrouver un fonctionnement social adéquat et de favoriser leur processus de rétablissement. Dans cette pratique, notre rôle était d'accompagner les participantes dans leur cheminement, tout en étant attentives au fonctionnement des séances, afin d'assurer un cadre qui favorise l'atteinte des objectifs de chacune des participantes (Turcotte et Lindsay, 2019). À chacune des rencontres, de l'information était transmise sur différents sujets en lien avec leur vécu et les éléments qu'elles ont nommés lors de la rencontre pré groupe. Par exemple, les mécanismes d'adaptation, les facteurs qui contribuent à vivre du stress et de l'anxiété et/ou une préoccupation négative de leur image corporelle ou le maintien d'un TCA, les facteurs de protection, les facteurs de rétablissement, l'enseignement de la pleine conscience (exercices en début et en fin de rencontre), etc. Tout au long de leur cheminement, nous les avons encouragées à trouver ou retrouver un sens à leur vie, à poursuivre leurs rêves et à définir leur identité afin de les aider à retrouver un fonctionnement social optimal. Nous croyons que de faire vivre des expériences aux participantes à l'intérieur du groupe leur donne l'opportunité de mettre en pratique de façon continue des stratégies efficaces.

Pour réaliser ce projet de stage, il s'est avéré nécessaire de consulter plusieurs instances : la directrice des programmes santé mentale et dépendance, la cheffe de service à la clinique externe de psychiatrie et conseillère cadre au programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), ainsi que les médecins psychiatres de la clinique externe de psychiatrie.

3.4 DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Cette section présente le déroulement général des rencontres de groupe, des activités, du climat, du nombre de participantes et des thèmes abordés lors de chacune des rencontres. Le tableau 1 résume le contenu de ce qui est présenté.

Selon Lindsay et Turcotte (2019), le processus d'intervention se divise par différentes phases : celle de la planification, celle du début, celle du travail et la dernière phase sont de dissolution. Chacune des phases est nécessaire pour permettre aux membres du groupe d'évoluer dans un cadre facilitant le partage et les échanges, mais aussi pour développer de nouvelles connaissances. La présence de l'étudiante stagiaire tout au long des rencontres a permis de fournir différents outils aux participantes dans le but de les faire cheminer dans leur rétablissement. Également, l'étudiante stagiaire a encouragé les participantes à s'outiller entre elles par leur partage de vécu et par leurs stratégies efficaces.

La phase de travail dans le processus d'intervention en recherche auprès des groupes comprend l'organisation des rencontres, la sélection et la pertinence des activités, la gestion des conflits, ainsi que l'utilisation du dossier en tant qu'outil d'apprentissage et de collecte de données (Roy et Lindsay, 2017; Turcotte et Lindsay, 2008b). Dans l'étape de préparation du groupe, le nombre de rencontres a été établi à partir des éléments suivants : les attentes de l'organisation, les objectifs d'apprentissage et les objectifs d'intervention du stage spécialisé de même que le contenu des séances qui a été développé en fonction des besoins nommés par les participantes lors de la rencontre individuelle pré groupe (cf Annexe 2). Pour toutes ces raisons, nous avons proposé dix rencontres et une 11^e s'est ajoutée pour répondre aux besoins de certaines participantes (cf Tableau 1). Cependant, l'étudiante stagiaire a dû annuler cette rencontre, constatant un manque de disponibilité de la part des membres, seulement deux personnes pouvaient se présenter.

Une présentation du projet d'intervention (cf Annexe 3) à l'équipe de médecins psychiatres et aux professionnels a permis de prendre le pouls auprès d'eux et d'assurer que ce groupe permettrait de répondre aux besoins des personnes utilisatrices de services. Ils ont validé que l'arrivée de ce projet était nécessaire dans la région et d'autant plus, qu'il venait répondre à la demande du Ministère, mais aussi aux femmes vivant avec ces problématiques. À la suite de cette présentation, nous avons été interpellées par une psychiatre qui avait l'intérêt de coanimer les séances avec nous. Cependant, deux semaines avant le début des rencontres, celle-ci s'est désistée par manque de temps. Nous avons dû retarder la date du début des rencontres afin d'effectuer certains ajustements pour ainsi faciliter l'animation seule. Malgré cela, une autre collègue psychiatre s'est manifestée après le début des rencontres afin de venir coanimer avec nous. Attendu que la charge de travail était importante et que certaines des participantes présentaient plusieurs diagnostics, nous avons accepté avec enthousiasme. Ainsi, elle s'est jointe au groupe à la sixième rencontre pour nous soutenir dans nos interventions et nous accompagner pour mener à bien ce projet de stage spécialisé.

Avec l'aide de la cheffe de service, le recrutement des participantes a été réalisé via une annonce faite à la clinique externe de psychiatrie par les psychiatres ou les infirmiers cliniciens spécialisés (cf Annexe 3B). Dans le but de préciser l'admissibilité au groupe et faire la sélection finale, des rencontres individuelles pré groupe de trente minutes auprès de chacune des participantes intéressées. Ainsi, pour une quinzaine de références, dix participantes ont été retenues et huit se sont présentées à la première séance du 1^{er} décembre 2022.

3.5 DÉROULEMENT GÉNÉRAL DE LA RENCONTRE INDIVIDUELLE (PRÉ INTERVENTION)

Dans l'objectif de déterminer l'admissibilité au sein du groupe et de procéder à la sélection des participantes, un questionnaire a été conçu pour orienter des entretiens individuels préalables avec chaque personne intéressée à participer au groupe. Lors de ces rencontres (d'une durée de trente minutes), les objectifs du groupe, les critères

d'admissibilité, le fonctionnement et le calendrier des rencontres ont été présentés aux participantes. La rencontre a également permis de discuter de leurs attentes, inquiétudes et leur motivation à participer à l'intervention. Cette rencontre avait comme but de mettre l'emphase sur l'importance de leur présence à toutes les rencontres, et ainsi, de s'assurer de l'assiduité des membres, de leur ponctualité et de valider leur engagement au groupe tel que recommandé par Turcotte et Lindsay (2019).

Lors de cette première rencontre, nous avons insisté sur les règles de participation en expliquant qu'il est important que tout le monde s'entende sur le fonctionnement (cf Annexe 4) ce qui va permettre la cohésion entre les membres du groupe. Nous avons précisé que ce groupe leur appartenait et en ce sens, qu'elles avaient une responsabilité par rapport à l'harmonie au sein du groupe. De plus, nous leur avons demandé leur consentement écrit pour que notre superviseuse puisse assister aux rencontres virtuellement (cf Annexe 5).

À la fin de l'intervention, ce sont cinq des huit participantes de départ qui ont terminé l'intervention de groupe. L'une des participantes s'est désistée après la 3^e rencontre puisqu'elle devait subir une opération ce qui l'aurait amenée à manquer plusieurs séances. Une autre participante a quitté lors de la 7^e rencontre pour cause de ses responsabilités familiales et enfin, une autre participante pour des raisons scolaires.

3.6 DÉROULEMENT GÉNÉRAL DES RENCONTRES DE GROUPE

Au total 10 rencontres de groupe ont eu lieu (du 30 août 2022 au 19 décembre et du 9 janvier au 28 avril 2023). L'ordre du jour des rencontres débutait par un « *Check-In* », qui se veut une centration par la respiration et qui permet de se déposer dans « *ici et maintenant* » et se termine par un « *Check-Out* », qui est un exercice de visualisation ou de respiration qui permet la transition entre la fin du groupe et le début d'une activité. Tout au long du programme, le cahier a été bonifié par les ordres du jour de chacune des rencontres, des

activités, des réflexions, des lectures, etc. Les participantes devaient donc le ramener à chacune des séances de groupe.

3.6.1 Le début de l'intervention de groupe

La première séance visait à établir une alliance thérapeutique avec les participantes, à créer un climat de confiance et à encourager l'aide mutuelle. Dès le début, il a été important de reconnaître que notre rôle ne se limitait pas à animer verbalement, mais également à adopter une posture cohérente avec cet objectif. Une attention particulière a été portée à l'accueil individuel de chaque participante, en manifestant un réel intérêt pour elles en tant que personne. À leur arrivée, l'animatrice a salué les participantes et leur a laissé choisir une place autour de la table afin qu'elles puissent prendre connaissance de leur cahier personnel⁴ (cf Annexe 6). Cette première rencontre a permis d'établir les bases de fonctionnement du groupe (confidentialité, règles de fonctionnement, etc.). De plus, ce fut l'occasion d'exprimer leurs attentes et besoins envers ce groupe. Enfin, elles ont échangé leurs manifestations de stress et d'anxiété et leurs outils pour se sentir mieux.

3.6.2 Le cœur des séances

Les rencontres 2 à 9 ont permis aux participantes d'expérimenter à chacune des séances des exercices de pleine conscience par exemple avec les « *Check-In* » et le « *Check-Out* ». Ainsi, elles ont pu ressentir les bienfaits de prendre soin de soi et d'être plus attentives à ce qui se passe dans le moment présent. La gestion des pensées et des émotions difficiles a été abordée durant les séances suivantes. Des liens ont été effectués entre les séances afin de valider l'utilisation ou non des outils de pleine conscience en dehors des rencontres de groupe et des impacts sur les pensées et les émotions des participantes. Puisque les femmes partageaient leur vécu personnel de la souffrance, en plus d'expérimenter la notion

⁴ Lors de la première rencontre, le contenu du cahier comprenait : l'entente de groupe, le consentement libre et éclairé, l'ordre du jour, les échelles de mesure (GAD-7, PHQ-9, BES, RAS-41), une feuille représentant le journal de bord et la métaphore du lavabo.

d'acceptation et d'engagement, les participantes ont été encouragées à prendre conscience des impacts positifs et des bienfaits sur leur santé mentale. Elles ont témoigné de leur vécu et de leurs vulnérabilités dans un climat d'écoute et de non-jugement. Ainsi, le groupe a favorisé l'importance du lien et du soutien dans le processus de rétablissement. Le sentiment de cohésion et de confiance a permis d'échanger sur les forces de chacune en partageant entre elles les forces et les qualités observées chez l'autre. Cette activité a eu un effet positif sur le sentiment d'inclusion et de confiance en soi. Enfin, l'avant-dernière rencontre a abordé un thème plus sensible : l'image corporelle. Il était important qu'il soit placé à la fin puisque pour chacune des femmes, ce thème était un enjeu pour elles. La dimension du soutien émotionnel, le développement d'une nouvelle perception de soi et le fait d'avoir développé une clarté mentale et une maîtrise de soi ainsi que de ses émotions étaient, au préalable, des ingrédients essentiels pour aborder ce thème à la 9^e rencontre.

3.6.3 La fin de l'intervention de groupe

La dixième séance, un questionnaire de satisfaction a été distribué à chacune des participantes afin d'évaluer la pertinence et l'appréciation du groupe (cf Annexe 7). De façon générale, les participantes ont apprécié les rencontres. Les activités ont répondu à leurs besoins et à leurs attentes. Elles ont affirmé qu'elles mettront en pratique certains éléments appris dans le cadre de l'intervention de groupe : *l'ici et maintenant*, la pleine conscience, mettre en pratique des pensées plus positives et faire attention aux pensées automatiques, les exercices de respiration, les lectures proposées, augmenter le temps consacré à des activités pour soi, etc. (cf Annexe 8).

Le Tableau 1 présente sommairement le déroulement des rencontres en précisant le nombre de participantes, les thèmes abordés, de même que les objectifs spécifiques et le climat de chacun des ateliers.

Tableau 1 : Synthèse du contenu des interventions de groupe réalisées dans le stage de pratique spécialisée

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
1 Animation seule	8/9	Alliance thérapeutique : Cheminement thérapeutique ou processus d'intervention. Approches : TCC, motivationnelle, de pleine conscience	Établir une alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.	Climat de méfiance : Stress et anxiété observables chez les participantes. Elles hésitent à répondre aux questions et à partager devant le groupe.
2 Animation seule et une étudiante en médecine (observatrice)	7/9	Les pensées automatiques et leurs impacts dans ma vie. Approches : TCC et de la pleine conscience	Poursuivre dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.	Bon climat : Les participantes sont attentives, respectueuses et à l'écoute des autres. -Partagent leurs expériences et participent aux exercices et aux discussions proposées.

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
3 Animation seule	7/9	<p>Esprit, santé mentale et rétablissement</p> <p>Approches : Systémique, motivationnelle, de pleine conscience</p>	Favoriser le soutien par les pairs, leurs participations et le renforcement positif.	<p>Climat tendu :</p> <p>Peu de participation</p> <p>Fatigue généralisée</p> <p>Une autre participante a pris beaucoup de place en lien avec son rôle de mère.</p>
4 Animation seule	<p>6/8</p> <p>La participante 9 ne s'est jamais présentée. Nous tombons à 8 participantes.</p>	<p>Les forces</p> <p>Approches : Systémique, motivationnelle, de pleine conscience, centrée sur les forces.</p>	Favoriser le développement des compétences du pouvoir d'agir des participantes en prenant conscience de leurs forces.	<p>Climat agréable après le retour du congé de Noël :</p> <p>Les participantes étaient souriantes et heureuses de se revoir.</p> <p>Une des participantes a quitté avant la fin.</p> <p>Elles étaient attentives aux informations fournies. Elles ont participé aux activités de façon proactive.</p>

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
5 Animation seule	6/8	Les valeurs Approches : Systémique et de la pleine conscience	Identifier les valeurs qui sont importantes pour moi et de quelle façon je les priorise pour me rétablir.	<p>Climat et énergie basse :</p> <p>Une des participantes a quitté avant la fin et n'a pas expliqué pourquoi ce qui a créé un malaise dans le groupe.</p> <p>La participante qui a quitté plutôt à la dernière rencontre nous a écrit un message à lire aux participantes pour leur annoncer qu'elle quittait le groupe.</p> <p>Tristesse et déception chez les autres participantes.</p>

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
6 Coanimation avec psychiatre	7/7	<p>La motivation (séance réalisée par visioconférence en raison d'une tempête)</p> <p>Approches : Systémique, motivationnelle, de pleine conscience.</p>	<p>Identifier les éléments, les situations, les personnes, les buts, les rêves qui peuvent contribuer à motiver mes actions pour débiter un changement.</p>	<p>Climat amical et de détente :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Respect des opinions de chacun -Échanges amicaux et renforcement positif entre elles. - Dévoilement d'une des participantes en lien avec ce qu'elle vient chercher dans le groupe. Nomme créer des liens significatifs qui l'aident à cheminer.
7 Coanimation	5/7	<p>Les pensées irrationnelles</p> <p>Approches : TCC et de pleine conscience.</p>	<p>Prendre conscience des pensées irrationnelles, les identifier et les remplacer par des pensées de substitution.</p>	<p>Climat de bienveillance :</p> <p>Capacité d'accueil, d'empathie et de non-jugement envers l'une des participantes.</p>

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
8 Coanimation	4/7	L'image corporelle Approches : TCC, éducative et de pleine conscience.	Informer, sensibiliser et comprendre les facteurs pouvant influencer l'image corporelle.	Climat de déception : Les participantes sont déçues de l'absence de leurs collègues. Elles nomment que cela joue sur leur motivation. Elles arrivent à ouvrir sur les activités proposées et participent aux échanges.

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
9 Coanimation	4/6	<p>Le contenu en images</p> <p>Approches : TCC, centrée sur les forces et de la pleine conscience.</p>	<p>Développer une relation saine et appropriée avec soi.</p>	<p>Climat émotif :</p> <p>Les participantes réalisent que c'est l'avant-dernière rencontre.</p> <p>Elles appréhendent la fin.</p> <p>Elles sont heureuses de savoir qu'il y a une possibilité d'ajouter une 11^e rencontre.</p> <p>Soulagement observable ainsi que des sourires.</p> <p>Une autre participante a cessé les rencontres de groupes pour charge familiale importante.</p>

Rencontre animée Seule, avec invitée ou coanimatrice	Nombre de participantes	Thèmes et approches utilisées	Objectifs	Climat
10 Coanimation	5/6	Prendre soin de soi Approches : motivationnelle, systémique, centrée sur les forces et de la pleine conscience.	Évaluer la satisfaction des participantes.	Climat chaleureux Écoute et bienveillance dans le respect de chacune Ouverture à recevoir des commentaires positifs de chacune des participantes et envers les animatrices Elles sont heureuses de se dire à bientôt dans quelques semaines.
11 Annulée par manque de participation.		Rencontre de relance	Échanger et partager avec les autres participantes les expériences vécues depuis la fin des séances.	

Durant les premières rencontres, les participantes nous percevaient principalement comme animatrice. Au fur et à mesure que leur niveau d'engagement augmentait, un climat de confiance s'est instauré et des liens se sont créés entre elles et avec nous. Elles ont progressivement commencé à s'adresser directement les unes aux autres. En réalité, la fréquence des rencontres hebdomadaires a encouragé l'identification au sein du groupe, facilitant ainsi l'établissement de liens entre les participantes (Turcotte et Lindsay, 2019). De plus, le fait d'entendre les témoignages de leurs pairs est une source d'inspiration, d'espoir et d'encouragement puisque chacune d'elles se situe à des niveaux différents dans son processus de rétablissement. Elles ont été aussi pour nous, une source d'inspiration qui nous a permis d'enrichir les séances et de bonifier nos interventions selon leurs besoins et leurs attentes. En plus de l'influence du climat, la cohésion joue également un rôle essentiel dans le contexte socioaffectif d'un groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). En résumé, la cohésion se réfère à l'ensemble des motivations qui incitent les membres à s'engager activement dans un groupe, favorisant ainsi une dynamique de solidarité (Turcotte et Lindsay, 2019). Effectivement, il a été observé que le parcours individuel de rétablissement pour chacune d'elle a pris un sens collectif.

Il est important de souligner que nos propres besoins en tant qu'animatrices ont également été pris en compte pour instaurer un climat de confiance et de chaleur humaine. Il était primordial pour nous de favoriser un sentiment d'universalité parmi les membres du groupe, en les amenant à prendre conscience qu'elles partageaient certaines préoccupations, sentiments, pensées et émotions similaires (Turcotte & Lindsay, 2019). À la fin de chaque séance, nous prenions le « pouls » des participantes en leur demandant ce qu'elles retenaient de la rencontre et leur appréciation générale. Voici quelques exemples de réponses : sereine, compréhensive, légère, timide, belle évolution pour moi, calme, fatiguée, etc. Ainsi, nous avons un indicateur à chacune des rencontres et cela nous permettait d'infirmier ou de confirmer notre perception et de nous réajuster au besoin. Nous rappelions constamment aux participantes que le groupe leur appartenait et qu'elles avaient la responsabilité de contribuer

en osant exprimer leur opinion et leur sentiment selon les sujets abordés. Par ailleurs, il est important de noter que l'ensemble des huit participantes du groupe a rarement été présent simultanément lors des séances. Malgré cette contrainte, une atmosphère favorable a prévalu lors de ces rencontres et toutes les participantes ont démontré un profond respect envers les règles de fonctionnement établies dès la première rencontre. Les participantes ont fait preuve d'une attitude respectueuse et empreinte d'empathie envers leurs pairs, en particulier en ce qui concerne le dévoilement des expériences de chacune. Les échanges fréquents entre les membres du groupe ainsi qu'avec les animatrices ont favorisé le développement d'un lien de complicité gratifiant.

À la section suivante, nous élaborerons davantage sur ces deux commentaires en faisant des liens avec la littérature et nos observations. Il sera aussi question de faire un retour sur les résultats des quatre échelles de mesure qui ont été remises aux participantes à la séance 1 et 8, qui avaient comme but d'évaluer les symptômes dépressifs (PHQ-9) et d'anxiété (GAD-7), le niveau d'avancement du rétablissement (RAS-41), les attitudes et les perceptions face à leur image corporelle (BES) (cf Annexe 9).

3.7 MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'atteinte des objectifs d'intervention a été évaluée à l'aide de différents moyens, soit 1) les entrevues pré groupe, 2) rédaction de notes évolutives de groupe incluant une note sur chacune des participantes pour chaque rencontre, 3) les échelles de mesure (PHQ-9, BES, GAD-7, RAS-41), 4) un questionnaire d'évaluation de satisfaction. La rédaction de notes évolutives de groupe incluant une note pour chacune des participantes a été rédigée par l'étudiante à la suite de chacune des rencontres afin d'effectuer le suivi de tous les objectifs d'intervention. Cet outil a été utilisé par l'étudiante et la superviseure afin d'effectuer le suivi des objectifs spécifiques au fil des rencontres (cf Annexe 10). Il a aussi permis de nourrir les rencontres de supervisions effectuées toutes les semaines. Les éléments suivants se retrouvaient dans chacune des notes évolutives : le nom du groupe, la date, le nom des

animatrices et de la superviseure, les participantes présentes et absentes, le thème de la rencontre, l'objectif de la rencontre, le sommaire des activités, les dynamiques relationnelles ainsi que les particularités individuelles de chaque participante.

3.7.1 Instruments de mesure

Les questionnaires suivants ont été administrés dans leur version française : Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), *Body Esteem Scale* (BES-23), Recovery Assessment Scale-41(RAS-41). L'utilisation de ces échelles de mesure (cf Annexe 9) permet d'évaluer l'intensité des symptômes anxieux (GAD-7) et dépressifs (PHQ-9) chez les participantes. De plus, l'utilisation du questionnaire BES-23 a servi pour mesurer de façon globale l'estime corporelle. Enfin, l'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS-41) permet de mesurer l'espoir, le sens de la vie, la qualité de vie, les symptômes et l'autonomisation des participantes. Le choix d'utiliser ces échelles repose sur l'intention de permettre aux participantes d'amorcer une réflexion sur certains symptômes, scénarios catastrophiques ou comportements qui pouvaient leur apparaître insignifiants au départ et réaliser qu'à long terme, ils devenaient nocifs pour leur santé globale et leur fonctionnement social. Ainsi, le fait de remplir quatre échelles ciblant différentes problématiques (avant l'intervention - temps 1 et après l'intervention - temps 2) a contribué à ce que les participantes puissent constater leur cheminement et les éléments qui peuvent faciliter ou nuire à leur rétablissement. Les résultats au temps 1 ont offert à l'animatrice des indications pour cibler le contenu des séances suivantes dans le but de répondre aux besoins des participantes. Les descriptions des échelles utilisées et les objectifs poursuivis par celles-ci sont présentés dans les prochains paragraphes.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale) (version française):

L'échelle de mesure pour l'anxiété (GAD-7) est l'une des échelles autodéclarées de diagnostic les plus fréquemment utilisées pour le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de

la gravité des troubles anxieux. Elle a été développée par Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams et leurs collaborateurs en 2006 (Spitzer et al., 2006). C'est un outil couramment utilisé pour évaluer l'anxiété généralisée en milieu clinique. Elle comporte 7 énoncés, chacun noté de 0 à 3, pour un score total variant de 0 à 21. Des scores plus élevés indiquent un niveau plus élevé d'anxiété. Elle a démontré une bonne fiabilité et validité dans la détection des symptômes d'anxiété.

Les estimations de fiabilité de l'échelle GAD-7 étaient favorables pour l'échantillon complet, ainsi que pour les hommes et les femmes. Les résultats attestent de la valeur de cet instrument en tant qu'indicateur dimensionnel de la sévérité du TAG, plutôt qu'en tant qu'outil de dépistage de la présence ou de l'absence du trouble chez les personnes présentant des troubles de l'anxiété et de l'humeur (Rutter et Brown, 2017; Spitzer et al., 2006).

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (version française) :

L'échelle de mesure PHQ-9 est l'une des échelles de mesure les plus recommandées pour sa simplicité et sa fiabilité dans le diagnostic positif de la dépression et pour évaluer sa sévérité. Elle a été développée par Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams et leurs collaborateurs en 2001. Il s'agit d'une échelle brève qui comporte 9 énoncés, ce qui la rend facile à remplir et à interpréter. C'est un outil de dépistage de la dépression majeure. Les neuf énoncés sont notés de 0 à 3, pour un score total allant de 0 à 27. Des scores plus élevés indiquent une gravité de la dépression plus élevée. Le PHQ-9 est largement utilisé en pratique clinique et a démontré sa fiabilité et sa validité (Kroenke et al., 2010).

BES-23 (Body Esteem Scale) (version française) :

L'échelle d'estime de soi corporelle se compose de 23 éléments et évalue la perception de l'image corporelle à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points 1 (jamais) à 5 (toujours). Il s'agit d'une version adaptée de l'échelle originale développée en 1986 par Thomas F. Cash.

L'image corporelle est examinée sous trois dimensions : la perception de l'apparence physique, le poids et l'attribution. La sous-échelle de l'apparence (dix énoncés) concerne les sentiments généraux envers l'image corporelle, tandis que la sous-échelle du poids (huit énoncés) mesure la satisfaction ou l'insatisfaction liée au poids. En revanche, la sous-échelle de l'attribution (cinq énoncés) se réfère aux croyances concernant la perception de l'image corporelle par autrui (Valls et al., 2011). L'instrument démontre une excellente fiabilité et validité, et la version française validée auprès de 835 adolescents et jeunes adultes (et affiche une fiabilité élevée pour les trois sous-échelles (Duhamel, 2020 et Valls et al., 2011)). Cette échelle est couramment utilisée dans la recherche en psychologie, en particulier dans les domaines de l'estime de soi, de l'image corporelle, de la santé mentale et de la santé physique. Elle permet d'évaluer les sentiments d'insatisfaction corporelle et d'estime de soi liés à l'apparence, ce qui peut être utile dans des contextes tels que la recherche sur les troubles de l'alimentation, la psychologie clinique, et les études sur l'impact des médias sur l'image corporelle. Il est important de noter que les propriétés psychométriques spécifiques de la BES-23 peuvent varier en fonction des études et des populations étudiées.

RAS-41 Recovery Assessment Scale-41) (version française) :

En se basant sur les perspectives des utilisateurs de services de santé mentale aux États-Unis, cette échelle a été développée par Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf et Gervain en 1995. Par la suite, Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, Keck, ont effectué une analyse factorielle de la RAS et ont identifié cinq facteurs qui comprenaient uniquement 24 items plutôt que 41 comme la version que nous avons utilisée. La RAS a montré une forte cohérence interne, une fiabilité test-retest et une fiabilité interévaluateurs dans plusieurs études évaluant la récupération chez des populations souffrant de troubles de santé mentale dans différentes cultures (Salzer et Brusilovskiy, 2014).

L'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS) mesure l'espoir, le sens de la vie, la qualité de vie, les symptômes et l'autonomisation. Les résultats des analyses factorielles exploratoires et de confirmation ultérieure du RAS pour des moitiés aléatoires de l'échantillon ont donné cinq facteurs : la confiance et l'espoir personnel, la volonté de demander de l'aide, l'orientation vers les objectifs et la réussite, la dépendance aux autres et l'absence de domination par les symptômes (Corrigan et al., 2004). La validation empirique a été réalisée aux États-Unis, en Australie, en Israël, au Japon, en Chine, au Brésil, au Portugal et en Allemagne (Zalazar et al., 2017). Selon les auteurs Salzer et Brusilovskiy (2014), il y a des preuves significatives en faveur de l'utilisation du RAS en tant qu'outil dans le domaine de la science du rétablissement, à la fois pour mesurer le rétablissement et l'intégrer dans la recherche en santé mentale.

3.7.2 Notes d'observation : Dynamique relationnelle

Les notes évolutives étaient réalisées par l'étudiante après chacune des interventions de groupe. La section « dynamique relationnelle » a permis de résumer nos observations et de cibler des moments importants des rencontres dont l'émergence du soutien mutuel entre les participantes. Cette section a permis à l'étudiante de prendre un recul sur ses interventions et d'apprécier les changements positifs découlant de ses interventions et de l'implication des participantes durant les activités.

3.7.3 Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction a été construit par l'étudiante afin d'évaluer la pertinence, l'appréciation et de documenter les retombées des interventions du groupe. Cet outil comprend cinq questions. La première est pour évaluer si les besoins et les attentes ont été répondus. La seconde concerne les éléments appris et qui seront utiles au quotidien. La troisième permet de connaître ce qui a été plus facile à gérer pour la participante durant les rencontres. La quatrième question demande ce qui a été le plus difficile à gérer. Enfin, la

cinquième sollicite leurs suggestions et leurs commentaires afin de bonifier les interventions de groupe. Il a été rempli par les participantes et de façon anonyme à la dernière rencontre de groupe.

De façon générale, les participantes ont apprécié les rencontres et les activités proposées (cf Annexe 11). Elles ont répondu à leurs besoins et à leurs attentes telles que mentionnées dans la rencontre pré-groupe. Cet outil a été rempli par les participants à la fin de la dixième rencontre. Ainsi, dans le cadre de cet essai, le questionnaire a été utilisé pour mesurer l'atteinte des objectifs de l'intervention de groupe du stage de pratique spécialisée.

3.8 CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'ÉTHIQUE CLINIQUE

Des préoccupations éthiques ont été prises en compte tout au long du projet. Une première préoccupation a été liée au fait à la confidentialité dans un contexte de rénovations de locaux à l'hôpital de Rimouski. En effet, plusieurs travailleurs de différents domaines de la construction circulaient dans les corridors de l'hôpital. En ce sens, il était primordial de trouver un local discret et insonorisé pour l'intervention de groupe. Ainsi, lorsque c'était possible, les rencontres ont été offertes dans un autre département qu'en clinique externe de psychiatrie. La confidentialité a donc été mise en avant dès le début, afin de permettre aux participants de diminuer leur anxiété.

La deuxième préoccupation portait sur la tenue de dossiers pour l'intervention de groupe. L'étudiante a respecté les directives de l'établissement concernant la tenue de dossier en groupe. Les dossiers des participants ont été effectués dans le dossier patient à notre nom dans le « nuage » électronique du CISSSBSL et une note a été faite par la médecin psychiatre dans le dossier électronique de la patiente (Medirad) avec des mesures de protection par des codes électroniques. Étant donné que l'établissement ne maintenait pas de dossiers de groupe, l'étudiante a inclus une section de dossier de groupe dans chacune de ses notes évolutives,

conformément aux normes de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2007).

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les caractéristiques sociodémographiques et les faits saillants liés à l'expérimentation de l'intervention de groupe auprès des femmes de 18 ans et plus vivant un TCA ou avec des préoccupations liées à l'image corporelle en lien avec la minceur, des symptômes dépressifs et souffrant d'anxiété. Les résultats présentés permettent de documenter la participation des femmes lors de la rencontre individuelle (pré intervention) et de groupe ainsi que le climat général durant les dix ateliers.

4.1 LE PROFIL DES PARTICIPANTES

Huit personnes ont participé au groupe. Les répondantes sont de sexe féminin et sont âgées entre 18 ans et 50 ans. Sur le plan familial et matrimonial, la moitié sont célibataires et plus du tiers sont divorcées. De plus, précisons que trois des participantes ont des enfants alors que la majorité (60 %) n'en a pas. Sur le plan scolaire, l'ensemble des participantes ont fait des études postsecondaires. En effet, parmi elles, la moitié ont des études collégiales, le quart ont des études universitaires et l'autre quart un diplôme d'études professionnelles. Quant à l'aspect financier, les sources de revenus sont assez diversifiées : emplois, pension alimentaire, assurance-maladie, prêts et bourses, aide financière des parents. Certaines d'entre elles affirment vivre de l'anxiété de façon modérée et être préoccupées par leur image corporelle. Pour d'autres, elles ont des symptômes dépressifs de légers à sévères. Enfin, deux des participantes ont un diagnostic de troubles alimentaires (anorexie et boulimie) et toutes les participantes nomment être préoccupées constamment par leur image corporelle, ce qui les amène à entretenir une relation difficile avec la nourriture.

Tableau 2: Synthèse du profil des participantes

	Âge	Statut civil	Nombre d'enfants	Emplois (E) Études (É) Arrêt de travail (A)
Participante 1	42	Couple	2	E
Participante 2	37	Célibataire	0	A
Participante 3	30	Couple	2	A
Participante 4	46	Célibataire	2	A
Participante 5	34	Célibataire	0	E
Participante 6	21	Célibataire	0	É
Participante 7	18	Célibataire	0	É
Participante 8	42	Couple	2	E

4.2 RÉSULTATS DU PROJET D'INTERVENTION SELON LES PARTICIPANTES

De manière générale, et ce, pour la majorité des participantes, le niveau de sévérité a diminué pour les échelles qui mesurent la dépression (PHQ-9) et l'anxiété (GAD-7). Concernant celle du rétablissement (RAS-41), l'amélioration est observable de façon satisfaisante pour toutes les participantes. Pour ce qui est de l'échelle liée à l'image corporelle (BES), les résultats sont plus inégaux pour toutes les participantes entre le temps 1 et le temps 2.

Le tableau 3 présente les résultats aux quatre échelles de mesure (avant et après l'intervention de groupe) pour les participantes 1, 4, 5, 6 et 8, c'est-à-dire celles qui ont participé aux 10 rencontres. Le temps 1 correspond au début décembre 2022 et le temps 2 a eu lieu à la fin février 2023, c'est donc dire que 8 semaines se sont écoulées entre les deux temps de mesure.

Tableau 3: Résultats des échelles de mesure pour cinq des huit participantes qui ont complété l'intervention de groupe (PHQ-9, BES-23, GAD-7, RAS-41)⁵

Participante 1	PHQ-9	BES	GAD-7	RAS-41
Résultat Temps 1 (décembre)	9	Apparence :32/50 Poids : 21/40 Attribution : 10/25 Total : 63	11	Espoir : 33/45 Motivation : 11/15 Objectifs : 17/25 Importance du lien avec les autres : 18/20 Autogestion : 10/15 TOTAL : 89 – Grand total : 153
Résultat Temps 2 (février)	5	Apparence : 29/50 Poids : 21/40 Attribution : 14/25 Total : 64	2,5	Espoir : 38,5/45 Motivation : 11/15 Objectifs : 24/25 Importance du lien avec les autres : 18/20 Autogestion : 11/15 TOTAL : 102,5 – Grand total : 181

⁵ **Explication des instruments de mesure :**

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire (outil utilisé pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression).

BES : Body Esteem Scale (Autoquestionnaire multidimensionnel qui permet d'évaluer les attitudes et les perceptions par rapport à votre corps et à votre apparence, selon trois sous-échelles : l'apparence, le poids et l'attribution).

GAD-7 : Generalised Anxiety Disorder Assessment (questionnaire pour le dépistage et la mesure de la gravité du trouble d'anxiété généralisée).

RAS-41 : Recovery Assessment Scale (échelle d'évaluation du rétablissement (RAS) ainsi que des mesures représentant l'espoir, le sens de la vie, la qualité de vie, les symptômes et l'autonomisation).

Participant 4	PHQ-9	BES	GAD-7	RAS-41
Résultats Temps 1 (décembre)	27	Apparence : 33/50 Poids : 21/40 Attribution : 10/25 Total : 64	18	Espoir : 17/45 Motivation : 4/15 Objectifs : 7/25 Importance du lien avec les autres : 10/20 Autogestion : 6/15 TOTAL : 44 – Grand total : 84
Résultat Temps 2 (février)	23	Apparence : 34/50 Poids : 20/40 Attribution : 12/25 Total : 66	18	Espoir : 26/45 Motivation : 11/15 Objectifs : 15/25 Importance du lien avec les autres : 16/20 Autogestion : 7/15 TOTAL : 75 – Grand total : 143
Participant 5	PHQ-9	BES	GAD-7	RAS-41
Résultats Temps 1 (décembre)	1	Apparence : 40/50 Poids : 23/40 Attribution : 15/25 Total : 78	2	Espoir : 39,5/45 Motivation : 11,5/15 Objectifs : 23/25 Importance du lien avec les autres : 18/20 Autogestion : 14/15 TOTAL : 106 - Grand total : 180
Résultat Temps 2 (février)	2	Apparence : 32/50 Poids : 18/40 Attribution : 17/25 Total : 67	2	Espoir : 40,5/45 Motivation : 15/15 Objectifs : 24/25 Importance du lien avec les autres : 20/20 Autogestion : 13/15 TOTAL : 112,5 – Grand total : 188

Participant 6	PHQ-9	BES	GAD-7	RAS-41
Résultats Temps 1 (décembre)	23	Apparence : 37/50 Poids : 22/40 Attribution : 15/25 Total : 74	13	Espoir : 25/45 Motivation : 12/15 Objectifs : 17/25 Importance du lien avec les autres : 15/20 Autogestion : 8/ 15 TOTAL : 77- Grand total : 143
Résultat Temps 2 (février)	12	Apparence :38/50 Poids :25/40 Attribution :14/25 Total : 77	8	Espoir : 28/45 Motivation : 11/15 Objectifs : 16/25 Importance du lien avec les autres : 14/20 Autogestion : 10/15 TOTAL : 79 – Grand total : 140
Participant 8	PHQ-9	BES	GAD-7	RAS-41
Résultats Temps 1 (décembre)	14	Apparence : 26,5/50 Poids : 24/40 Attribution : 13/25 Total : 63,5	10	Espoir : 29/45 Motivation : 11/15 Objectifs : 16/25 Importance du lien avec les autres : 17/20 Autogestion : 7/15 TOTAL : 80 – Grand total : 139
Résultat Temps 2 (février)	10	Apparence : 30/50 Poids : 24/40 Attribution : 12/25 Total : 66	11	Espoir : 27/45 Motivation : 12/15 Objectifs : 17/25 Importance du lien avec les autres : 17/20 Autogestion : 7/15 TOTAL : 80 – Grand total : 152

4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats portant sur les échelles de mesure seront présentés de manière individuelle pour cinq des huit participantes qui ont complété l'intervention de groupe⁶. Pour ce faire, une brève présentation du contexte de vie de chaque participante et des précisions concernant les résultats des quatre échelles de mesures de chacune des participantes seront présentées.

Enfin, une synthèse pour l'ensemble du groupe est proposée à partir des informations recueillies dans le questionnaire de satisfaction distribué lors de la dernière rencontre.

Il importe de rappeler que le groupe de thérapie avait pour but d'accompagner et de permettre aux participantes de mieux se connaître et de développer des stratégies efficaces pour de les aider à retrouver un fonctionnement social adéquat et de favoriser leur processus de rétablissement.

Pour ce faire, tout au long de leur cheminement, nous les avons encouragées à trouver ou retrouver un sens à leur vie, à poursuivre leurs rêves et à définir leur identité afin de les aider à retrouver un équilibre de vie qui faisait du sens avec leur valeur ainsi qu'un fonctionnement social optimal. Les résultats présentés s'appuient sur les différentes modalités d'évaluation décrites à la section précédente.

4.3.1 Résultats pour la participante 1

Travailleuse de 42 ans, en couple et elle a deux enfants. Elle a un diagnostic de trouble de l'adaptation et d'anxiété généralisée. Elle a fait plusieurs régimes dans sa vie et elle est préoccupée par son image corporelle puisque la médication des dernières années l'a amenée à prendre du poids. Elle a l'impression de perdre le contrôle et se sent mal dans son corps et craint le jugement des autres membres du groupe. Elle est motivée à entreprendre des

⁶ Trois participantes ont cessé de participer aux groupes pour des raisons personnelles. Il nous manquait donc les informations des quatre échelles non complétées au temps 2. Dans le cadre de cet essai, nous avons privilégié de présenter les résultats au temps 1 et 2 pour les participantes présentes durant tout le stage-essai.

changements bénéfiques pour elle. Dans le questionnaire de satisfaction, elle nomme que le groupe est aidant pour elle, car dans le passé, elle avait déjà expérimenté un autre genre de groupe de thérapie et les échanges avec les autres participants avaient été bénéfiques pour elle.

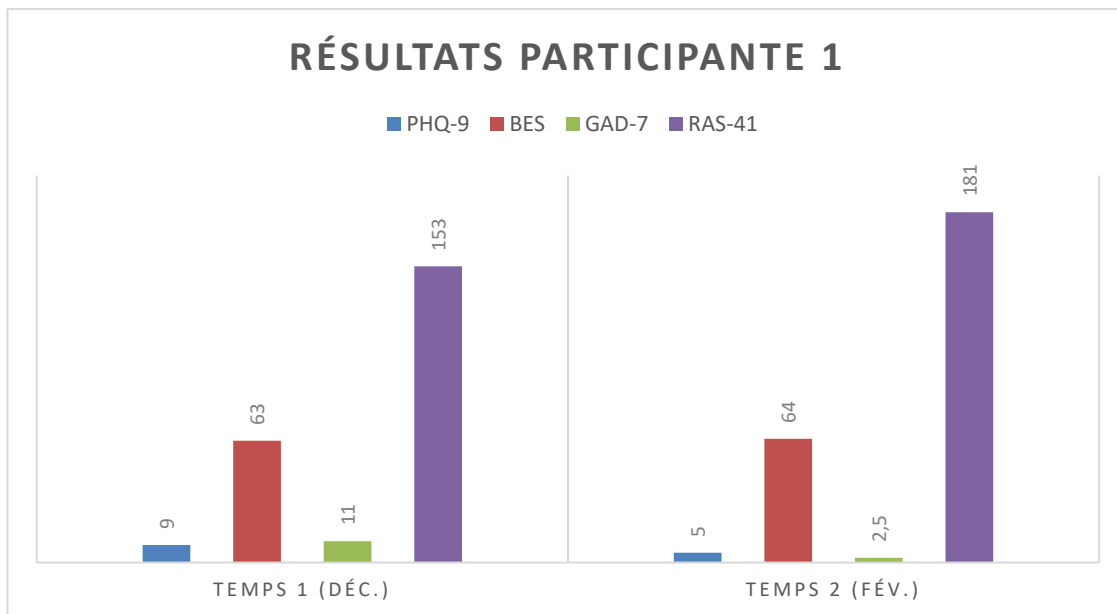


Figure 2 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 1

De manière générale, la participante 1 a utilisé certaines stratégies proposées par l'intervention de groupe, dont la méditation, la pleine conscience et le tableau des pensées irrationnelles, ce qui a permis l'amélioration des symptômes entre décembre et février (moments de remplir les échelles de mesure). Les symptômes de dépression (PHQ-9) sont passés de 9 (léger) à 5 (absence) et ceux de l'anxiété (GAD-7) sont passés de 11 (modéré) à 2,5 (léger). Pour ce qui est de l'échelle de mesure *Body Esteem Scale* (BES), les résultats sont restés semblables entre les deux temps de mesure : 63 en décembre et 64 en février. Il est à noter que pour l'échelle BES, plus le score est élevé, plus l'estime corporelle est élevée. Après discussion avec la participante, la prise pondérale à cause de la médication semble altérer sa perception qu'elle a d'elle-même et le rapport à son corps. Concernant l'échelle de

mesure du rétablissement (RAS-41), les dimensions *Espoir* et *Objectifs* ont contribué à l'avancement du rétablissement de cette participante. Tout comme l'échelle précédente, plus le score total est élevé, plus le processus de rétablissement est avancé. L'entraide, le soutien des autres participantes et le renforcement des liens sociaux ont contribué à ce que la dimension *Espoir* lui permette d'évoluer dans son cheminement et reprendre un fonctionnement social optimal. Les objectifs qu'elle s'était fixés en lien avec son retour au travail et sa gestion de ses pensées ont été atteints. Ainsi, le fait de vivre des réussites et d'arriver à être fière d'elle l'a encouragée à se définir comme femme et comme personne à part entière plutôt qu'une personne « malade ».

4.3.2 Résultats pour la participante 4

Travailleuse en congé de maladie, elle a 46 ans, elle est célibataire et elle a deux enfants. Elle est de nature discrète et lors de la première rencontre, elle a été incapable de se présenter. Elle a des diagnostics de choc post-traumatique, d'un trouble du déficit de l'attention ainsi que d'un trouble d'anxiété généralisée avec agoraphobie ce qui l'amène dans l'hypervigilance devant un groupe d'inconnus. Elle est préoccupée par son image corporelle et par ce que les autres peuvent penser d'elle. Elle a manqué deux séances pour maladie physique (arthrite). Elle a des animaux à la maison ce qui l'aide à gérer ses difficultés. Elle nous a partagé des moments passés avec eux et graduellement, elle est sortie de sa coquille. Elle craignait de déplaire aux gens. Le sentiment de faire partie d'un groupe s'est frayé un chemin ce qui l'a amenée à sortir de sa zone de confort et à s'ouvrir aux autres participantes. Nous avons pu observer sa transformation tout au long des séances. Elle a vécu son retour au travail en même temps que les deux dernières séances de groupe ce qui lui a permis de se valider auprès des autres femmes lors des rencontres en groupe.

Dans le questionnaire de satisfaction, elle mentionne que sa participation lui a permis d'appivoiser ses peurs et de les partager ce qui a facilité son retour à l'emploi.

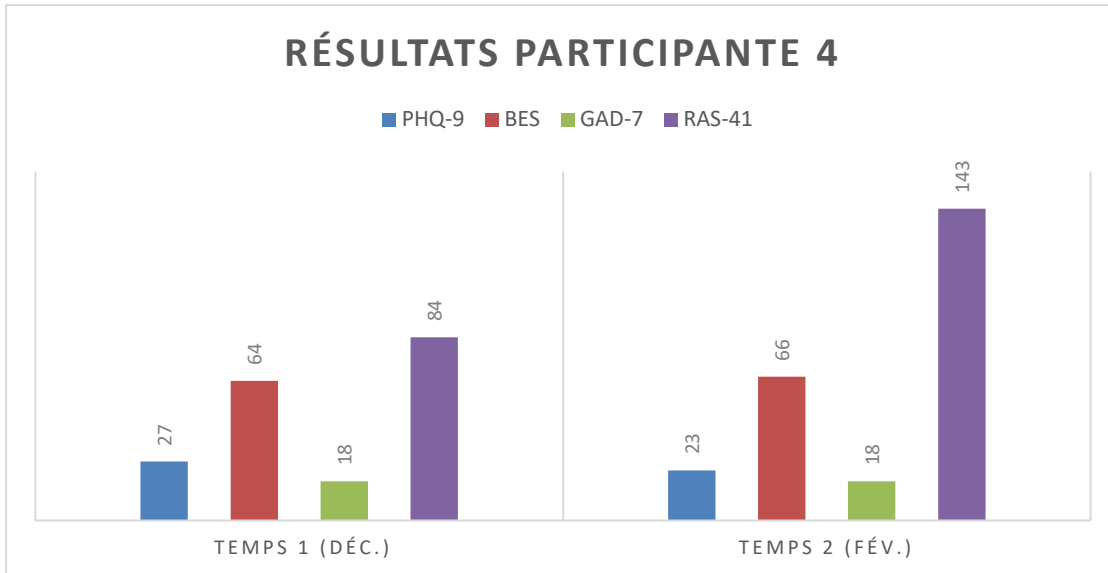


Figure 3 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 4

De manière générale, la participante 4 a utilisé certaines stratégies proposées par l'intervention de groupe (nommer mes craintes et mes peurs aux autres participantes, utiliser les techniques de respiration, avoir un discours positif dans l'*ici et maintenant*), ce qui a favorisé l'amélioration des symptômes entre décembre et février (moments de remplir les échelles de mesure). Les symptômes de dépression (PHQ-9) sont passés de 27 à 23 et ceux de l'anxiété (GAD-7) sont restés à 18. Pour ce qui est de l'échelle de mesure *Body Esteem Scale* (BES), les résultats sont restés semblables entre les deux temps de mesure : 64 en décembre et 66 en février. Tout comme la participante précédente, la prise pondérale due à la médication joue un rôle important dans la perception qu'elle a d'elle-même et le rapport à son corps. Concernant l'échelle de mesure du rétablissement (RAS-41), il est observable et de manière significative que l'avancement dans le processus de rétablissement s'est produit dans toutes les dimensions. Les méthodes d'intervention utilisées, les exercices, les objectifs que la participante s'était fixés au départ, les liens sociaux qu'elle a su créer et son implication dans son cheminement lui ont permis de retrouver un fonctionnement social optimal et une santé mentale positive.

4.3.3 Résultats pour la participante 5

Travailleuse de 34 ans, elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle avait certaines réserves à participer puisqu'elle craignait de rencontrer des personnes qu'elle connaissait. Elle a un diagnostic d'anorexie et sa participation au groupe faisait partie du plan de traitement recommandé par la psychiatre. Elle est de nature positive et performante. Elle s'est peu dévoilée aux autres participantes, elle était davantage dans un mode d'offrir son aide et ses conseils que de recevoir l'aide.

Dans le questionnaire de satisfaction, elle explique cela par le fait qu'elle aurait aimé la présence de femmes souffrant aussi d'anorexie. Elle dit qu'elle aurait eu besoin de s'identifier à d'autres personnes comme elle pour qu'elle puisse s'ouvrir davantage sur son vécu.

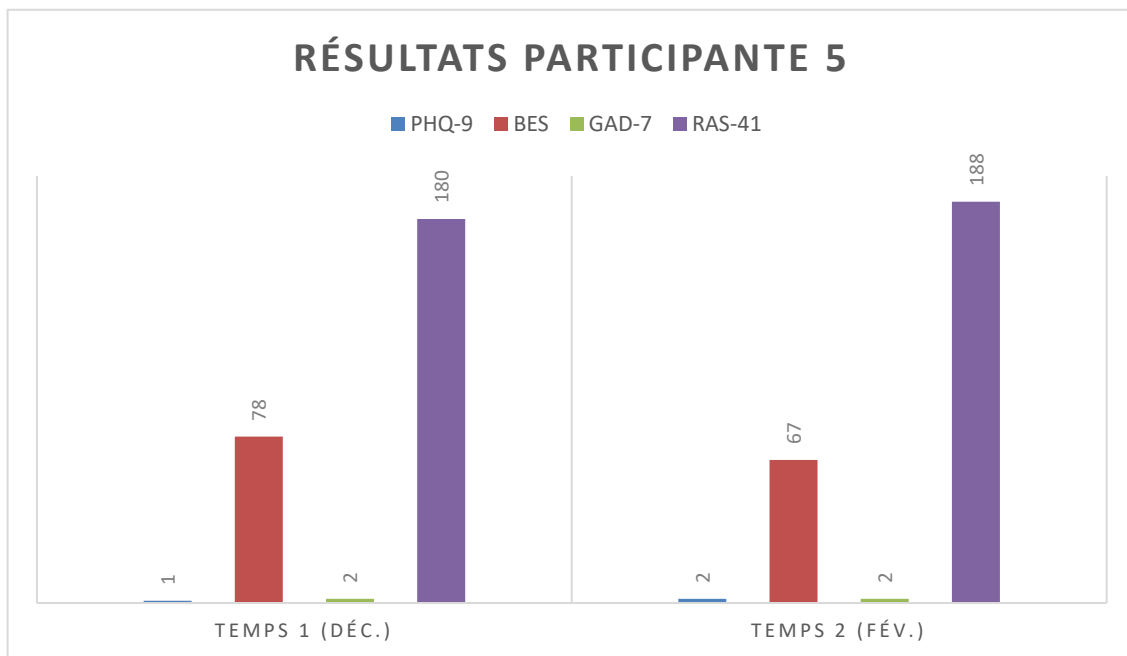


Figure 4 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 5

De manière générale, la participante 5 est restée stable concernant les symptômes de dépression (PHQ-9) ou d'anxiété (GAD-7) entre décembre et février. Les symptômes de dépression sont passés de 1 à 2 et ceux de l'anxiété se sont maintenus à 2. En examinant l'échelle de mesure *Body Esteem Scale* (BES), on remarque que le résultat global est passé de 78 à 67 après la période des fêtes. À propos de l'échelle de mesure du rétablissement (RAS-41), il est observable que l'avancement du processus de rétablissement se fait de façon graduelle et avec un certain contrôle. Elle nomme avoir utilisé la respiration consciente régulièrement et elle observe que d'être dans *l'ici et maintenant* facilite ses relations interpersonnelles. Plutôt que d'anticiper un repas qui aura lieu dans une semaine avec des amies ou avec la famille, elle vit le moment présent. Le fait de vivre avec de l'anorexie, problématique multidimensionnelle, nécessite de prendre en considération plusieurs facteurs (biopsychosocial) qui peuvent prendre du temps et des efforts constants pour retrouver un fonctionnement social et physique satisfaisant.

4.3.4 Résultats pour la participante 6

Étudiante de 21 ans, elle est célibataire et n'a pas d'enfants. Elle était motivée à participer aux rencontres malgré sa timidité. Elle a vécu une rupture durant le programme et les participantes au groupe l'ont accueillie avec bienveillance. Elle a un diagnostic d'anxiété généralisée avec agoraphobie et d'un trouble obsessionnel compulsif. Elle a certaines limitations physiques dues à un handicap. Elle est préoccupée par son image corporelle. Malgré la différence d'âge, elle arrive à prendre sa place dans le groupe et à émettre son opinion. Elle appréhende la fin des rencontres de groupe, car son sentiment d'appartenance était fort.

Dans le questionnaire de satisfaction, elle nomme que la validation faite par les autres participantes lui a permis de prendre confiance en elle. Elle s'est sentie encouragée dans ses projets et dans ses buts.

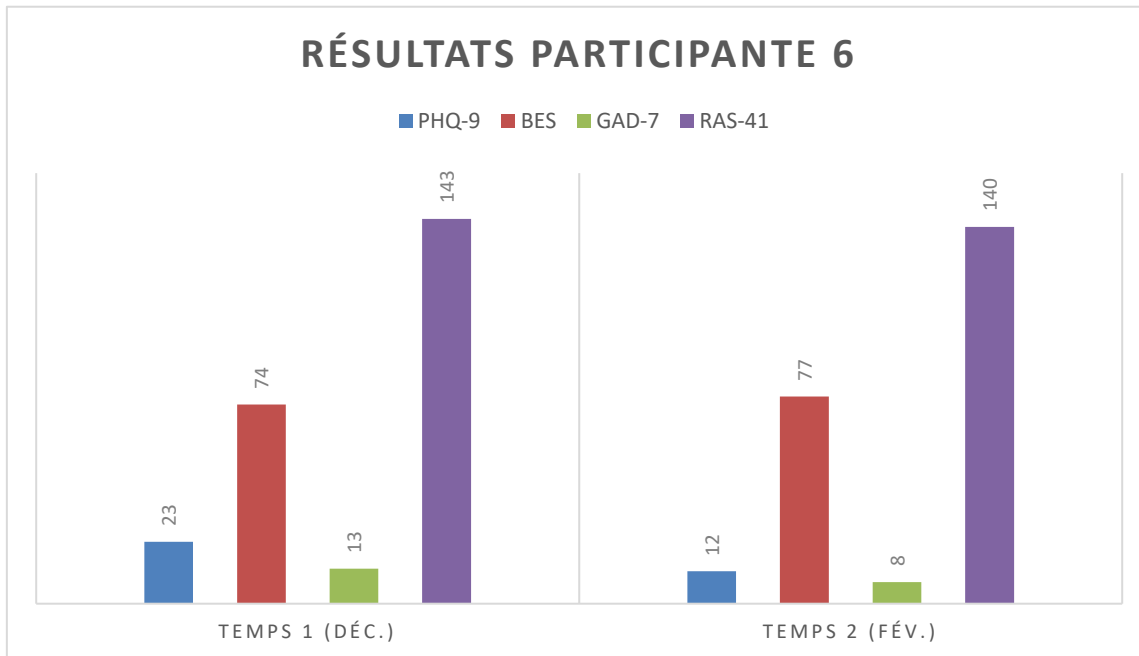


Figure 5 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 6

De manière générale, la participante 6 a mis en pratique des moyens qui ont contribué à diminuer les symptômes entre décembre et février (moments de remplir les échelles de mesure). Les symptômes de dépression (PHQ-9) sont passés de 23 à 12 et ceux de l'anxiété (GAD-7) sont passés de 13 à 8. En plus des séances de groupe, cette jeune avait un suivi hebdomadaire avec nous et un suivi régulier avec la psychiatre (coanimatrice). Elle mettait en pratique les techniques de visualisation, utilisait son tableau pour l'aider à reconnaître les pensées irrationnelles et participait de façon active aux rencontres de groupe. En regardant les résultats totaux de l'échelle de mesure *Body Esteem Scale* (BES), soit 74 en décembre et 77 en février, ce qui représente une légère amélioration des indicateurs liés à l'image corporelle. Concernant l'échelle de mesure du rétablissement (RAS-41), il est visible que l'évolution dans le processus de rétablissement augmente graduellement et ne varie pas de manière significative entre décembre et février. Cependant, il faut considérer que cette participante a vécu une rupture amoureuse au début janvier ce qui l'a amenée à se remettre

en question et à éprouver des doutes sur le sens qu'elle veut donner à sa vie et à son avenir. Ces éléments ont joué sur sa motivation à entreprendre des changements positifs pendant une certaine période.

4.3.5 Résultats pour la participante 8

Travailleuse de 42 ans, en couple et à deux enfants. Elle a un diagnostic d'anxiété généralisée et de dépression. Elle est préoccupée par son image corporelle. Elle tente de contrôler son poids en restreignant son alimentation. Sa participation aux rencontres a été bénéfique pour elle et ne voulait pas que les séances cessent.

Dans le questionnaire de satisfaction, elle nomme que d'apprendre à vivre le moment présent et d'effectuer les exercices de pleine conscience lui ont permis de constater les effets positifs sur sa santé globale et son fonctionnement social. Elle évoque que de rencontrer d'autres personnes et de partager sur son rôle de mère l'a aidé à normaliser son vécu et à briser l'isolement.

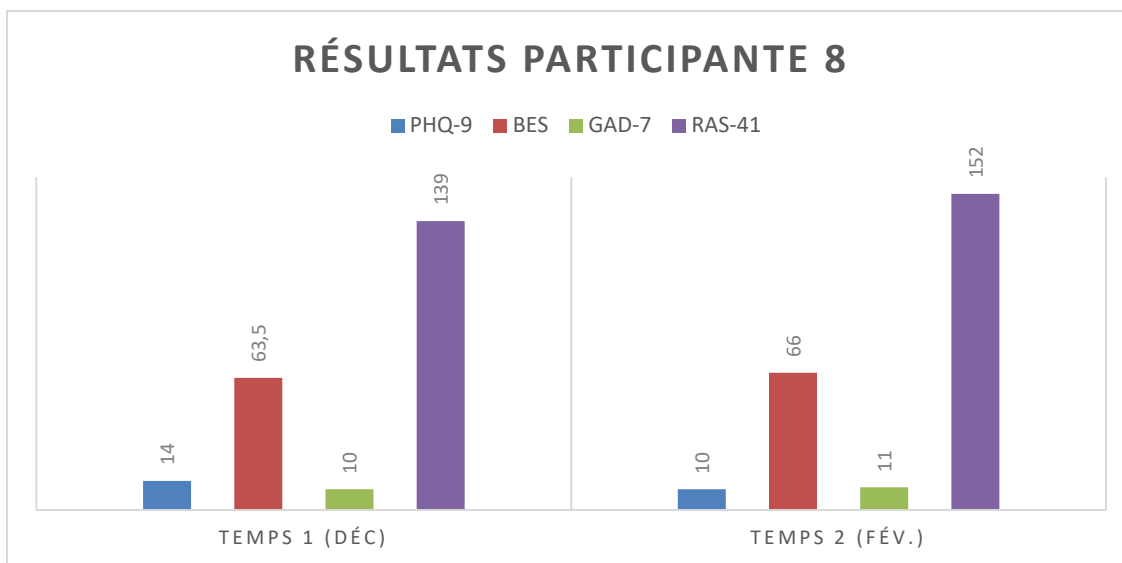


Figure 6 Résultats aux deux temps de mesure pour la participante 8

De manière générale, la participante 8 a mis en pratique des moyens qui ont contribué à améliorer sa qualité de vie et certaines problématiques entre décembre et février (moments de remplir les échelles de mesure). Les symptômes de dépression (PHQ-9) sont passés de 14 à 10 et ceux de l'anxiété (GAD-7) sont passés de 10 à 11. En regardant les résultats totaux de l'échelle de mesure *Body Esteem Scale* (BES), soit 63,5 en décembre et 66 en février ce qui représente une légère amélioration des éléments liés à l'image corporelle. À propos de l'échelle de mesure du rétablissement (RAS-41), il est évident que le processus de rétablissement accroît de façon progressive et les données sont semblables entre décembre et février. Cette participante nous a confié que le fait de pouvoir partager avec d'autres femmes a été une source d'aide importante. Malgré le fait qu'elle rencontrait certaines difficultés à effectuer les exercices demandés, quelquefois par manque de compréhension des questions. Sa participation amenait des discussions constructives concernant les rôles sociaux que la femme doit jouer dans la société. Elle était à l'écoute des conseils de ses pairs et elle se mettait en action rapidement après les rencontres. Ce qui a davantage aidé cette participante était de se présenter aux rencontres et de partager son vécu. Elle avait peu d'occasions d'être soutenue par son entourage. Ainsi, le groupe est devenu une source d'entraide et un lieu pour créer des liens avec des personnes significatives. La situation familiale de la participante a pris une ampleur émotive importante dans sa vie et durant les échanges en groupe. À plusieurs reprises, elle se sentait comme une mauvaise mère et elle perdait espoir de revoir sa fille, ce qui explique le résultat légèrement plus bas de février concernant la dimension Espoir passant de 29 en décembre à 27 en février.

Somme toute, nous remarquons une amélioration globale concernant cette échelle de mesure, étant donné que le délai entre les 2 temps de mesure était court, ce qui peut expliquer que les résultats aux échelles n'ont pas dramatiquement changé en si peu de temps.

Pour conclure ce chapitre, nous constatons que pour la majorité des participantes, le niveau de sévérité a diminué pour les échelles qui mesurent la dépression (PHQ-9) et

l'anxiété (GAD-7). Concernant celle du rétablissement (RAS-41), l'amélioration est observable de façon satisfaisante pour toutes les participantes. Pour ce qui est de l'échelle liée à l'image corporelle (BES), les résultats sont plus inégaux pour toutes les participantes entre le temps 1 et le temps 2.

De plus, dans les réponses se retrouvant dans le questionnaire de satisfaction et lors du partage en groupe, les participantes ont nommé certains éléments qui ont contribué à leurs apprentissages durant les séances: « avoir été présentes à toutes les rencontres, écouter les autres, nommer mes émotions, le respect des différences de chacune, l'écoute, l'empathie, etc. ». Elles ont aussi partagé ce qui a été le plus difficile : le regard des autres participantes, la gestion des pensées et des émotions, parler devant un groupe, etc. Elles ont aussi fait quelques propositions pour bonifier le programme de groupe : fournir davantage d'exercices à la maison, offrir des rencontres de soir, en fin de journée, allonger la durée du groupe, offrir un groupe pour les jeunes femmes ou les étudiantes, etc. Nous avons retenu deux commentaires qui ont davantage attiré notre attention : « Je m'attendais à ce que les activités en groupe parlent davantage des stratégies pour se rétablir du trouble alimentaire. » (participante 5) et « Je ne me sentais pas concernée par les femmes qui parlaient souvent de leur rôle de mère. » (participante 6).

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Nous présentons dans ce chapitre la discussion entourant les résultats obtenus à partir des activités proposées lors du stage. Par la suite, l'analyse des résultats sera présentée en deux sections.

5.1 DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS OBTENUS

Les résultats obtenus au questionnaire d'appréciation du groupe montrent globalement que les participantes ont exprimé leur satisfaction à l'égard des rencontres et qu'elles ont permis une amélioration de leur fonctionnement social. Les différentes activités ont répondu de manière positive à leurs besoins et à leurs attentes nommées lors de la rencontre pré groupe. De plus, elles ont exprimé leur intention de mettre en pratique plusieurs éléments acquis au sein de l'intervention de groupe, tels que l'application du concept « *ici et maintenant* », l'adoption de la pleine conscience, la promotion de pensées plus positives et la vigilance face aux pensées automatiques afin de les aider à avoir une meilleure perception d'elle-même et d'augmenter l'estime de soi au-delà du « poids ». Les exercices de respiration ainsi que les lectures recommandées ont également été perçus comme bénéfiques dans leur processus de rétablissement et de gestion de l'anxiété, tout comme l'idée d'allouer davantage de temps pour des activités individuelles.

Leurs commentaires ont également révélé les facteurs qui ont favorisé leur apprentissage qui sont en cohérence avec le sentiment d'universalité soulevé par Turcotte et Lindsay (2019), permettant ainsi une perception plus juste de leurs problèmes. Parmi ceux-ci, la participation assidue à toutes les séances, l'écoute attentive des autres membres du

groupe (incluant les animatrices), le sentiment d'être accueillies sans jugement dans leur vécu, se sentir moins seules avec leurs difficultés, les liens significatifs qui se sont créés entre elles et avec les animatrices, le sentiment et la perception d'être une personne à part entière au-delà de la problématique de santé mentale vécue ainsi que la pratique de l'identification émotionnelle ont été mentionnés. D'ailleurs, comme l'ont souligné Lindsay et Turcotte (2019), le fait de superviser les interactions encourage la création d'un lien plus fort entre les participantes. Cela s'aligne également avec l'idée de réciprocité au sein du groupe.

Par ailleurs, elles ont également partagé les défis personnels auxquels elles ont dû faire face. Notamment, les premières rencontres ont été plus difficiles pour certaines participantes dues à la crainte du regard des autres personnes du groupe, la gestion des pensées et des émotions difficiles, ainsi que la prise de parole en public.

En outre, les participantes ont formulé des suggestions constructives en vue d'améliorer davantage l'intervention de groupe. Elles ont évoqué la nécessité d'introduire davantage d'exercices à réaliser à domicile, la proposition d'organiser des rencontres en soirée ou en fin de journée pour convenir à des plages horaires plus variées, l'extension de la durée du groupe et la mise en place d'un groupe spécifique destiné aux jeunes femmes ou aux étudiantes.

5.2 ANALYSE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS DANS L'EXPÉRIMENTATION ET LA RECENSION DES ÉCRITS DANS LE PROJET INITIAL

La partie de l'analyse des résultats obtenus de cet essai se structure en deux segments distincts. La première section vise à établir des liens entre l'expérimentation de l'intervention de groupe et la recension des écrits présentés dans le chapitre 1. Nos observations acquises durant notre stage ainsi que des conclusions dégagées au cours du projet d'intervention servent également d'appui à cette analyse. Puis, des recommandations sont formulées en vue de guider la mise en place du groupe de thérapie : Le rétablissement : « L'Alliance, un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi ».

5.2.1 Des troubles des conduites alimentaires aux préoccupations face à l'image corporelle

La recension initiale des écrits était centrée uniquement sur les troubles des conduites alimentaires pour ensuite l'élargir aux préoccupations face à l'image corporelle. En effet, une fois dans le milieu de pratique, des changements et des modifications importantes ont été nécessaires pour atteindre nos objectifs d'apprentissage et nos objectifs de stage (cf Chapitre 1). Il s'est avéré important de tenir compte des limitations inhérentes à l'environnement (relatives à la mission du CISSSBSL, aux locaux, aux horaires, aux rôles respectifs des professionnels et à notre propre rôle, etc.).

Par conséquent, l'alignement de la question de recherche, du cadre conceptuel, des approches préconisées et des activités a nécessité une cohérence avec la mission du lieu de stage et une adaptation aux évolutions contextuelles, ce qui a parfois représenté un défi de taille. Le fil conducteur qui a été retenu a été celui des préoccupations face à l'image corporelle puisqu'elles ont des impacts sur la santé physique, psychologique, sur le fonctionnement social (relationnel, scolaire, professionnel) et peuvent conduire à développer un TCA (Bégin et Côté, 2022). Cette observation reflète de l'évolution de nos réflexions ainsi que les fluctuations situationnelles que nous avons expérimentées pendant le stage spécialisé.

Effectivement, notre observation chez les participantes révèle que l'insatisfaction à l'égard de l'apparence corporelle est étroitement liée à une détérioration de la santé physique. Cette détérioration est due aux mécanismes physiologiques engendrés par le stress chronique et l'adoption de comportements nuisibles à la santé (Gagnon-Girouard et al., 2022). De plus, cette insatisfaction est corrélée à une moins bonne santé mentale, attribuable aux symptômes et des troubles psychologiques, ainsi qu'aux pressions sociales qui encouragent des normes esthétiques favorisant la minceur et stigmatisant ceux qui ne les respectent pas (Muennig et al., 2008), un constat également observé chez les participantes du groupe d'intervention.

À l'inverse, la satisfaction quant à l'image corporelle s'associe de manière significative à une amélioration de l'état de santé, tant sur le plan physique que psychologique, grâce à son étroite relation avec une adoption accrue de comportements favorables à la santé et une bienveillance accrue envers sa propre personne (Gagnon-Girouard et al., 2022; Ramseyer Winter et al., 2017). L'image corporelle joue ainsi un rôle multifactoriel en tant que facteur de risque, symptôme et élément contribuant au maintien des troubles des conduites alimentaires (Nagl et al., 2016). Il convient de souligner que son amélioration se révèle complexe, notamment chez les individus présentant un surpoids et que l'évaluation et l'estime de son propre corps doivent être intégrées dans le processus de traitement (McLean et Paxton, 2019). Enfin, il convient de souligner que plusieurs corrélations significatives ont été identifiées entre l'image corporelle et l'occurrence des symptômes de dépression et d'anxiété. Globalement, les données révèlent que les femmes présentant une image corporelle négative, sans égard à leur indice de masse corporelle, sont davantage exposées au risque de développer des symptômes dépressifs par rapport à celles qui affichent une perception positive de leur apparence physique (Jackson et al., 2016), sujet qui a d'ailleurs été abordé lors des séances de groupe. Dans l'optique de promouvoir la santé globale, il ressort que l'image corporelle constitue une cible prioritaire d'intervention (Gagnon-Girouard et al., 2022).

De récentes recherches ont examiné le concept d'image corporelle relationnelle, explorant la notion que la perception de son propre corps peut fluctuer en fonction de la qualité des interactions interpersonnelles entre l'individu et son environnement social (Waring et Kelly, 2020). Selon les travaux de Waring et Kelly (2020), il est suggéré qu'une personne pourrait expérimenter une image corporelle plus positive en présence d'un individu spécifique par rapport à un autre, en raison des caractéristiques personnelles distinctes de ces personnes.

Dans le contexte de l'image corporelle et le fonctionnement scolaire et professionnel, les écrits scientifiques sont limités concernant le lien entre l'insatisfaction corporelle et le

fonctionnement dans la sphère du travail et des études (Bégin et Côté, 2022). En effet, les participantes nous ont confié qu'elles éprouvaient de la difficulté à revoir des amis d'enfance ou craignaient le jugement des autres participantes ou des collègues de travail considérant leur perception négative face à leur image corporelle. De plus, il est important de noter qu'aucune revue systématique de la littérature ni méta-analyse n'ont été réalisées concernant ce domaine spécifique. Le Centre de recherche sur l'apparence de l'Université de l'Ouest de l'Angleterre a réalisé une synthèse des études empiriques portant sur le rôle de l'insatisfaction corporelle dans l'accomplissement académique et professionnel. Les résultats de cette revue mettent en évidence que chez les adolescents, l'insatisfaction corporelle et les préoccupations liées au poids et à l'apparence ont un impact sur leur réussite scolaire (Bégin et Côté, 2022). De plus, il est important de souligner que ces inquiétudes relatives au poids et à l'apparence entraînent une charge mentale qui limite la disponibilité des ressources cognitives pour les activités d'apprentissage, ce qui a d'ailleurs été souligné par les participantes au groupe offert dans le cadre du stage.

En ce qui concerne le domaine professionnel, il existe actuellement peu de données disponibles. Cependant, une étude menée par Etcoff et al. (2016), suggère qu'une proportion notable de femmes interrogées (17 %) pourraient choisir de ne pas se rendre à un entretien d'embauche si elles ne se sentent pas à l'aise avec leur apparence, et 8 % pourraient même s'absenter du travail pour les mêmes raisons (Etcoff et al., 2006). De plus, l'étude de Lam et son équipe en 2010 indique que les femmes qui estiment avoir un poids excessif ont tendance à s'absenter plus fréquemment au travail pour des raisons de santé par rapport à celles qui ne partagent pas cette perception. Ces résultats sont spécifiques aux femmes (Lam et al., 2010).

5.2.2 La personne au cœur de l'intervention

Les chercheurs accordent une importance primordiale à l'inclusion de l'individu en tant qu'utilisateur central de son propre rétablissement. Conformément à la perspective d'Autès (2014, p. 4) ainsi qu'à celle de Morin et Clément (2019), il est attendu que l'utilisateur participe

activement à son processus de rétablissement, en manifestant son intérêt et en jouant un rôle plus actif, engagé et impliqué dans l'optimisation des prestations de services. En réalité, l'utilisateur devient un élément catalyseur fondamental visant à favoriser l'amélioration de la qualité des soins de santé et des services sociaux (Weller, 2018). En effet, tout comme ces auteurs, le constat est qu'il est effectivement essentiel de prendre en compte les besoins et les caractéristiques des usagers pour améliorer l'adhésion à l'intervention, particulièrement en contexte ambulatoire où la motivation et l'engagement peuvent parfois faire défaut (Arcelus et al., 2011; Robbins et Pehrsson, 2009; Vigneault, 2017).

Pour ce faire, la rencontre pré-groupe a permis aux participantes de nommer leurs besoins et leurs attentes. Ensuite, le questionnaire d'évaluation sur la satisfaction de l'intervention de groupe leur a donné la possibilité d'émettre des commentaires constructifs afin que le contenu et les activités correspondent aux réalités des personnes vivant avec ce genre de difficultés. Puis, les retours en groupe afin de partager leurs apprentissages et leurs défis, ont tous été des moyens pour impliquer les participantes tout au long des séances de groupe, mais aussi dans sa bonification en vue qu'il soit offert à nouveau. Le travail social est une discipline qui repose sur des aspects sociaux et permet à la personne d'améliorer son fonctionnement social en agissant sur les conséquences individuelles et collectives des troubles mentaux (Morin et Clément, 2019). Ainsi, les approches et les modèles d'intervention utilisés par l'étudiante ont favorisé le développement de son savoir-être et de son savoir-faire. En toute humilité, elle a appris à mieux apprendre à connaître chacune des participantes et à s'adapter pour répondre à leurs besoins tout en considérant les valeurs du travail social, de justice sociale et de promotion des droits de ces personnes. En leur permettant d'exprimer leur point de vue en groupe, dans le respect et dans la bienveillance, les participantes ont pu expérimenter l'affirmation de soi, apprendre sur leurs forces et développer leur capacité de prendre les commandes de leur vie.

5.2.3 L'importance de la planification de l'intervention

Certains éléments ont suscité une attention particulière dans la planification et dans la conception de l'intervention de groupe. Il était impératif pour nous de faire des choix judicieux quant aux termes utilisés lors des interactions avec les participantes, toujours dans l'optique de promouvoir leur rétablissement. Ainsi, l'impact des mots employés pour désigner une personne ou une problématique qu'elle traverse peut sembler banal à première vue, mais une analyse approfondie des conséquences potentielles, incluant la stigmatisation au sein du domaine de la santé mentale, souligne la nécessité de faire des choix éclairés (Morin et Clément, 2019). Touyz et al. (2013) font remarquer qu'en abordant la qualité de vie et en atténuant la pression associée à la prise de poids, l'observance du suivi s'améliore. Les auteurs, La Mela, Maglietta, Lucarelli, Mori et Sassaroli (2013) soulignent l'importance cruciale de l'estime de soi pour établir une relation positive avec le professionnel de la santé. Par conséquent, s'appuyant sur l'expérience pratique et les enseignements issus des écrits scientifiques, un consensus émerge parmi plusieurs auteurs, qui affirment que le début d'une intervention présente une opportunité qu'il ne faut pas négliger afin de développer une alliance thérapeutique avec l'individu (Bergeron-Leclerc et al., 2019b; Dionne et Veillette, 2021; Gaudreau Simard et al., 2016; Ostiguy et al., 2017). Néanmoins, ils font aussi remarquer que les attitudes des cliniciens suscitent des sentiments de mécontentement chez de nombreuses personnes souffrant de TCA (Robbins et Pehrsson, 2009). Ces dernières se sentent étiquetées, stigmatisées et considérées de manière insuffisante en tant qu'individus dans leur globalité (Petitpas et Jean, 2011; Roy, 2019; Steiger et al., 2017). Ainsi, pour faciliter l'adhésion des participantes au groupe, l'étudiante stagiaire s'est centrée sur la personne humaine qu'elle avait devant elle. Elle a fait preuve d'authenticité et de non-jugement au premier contact et tout au long des interventions afin qu'une alliance naisse entre l'étudiante et la participante.

Dans la perspective de Steiger et son équipe (2017), il est indiqué que le niveau de soutien perçu par les professionnels de la santé ainsi que par les personnes proches aidantes chez ces individus exerce une influence sur la relation entre la motivation initiale et la réussite de l'intervention. Ainsi, un niveau élevé de soutien perçu amplifie l'effet de la motivation initiale sur l'efficacité thérapeutique, une observation également confirmée par Bergeron-Leclerc et ses collaborateurs (2019a). Ces éléments ont motivé le choix d'offrir des interventions de groupe plutôt qu'en intervention individuelle et ils ont clairement influencé la décision du cadre conceptuel CHIME. Selon ces mêmes auteurs, ce modèle englobe les dimensions nécessaires au processus de rétablissement chez les personnes confrontées à des problématiques de santé mentale. En ce sens, il a été important pour l'étudiante stagiaire d'utiliser des méthodes d'intervention qui tiennent compte des interactions entre la personne et son environnement individuel, familial, de groupe et communautaires ainsi que sur les plans politiques et sociaux. Ainsi, en abordant ces différents thèmes durant les rencontres, les participantes ont pris conscience des impacts positifs ou négatifs sur leur processus de rétablissement. Leur famille et leurs proches peuvent influencer leur santé mentale, mais aussi leur motivation à entreprendre des changements et à garder espoir en leur rétablissement.

5.2.4 L'importance des supervisions cliniques

Généralement, les supervisions cliniques étaient le lendemain des rencontres de groupe. La superviseure a assisté à la majorité des rencontres par visioconférence et prenait des notes sur ce qu'elle observait. Ainsi, l'étudiante et la superviseure mettaient en commun les éléments observés et mesuraient l'atteinte ou non des objectifs d'intervention pour chacune des rencontres. Ces moments ont été parfois confrontant pour l'étudiante stagiaire. Par exemple, ne pas avoir le temps de présenter tout le contenu préparé, car l'étudiante n'arrivait pas à limiter la durée de parole chez certaines participantes. Malgré cela, avec le recul, le constat est que l'expérience a été enrichissante sur le plan personnel et professionnel.

Les supervisions ont facilité la compréhension de la théorie, mais aussi de certaines perceptions erronées chez l'étudiante. À quelques reprises, elle a perdu confiance en ses compétences dans l'intervention de groupe, ce qui lui faisait vivre du découragement. En plus de faire des liens entre la théorie et la pratique, l'étudiante a fait des ajustements sur le contenu des rencontres de groupe et sur sa posture en tant qu'animatrice (par exemple, le transfert-contre-transfert).

5.3 ANALYSE ET DISCUSSION DES FACTEURS LIÉS À L'INTERVENTION

Les facteurs intrinsèques à l'intervention s'inscrivent étroitement dans le parcours de vie des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. En effet, les soins prodigués par les médecins ainsi que les services offerts par les instances publiques et les organisations communautaires ont été identifiés par les participantes comme étant limités et pourtant au cœur de leur processus de rétablissement.

5.3.1 Susciter l'espoir

Parmi ces éléments, celui qui émerge de manière prédominante est la capacité des professionnels de différents domaines à éveiller l'espoir d'un « mieux-être » des personnes concernées. En effet, il est question ici du désir de se rétablir sur le plan physique, affectif et social (Cormier et Dallaire, 2009). Cette observation est en cohérence avec plusieurs sources, dont l'article de (Russinova, 1999) et le mémoire de Cécile Cormier (2009), qui avancent même que la compétence des intervenants à cultiver l'espoir optimise les résultats de l'intervention. Dans cette optique, Russinova identifie trois catégories de stratégies que les intervenants peuvent employer pour susciter cet espoir et, par extension, encourager le rétablissement des individus : (a) les stratégies qui établissent un espace relationnel propice à l'épanouissement de l'espoir (comme croire au potentiel de la personne, l'accepter telle qu'elle est, écouter sans juger, tolérer l'incertitude quant à l'avenir); (b) les stratégies qui amènent les individus à reconnaître et à mobiliser leurs propres forces (par exemple, aider la

personne à fixer et à atteindre des objectifs, à élaborer de meilleures stratégies d'adaptation, à se souvenir de succès et réalisations passés); et (c) les stratégies qui encouragent la reconnaissance et l'utilisation des ressources environnementales, notamment en favorisant le soutien familial, en établissant des liens avec des individus ayant déjà accompli leur rétablissement, et en encourageant la participation à des groupes de soutien mutuel (Russinova, 1999). Selon Cormier (2009), prévoir un avenir plus prometteur repose sur les éléments suivants : a) des interactions harmonieuses avec les autres; b) une sensation de compétence; c) une aptitude à s'ajuster aisément; d) une santé mentale équilibrée; e) un objectif clair et une existence porteuse de sens; f) et finalement, une conviction en la réalisabilité. On constate ici que ces auteurs partagent une vision commune reconnaissant l'espoir comme un ingrédient essentiel au succès de l'intervention.

5.3.2 Caractéristiques favorisant l'alliance thérapeutique

La qualité d'écoute, l'efficacité dans la résolution de problèmes, le réconfort, la communication, la simplicité et la confidentialité ont toutes été identifiées comme des attributs favorisant l'établissement du lien thérapeutique et, par conséquent, le rétablissement chez les personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Bergeron-Leclerc et al., 2019b; Piat et al., 2017; Russinova, 1999). Les participantes au groupe ont confirmé verbalement lors de la dernière rencontre de groupe que ces qualités étaient celles qu'ils avaient le plus appréciées chez les animatrices et pour certaines, chez leur médecin psychiatre. Cette conclusion concorde également avec l'étude menée par Schön, Denhov et Topor (2009), laquelle stipule que l'intervenant doit posséder des traits professionnels et personnels spécifiques, notamment la facilité d'établir le contact et la capacité de développer une relation significative et de confiance, préalable essentiel avant la mise en œuvre de diverses techniques d'intervention. Selon Tew et ses collaborateurs (2011) les relations de soutien établies avec les professionnels jouent un rôle majeur dans le processus de rétablissement, car elles contrecarrent les effets de la stigmatisation et encouragent la

construction d'identités positives. Cette théorie trouve également confirmation dans l'étude Slade et ses collaborateurs (2012)) ainsi que dans l'expérience que nous avons vécue auprès des participantes au groupe, mais aussi auprès des personnes que nous rencontrons en individuel dans le cadre de nos fonctions comme travailleuse sociale.

5.4 RECOMMANDATIONS SUR L'INTERVENTION ET LA FORMATION EN TRAVAIL SOCIAL

Plusieurs facteurs ont facilité la réalisation de ce stage, notamment l'engagement de mes collègues professionnels et médecins, ainsi que le soutien de la cheffe de service, de ma directrice de maîtrise et des ressources humaines du CISSSBSL. La collaboration entre l'UQAR et le CISSSBSL a été un élément clé pour la concrétisation du projet et pour l'obtention d'une rémunération pour une partie des heures consacrées au stage. Les médecins psychiatres ont favorablement accueilli la présentation du projet et ont activement contribué au recrutement des participantes. L'ouverture des questionnaires en santé mentale à l'égard de ce projet a également été une composante facilitante. L'équipe de secrétaires a apporté un précieux soutien lors de la production et de l'impression des documents. Un élément fondamental pour le succès de ce projet a été la participation engagée des femmes qui ont pris part à la rencontre individuelle préalable au groupe et qui ont contribué avec dévouement et générosité aux séances de groupe. Leur implication a été exceptionnelle.

En prenant en compte les suggestions formulées par les femmes participantes au projet, nous émettons les recommandations suivantes pour le maintien ou l'ajustement de certains aspects de l'intervention de groupe :

- Prolonger la durée des rencontres de trente minutes : les participantes ont exprimé le souhait que davantage de temps soit alloué aux échanges d'expériences vécues;
- Proposer des ateliers ciblés pour des participantes ayant des caractéristiques similaires (âge, problématique, situation familiale, emploi, etc.) : certaines

participantes ont souligné qu'elles n'avaient pas nécessairement identifié avec le vécu de certaines autres participantes (par ex. : avoir des enfants);

- Approfondir la discussion sur les concepts liés à l'image corporelle et fournir des stratégies pour développer des mécanismes d'adaptation plus appropriés : certaines participantes ont manifesté un intérêt non assouvi dans ce domaine;
- Maintenir la coanimation avec un médecin psychiatre : les participantes ont apprécié la complémentarité des discours et des explications offertes par les intervenants.

En somme, ces recommandations sont le fruit des réflexions et des retours des femmes ayant pris part au projet, et visent à améliorer et à renforcer l'intervention de groupe dans le futur.

Enfin, malgré le fait que dans cet essai nous n'abordons que très peu les conséquences sur l'entourage, les impacts au quotidien du TCA sur la vie des proches et des familles sont bien réels. Ils sont parsemés de confrontation, d'une détérioration des relations de la personne vivant le TCA, avec leur famille, leurs amis, les amenant à vivre aussi de l'isolement et de la stigmatisation (Petitpas, 2011). Tout comme la personne, les proches éprouvent une détresse psychologique qui affecte leur fonctionnement social. Finalement, ils ont besoin d'information, de guidance et de soutien émotionnel et social (Delbaere-Blervacque et al., 2009). La formation des travailleurs sociaux et de tous les intervenants qui désirent travailler auprès de ces personnes vulnérables est importante et nécessaire. Il est impératif que tous les acteurs de la société véhiculent de manière cohérente un message de promotion de la diversité corporelle, afin de contrer les normes de minceur prédominantes et la culture des régimes qui sont solidement enracinés dans la pensée collective.

5.4.1 Perspectives de recherches dans l'offre de services spécialisés

Tout d'abord, une composante qualitative, impliquant de l'intervention de groupe ainsi que des entrevues individuelles pré groupe, a été mise en place afin de rassembler des données contextuelles et expérientielles (Fortin et Gagnon, 2022). De cette démarche émerge le constat que l'efficacité d'une intervention varie en fonction de la perspective de chaque personne interrogée. Pour la plupart des cliniciens travaillant auprès des personnes vivant avec un TCA dans un contexte médical, il est observable que l'efficacité d'une intervention est principalement associée à la sécurité, mais également à l'importance de l'approche interdisciplinaire dans le processus de rétablissement. Ensuite, tout comme Roy (2019) le mentionne dans son rapport d'évaluation sur l'offre de services spécialisés pour les adultes avec un TCA lors d'un suivi en clinique externe, pour les gestionnaires, l'efficacité se réfère en grande partie à l'accessibilité aux services et à la continuité des soins dans le cadre du réseau de santé et de services sociaux. Tandis que pour les personnes proches aidantes, l'efficacité de l'intervention passe par leur implication dans le processus de soins. Du point de vue des participantes au groupe, l'efficacité d'une intervention est liée à l'accès à un espace où elles peuvent communiquer avec des individus qui les comprennent (Turcotte et Lindsay, 2019).

Pour ce qui est de l'intégration des soins et des services, divers obstacles sont identifiés. Par exemple, la nécessité d'une meilleure compréhension de la maladie et des services spécialisés pour les usagers, mais aussi pour les cliniciens et les médecins psychiatres. De plus, une transition plus fluide entre les services destinés aux enfants et aux adolescents et ceux destinés aux adultes (entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie) est nécessaire pour éviter une rupture de services et un risque que l'état de santé de la personne s'aggrave. Enfin, offrir un suivi individuel aux personnes nécessitant un soutien à plus long terme après l'intervention de groupe. Selon Roy (2019), les éléments fondamentaux tels que perçus par les intervenants et les usagers, à savoir la nécessité d'une diversité dans les options de services, l'inclusion

des proches, l'évitement du sentiment d'isolement, la reconnaissance des aspects positifs et négatifs de l'offre actuelle sont essentiels à considérer dans la mise en place de services destinés au TCA.

De nouvelles perspectives de recherche peuvent être dégagées de notre expérimentation en tirant profit des éléments discutés précédemment. Plusieurs domaines d'étude pourraient être explorés à l'avenir. Par exemple, une enquête sur l'impact de la résidence en milieu rural sur les obstacles entravant le rétablissement des individus confrontés à des problèmes de santé mentale tels que les troubles de l'alimentation, l'anxiété ou les préoccupations relatives à l'image corporelle pourrait être pertinente. Cette démarche s'avère d'autant plus justifiée étant donné le manque de professionnels formés pour répondre à ces personnes ayant des besoins spécifiques. Par ailleurs, une analyse approfondie de l'influence des ressources spécialisées dans le domaine des troubles de l'alimentation en tant que moteur du rétablissement pourrait également fournir des éclairages intéressants.

En ce qui concerne les stratégies d'intervention, il devient clair que la promotion d'une image corporelle positive revêt une importance cruciale. Il est essentiel de concentrer les efforts sur l'amélioration de l'estime de soi, la gestion du stress, l'acceptation de son corps, ainsi que sur le développement d'un esprit critique vis-à-vis des médias et des normes de beauté dès le plus jeune âge, aussi bien pour les garçons que pour les filles.

De manière croissante, des interventions prometteuses axées sur l'image corporelle émergent pour soutenir des évolutions positives chez les enfants et les adolescents : Happy Being Me, Healthy Me, New Moves, My Body My Life (Maïano et al., 2022).

Les professionnels de la santé et des services sociaux, les intervenants et les médecins qui souhaitent œuvrer auprès de ces personnes doivent s'engager à suivre des formations, participer à des congrès, se tenir informés des meilleures pratiques et faire preuve de bon sens pour éviter de causer ou de perpétuer des croyances à l'égard de la minceur égal bonheur.

L'intervention doit valoriser une image corporelle positive en développant sa capacité de « ressentir un amour et un respect pour son corps et pouvoir en apprécier sa beauté unique (Ricard et al., 2021, p. 123).

5.5 LES RETOMBÉES DU PROJET POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Ce projet a suscité une réception favorable de la part de l'ensemble de l'équipe médicale composé de médecins psychiatres ainsi que des professionnels relevant de la clinique externe de psychiatrie. Plusieurs médecins ont exprimé leur intérêt en manifestant la volonté d'une mise en place d'un second groupe d'intervention, soutenant cette initiative par leurs références spécifiques. À ce jour, nous demeurons en attente d'une communication formelle quant à la pérennité de ce programme.

Entre-temps, des changements de direction et de leadership au sein de la clinique ont été observés, ce qui ajoute une certaine incertitude quant aux orientations et aux mandats futurs qui pourraient être dévolus, y compris la possible intégration de l'intervention de groupe dans ces perspectives.

Il est à noter que nous sommes pionnières en tant que travailleuses sociales dans la prestation de services au sein de la clinique externe de psychiatrie pour des problématiques de cette nature, typiquement prises en charge par des psychologues ou des psychothérapeutes. L'absence de poste actuellement disponible dans ce domaine pourrait potentiellement nous amener à être sollicitées pour d'autres services au cours des années à venir ou que le poste devienne une opportunité prometteuse.

CONCLUSION

À travers ce stage-essai en travail social, nous avons pu répondre aux besoins des femmes et élargir l'offre de services proposée à la clinique externe de psychiatrie au CISSS du Bas-Saint-Laurent. L'intervention auprès des femmes visait à fournir : un soutien psychosocial, un espace de partage avec des pairs, une présence à soi bienveillante, des stratégies d'adaptation saines pour la santé mentale et des facteurs de protection et de rétablissement efficaces. L'approche de groupe a offert aux participantes un lieu d'apprentissage et d'expérimentation pour favoriser leur bien-être émotionnel et contribuer à leur rétablissement. De plus, l'intervention s'inscrivait dans le continuum de services offerts à la clinique externe de psychiatrie et correspondait à l'exercice de la profession du travail social qui comporte, entre autres, d'exercer un rôle de facilitateur dans la réintégration sociale de l'individu en harmonie avec son milieu. Bien sûr, le but est de promouvoir l'épanouissement optimal de la personne grâce à ses interactions avec son environnement (OTSTCFQ, 2012).

Notre projet a joué un rôle essentiel en accompagnant ces femmes au sein d'un environnement de soutien mutuel, d'acceptation et d'engagement, favorisant ainsi une profonde réflexion sur leurs valeurs et leur identité. Notre objectif était de renforcer leur capacité d'action et de leur permettre de donner du sens à leur existence. En tant que stagiaire à la maîtrise en travail social, notre responsabilité résidait dans l'accompagnement des participantes tout au long de leur parcours. Nous avons attentivement orchestré le déroulement des séances, créant un cadre propice à l'atteinte des objectifs personnels de chaque participante. Les dix rencontres du groupe étaient soigneusement structurées pour offrir un espace propice aux échanges et aux confidences. Nous avons encouragé les

participantes à partager leurs expériences, leurs réussites et leurs défis, dans le but de favoriser un apprentissage mutuel et la construction de ressources collectives. Ensuite, nous nous sommes concentrées sur l'élaboration de stratégies efficaces pour faire face aux défis rencontrés : l'exploration de techniques de gestion du stress, le renforcement des compétences en communication, l'acquisition de méthodes de régulation émotionnelle et l'adoption de pratiques d'autosoins. Enfin, notre objectif ultime était de catalyser le processus de rétablissement des participantes en consolidant leur estime de soi, en nourrissant leur confiance en leurs propres capacités et en favorisant un réseau de soutien social solide. Nous avons encouragé la prise de conscience de leurs forces, la célébration des progrès réalisés et l'exploration d'opportunités pour nous engager dans des activités significatives et gratifiantes.

En conclusion, nous réalisons que l'une des grandes forces de la formation en travail social est la capacité de travailler avec les systèmes entourant la personne. Ainsi, elle reste au cœur de nos interventions et les objectifs ciblés dans le processus de rétablissement sont les siennes. Dans la pratique en santé mentale, le travail en interdisciplinarité est essentiel pour accompagner l'individu dans toutes les dimensions de sa vie. Nous sommes d'avis que les compétences acquises durant notre formation en travail social nous permettent de rassembler les différents professionnels afin de collaborer au mieux-être des humains qui bâtissent la société de demain. Nous espérons poursuivre cette mission et continuer à défendre les droits des personnes présentant des TCA en cohérence avec les valeurs du travail social dans la région du Bas-St-Laurent.

RÉFÉRENCES

- Aimé, A., Maïano, C. et Ricard, M.-M. I. (2020a). *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements*. Presses de l'Université de Montréal.
- Aimé, A., Maïano, C. et Ricard, M.-M. I. (2020b). *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e édition). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S. et Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162.
- Aime, A., Jacinthe Dion, D. et Christophe Maiano, M. (2022). *L'image corporelle sous toutes ses formes*. Presses de l'Université du Québec.
<https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=3080038>
2
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D. et Bachrach, L. L. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Sargent College of Allied Health Professions
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. et Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical psychology review*, 33(1), 156-167.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
- Arcelus, J., Wales, J., Mitchell, A. J. et Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

- Autès, E. (2014). La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale ? *Anthropologie & Santé*, 8. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1311>
- Baker, L. (2010). Reply to Nolte and Noakes' "comments on Baker et al.'s change in body mass accurately and reliably predicts change in body water after endurance exercise". *European journal of applied physiology*, 110(5), 1091-1093. <https://doi.org/10.1007/s00421-010-1591-7>
- Becker, D. F. et Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 159-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016>
- Bégin, C. et Côté, M. (2022). L'image corporelle et le fonctionnement relationnel, scolaire et professionnel. Dans *Santé* (p. 65-73). Presses de l'Université du Québec.
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019a). Le processus d'intervention et les défis associés. Dans *La pratique du travail social en santé mentale: apprendre, comprendre, s'engager* (p. 107-130). Presses de l'Université du Québec.
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019b). Le rétablissement en santé mentale représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans *La pratique du travail social en santé mentale: apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Presses de l'Université du Québec.
- Bonanséa, M. (2019). *Portraits croisés des troubles du comportement alimentaire en contexte collégial québécois : les attitudes et comportements alimentaires inappropriés chez les étudiants et selon les enseignants* WorldCat.org. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9053/1/032314460.pdf>
- Bossé, P., Bossé, A., Morin, P., Ramonet, M. et Marcuzzi, A. (2016). Le Projet Baromètre: un vecteur d'empowerment. *Santé mentale*, 212, 60-66.
- Cadieux Genesse, J. (2019). *Le travailleur social et la citoyenneté en santé mentale : Sa place dans l'approche québécoise de la Pleine citoyenneté* [Essai, Université de Sherbrooke].
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 : pour améliorer la santé et le bien-être des*

Bas-Laurentiens. (9782550768425 2550768426). Rimouski (Québec): Direction de la santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2748152>

Commission de la santé mentale du, C. (2015). *Guidelines for Recovery-Oriented Practice : Hope. Dignity. Inclusion*. Commission de la santé mentale du Canada. http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.PDF

Cormier, C. et Dallaire, B. (2009). *L'espoir d'un mieux-être malgré la schizophrénie : témoignages de personnes utilisatrices de services vivant dans la communauté* WorldCat.org. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/20880>

Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. et Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. et Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*, 177(1), 4-7.

Defrain, F. (2016). Favoriser la participation des usagers à leur processus de rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 62(2), 23-27.

Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A. et Antoine, C. (2009). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes*, 15(3), 93-111. <https://doi.org/10.3917/psyt.153.0093>

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. et King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 184(2), 176-181.

Dionne, F. et Veillette, J. (2021). L'établissement de l'alliance thérapeutique. Dans *Apprivoiser la douleur chronique avec l'ACT : guide de pratique en 10 modules* (p. 62-80). Dunod.

Institut universitaire en santé mentale Douglas (2022). *Troubles de l'alimentation : causes et symptômes*. <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>

- Drake, R. E. et Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(5), 236-242.
- Englebert, J., Minguet, E., Helinski, A., Dominé, F., Gebhard, S., Zdrojewski, C., . . . Blavier, A. (2019). Anorexie mentale et trouble du comportement alimentaire selon une perspective phénoménologique : version francophone du questionnaire IDentity and EAting disorders (IDEA). *L'Évolution psychiatrique*, 84(4), 605-616. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.07.005>
- Etcoff, N., Orbach, S., Scott, J. et D'Agostino, H. (2006). Beyond stereotypes: Rebuilding the foundation of beauty beliefs: Findings of the 2005 Dove Global Study. Retrieved June, 13, 2016.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition.). Chenelière éducation.
- Fragkos, K. C. et Frangos, C. C. (2013). Assessing Eating Disorder Risk: The Pivotal Role of Achievement Anxiety, Depression and Female Gender in Non-Clinical Samples. *Nutrients*, 5(3), 811-828. <https://www.mdpi.com/2072-6643/5/3/811>
- Gadalla, T. et Piran, N. (2007). Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eating disorders*, 15(3), 189-203.
- Gagnon-Girouard, M.-P., Carbonneau, N., Bélanger, É. et Lavigne, G. (2022). L'image corporelle et la santé. Dans *Santé* (p. 55-64). Presses de l'Université du Québec.
- Gaudreau Simard, L., Rodriguez Del Barrio, L. s. et Pelletier, J.-F. o. (2016). *L'interrelation entre la participation des usagers en santé mentale dans une activité institutionnelle et leur propre processus de rétablissement* Université de Montréal]. WorldCat.org. <http://hdl.handle.net/1866/19137>
- Giovinazzo, S., Sukkar, S. G., Rosa, G. M., Zappi, A., Bezante, G. P., Balbi, M. et Brunelli, C. (2019). Anorexia nervosa and heart disease: a systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 199-207. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0567-1>
- Hay, P. J. et Carriage, C. (2012). Eating disorder features in indigenous Aboriginal and Torres Strait islander Australian peoples. *BMC Public Health*, 12(1), 1-6.

- Hodge, C. P., St-Hilaire, A., Thaler, L. et Steiger, H. (2020). L'anorexie mentale. Dans *Paramètres* (p. 17-29). Presses de l'Université de Montréal.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. et Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *61*(3), 348-358.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2016). *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*. https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/plan_action-regional-sante-publique_16-20_0.pdf
- Jackson, T., Jiang, C. et Chen, H. (2016). Associations between Chinese/Asian versus Western mass media influences and body image disturbances of young Chinese women. *Body Image*, *17*, 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.007>
- Keel, P. K. et Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(3), 195-204.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. et Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345-359.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- L'Alliance canadienne en matière de troubles de l'alimentation. (2019). *La Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation: 2019 à 2029*.
https://nedic.ca/media/uploaded/Canadian_Eating_Disorders_Strategy_2019-2029_-_dps_-_FRE.pdf
- La Mela, C., Maglietta, M., Lucarelli, S., Mori, S. et Sassaroli, S. (2013). Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: the effects of self-esteem, personality disorders and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(7), 933-942.
- Labonté, T. et Paquette, D. (2018). La restriction alimentaire et l'anorexie mentale sous l'angle des théories évolutionnistes. *Revue de psychoéducation*, *47*(2), 357-382.
<https://doi.org/10.7202/1054065ar>
- Lam, C. K., Huang, X. et Chiu, W. C. K. (2010). Mind over Body? The Combined Effect of Objective Body Weight, Perceived Body Weight, and Gender on Illness-Related

Absenteeism. *Sex Roles*, 63(3), 277-289. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9779-1>

Lavoie, C. et Dorvil, H. (2014). *Exploration des représentations sociales et des pratiques d'intervention en travail social sur les troubles alimentaires* [Université du Québec à Montréal]. WorldCat.org. <http://www.archipel.uqam.ca/7000/1/M13598.pdf>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lebrun, J., Larose-Hébert, K. et Lessard, G. (2019). *Corps, société et souffrances : regards subjectifs* [Université Laval]. WorldCat.org. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/37610>

Mackin, M. (2019). *Mental health and recovery: experiences of peer support workers employed in mental health services* [London Metropolitan University].

Maïano, C., Aimé, A. et Dion, J. (2022). *L'image corporelle sous toutes ses formes*. Presses de l'Université du Québec.

McCubbin, M., Dallaire, B., Lagrange, V., Wallot, H., Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C. et Nelson, G. (2010). Reconstruction et rééquilibrage du lien social: une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(1), 1-18.

McLean, S. A. et Paxton, S. J. (2019). Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 42(1), 145-156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.006>

Monthuy-Blanc, J. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Éditions JFD.

Monthuy-Blanc, J. et Bonanséa, M. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Éditions JFD.

Morin, M.-H. et Clément, M. (2019). Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale. Dans *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager* (p. 33-59). Presses de l'Université du Québec.

- Muennig, P., Jia, H., Lee, R. et Lubetkin, E. (2008). I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. *Am J Public Health*, 98(3), 501-506.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2007.114769>
- Murphy, K. A. (2012). *Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales*. Division de l'analyse de la santé.
http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R. et Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903-918. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. et Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Ostiguy, C., Meilleur, D., Taddeo, D. et Frappier, J. Y. (2017). Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement chez des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 65(3), 137-145.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.02.006>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2007). *Guide de normes pour la tenue de dossiers et des cabinets de consultation*. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/guide_de_normes_pour_la_tenu_des_dossiers_et_des_cabinets_de_consultation.pdf
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf
- Petitpas, J. (2011). *Manger à contre-courant : Attitudes et perceptions d'étudiants universitaires québécois à propos de l'anorexie* [Université Laval]. WorldCat.org.
- Petitpas, J. et Jean, A. (2011). *Comprendre les troubles alimentaires : manuel de l'intervenant*. La Boîte à livres éditions.

- Piat, M., Seida, K. et Sabeti, J. (2017). Understanding everyday life and mental health recovery through CHIME. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(5), 271-279.
- Plouffe, L., Dagenais, C. et Monthuy-Blanc, J. (2020). *La recherche sur le transfert des connaissances pour améliorer le dépistage et le traitement des troubles du comportement alimentaire* Université de Montréal]. WorldCat.org. <http://hdl.handle.net/1866/24823>
- Pritts, S. D. et Susman, J. (2003). Diagnosis of eating disorders in primary care. *American family physician*, 67(2), 297-304.
- Ramseyer Winter, V., O'Neill, E. A. et Omary, A. (2017). Exploring Relationships between Body Appreciation and Self-Reported Physical Health among Young Women. *Health Soc Work*, 42(2), e62-e67. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx006>
- Ricard, M.-M. I., Artacho, J. et Huard, C. (2021). *De l'insatisfaction à l'acceptation corporelle : développer une relation plus positive avec son corps*. JFD Éditions.
- Robbins, J. M. et Pehrsson, D.-E. (2009). Anorexia nervosa: A synthesis of poetic and narrative therapies in the outpatient treatment of young adult women. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4(1), 42-56.
- Roy, M. (2019). *Optimiser l'offre de services spécialisée pour les adultes avec un trouble de conduite alimentaire lors d'un suivi externe: rapport d'avis d'évaluation complet*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie
- Roy, V. et Lindsay, J. (2017). *Théories et modèles d'intervention en service social des groupes*. Presses de l'Université Laval. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb45428903q>
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.
- Rutter, L. A. et Brown, T. A. (2017). Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 140-146. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9571-9>

- Salzer, M. S. et Brusilovskiy, E. (2014). Advancing recovery science: reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*, 65(4), 442-453.
- Santé Canada. (2011). *Descriptions des états de santé au Canada: Maladies mentales*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf?st=2Iso1VLT>
- Schön, U.-K., Denhov, A. et Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(4), 353-364.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. et Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Starnino, V. R. (2009). An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(7), 820-842. <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>
- Steiger, H., Sansfaçon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E., . . . Gauvin, L. (2017). Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1058-1066.
- Stice, E., Marti, C. N. et Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 445-457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. et Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 46(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>

- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. et Le Boutillier, C. (2011). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, E. r., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J., . . . Roberge, P. (2017). Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Sante mentale au Quebec*, 42(1), 379-390.
<https://doi.org/10.7202/1040260ar>
- Thibodeau, L., Rahme, E., Lachaud, J., Pelletier, E., Rochette, L., John, A., . . . Lesage, A. (2018). Prévenir la mortalité par suicide grâce à des indicateurs individuels, programmatiques et systémiques de la qualité des soins en santé mentale élaborés à l'aide de grandes bases de données administratives sur la santé. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*, 38(7-8), 295-304. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.7/8.04>
- Thiebaut, S. et Guillaume, S. (2018). Dépressions et troubles des conduites alimentaires. Dans *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 194-194). Lavoisier.
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H. et Momenzadah, S. (2003). Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, 11(s1), S70-S77.
- Toseland, R. W. et Rivas, R. F. (2022). *An introduction to group work practice* (Ninth edition. Global edition). Pearson Upper Saddle River.
- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., . . . Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(12), 2501-2511.
- Turcotte, D. (2017). Le modèle éducationnel en service social des groupes. Dans *Théories et modèles d'intervention en service social des groupes* (p. 91-115). Presses de l'Université Laval.
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008a). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2e éd.). G. Morin/Chenelière éducation.
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008b). La phase de travail. Dans *L'intervention sociale auprès des groupes* (2e éd., p. 143-196). G. Morin/Chenelière éducation.

- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4e édition.). Chenelière éducation.
- Valls, M., Callahan, S., Rousseau, A. et Chabrol, H. (2014). Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : étude épidémiologique chez les jeunes hommes. *L'Encephale*, 40(3), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.05.003>
- Valls, M., Rousseau, A. I. et Chabrol, H. (2011). Étude de validation de la version française du Body Esteem Scale (BES) dans la population masculine. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 21(2), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2011.02.001>
- Vigneault, L. (2017). De la stigmatisation vers le rétablissement. *Sante mentale au Quebec*, 42(2), 119-124.
- Wallot, H.-A. (2019). Le soutien des pairs souffrant de psychose : l'expérience du programme « Passer l'espoir au suivant ». *Sante mentale au Quebec*, 44(1), 111-126. <https://doi.org/10.7202/1060279ar>
- Waring, S. V. et Kelly, A. C. (2020). Relational body image: Preliminary evidence that body image varies within a person from one specific relationship to another. *Body Image*, 34, 221-232. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.06.006>
- Webber, M. et Joubert, L. (2015). Social work and recovery. Dans (Vol. 45, pp. i1-i8): Oxford University Press.
- Weller, J.-M. (2018). Les figures de l'usager dans les réformes de modernisation des services publics. *Informations sociales*, 198(3), 48-56. <https://doi.org/10.3917/inso.198.0046>
- Zalazar, V., Castro Valdez, J. n., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P. et Agrest, M. (2017). Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for Its Use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0098-5>

ANNEXE 1 : ENTENTE DU STAGE-ESSAI AVEC LE MILIEU



Rimouski, le 30 août 2022

Madame Marie-Pier Lechasseur
Chef de service clinique externe de psychiatrie secteur Rimouski et conseillère cadre au PQPTM
CISSS du Bas-Saint-Laurent
Direction des programmes santé mentale et dépendance
Hôpital de Rimouski
150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec) G5L 5T1

Objet : Lettre d'entente de stage-essai pour Sophie Gagnon - Maîtrise en travail social (UQAR)

Madame Lechasseur,

La présente vise à convenir des conditions pour la réalisation du stage de maîtrise en travail social de Sophie Gagnon qui se déroulera sous la supervision de (Judith Petitpas, t.s., M.Serv.Soc.) et de Marie-Hélène Morin (directrice de stage à l'UQAR). Tel qu'entendu, vous assurerez le rôle de personne-ressource auprès de l'étudiante pendant la réalisation du stage au CISSSBSL (c.f. Guide des études). Le stage débutera dès l'automne 2022, soit du 30 août 2022 au 19 décembre et se poursuivra à l'hiver 2023 du 9 janvier au 28 avril 2023. Au total, 450 heures de stage seront réalisées, incluant 35 heures de supervision externe, ce qui représentera en moyenne **14 h** de stage par semaine, étalées sur 30 semaines.

Considérant que l'étudiante est une employée en surnuméraire du CISSS du Bas-Saint-Laurent, il a été entendu avec vous et Elena Leclerc, responsable des stages universitaires, que parmi les 21 heures de travail par semaine, sept heures seront dédiées au stage de 2^e cycle et seront rémunérées. La 2^e portion des heures de stage à faire (7h/semaine) seront réalisées en dehors du quart de travail.

Pour faciliter le partage du temps de travail et de stage et s'assurer de l'atteinte des objectifs d'apprentissages tels qu'attendu par le programme de maîtrise de l'UQAR, voici un horaire pour la durée du stage :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM (8 h à 12 h)	CEP (temps de travail rémunéré)	CEP (temps de travail rémunéré)	ABSENTE	CEP - (SUPERVISION OU RÉDACTION)	MAISON (STAGE)
PM (13 h à 16 h)	CEP (temps de travail rémunéré)	CEP (temps de travail rémunéré)	CEP (STAGE) – temps rémunéré de stage	ABSENTE	MAISON (STAGE)
Soirée (16 h à 18 h ou 16 h 30 à 18 h 30)			CEP (STAGE)- temps rémunéré de stage		

Par la signature conjointe de cette lettre, toutes les parties s'engagent à respecter les conditions de stage. Nous demeurons disponibles si vous avez des questions ou des demandes de précisions.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Marie-Hélène Morin

Marie-Hélène Morin, T.S., Ph.D
Directrice de stage, UQAR
marie-helene_morin@uqar.ca

Sophie Gagnon
Étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQAR
Sophie.gagnon@uqar.ca

Sacha Genest Dufault, Ph.D.
Directeur du programme de maîtrise en travail social (UQAR)
Sacha_genestdufault@uqar.ca

Marie-Pier Lechasseur
Chef de service clinique externe de psychiatrie secteur Rimouski et
conseillère cadre au PQPTM

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE PRÉGROUPE

Première rencontre afin de déterminer les participantes présentes au groupe (Maximum de 30 minutes)

1. Présentation (5 minutes)

Qui suis-je?

Pourquoi est-ce que je propose ce groupe?

Explication des critères d'admissibilité.

Quels sont les objectifs?

Quel est le fonctionnement et calendrier des rencontres?

2. Questionnaire d'entrevue pré groupe (20 minutes)

- Comment êtes-vous arrivées à participer à cette activité de groupe (à poser si la référence ne vient pas de moi) ?
 - Qu'est-ce qui motive votre intérêt à participer à ce groupe?
 - Avez-vous des objectifs à propos de votre participation au groupe?
 - Êtes-vous d'accord pour vous engager à 10 rencontres débutant le mercredi 30 novembre jusqu'au 14 décembre et se poursuivant du 11 janvier 2023 au 15 février 2023 ?
 - Quelles sont vos attentes?
 - Avez-vous des inquiétudes? (Pour vérifier le niveau d'aisance à participer à un groupe d'intervention à s'exprimer devant un groupe. Expérience vécue antérieurement? Si positif? Défi?
- ### 3. Donner l'information sur le moment du retour si la participante est retenue ou non. (5 minutes).
- Explication des modalités du groupe si en présence ou si un changement provient et doit se faire par visioconférence (Teams ou Zoom).
 - Valider l'intérêt à participer.
 - Information concernant l'échéance pour donner un retour à la personne (écouter mon « feeling » concernant l'attitude et l'ouverture de la personne intéressée).

ANNEXE 3 A: RAPPORT DE STAGE ET PUBLICITÉ



Le rétablissement :« L'Alliance, un ingrédient essentiel
pour nourrir la Force d'agir sur soi ».

Rapport de stage

PAR

SOPHIE GAGNON (GAGS08527406)

Avril 2023

Introduction

Le stage de pratique spécialisée de plus de 450 heures s'est déroulé sur 30 semaines à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital de Rimouski, et ce, du 30 août 2022 au 19 décembre 2022 et du 9 janvier 2023 au 28 avril 2023. Une intervention de groupe auprès de femmes âgées de 18 ans et plus présentant des préoccupations liées à l'image corporelle en lien avec la minceur et souffrant d'anxiété constituait les critères de sélection.

Considérant que nous avons peu d'expérience en intervention de groupe, en tant que travailleuse sociale, nous avons voulu explorer ce champ d'intervention et augmenter nos compétences en matière d'intervention de groupe. Selon la typologie des groupes de Turcotte et Lindsay (2019), nous avons ciblé le type II qui se distingue par les caractéristiques suivantes : groupe formé, sociogroupe, groupe temporaire et groupe fermé. En nous inspirant du cadre conceptuel CHIME (*connectedness, hope, identity, meaning in life, empowerment*) (Bergeron-Leclerc et al., 2019b), nous avons eu l'occasion, lors des 10 rencontres avec les participantes, de découvrir que le groupe proposé a été un lieu d'appropriation de pouvoir d'agir, où les forces et l'expérience des membres sont valorisées et utiles pour les autres et où des objectifs individuels rallient des enjeux collectifs.

Dans une perspective de rétablissement, ces femmes ont été accompagnées dans une atmosphère d'entraide, d'acceptation et d'engagement. Elles ont pu réfléchir sur leurs valeurs et leur identité dans le but de développer leur pouvoir d'agir et de définir les sens présents dans leur vie.

Ce rapport de stage se veut un bilan critique et une analyse approfondie sur l'expérience vécue lors du stage. Pour ce faire, les différents éléments qui ont influencé le déroulement du stage ainsi que les résultats observés seront présentés : la description du milieu et des activités proposées, l'évaluation des objectifs atteints, les facteurs qui ont facilité le déroulement du stage ainsi que ceux qui y ont fait obstacle. Également, nous présenterons un regard réflexif

sur nos apprentissages, ce qui a contribué à notre développement professionnel et enfin, la conclusion indiquera les éléments qui seront développés lors de la rédaction de l'essai, et ce, à partir de nos questionnements qui ont contribué à développer ce projet de stage de pratique spécialisée.

Description du milieu de stage

Le stage de pratique spécialisée a été réalisé au sein du CISSS Bas-Saint-Laurent (CISSSBSL) à l'Hôpital régional de Rimouski, et plus particulièrement à la clinique externe de psychiatrie qui est sous la responsabilité de la Direction des programmes Santé mentale et dépendance (Annexe 1). La cheffe de service de l'époque, Marie-Pier Lechasseur, a joué le rôle de personne ressource du milieu de stage. Elle a favorisé notre intégration dans le milieu et le soutien nécessaire tant auprès des ressources humaines que pour faciliter l'accès à des ressources matérielles qu'aux équipes de soins tout au long du stage. La vision du CISSSBSL est en constante transformation et servir sa communauté « en lui offrant des soins et services de qualité » est une fierté (Gouvernement du Québec, 2019a). Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a le souhait d'être « une organisation partenaire de sa communauté, valorisant une approche humaniste et responsable, fondée sur l'expertise et l'engagement de chacun » (Gouvernement du Québec, 2019a).

Les services offerts à la clinique externe de psychiatrie ont pour but d'offrir de l'aide spécialisée aux adultes présentant des troubles psychiatriques majeurs, un problème d'adaptation, un problème d'adaptation aigu avec une fragilité de la personnalité, un trouble de la personnalité, etc. (Gouvernement du Québec, 2019b). Parmi tous les services offerts en psychiatrie, nous avons ciblé la clinique spécialisée de thérapie cognitivocomportementale (TCC) pour effectuer notre stage. Elle « est dispensée sur le territoire de Rimouski-Neigette aux personnes référées par les psychiatres de la Consultation externe de psychiatrie présentant l'un des troubles suivants » (Gouvernement du Québec, 2019b):

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Trouble d'anxiété social
- Phobie simple
- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble des conduites alimentaires (anorexie mentale, boulimie dont les symptômes sont sévères et entraînent un handicap fonctionnel important)

Jusqu'au moment du stage, les rencontres offertes à la clinique de TCC étaient exclusivement en intervention individuelle.

Description des activités de stage

Le but de ce groupe de thérapie était de permettre aux participantes de mieux se connaître et de développer des stratégies efficaces afin de les aider à retrouver un fonctionnement social adéquat et de favoriser leur processus de rétablissement. Notre rôle était d'accompagner les participantes dans leur cheminement, tout en étant attentives au fonctionnement des séances, afin d'assurer un cadre qui favorise l'atteinte des objectifs de chacune des participantes (Turcotte et Lindsay, 2019). Le nombre de rencontres a été établi à partir des éléments suivants : les attentes de l'organisation, les objectifs d'apprentissage et les objectifs d'intervention du stage spécialisé de même que le contenu des séances qui a été développé en fonction des besoins nommés par les participantes lors de la rencontre pré-groupe (Annexe 2). Pour toutes ces raisons, nous avons proposé 10 rencontres et une 11^e s'est ajoutée pour répondre aux besoins de certaines participantes. Cependant, nous avons annulé cette rencontre, constatant un manque de participation de la part des membres, seulement deux personnes pouvaient se présenter.

À la suite de la présentation que nous avons effectuée lors d'une réunion avec les médecins et les professionnels, l'équipe de psychiatres était enthousiasmée qu'un tel groupe soit proposé dans la région. Cette proposition venait répondre à la demande du Ministère, mais aussi aux femmes vivant avec ces problématiques. De ce fait, nous avons été interpellées

par une psychiatre qui avait l'intérêt de coanimer les séances avec nous. Cependant, deux semaines avant le début des rencontres, celle-ci s'est désistée par manque de temps. Nous avons dû retarder la date du début des rencontres afin d'effectuer certains ajustements pour ainsi faciliter l'animation seule. Malgré cela, une autre collègue psychiatre s'est manifestée après le début des rencontres afin de venir coanimer avec nous. Attendu que la charge de travail était importante et que certaines des participantes présentaient plusieurs diagnostics, nous avons accepté avec enthousiasme. Ainsi, elle s'est jointe au groupe à la sixième rencontre pour nous soutenir dans nos interventions et nous accompagner pour mener à bien ce projet de stage spécialisé.

Avec l'aide de ma cheffe de service, le recrutement des participantes a été réalisé via une annonce faite à la clinique externe de psychiatrie par les psychiatres ou les infirmiers cliniciens spécialisés (Annexe 3). Dans le but de préciser l'admissibilité au groupe et faire la sélection finale, des rencontres individuelles pré-groupe de trente minutes auprès de chacune des participantes intéressées. Ainsi, pour une quinzaine de références, dix participantes ont été retenues et huit se sont présentées à la première séance du 1^{er} décembre 2022.

Lors de cette première rencontre, nous avons insisté sur les règles de participation, en expliquant que cela permettait la cohésion entre les membres du groupe. Nous avons précisé que ce groupe leur appartenait et en ce sens, qu'elles avaient une responsabilité par rapport à l'harmonie au sein du groupe. De plus, nous leur avons demandé leur consentement écrit pour que notre superviseuse puisse assister aux rencontres virtuellement (Annexe 4).

Des huit participantes de départ, cinq ont terminé l'intervention de groupe. L'une des participantes a abandonné après la 3^e rencontre puisqu'elle devait subir une opération ce qui l'aurait amenée à manquer plusieurs séances. Une autre participante s'est désistée lors de la 7^e rencontre à cause de ses responsabilités familiales et enfin, une autre participante pour des raisons scolaires.

Fonctionnement des rencontres

Lors de rencontres pré-groupe, nous avons consulté les participantes sur leurs disponibilités pour nous assurer de l'assiduité des membres, de leur ponctualité et de leur engagement au groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). De plus, pour optimiser le degré d'engagement de la part des participantes, nous avons opté pour que les rencontres soient en présence, une fois par semaine et d'une durée maximum de 2 h 30, et ce, pendant 10 semaines à tous les jeudis après-midi (Turcotte et Lindsay, 2019). À chaque début de rencontre, les participantes recevaient l'ordre du jour que nous avons réajusté afin qu'il ne soit pas trop chargé. Il était important pour nous que les échanges entre les participantes se fassent en profondeur plutôt que de manière superficielle. Nous avons préféré fonctionner de cette façon pour favoriser le moment présent, la spontanéité et adapter les activités selon les besoins observés dans le groupe. Chacune des séances proposées avait son objectif spécifique :

Rencontres	Thèmes	Objectifs
1 Animation seule	Alliance thérapeutique : Cheminement thérapeutique ou processus d'intervention.	Établir une alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.
2 Animation seule	Thématique : Les pensées automatiques et leurs impacts dans ma vie	Poursuivre dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.
3 Animation seule	Espoir, santé mentale et rétablissement	Favoriser le soutien par les pairs, leurs participations et le renforcement positif.

4 Animation seule	Les forces	Favoriser le développement des compétences du pouvoir d'agir des participantes en prenant conscience de leurs forces.
5 Animation seule	Les valeurs	Identifier les valeurs qui sont importantes pour moi et de quelle façon je les priorise pour me rétablir.
6 Coanimation	La motivation (séance réalisée par visioconférence en raison d'une tempête)	Identifier les éléments, les situations, les personnes, les buts, les rêves qui peuvent contribuer à motiver mes actions pour débiter un changement.
7 Coanimation	Les pensées irrationnelles	Prendre conscience des pensées irrationnelles, les identifier et les remplacer par des pensées de substitution.
8 Coanimation	L'image corporelle	Informer, sensibiliser et comprendre les facteurs pouvant influencer l'image corporelle.
9 Coanimation	Le contenu en images	Développer une relation saine et appropriée avec soi.
10 Coanimation	Prendre soin de soi	Évaluer la satisfaction des participantes.
11 Annulée par manque de participation.	Rencontre de relance	Échanger et partager avec les autres participantes les expériences vécues depuis la fin des séances.

À partir de leurs expériences et d'exercices en individuel, en dyades ou en groupe, les participantes étaient amenées à réfléchir et à expérimenter différentes activités : de pleine conscience, d'écriture automatique, de photolangage. Puis elles étaient encouragées à échanger avec les autres une fois l'exercice complété. Ainsi, elles devaient sortir de leur zone de confort, vivre l'expérience et partager leur vécu, ce qui a créé parfois de l'inconfort chez certaines participantes.

En début et en fin de rencontre, nous proposons le « *Check-In* » et le « *Check-Out* », qui permettaient de s'ancrer dans l'*ici et maintenant*, en prenant le temps de respirer et de se déposer quelques minutes avant de débiter la rencontre. Nous leur avons proposé des exercices de respiration consciente, des métaphores et des visualisations en lien avec les thèmes de la rencontre. D'ailleurs, nous avons pu constater dans les évaluations de fin de cheminement que ces deux étapes ont été très appréciées par les participantes (Annexe 5).

Évaluation de l'atteinte des objectifs de stage

Objectif 1 : Établir une alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.

Dès le départ, nous avons été conscientes que notre rôle n'était pas uniquement d'utiliser un langage verbal pour animer, mais aussi d'utiliser une posture cohérente avec ce que nous voulions atteindre comme objectif. Ainsi, nous prenions le temps d'accueillir chacune des participantes et de nous intéresser à elles en tant que personnes.

Au début des rencontres, nous avons observé que les participantes nous regardaient souvent en tant qu'animatrices. Nous étions leur référence. Cependant, plus les gens se dévoilaient, plus un climat de confiance s'installait et plus le lien se créait entre elles. Elles ont graduellement commencé à s'adresser directement entre elles.

Également, nous constatons que nous avons respecté nos besoins comme personne-animatrice en mettant en place un climat de confiance et de chaleur humaine. Nous avons voulu favoriser un sentiment d'universalité auprès des membres du groupe afin de les amener à prendre conscience qu'elles partageaient des préoccupations, des sentiments, des pensées et des émotions semblables (Turcotte et Lindsay, 2019).

Ce climat nous a aussi été bénéfique puisque faire de l'intervention de groupe nous sortait aussi de notre zone de confort. En effet, lors de la première rencontre, nous nous sommes senties déstabilisées, mais le fait de nous mettre en mode apprentissage et accompagnement nous a permis de poursuivre sans trop de difficultés. Lors des rencontres suivantes, nous avons mis l'accent sur le sentiment d'appartenance au groupe en nommant aux participantes que cet espace était pour elles et que leur implication permettait à chacune d'évoluer.

Lorsque ma collègue psychiatre est arrivée à la 6^e rencontre en tant que coanimatrice et derrière un écran, puisque la rencontre était en visioconférence, elle m'a fait le reflet qu'elle observait une confiance des participantes envers nous. Elle a été très bien accueillie et nous avons demandé l'accord de toutes les participantes avant qu'elle soit intégrée au groupe. De plus, nous avons précisé son rôle de soutien et que nous restions l'animatrice principale. Elles ont continué à partager entre elles et à m'interpeller au besoin, ce qui nous a démontré que nous avons réussi à tisser des liens significatifs avec elles. L'alliance thérapeutique, le climat de confiance et l'aide mutuelle n'ont pas été affectés par l'ajout de ma collègue. Pour ces raisons, nous croyons avoir atteint l'objectif 1.

Objectif 2 : Favoriser le développement des compétences et du pouvoir d'agir (*empowerment*) des participantes.

Dans le cadre de l'intervention de groupe, nous avons utilisé différentes activités pour les aider à découvrir leurs forces et leurs compétences et ainsi, augmenter la confiance et l'estime de soi.

Pour certaines participantes, qui souffraient davantage d'anxiété sociale, se présenter au groupe à chaque rencontre était déjà un défi en soi. Pour l'ensemble des participantes, elles devaient sortir de leur maison, trouver un stationnement, se repérer dans l'hôpital, trouver le local qui changeait de semaine en semaine. À chaque rencontre, nous prenions le temps de les remercier de leur présence au groupe et nous les invitons à se remercier elles-mêmes de prendre ce temps-là pour elle. Elles étaient également invitées à partager leurs bons coups et à mettre en pratique la pleine conscience pour les aider à affronter leurs peurs.

Certaines participantes ont fait preuve de certaines résistances au courant du cheminement. Mais la majorité des participantes a nommé mieux composer avec leurs peurs, mieux maîtriser l'anxiété, ce qui leur a permis de poser des actions qu'elles ne posaient pas auparavant.

Nous sommes d'avis que les exercices proposés durant les rencontres et les réflexions ont favorisé cet objectif. À chacune des séances, nous tentions de nourrir l'espoir chez chacune d'elles, ce qui a été entériné par plusieurs participantes durant les rencontres. Elles nommaient ressentir de l'espoir après plusieurs années de découragement. Le fait de le nommer aux autres a permis de réaliser que les progrès sont possibles et a pu encourager les femmes à s'impliquer dans leur rétablissement.

Objectif 3 : Favoriser le soutien par les pairs, la participation et le renforcement positif.

Nous avons constaté qu'il n'est pas toujours facile de favoriser la participation des gens lorsque les sujets sont sensibles et intimes. Nous avons pu observer cet inconfort à plusieurs reprises alors que les participantes proposaient des solutions plutôt que de simplement écouter et valider les émotions difficiles nommées par la personne qui se confiait. Nous avons aussi pris conscience de cette tendance chez nous, que nous avons corrigée au fil des rencontres et des discussions avec la superviseure.

La réaction de certaines participantes nous a aussi donné des défis. Par exemple, en partageant un moment difficile de sa vie, une des participantes rejetait systématiquement les compliments qui lui étaient adressés voulant qu'elle eût été courageuse. Nous avons dû réfléchir à l'intervention dans cette situation, qui nous amenait à vivre de l'impuissance ou de la frustration. Nous avons pu conscientiser que nous avions la crainte que ce soit trop lourd pour les autres et pour nous et que nous craignons de perdre le contrôle du groupe. Après l'analyse de ces situations en supervision et à la suite de la lecture du chapitre 6 du volume de Lindsay et Turcotte (2019), nous avons pu remarquer que certains comportements individuels problématiques et certains rôles dysfonctionnels peuvent émerger dans un groupe sans que ce soit la « faute » de l'animatrice. Ces expériences ont permis d'améliorer nos habiletés en intervention. Malgré les défis rencontrés et conscientisés, nous sommes d'avis que cet objectif a été atteint dans le cadre de l'intervention de groupe.

Objectif 4 : Favoriser les exercices expérientiels et déterminer les objectifs à poursuivre dans les prochaines semaines.

Le souci de faire vivre aux participantes des expériences riches et pleines de sens a pu contribuer à donner une couleur et une vitesse de croisière à ce groupe. Nous avons pu constater qu'elles ont accepté d'effectuer les exercices expérientiels. Un seul exercice a généré de la résistance durant la deuxième rencontre. Nous avons eu l'occasion d'en discuter

avec la superviseure et de prendre conscience que cet exercice arrivait à un moment, juste avant les Fêtes de Noël, où l'énergie était basse. Plutôt que de nommer au groupe ce que nous ressentions et ce que nous observions, nous avons axé notre attention sur le contenu plutôt que sur les besoins des participantes dans *l'ici et maintenant*.

Nous avons aussi pu vivre des doutes en tant que l'intervenante, principalement lors de la troisième rencontre. En revenant sur la rencontre avec la superviseure, nous avons pu réaliser que l'insécurité d'être seule pour animer un groupe, la fatigue et le manque d'expérience sont des éléments qui ont contribué à notre incertitude. Concernant la poursuite des objectifs, nous faisons un rappel à chaque fin de rencontre aux participantes de poursuivre à la maison leurs réflexions et les stratégies proposées durant les séances. Pour cet objectif, nous constatons que nous avons cheminé tout au long des rencontres, mais nous estimons avoir répondu aux exigences de cet objectif.

Objectif 5 : Évaluer la satisfaction des participantes.

À la fin de chaque séance, nous évaluons l'état des participantes en leur demandant comment elles repartaient. Voici quelques exemples de réponses : sereine, compréhensive, légère, timide, belle évolution pour moi, calme, fatiguée, etc. Ainsi, nous avons un indicateur à chacune des rencontres et cela nous permettait d'infirmier ou de confirmer notre perception.

Par la suite, à la séance quatre, afin de connaître leur avis et de nous réajuster au besoin, nous avons fait un bref retour verbal sur l'entente de départ et les règles de fonctionnement du groupe. Les participantes ont ainsi pu se prononcer sur les points forts et les points à modifier dans l'intervention de groupe. Un bel échange s'en est suivi entre les participantes et l'intervenante.

Enfin, à la séance dix, nous avons proposé un questionnaire de satisfaction afin d'évaluer la pertinence et l'appréciation du groupe (Annexe 6). Il en ressort que de façon

générale, les participantes ont apprécié les rencontres. Les activités ont répondu à leurs besoins et à leurs attentes. Elles ont affirmé qu'elles mettront en pratique certains éléments appris dans le cadre de l'intervention de groupe : *l'ici et maintenant*, la pleine conscience, mettre en pratique des pensées plus positives et faire attention aux pensées automatiques, les exercices de respiration, les lectures proposées, augmenter le temps consacré à des activités pour soi, etc.

Dans leurs réponses, elles nous partagent aussi ce qui a facilité leurs apprentissages : avoir été présente à toutes les rencontres, écouter les autres, nommer ses émotions, etc. Elles ont aussi partagé ce qui a été le plus difficile : le regard des autres, la gestion des pensées et des émotions, parler devant un groupe, etc.

Enfin, elles proposent quelques suggestions dans le but d'améliorer l'intervention de groupe : fournir davantage d'exercices à la maison, offrir des rencontres de soir ou de fin de journée, allonger la durée du groupe, offrir un groupe pour les jeunes femmes ou les étudiantes, etc. Ainsi, nous croyons que cet objectif de stage a été atteint.

Objectif 6 : Encourager les participantes à sortir de leur zone confort.

Nous constatons que nous pourrions jumeler cet objectif au deuxième puisque tout au long des rencontres, le fait de se présenter aux rencontres faisait en sorte qu'elles devaient sortir, pour la plupart d'entre elles, de leur zone de confort.

Nous avons préparé les exercices pour leur faire vivre des expériences auxquelles elles n'avaient pas eu accès auparavant. Certaines étaient réticentes, mais avec les encouragements des paires et les nôtres, elles ont su relever des défis qu'elles-mêmes ne pensaient pas être en mesure de relever. L'aide mutuelle a pu contribuer au fait que chacune a pu repousser ses limites et affronter ses peurs. Elles ont pu ainsi développer une confiance en soi et une meilleure estime de soi. Pour la plupart, le fait de se retrouver en groupe a fait en sorte

qu'elles se sont reconnues dans les échanges, les difficultés, les sentiments et les pensées des autres participantes ce qui les a amenés à oser sortir de leur zone de confort lorsqu'une d'elles partageait les effets bénéfiques de le faire.

Nous estimons que cet objectif a été atteint.

Objectif 7 : Rédiger et proposer des recommandations lors du rapport de stage

Regard réflexif sur les apprentissages réalisés

Les compétences relationnelles : Être calme, adopter une attitude d'ouverture, de respect et proposer des règles de fonctionnement claires au début des séances ont servi de lignes directrices tout au long des rencontres. Notre capacité d'entrer en relation avec les gens et le fait que nous avons favorisé l'aide mutuelle ont contribué à ce que les participantes développent leur confiance en elle et construisent un climat de confiance les unes envers les autres. Le fait d'avoir des rencontres de supervision de façon hebdomadaire et que la superviseuse puisse entendre le déroulement des rencontres nous a permis de prendre de l'assurance dans nos interventions.

Les connaissances théoriques : Sur le plan théorique en lien avec les problématiques discutées lors des séances, nous constatons que nous étions bien préparées et que le contenu des activités proposées et du contenu théorique partagés aux participantes étaient maîtrisés. Cependant nous avons dû nous mettre à jour par rapport au contenu théorique portant sur l'intervention de groupe. Les supervisions et les lectures nous ont donné l'occasion de mieux comprendre des dynamiques relationnelles observées entre les participantes. Nous avons responsabilisé les participantes par rapport à leurs comportements tout en prenant la responsabilité de ce qui nous revenait.

Les compétences techniques : Il est important pour nous d'ajouter cette compétence considérant que nous avons fait face, par moment, à certains enjeux informatiques. En effet,

notre capacité d'adaptation et nos expériences de vie ont permis de dédramatiser la situation et de modifier le fonctionnement pour que les informations circulent bien et que notre superviseure arrive à assister aux rencontres.

Facteurs qui contribuent ou qui ont fait obstacle à l'atteinte des objectifs de stage

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à la réussite des objectifs de stage. Considérant que ceux-ci sont personnels à moi, j'utiliserai dans les deux prochaines sections le pronom « je » plutôt que le nous qui est de nature impersonnelle.

D'abord, la qualité de la supervision a été un facteur de réussite de mon stage. La superviseure assistait à distance aux rencontres et la supervision avait lieu le lendemain des rencontres de groupe. Cette structure a permis de clarifier mes objectifs, mes attentes et mon rôle en tant qu'animatrice. Je me suis donné l'occasion d'apprendre de mes erreurs et d'accueillir les critiques constructives avec ouverture et bienveillance. Je me suis sentie soutenue, encouragée, parfois confrontée dans mes enjeux de performance. Mais ma superviseure a su rapidement, avec tact, désamorcer ces pensées envahissantes. La disponibilité de ma superviseure et ses rétroactions ont donc joué un rôle important dans mon cheminement comme stagiaire. Ses compétences en tant que personne humaine et superviseure m'ont permis de prendre de l'assurance et de développer ma confiance en moi tout au long du cheminement.

Ensuite, le fait d'avoir clarifié mes objectifs, de m'appuyer sur un cadre conceptuel et d'avoir précisé mes attentes avant de débiter le stage m'a permis de me concentrer sur les activités à proposer ainsi que les tâches à réaliser. De plus, cette méthode de travail m'a aidée à diminuer le stress et les décisions à prendre tout au long de l'intervention de groupe puisque le cadre et les balises étaient clairs.

Également, les entrevues pré groupes m'ont donné la possibilité de rencontrer les personnes afin de déterminer lesquelles correspondaient aux critères sélections établies. Elles

ont également permis de cibler leurs attentes ainsi que leurs besoins. De ce fait, ce premier contact en individuel semble avoir facilité l'adhésion au groupe et avoir contribué au développement de la relation entre elles et moi. Finalement, ma capacité à entrer en contact avec les participantes et à comprendre leurs besoins a été des facteurs facilitants pour mes apprentissages.

Enfin, je constate que peu de facteurs ont fait obstacle à la réussite de mon stage puisqu'au fur et à mesure que des difficultés se présentaient, j'avais le soutien nécessaire de l'équipe, de ma superviseure ou de ma cheffe pour faciliter la mise en place de solutions. Le seul facteur qui ait pu faire obstacle est la surcharge de travail puisque je faisais mon stage dans mon milieu de travail. Ainsi, il a pu être difficile parfois de départager mon rôle de stagiaire de mon rôle de travailleuse sociale. L'adaptation à l'horaire a été plus difficile en début de parcours, mais nous avons nommé nos perceptions à notre cheffe qui était aussi la personne ressource du milieu et un réaménagement de l'horaire a été fait pour la poursuite du stage.

Je suis convaincue que les rencontres de groupe ont permis aux participantes de vivre des expériences riches, valorisantes, uniques, un lieu d'appropriation de pouvoir et comme mentionné dans le document *Le travail social de groupe : une pratique essentielle*, le groupe peut avoir un effet de « pouvoir potentiel immense de collectiviser, de solidariser, de lier » (OTSTCFQ, 2022). Le but étant le développement d'une présence attentive à soi dans une atmosphère d'aide mutuelle et d'accroître un sentiment d'appartenance à une communauté a été nommé lors des évaluations.

Pistes pour mon développement professionnel

Le développement professionnel est essentiel pour les travailleurs sociaux. En effet, le travail social est un domaine en constante évolution et les travailleurs sociaux doivent se tenir au courant des nouvelles pratiques, des nouvelles théories et des nouvelles politiques. Le

développement professionnel permet aux travailleurs sociaux d'améliorer leurs compétences et leur expertise, de mieux comprendre les besoins de leurs clients et de fournir un meilleur service. Les troubles de l'humeur, l'anxiété et les troubles de l'image corporelle sont des domaines complexes et en constante évolution. Il s'avère donc important d'être à l'affût des nouvelles recherches dans le domaine des maladies mentales, des nouvelles pratiques et des nouvelles théories pour mieux comprendre les besoins des prestataires de services.

J'ai pu constater également que mon expertise en troubles alimentaires et en image corporelle m'a aidée à mieux comprendre la réalité des participantes et à orienter mes interventions. L'expérience acquise durant les dernières années en psychiatrie a également facilité mon expérience auprès de ces femmes, puisque certaines d'entre elles présentaient des symptômes dépressifs et anxieux importants à ne pas négliger dans les préparations des activités proposées.

Après analyse, je constate qu'un des aspects qu'il me reste à travailler est certainement de continuer à acquérir de l'expérience en intervention de groupe. J'estime posséder et maîtriser le savoir et le savoir-être. Il me reste donc du savoir-faire à acquérir, qui est pour moi synonyme d'expérience. Enfin, le fait d'avoir été seule à animer les six premières rencontres a exigé de moi que j'apprivoise l'intervention de groupe. J'ai pu ressentir certaines inquiétudes qui ont limité ma spontanéité et la confiance en mes compétences. Je constate qu'à quelques reprises, par manque de confiance, j'ai retenu certaines interventions qui auraient pu être pertinentes et constructives pour le groupe. Enfin, j'ai également apprécié mon expérience de cointervention durant les dernières séances puisqu'elle m'a permis de prendre de l'assurance et d'apprendre, tout en vivant une expérience riche, simplement en observant ma collègue intervenir auprès des participantes. Après chacune des rencontres, les échanges que nous avons sur nos observations mutuelles ont permis de bonifier mes interventions et de prendre conscience de mes compétences. J'ai pu observer que je me

laissais davantage aller, ce qui me permettait d'apprécier davantage les moments passés en groupe. Je me sentais plus détendue alors que je pouvais partager la responsabilité du groupe.

Conclusion


Depuis le début de la maîtrise en travail social, nous avons eu l'occasion d'effectuer de nombreuses lectures de recensions des écrits ou de mémoire de recherches qui ont démontré que les impacts sont nombreux pour les personnes n'ayant pas accès à des services spécialisés pour traiter les TCA ou qui ont une préoccupation face à leur image corporelle. Parmi les différentes conséquences répertoriées : la santé physique (problèmes hormonaux, digestifs, cardiaques, etc.) et mentale (anxiété, culpabilité, isolement social, dépression, faible estime de soi, etc.) se détériore, des difficultés dans les relations interpersonnelles apparaissent ou s'accroissent, une diminution de la qualité de vie (parfois cessent le travail, les études, les activités sociales, etc.) jusqu'à des risques de développer des comportements dangereux qui peuvent mettre leur vie en danger (vomissements, tentatives de suicide, automutilation, refus de s'alimenter, etc.) (Bonanséa, 2019; Cooper et al., 2020; Lebrun et al., 2019; Monthuy-Blanc, 2018; Plouffe et al., 2020; Roy, 2019). Ainsi, dans la région du Bas-Saint-Laurent à quand la présence de ressources spécialisées pour traiter ces maladies?

Nous sommes d'avis qu'il est essentiel d'offrir des services accessibles et gratuits pour les personnes souffrant d'une problématique liée à l'image corporelle ou d'un trouble des conduites alimentaires (TCA) dans la région du bas Saint-Laurent. Nous avons dû adapter notre stage spécialisé à la réalité du milieu et respecter les demandes de l'organisation. En conséquence, nous sommes d'avis que le groupe reste une méthode d'intervention pertinente et efficace. Toutefois, nous devons prendre en considération les besoins des personnes en proposant des services adaptés à leur réalité et aux ressources limitées dans la région du bas Saint-Laurent. Advenant le cas que ce groupe d'intervention soit reconduit, nous croyons que

l'homogénéité des problématiques vécues par les personnes référées est à examiner en profondeur avant d'accepter leur adhésion au groupe. Malgré la mise en place de rencontres individuelles pré-groupe et l'utilisation de différentes échelles de mesure (GAD-7, PHQ-9, BES, RAS) (annexe 7) au début et à la fin du programme, notre expérience a permis de constater que les personnes vivant un trouble des conduites alimentaires ou ayant des préoccupations face à leur image corporelle vivent de l'anxiété ou ont des symptômes dépressifs en lien avec la perception du corps contrairement aux personnes vivant un trouble d'anxiété sociale ou généralisée ou une dépression majeure. En tenant compte de ces constats, les participantes pourront créer des liens significatifs avec des personnes vivant les mêmes préoccupations qu'elles et développer un sentiment d'appartenance à un groupe, diminuant ainsi la stigmatisation (Petitpas Judith, 2011). En effet, le processus de rétablissement leur permettra de développer leurs compétences et de découvrir ou redécouvrir leur identité comme personne au-delà de la maladie (Bergeron-Leclerc, C. 2019 et Turcotte et Lindsay, 2019).

À partir de l'analyse des échelles de mesure administrées aux participantes au début et à la fin et de la compilation des résultats (Annexe 8), puis en tenant compte du cadre conceptuel du rétablissement CHIME utilisé durant le programme d'intervention (Annexe 9), « *Le rétablissement : L'Alliance, un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi* », du questionnaire d'évaluation sur la pertinence du programme rempli par les membres lors de la dernière rencontre ainsi que des différents échanges et réflexions lors des séances, l'essai aura comme objectif d'évaluer les impacts de ce projet expérimental sur le processus de rétablissement des participantes.

ANNEXE 3 B : PUBLICITÉ



Clinique des troubles anxieux

Le rétablissement : "L'alliance, un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi".

INTERVENTION DE GROUPE


Réalisé dans le cadre du stage spécialisé à la maîtrise en travail social à l'UQAR.

CRITÈRES DE SÉLECTION	DÉROULEMENT DU GROUPE
<ul style="list-style-type: none">• Femmes de 18 ans et plus• Vivant de l'anxiété généralisée ou anxiété sociale, TAG ou trouble de l'humeur ou• Préoccupation liée à l'image corporelle ou TCA.	<p>Nombre de participantes 8 à 10 personnes Durée: 10 semaines Quand: Les mercredis de 16 h à 18 h (date du début est à déterminer) Approches: Approche par les forces, la thérapie cognitivocomportementale de 3e vague Fonctionnement: présentiel ou visioconférence (à déterminer).</p>

Le recrutement des participantes se fera à partir de la liste d'attente de la clinique des troubles anxieux, des références des médecins psychiatres et des personnes déjà en suivi psychosocial à la CEP. Une rencontre individuelle pré groupe sera réalisée avec les participantes ciblées afin de valider leur intérêt et analyser leur admissibilité au groupe selon les critères établis.

PERSONNES À CONTACTER POUR INFORMATIONS OU RÉFÉRENCES

Sophie Gagnon, T.S. étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAR
sophie.gagnon.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca
Marie-Hélène Morin, TS Ph.D, directrice de maîtrise à l'UQAR
marie-helene_morin@uqar.ca



ANNEXE 4 : ENTENTE DE GROUPE

Entente de groupe : L'Alliance

Clinique des troubles anxieux

Ce que les animatrices s'engagent à faire :

- ❖ Planifier accueillir et coanimer les rencontres pendant deux heures trente (2 h 30);
- ❖ Offrir un climat chaleureux de non-jugement;
- ❖ Favoriser et encourager la participation des membres du groupe de façon égalitaire tout en respectant le rythme de chacune;
- ❖ Répondre aux questions des participantes au meilleur de leurs connaissances et selon leur rôle;
- ❖ Fournir aux participantes des outils accessibles et utiles durant et à l'extérieur les rencontres;
- ❖ Effectuer des notes évolutives sur le déroulement des séances de groupe et son évolution;
- ❖ Assurer le bon déroulement des séances de groupe, ce qui implique de souligner les écarts aux règles communes de fonctionnement déterminer à la première séance. Dès que possible (en avant-midi), aviser par courriel les participantes si une séance doit être reportée (température) ou offerte par visioconférence.

Ce qui est demandé à tous les membres du groupe, incluant les animatrices :

Un engagement soutenu au fil des dix (10) semaines envers soi et les autres membres du groupe ce qui implique le respect du cadre thérapeutique et une présence assidue aux rencontres.

- ❖ Une participation active aux rencontres;
- ❖ Une attitude d'ouverture et de respect envers les autres;
- ❖ La présence aux dix (10) rencontres;
- ❖ La ponctualité;
- ❖ L'information d'un retard ou d'une absence le plus tôt possible en téléphonant au 418 724-8315; vous avez la responsabilité de nous aviser de votre absence 48 h à

l'avance autrement cela sera considéré comme une absence. Si vous vous absentez plus de deux rencontres, vous serez rencontré par les animatrices afin de discuter de votre motivation, de votre engagement et pour réévaluer vos objectifs de thérapie;

- ❖ La confidentialité à l'égard des informations dévoilées dans le groupe et durant les pauses; ce qui implique de ne pas discuter d'informations dévoilées dans le groupe avec d'autres membres du groupe. Nous vous invitons plutôt à partager vos réflexions avec l'ensemble du groupe.
- ❖ Le respect de la cohésion du groupe en n'utilisant pas de téléphone cellulaire (texte ou vocal) durant le groupe (si j'attends un téléphone urgent, j'en avise le groupe et je mets la sonnerie sur vibration) et durant les pauses.

Ce qui est attendu des participants au groupe :

- ❖ Le courage, la persévérance et la bienveillance envers les autres et envers soi;
- ❖ La volonté d'agir concrètement pour son rétablissement;
- ❖ Le respect et l'empathie envers les autres et envers soi;
- ❖ Le respect du temps de parole de chacune et l'attention au besoin d'expression et d'écoute de chacune;
- ❖ L'expression de mes opinions et de mes sentiments, sous la forme du JE;
- ❖ Le partage d'expériences et des difficultés rencontrées lors des apprentissages;
- ❖ S'impliquer activement dans la réalisation des exercices individuels à la maison et durant les séances de groupe;
- ❖ Être proactive dans les échanges en sous-groupe et dans le groupe;

Ajouts des participantes :

❖ _____

Sophie Gagnon, T.S et étudiante à la maîtrise en travail social

ANNEXE 5 : CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Consentement libre et éclairé



Dans le cadre de mon stage de pratique spécialisée à la maîtrise en travail social (UOAR), je vais être observée et évaluée par madame Judith Petitpas, travailleuse sociale spécialisée auprès des personnes vivant un trouble des conduites alimentaires.

En signant ce document, vous consentez à ce qu'elle soit présente de façon virtuelle aux dix rencontres de groupe. Elle ne sera pas en mesure de vous voir mais pourra entendre vos interventions ainsi que les miennes.

Tout comme moi, madame Petitpas est tenue par le secret professionnel et la confidentialité. Elle aura donc accès aux notes évolutives qui concernent votre participation au groupe afin d'évaluer mes compétences en tant qu'animatrice. Cependant, elle n'aura pas accès aux informations se trouvant dans votre dossier médical.

Je consens à ce que madame Petitpas soit présente aux dix rencontres de groupe :

Oui

Non

Signature de la participante

Date

Signature de l'étudiante à la maîtrise en travail social

Date

Signature de la superviseure de stage

Date

ANNEXE 6 : EXTRAIT DU GUIDE DES PARTICIPANTES

Le rétablissement qui a du sens : « L'Alliance un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi ».

Intervention de groupe



Le rétablissement qui a du sens : « L'Alliance un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi ».

Intervention de groupe

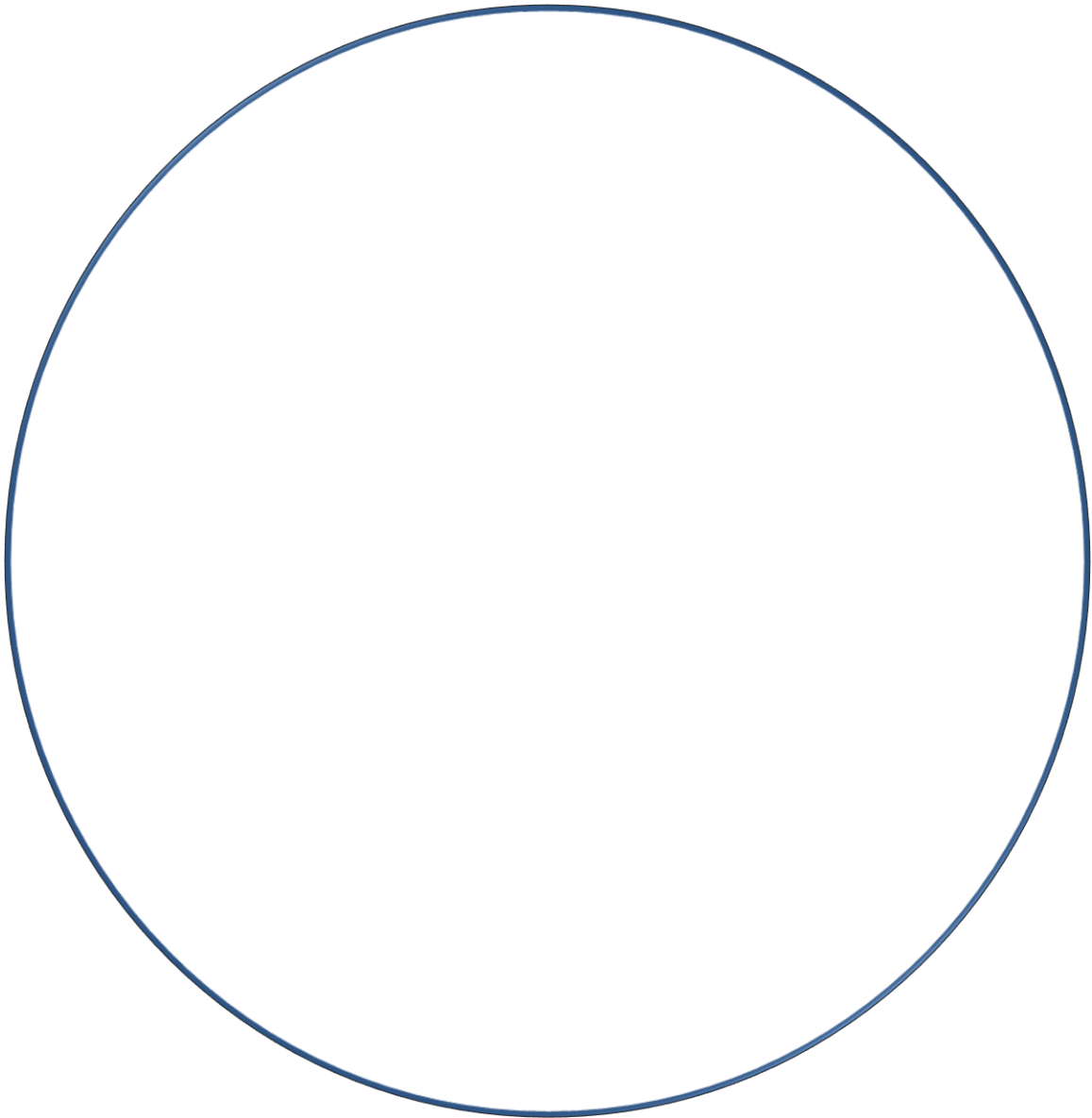


TABLE DES MATIÈRES

Consentement libre et éclairé	Erreur ! Signet non défini.
Entente de groupe.....	Erreur ! Signet non défini.
Séance 1	Erreur ! Signet non défini.
Objectifs : Établir une alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.....	
Erreur ! Signet non défini.	Erreur ! Signet non défini.
« Check-In »	Erreur ! Signet non défini.
Activités en groupe.....	Erreur ! Signet non défini.
Discussion en dyades sur le stress et ses manifestations.....	Erreur ! Signet non défini.
Retour en groupe	Erreur ! Signet non défini.
Initiation à une expérience de pleine conscience : La métaphore du lavabo	Erreur !
Signet non défini.	
« Check-Out »	Erreur ! Signet non défini.
Exercices à la maison	Erreur ! Signet non défini.
Séance 2	Erreur ! Signet non défini.
Objectif : Établir une alliance thérapeutique avec les participantes, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.	
Erreur ! Signet non défini.	Erreur ! Signet non défini.
Thématique : Les pensées automatiques et leurs impacts sur mes émotions.....	
Erreur !	Erreur !
Signet non défini.	
« Check-In »	Erreur ! Signet non défini.
Respiration consciente : 5-5-5.....	Erreur ! Signet non défini.
Activité individuelle 1	Erreur ! Signet non défini.
Retour en groupe et partage de ma réflexion	Erreur ! Signet non défini.
Activité individuelle 2.....	Erreur ! Signet non défini.
Activité en groupe Expérience de pleine conscience – La canneberges (reporté à la prochaine rencontre.	Erreur ! Signet non défini.
« Check-Out »	Erreur ! Signet non défini.
Retour en groupe et partage de mes observations	Erreur ! Signet non défini.
Matériel pour la séance	Erreur ! Signet non défini.
Exercices à la maison	Erreur ! Signet non défini.
Risquer	Erreur ! Signet non défini.
Comment je me sens?.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau de certaines émotions et leurs fonctions.....	Erreur ! Signet non défini.
Séance 3	Erreur ! Signet non défini.

Objectif : Favoriser le soutien par les pairs, la participation et le renforcement positif

Erreur ! Signet non défini.

Thématique : Espoir : Santé mentale et rétablissement **Erreur ! Signet non défini.**
« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**
Respiration consciente..... **Erreur ! Signet non défini.**
Activité en groupe Les Canneberges..... **Erreur ! Signet non défini.**
Activités en groupe..... **Erreur ! Signet non défini.**
Expérience de pleine conscience..... **Erreur ! Signet non défini.**
« Check-Out » **Erreur ! Signet non défini.**
Exercices à la maison **Erreur ! Signet non défini.**

Séance 4 **Erreur ! Signet non défini.**

Thématique : Les forces..... **Erreur ! Signet non défini.**

Objectif : Identifier mes forces et quels rôles peuvent-elles jouer dans mon rétablissement. **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**
Respiration consciente..... **Erreur ! Signet non défini.**
Retour sur les Fêtes **Erreur ! Signet non défini.**
Activité individuelle..... **Erreur ! Signet non défini.**
Discussion en dyade **Erreur ! Signet non défini.**
Activités en groupe..... **Erreur ! Signet non défini.**
« Check-Out » **Erreur ! Signet non défini.**
Exercices à la maison **Erreur ! Signet non défini.**

Séance 5 **Erreur ! Signet non défini.**

Thématique : Les valeurs **Erreur ! Signet non défini.**

Objectif : Identifier les valeurs qui sont importantes pour moi et de quelle façon je les priorise pour me rétablir. **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**
Respiration consciente..... **Erreur ! Signet non défini.**
Retour sur la semaine retour sur les 4 échelles complétées et explications des résultats **Erreur ! Signet non défini.**
Visualisation sur les valeurs..... **Erreur ! Signet non défini.**
Activité individuelle..... **Erreur ! Signet non défini.**
Activités en groupe..... **Erreur ! Signet non défini.**
Activité individuelle..... **Erreur ! Signet non défini.**
« Check-Out » **Erreur ! Signet non défini.**
Exercices à la maison **Erreur ! Signet non défini.**

Exercices : contenu complémentaire	Erreur ! Signet non défini.
Recommandations pour guider cette étape Exercice 2.....	Erreur ! Signet non défini.
Visualisation sur les valeurs.....	Erreur ! Signet non défini.
Séance 6	Erreur ! Signet non défini.
Thématique : La motivation.....	Erreur ! Signet non défini.
Objectif : Identifier les éléments, les situations, les personnes, les buts, les rêves qui Erreur ! Signet non défini.	
peuvent contribuer à motiver mes actions pour débiter un changement....	Erreur ! Signet non défini.
non défini.	
« Check-In »	Erreur ! Signet non défini.
Respiration consciente.....	Erreur ! Signet non défini.
Présentation Dre Cécile Saelen	Erreur ! Signet non défini.
Retour sur la semaine et Tour de table.....	Erreur ! Signet non défini.
Activité individuelle 1	Erreur ! Signet non défini.
Activités en groupe.....	Erreur ! Signet non défini.
Présentation des 5 stades du changement.....	Erreur ! Signet non défini.
Expérience de pleine conscience.....	Erreur ! Signet non défini.
« Check-Out »	Erreur ! Signet non défini.
Exercices à la maison	Erreur ! Signet non défini.
Modèle transthéorique du changement :	Erreur ! Signet non défini.
Les cinq étapes de changement	Erreur ! Signet non défini.
Notes personnelles.....	Erreur ! Signet non défini.
Séance 7	Erreur ! Signet non défini.
Thématique : Les pensées irrationnelles	Erreur ! Signet non défini.
Objectif : Prendre conscience des pensées irrationnelles, les identifier et les remplacer par des pensées de substitution.....	Erreur ! Signet non défini.
« Check-In »	Erreur ! Signet non défini.
Respiration consciente.....	Erreur ! Signet non défini.
Retour sur la semaine et Tour de table.....	Erreur ! Signet non défini.
Activités en groupe.....	Erreur ! Signet non défini.
Expérience de pleine conscience.....	Erreur ! Signet non défini.
« Check-Out »	Erreur ! Signet non défini.
Exercices à la maison	Erreur ! Signet non défini.
Notes personnelles.....	Erreur ! Signet non défini.
Liste des erreurs cognitives les plus fréquentes.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau d'enregistrement des pensées automatiques.....	Erreur ! Signet non défini.

Séance 8 Erreur ! Signet non défini.

Thématique : L'image corporelle **Erreur ! Signet non défini.**

Objectif : Informer, sensibiliser et comprendre les facteurs pouvant influencer l'image corporelle. **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**

Respiration consciente..... **Erreur ! Signet non défini.**

Retour sur la semaine Tour de table..... **Erreur ! Signet non défini.**

Expérience de pleine conscience Le poids des mots! **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-Out » **Erreur ! Signet non défini.**

Exercices à la maison : **Erreur ! Signet non défini.**

Modèle écologique en matière d'image corporelle inspirée par Bronfenbrenner (1979) **Erreur ! Signet non défini.**

Notes personnelles..... **Erreur ! Signet non défini.**

Séance 9 Erreur ! Signet non défini.

Thématique : Le contenu en images **Erreur ! Signet non défini.**

Objectif : Développer une relation saine et appropriée avec soi. **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**

Respiration consciente Métaphore du GPS **Erreur ! Signet non défini.**

Retour sur la semaine Tour de table..... **Erreur ! Signet non défini.**

Activité individuelle Remplir les échelles (GAD-7, PHQ-9, BES, RAS). **Erreur ! Signet non défini.**

Exercices à la maison : **Erreur ! Signet non défini.**

Notes personnelles..... **Erreur ! Signet non défini.**

Séance 10 Erreur ! Signet non défini.

Thématique : Prendre soin de soi..... **Erreur ! Signet non défini.**

Objectif : Évaluer la satisfaction des participantes. **Erreur ! Signet non défini.**

« Check-In » **Erreur ! Signet non défini.**

Respiration consciente..... **Erreur ! Signet non défini.**

Activité de groupe **Erreur ! Signet non défini.**

Terminer l'activité de la semaine dernière de collage..... **Erreur ! Signet non défini.**

Remise des résultats des échelles (GAD-7, PHQ-9, BES, RAS).. **Erreur ! Signet non défini.**

Activité individuelle..... **Erreur ! Signet non défini.**

Remplir le questionnaire d'évaluation de la pertinence du programme. **Erreur ! Signet non défini.**






PAUSE	Erreur ! Signet non défini.
Activité de groupe	Erreur ! Signet non défini.
« Check-Out »	Erreur ! Signet non défini.
Exercices à la maison :	Erreur ! Signet non défini.
Notes personnelles.....	Erreur ! Signet non défini.
Évaluation de la pertinence du programme	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 1 FONCTION ET UTILISATION DES ÉMOTIONS.....	Erreur ! Signet non défini.
 Définition	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 2 MÉTAPHORES UTILISÉES ET EXERCICE ...	Erreur ! Signet non défini.
 Métaphore du GPS	Erreur ! Signet non défini.
 Exercice le tiroir du classeur	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 3 Échelles de mesure	Erreur ! Signet non défini.
 Échelle de mesure pour l'anxiété : GAD-7	Erreur ! Signet non défini.
 Échelle de mesure pour la dépression : PHQ-9.....	Erreur ! Signet non défini.
 Échelle de mesure d'évaluation du rétablissement :RAS-41	Erreur ! Signet non défini.
 Échelle de mesure pour la perception du corps : BES	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 4 : Références de sites ou d'applications pour pratiquer la pleine conscience	
 ou la méditation selon certaines problématiques.....	Erreur ! Signet non défini.
 Applications mobiles	Erreur ! Signet non défini.
 Méditation de pleine conscience.....	Erreur ! Signet non défini.
 Liens vers fichiers audio de méditation, centration et pleine conscience ...	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DU PROGRAMME

Évaluation de la pertinence du programme

Le rétablissement : L'Alliance, un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi.

1. Est-ce que les rencontres ont répondu à mes besoins et à mes attentes? Justifiez votre réponse.

-  Tout à fait d'accord
-  D'accord
-  Ni d'accord, ni pas d'accord
-  Pas d'accord
-  Pas du tout d'accord

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?

3. Lors des rencontres, qu'est-ce qui a été le plus facile à gérer pour moi (par exemple : mes pensées, mes émotions, parler devant le groupe, le regard des autres participantes, la peur du jugement, etc.)? Justifiez votre réponse.

4. Lors des rencontres, qu'est-ce qui a été le plus difficile à gérer pour moi (par exemple : mes pensées, mes émotions, parler devant le groupe, le regard des autres participantes, la peur du jugement, etc.)? Justifiez votre réponse.

5. Dans le but d'améliorer la pertinence du programme, j'aimerais avoir vos suggestions et vos commentaires.

Merci de votre participation et de votre implication tout au long des rencontres. Chacune de vous a contribué à sa façon et je n'aurais pas pu mener à bien ce projet si vous n'aviez pas embarqué dans l'aventure. Je suis reconnaissante pour les moments d'apprentissage, les partages, les confidences, mais surtout de la confiance que vous m'avez témoignée au cours des derniers mois.



Sophie Gagnon, T.S.
Étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQAR

ANNEXE 8 : QUELQUES COMMENTAIRES DES PARTICIPANTES

Évaluation de la pertinence du programme

Le rétablissement : L'Alliance, un ingrédient essentiel pour nourrir la Force d'agir sur soi.

1. Est-ce que les rencontres ont répondu à mes besoins et à mes attentes? Justifiez votre réponse.

Tout à fait d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 Pas du tout d'accord

du dimanche mes critères
faire confiance aux autres

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?
le ici et maintenant.

1. Est-ce que les rencontres ont répondu à mes besoins et à mes attentes? Justifiez votre réponse.

Tout à fait d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 Pas du tout d'accord

J'ai aimé l'ambiance de groupe et cette zone de "sécurité" entre femmes qui m'a permis de mieux exprimer mes émotions et voir que je ne suis pas la seule.

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?
Pratiquer la pleine conscience, éviter de tomber dans une spirale lorsque j'ai des pensées automatiques ou négatives.

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?
être + ds le moment présent (pleine conscience)

1. Est-ce que les rencontres ont répondu à mes besoins et à mes attentes? Justifiez votre réponse.

Tout à fait d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 Pas du tout d'accord

J'ai adoré l'expérience en groupe, c'était intime.
Pas juste parler de soi, entendre les autres femmes parler. Ça m'a encouragé!

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?
la respiration
le ici et maintenant
la lecture en cas de besoin (les feuilles que tu nous a donné)

2. Dans mon quotidien, quels sont les éléments appris que je mettrai en pratique?
Prendre le temps de vivre le moment présent
Apprendre à apprécier chaque moment
Gratitude

ANNEXE 9 : ÉCHELLES DE MESURE

L'Échelle d'Évaluation du Rétablissement *

Numéro de dossier (ou nom) client _____ Date (A – M – J) _____

	Totalement en désaccord	En désaccord	Pas certain	D'accord	Totalement d'accord
1. J'ai un désir de réussir.	1	2	3	4	5
2. J'ai mon propre plan sur comment être bien et le rester.	1	2	3	4	5
3. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre.	1	2	3	4	5
4. Je crois que je peux réaliser mes buts personnels.	1	2	3	4	5
5. J'ai une raison d'être dans la vie.	1	2	3	4	5
6. Même quand je ne tiens plus à moi, d'autres le font.	1	2	3	4	5
7. Je sais comment contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5
8. Je peux y faire face si je tombe malade encore.	1	2	3	4	5
9. Je peux identifier ce qui provoque les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5
10. Je peux m'aider à aller mieux.	1	2	3	4	5
11. La peur ne m'empêche pas de vivre ma vie comme je le veux.	1	2	3	4	5
12. Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident.	1	2	3	4	5
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à faire face à des symptômes non voulus.	1	2	3	4	5
14. Je peux faire face à ce qui arrive dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. Je m'apprécie moi-même.	1	2	3	4	5
16. Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'appréieraient.	1	2	3	4	5
17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience avec la maladie mentale.	1	2	3	4	5
18. Bien que mes symptômes peuvent empiéter, je sais que je peux y faire face.	1	2	3	4	5
19. Si je continue d'essayer, je vais continuer d'aller mieux.	1	2	3	4	5

	Totalement en désaccord	En désaccord	Pas certain	D'accord	Totalement d'accord
20. J'ai une idée de qui je veux devenir.	1	2	3	4	5
21. Les choses arrivent pour une raison.	1	2	3	4	5
22. Quelque chose de bien arrivera éventuellement.	1	2	3	4	5
23. Je suis le premier responsable de mes progrès personnels.	1	2	3	4	5
24. J'ai espoir en l'avenir.	1	2	3	4	5
25. Je continue d'avoir de nouveaux intérêts.	1	2	3	4	5
26. C'est important d'avoir du plaisir.	1	2	3	4	5
27. Faire face à ma maladie mentale n'est plus l'objectif principal de ma vie.	1	2	3	4	5
28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins dans ma vie.	1	2	3	4	5
29. Chaque fois qu'ils surviennent, mes symptômes me paraissent être un problème pour de plus courtes périodes de temps.	1	2	3	4	5
30. Je sais quand demander de l'aide.	1	2	3	4	5
31. Je peux volontiers demander de l'aide.	1	2	3	4	5
32. Je demande de l'aide, quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5
33. Être capable de travailler est important pour moi.	1	2	3	4	5
34. Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	1	2	3	4	5
35. Je peux apprendre de mes erreurs.	1	2	3	4	5
36. Je peux faire face au stress.	1	2	3	4	5
37. Je connais des personnes sur lesquelles je peux compter.	1	2	3	4	5
38. Je peux identifier les signes avant-coureurs de la maladie.	1	2	3	4	5
39. Même quand je ne crois plus en moi-même, d'autres gardent confiance en moi.	1	2	3	4	5
40. C'est important d'avoir une variété d'amis.	1	2	3	4	5
41. C'est important d'avoir de saines habitudes.	1	2	3	4	5

* Traduction :française du "Recovery Assessment Scale",
de Giffort D., Schmook A., Woody C., Vollendorf C. & Gervain M. (1995)
Traduction : Blisson, Pelletier, Vasiliadis, Lesage et Corrigan, 2007, version du 30 août 2007

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

For official coding: 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

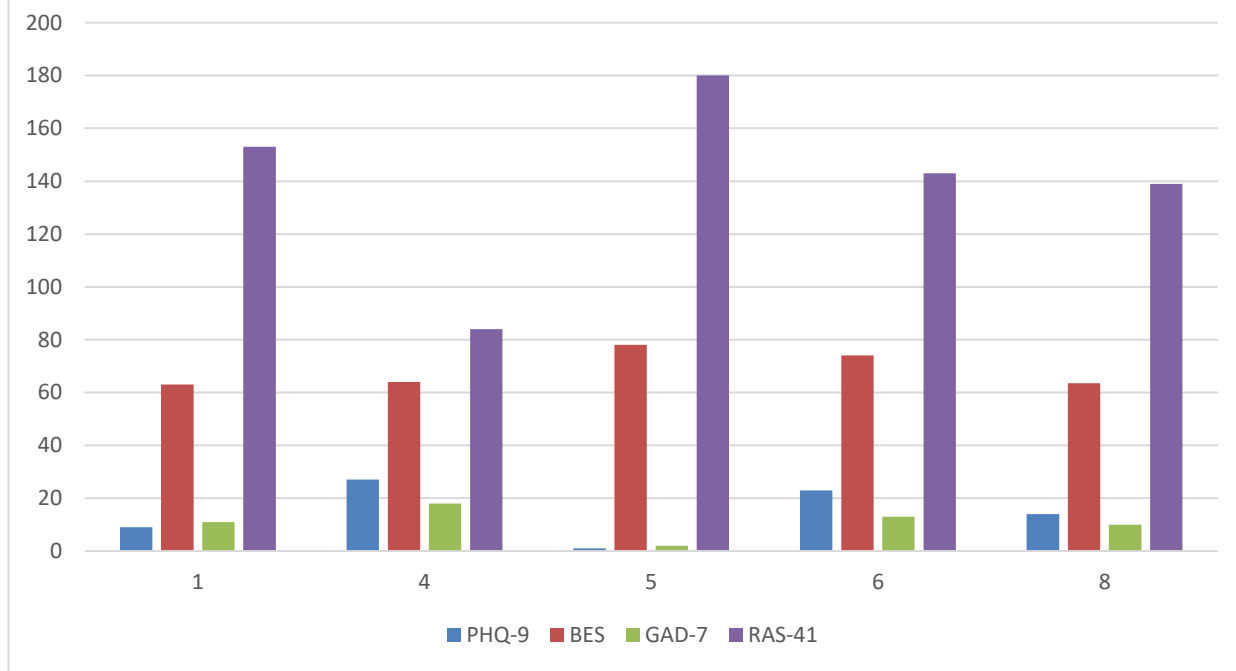
Body Esteem Scale

Nous vous proposons une série d'affirmations. Lisez, s'il vous plaît, chaque affirmation et entourez la réponse de votre choix :

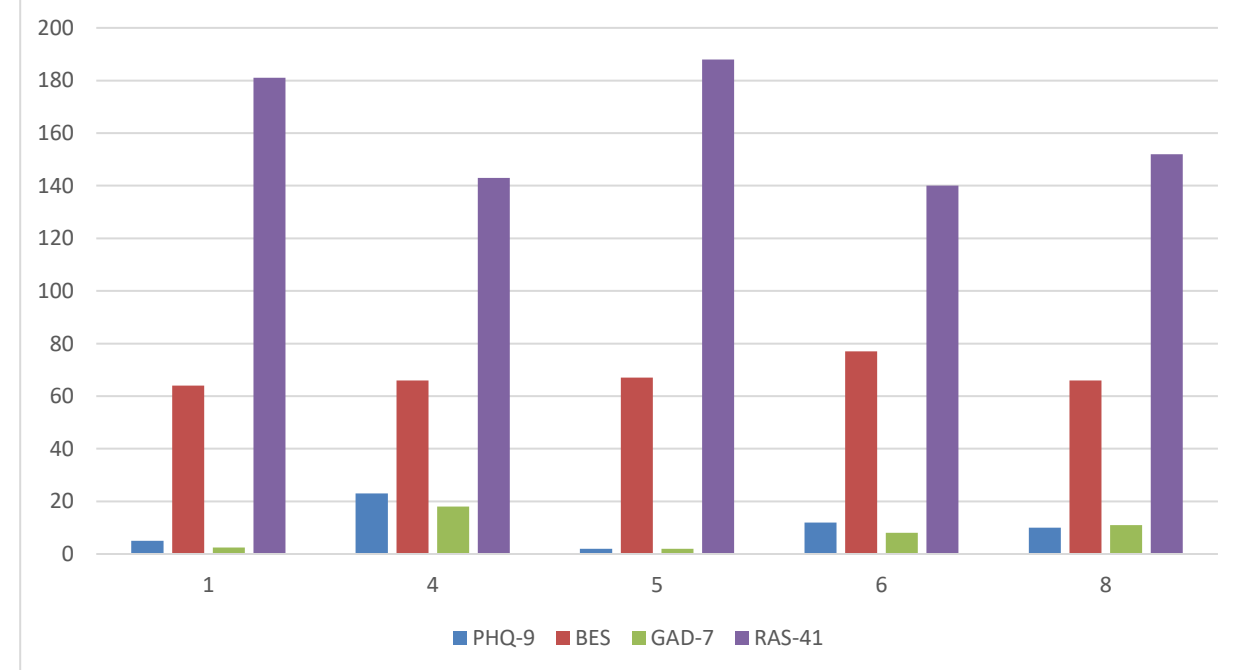
Jamais = 1 / Rarement = 2 / Quelques fois = 3 / Souvent = 4 / Toujours = 5

1. J'aime ce que je représente en photo	1	2	3	4	5
2. Les autres me trouvent beau/belle	1	2	3	4	5
3. Je suis fier/fière de mon corps	1	2	3	4	5
4. Je suis préoccupé(e) par l'envie de modifier ma masse corporelle	1	2	3	4	5
5. Je pense que mon apparence pourrait m'aider à obtenir un travail	1	2	3	4	5
6. J'aime ce que je vois lorsque je me regarde dans un miroir	1	2	3	4	5
7. Il y a beaucoup de choses que je changerais à mon apparence si je le pouvais	1	2	3	4	5
8. Je suis content(e) de mon poids	1	2	3	4	5
9. J'aimerais être plus beau/belle	1	2	3	4	5
10. J'aime vraiment mon poids	1	2	3	4	5
11. J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5
12. Les personnes de mon âge apprécient mon apparence	1	2	3	4	5
13. Mon apparence me dérange	1	2	3	4	5
14. Je suis aussi beau/belle que la plupart des gens	1	2	3	4	5
15. Je suis plutôt content(e) de mon apparence	1	2	3	4	5
16. Je pense que mon poids est proportionnel à ma taille	1	2	3	4	5
17. J'ai honte de mon apparence	1	2	3	4	5
18. Me peser me déprime	1	2	3	4	5
19. Mon poids me rend malheureux/malheureuse	1	2	3	4	5
20. Mon apparence m'aide à obtenir des rendez-vous amoureux	1	2	3	4	5
21. Je suis préoccupé(e) par mon apparence	1	2	3	4	5
22. Je pense que mon corps est bien	1	2	3	4	5
23. J'ai l'air aussi beau/belle que je le souhaiterais	1	2	3	4	5

Résultat des échelles décembre 2022



Résultat des échelles Février 2023



ANNEXE 10 : CANEVAS DES NOTES ÉVOLUTIVES DE GROUPE

DESCRIPTION DU GROUPE

Nom : *L'alliance (Clinique des troubles anxieux)*

Dates : *1^{er}-8-15 décembre 2022, 12-19-26 janvier 2023, 2-9-16-23 février 2023 (de 13 h 30 à 15 h 30)*

Animé par : *Sophie Gagnon, étudiante à la maîtrise en travail social (UQAR) et Cécile Saelen, psychiatre*

Superviseure : *Judith Petitpas, T.S., M. Serv. Soc.*

Participant·es inscrites : *x,y,z.*

DATE DE LA RENCONTRE : *1^{er} décembre 2022*

THÈME : *Rencontre 1 – Alliance thérapeutique : Cheminement thérapeutique ou processus d'intervention.*

Objectif : *Établir une alliance thérapeutique avec les participant·es, un climat de confiance et encourager l'aide mutuelle.*

Présences : *X, Y*

Absences : *Z*

Sommaire des activités :

Présentation de l'animatrice et de chacune des participant·es. Au début de la rencontre et à la fin, une centration/respiration (« Check-In et Check-Out ») de quelques minutes est effectuée afin de faciliter les transitions et de se centrer dans l'ici et maintenant.

Présentation des objectifs du groupe, du cahier d'exercice et de son rôle, de l'horaire des rencontres, de l'entente de groupe et des règles de fonctionnement.

« **Check-In** »

Activités en groupe :

Tour de table : Établissement des bases de fonctionnement du groupe (confidentialité, fonctionnement en dehors des rencontres, suivi individuel, etc.)

****L'animatrice inscrit au tableau les propositions du groupe concernant les règles de fonctionnement. Le contrat d'engagement sera bonifié et les participantes le signeront lors de la prochaine rencontre.*

Discussion en dyades sur le stress et ses manifestations : Quels sont vos symptômes de stress? Que faites-vous pour vous débarrasser du stress et vous sentir mieux?

Retour en groupe : Partage de ce qui a été nommé par notre partenaire en sous-groupe

Initiation à une expérience de pleine conscience : La métaphore du lavabo

« **Check-Out** »

Dynamiques relationnelles

Les participantes du groupe étaient plutôt méfiantes au départ. Deux participantes semblent plus émotives, mais ne font pas réagir les six autres participantes. La plupart des participantes ont dévoilé des éléments importants liés à leur participation à ce groupe. Les participantes démontrent tranquillement l'intérêt de développer l'aide mutuelle en lien avec les facteurs de stress et d'anxiété dans leur vie...

Particularités individuelles de chaque participante (contenu à titre d'exemple)

Participante 1 : Participante souriante et heureuse d'être présente au groupe. Elle a peu partagé en groupe, nous avons observé qu'elle se révélait sur ses difficultés à sa collègue en dyade.

Participante 2 : Personne dynamique et enthousiaste. Elle n'hésite pas à répondre aux questions. Elle semble motivée à poursuivre son cheminement malgré certains enjeux...

Participante 3 : Personne anxieuse avant la rencontre puisqu'elle craignait le jugement de ses pairs en lien avec son apparence physique...

Rédigé par : Sophie Gagnon, T.S.

Supervisé par : Judith Petitpas, T.S., M. Serv. Soc.

