

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

VIOLENCE SEXUELLE ET TROUBLES ALIMENTAIRES : UNE
INTERVENTION DE GROUPE INSPIRÉE DU RÉCIT DE SOI ET DE L'AIDE
MUTUELLE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE À LA
MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

SARAH RACINE

JUILLET 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal 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 Montréal 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 l'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

Tout au long de mon parcours de maîtrise, j'ai eu la chance d'être entourée et soutenue par plusieurs personnes. Je souhaite souligner l'aide précieuse qu'elles m'ont offerte. J'ai eu la chance de réaliser ce mémoire sous la direction de Marie-Chantal Doucet et je tiens à la remercier pour sa rigueur, son ouverture et sa disponibilité à chaque étape du processus. Son accompagnement et la confiance qu'elle m'a accordé ont été de réels piliers dans ma capacité à compléter ce projet. Je suis également reconnaissante du soutien que m'a apporté Mathilde Buet, ma superviseuse de stage. Son enthousiasme pour mon projet ainsi que son accueil chaleureux et inconditionnel m'ont permis de mettre en pratique et de concrétiser ce qui n'était qu'une idée au départ. Elles seront indéniablement des sources d'inspiration dans ma carrière en tant que travailleuse sociale.

Je souhaite ensuite remercier les femmes qui ont participé au groupe de soutien. Je serai éternellement reconnaissante de leur engagement et de leur détermination. Le courage dont elles ont fait preuve ainsi que la vulnérabilité qu'elles ont su montrer resteront toujours avec moi. Ce mémoire d'intervention n'aurait pu se consolider sans l'accueil et la confiance que m'ont offert l'organisme communautaire ANEB, et plus particulièrement Jérôme Tremblay, le coordonnateur clinique. Je souhaite remercier toute l'équipe pour sa flexibilité dans cette période hors du commun que nous traversons.

Enfin, j'ai eu la chance d'être soutenue par mes proches tout au long de mes études, du baccalauréat aux cycles supérieurs. Je souhaite les remercier pour tous les beaux

moments que j'ai pu vivre parallèlement à mes études. Je remercie particulièrement Hugo, mes parents, Irène et Denis, ainsi que Solange et Emmanuel. Je souhaite aussi remercier mes bonnes et généreuses amies pour leurs multiples encouragements.

DÉDICACE

À toutes les femmes qui subissent de la violence et qui souffrent de ses conséquences

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	x
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Portrait sociodémographique de la violence sexuelle.....	6
1.1.1 Définition de la violence sexuelle	6
1.1.2 Données existantes	7
1.2 Conséquences de la violence sexuelle sur les individus	8
1.2.1 Services disponibles et approches prioritaires	10
1.3 Portrait sociodémographique des troubles alimentaires	12
1.3.1 Définition des troubles alimentaires	12
1.3.2 Données existantes	13
1.3.3 Pronostic et traitement.....	15
1.4 Conjoncture des agressions sexuelles et des troubles alimentaires	16
1.4.1 Processus sous-jacents au trauma dans les troubles alimentaires	18
1.5 Intention de l'action.....	20
1.5.1 Pertinence sociale et scientifique de l'intervention projetée.....	21
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL	24
2.1 Émergence des approches narratives	25

2.1.1	Émergence de l'individualisme.....	26
2.1.2	Intervention auprès des individus contemporains.....	27
2.2	Courant francophone – Sociologie clinique	28
2.2.1	Récits de vie et recherche biographique.....	28
2.2.2	Récit de vie et intervention	30
2.2.3	Groupe d'histoires de vie	31
2.3	Courant anglophone – Narrative Therapy	33
2.3.1	Subjectivité.....	34
2.3.2	Influences foucaaldiennes.....	35
2.3.3	Raconter l'histoire de sa vie.....	37
2.4	Comparaison des traditions.....	39
2.4.1	Choix du courant issu de la sociologie clinique.....	41
2.5	Ligne de vie	44
2.5.1	Utilisation de la ligne de vie en intervention psychosociale.....	44
2.5.2	Utilisation de la ligne de vie dans un contexte de groupe.....	45
2.6	Approche du récit de soi et le groupe d'aide mutuelle	46
2.6.1	Groupes d'aide mutuelle	48
2.6.2	Dynamiques d'aide mutuelle.....	49
2.6.3	Phases de travail du groupe d'aide mutuelle.....	50
CHAPITRE III PRÉSENTATION DU MILIEU D'INTERVENTION.....		54
3.1	Choix de l'organisme.....	54
3.1.1	Expertise de l'organisme.....	54
3.2	Description de l'organisme ANEB.....	55
3.2.1	Historique.....	55
3.2.2	Mission et objectif.....	55
3.2.3	Approches prioritaires.....	56
3.2.4	Services offerts.....	56
3.2.5	Structure organisationnelle.....	57
3.2.6	Adaptation de l'organisme à la pandémie de la COVID-19	58
3.3	Soutien offert à l'étudiante	58
3.3.1	Expérience de stage à distance	59
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE.....		62
4.1	Intervention proposée et modalités de l'intervention	62

4.1.1	Population cible.....	63
4.1.2	Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle	65
4.1.3	Collecte d'information	66
4.2	Recrutement des participantes	67
4.3	Considérations éthiques	68
4.3.1	Risques de l'intervention pour les participants	68
4.3.2	Mesures de sécurité	69
4.3.3	Consentement.....	70
4.3.4	Confidentialité des données	71
CHAPITRE V ANALYSE DE L'EXPÉRIMENTATION DE L'INTERVENTION ACCOMPLIE.....		73
5.1	Présentation des participantes.....	73
5.1.1	Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle dans le groupe	74
5.1.2	Symptômes psychologiques et conséquences de la violence sexuelle....	75
5.1.3	Cheminement dans les services d'aide.....	76
5.2	Déroulement des rencontres	77
5.2.1	Première rencontre	77
5.2.2	Déroulement type d'une rencontre.....	79
5.3	Thématiques abordées	79
5.3.1	Conséquences de la violence sexuelle.....	80
5.3.2	Scripts sociaux entourant la violence sexuelle.....	82
5.3.3	Histoire du trouble alimentaire	83
5.3.4	Image corporelle et estime de soi.....	85
5.3.5	Autocompassion.....	87
5.3.6	Résilience	89
5.3.7	Perspectives d'avenir et bilan.....	91
5.4	Ligne de vie	93
5.4.1	Difficultés émergentes	94
5.4.2	Créativité dans son utilisation	95
5.4.3	Réflexions suscitées par la ligne de vie.....	95
5.5	Entrevues postgroupe.....	97
5.6	Développement de l'aide mutuelle et dynamiques de groupe	97
5.6.1	Position de la personne ressource	97
5.6.2	Indices d'aide mutuelle	98
5.6.3	Processus de groupe	99

5.7	Intervention de groupe sur la plateforme Zoom	101
CHAPITRE VI DISCUSSION : RETOUR SUR L'EXPÉRIENCE		103
6.1	Utilisation du récit de soi comme méthode d'intervention.....	103
6.1.1	Aborder la honte et la culpabilité	105
6.1.2	Briser le silence	106
6.1.3	Pratiquer l'autocompassion.....	108
6.1.4	Combattre le désespoir	110
6.1.5	Utilisation de la ligne de vie.....	111
6.2	L'utilisation du travail de groupe selon les principes de l'aide mutuelle	113
6.2.1	Solidarité entre les membres	113
6.2.2	Favoriser l'aide mutuelle en visioconférence	115
6.3	Reproductibilité de l'intervention proposée	118
6.3.1	Atteintes des objectifs	119
6.3.2	Recommandations	121
CONCLUSION.....		127
ANNEXE A questionnaires		131
ANNEXE B AFFICHE DE RECRUTEMENT		147
ANNEXE C CERTIFICAT ÉTHIQUE		149
ANNEXE D FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....		151
ANNEXE E GRILLE D'OBSERVATION		160
ANNEXE F Outil : Ligne de vie.....		163
RÉFÉRENCES.....		165

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
5.1 Présentation générale des participantes.....	73
5.2 Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle	74

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ANEB Anorexie et boulimie Québec

RÉSUMÉ

Le présent mémoire d'intervention émerge du constat émis par de nombreuses recherches scientifiques s'intéressant à la présence d'expériences de vie difficiles, voire traumatisantes, chez les personnes qui souffrent de troubles alimentaires. Plus spécifiquement, les chercheurs sont nombreux à soulever la forte proportion de femmes ayant un trouble alimentaire qui ont également été victimes de violence sexuelle. Or, il existe peu de services spécifiques à cette réalité malgré la pertinence démontrée par la recherche d'aborder les expériences traumatiques dans le cadre d'un processus de rétablissement. Ainsi, cette recherche visait à développer et à offrir un espace où les femmes pouvaient discuter ouvertement de la violence sexuelle subie et de ses impacts spécifiques sur leur trouble alimentaire afin de mieux comprendre les liens qui les unissent. Le groupe de soutien a été basé sur les approches centrées sur les récits de vie et inspiré des groupes d'aide mutuelle, et ce, dans l'optique d'offrir un espace misant sur la subjectivité du sujet en lui reconnaissant son statut d'expert. Plus spécifiquement, l'outil de la ligne de vie a été utilisé afin de soutenir les réflexions et le développement de récits de vie. Le groupe de soutien a été offert par l'intermédiaire de l'organisme communautaire Anorexie et boulimie Québec (ANEB), reconnu pour son expertise en troubles alimentaires. En raison de la pandémie de la COVID-19, le groupe a eu lieu à distance, à l'aide d'une plateforme de visioconférence. Ce mémoire présente les lignes directrices du projet d'intervention en mettant de l'avant les principaux constats de la recherche scientifique sur les troubles alimentaires et la violence sexuelle, les approches narratives centrées sur les récits de vie et les groupes d'aide mutuelle en travail social. Un retour sur l'expérience permet ensuite de mettre en relief les principaux thèmes des récits développés par les participantes, notamment la honte et la culpabilité ainsi que le besoin de briser le silence et de pratiquer l'autocompassion. Il est possible de conclure qu'un groupe de soutien centré sur les récits de vie et l'aide mutuelle a permis aux participantes de mieux saisir les liens unissant leur trouble alimentaire à leur expérience de victimisation. Elles ont été en mesure de collectiviser leur souffrance, de briser l'isolement et de prendre un recul face à leurs expériences les plus difficiles.

Mots-clés : troubles alimentaires, violence sexuelle, mise en récit de soi, groupe de soutien, aide mutuelle

INTRODUCTION

« Owing our story and loving ourselves through that process is the bravest thing we'll ever do. »
- Brené Brown

Les troubles alimentaires suscitent un grand intérêt chez les intervenants, les professionnels de la santé, les médias et la population générale (Aimé et al., 2020). Or, la complexité des troubles alimentaires est souvent sous-estimée. Que ce soit sur le plan de la compréhension des causes du trouble alimentaire, des interventions à prioriser ou tout simplement des différentes formes que peuvent prendre les troubles alimentaires, il peut être particulièrement difficile d'offrir des services parfaitement adaptés aux réalités spécifiques et diverses des individus qui en souffrent. La présence d'un historique d'expériences de vie empreintes d'adversité chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire a retenu l'attention de nombreux chercheurs au fil des années. Plus spécifiquement, une forte proportion de la population souffrant de troubles alimentaires aurait également été victime de violence de nature sexuelle (Brewerton, 2007; Trottier et al., 2017; Dansky et al., 1997; Dubosc et al., 2012). Le fait d'avoir vécu des expériences bouleversantes, voire traumatisantes, complique ensuite le processus de rétablissement (Dion et al., 2020; Trottier et al., 2017).

Le mouvement *#moiaussi* à l'automne 2017 a encouragé de nombreuses victimes de violence sexuelle à dénoncer leurs expériences de victimisation sur les réseaux sociaux à l'aide du mot-clic *#metoo* (*#moiaussi* au Québec) (Rech, 2019). Depuis, la dénonciation de la violence sexuelle s'est taillée une place importante dans notre société.

La sévérité de cette forme de violence ainsi que ses lourdes conséquences sur les personnes qui en sont victimes est davantage reconnue, bien qu'il demeure de nombreux préjugés à l'égard des victimes. Ces préjugés tendent à maintenir les victimes dans le silence, seules à affronter la souffrance causée par la violence sexuelle.

Le présent projet a été réalisé dans le cadre du profil mémoire d'intervention de la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal. Il émerge plus spécifiquement du désir de développer et d'offrir un service spécialisé aux personnes qui se trouvent à l'intersection de ces deux problématiques. Ce mémoire d'intervention s'inscrit également dans la trajectoire professionnelle de l'étudiante qui a eu la chance de travailler auprès de ces deux populations. Cet emploi a fait émerger le constat qu'une forte proportion des femmes souffrant d'un trouble alimentaire rencontrées avaient également vécu de la violence sexuelle et en subissaient toujours les conséquences psychosociales. Ainsi, la maîtrise en travail social représentait l'occasion d'approfondir une méthodologie d'intervention dans ce champ de pratique.

Pour ce faire, des approches centrées sur la mise en récit de soi (de Gaulejac , 2013a, 2013b; de Gaulejac et Legrand, 2013; Coopman et Jensen, 2010) inspirée des méthodes biographiques (Niewiadomski, 2013a, 2013b; Delory-Momberger, 2013) ont été sollicitées dans le but d'offrir un groupe de soutien dans lequel les participantes avaient l'occasion de partager leur histoire personnelle et de collectiviser leur récit. Ce faisant, elles ont pu briser l'isolement, libérer leur parole et s'approprier, à leur façon, les parties plus difficiles de leur récit. De plus, le groupe de soutien a été inspiré des principes de l'aide mutuelle (Roy et Lindsay, 2017; Berteau, 2011; Shulman, 1985-1986) afin de stimuler l'aide entre les pairs. Ce choix a été fait dans l'optique de leur laisser tout l'espace pour se raconter et présenter un récit à leur image. Il était souhaité de reconnaître l'expertise des participantes en misant sur leurs capacités et leurs compétences pour s'entraider et se soutenir. L'outil de la ligne de vie a également été utilisé afin de soutenir les participantes dans ce travail réflexif. La ligne de vie agissait

à titre de support visuel et guidait les participantes dans l'élaboration d'un récit cohérent, leur permettant d'observer, puis de retirer du sens des différents éléments propres à leur histoire.

Une particularité du présent mémoire d'intervention est qu'il s'est déroulé dans le contexte inédit de la pandémie mondiale de la COVID-19. Cette pandémie a eu des effets particuliers sur le déroulement de l'intervention de groupe et l'élaboration du mémoire de façon générale. En raison des consignes sociosanitaires en vigueur, l'intervention de groupe a dû se produire à distance, à l'aide d'un programme de visioconférence, et ce, du début à la fin. Cela a été l'occasion d'observer les bénéfices et limites inhérents à la télépratique, en plus de ses impacts spécifiques sur la capacité des participantes à faire usage de l'outil proposé, la pratique de la mise en récit de soi et l'émergence des dynamiques d'aide mutuelle au sein d'un groupe à distance.

Enfin, ce mémoire est divisé en six chapitres qui présentent et analysent l'intervention élaborée. Le premier chapitre porte sur la problématique des troubles alimentaires, la violence sexuelle et la conjoncture qui les relie. Le second chapitre présente le milieu d'intervention, l'organisme communautaire Anorexie et boulimie Québec (ANEB). Ensuite, le troisième chapitre présente le cadre conceptuel sur lequel s'est basée la logique d'intervention, soit la mise en récit de soi, les approches biographiques et les groupes d'aide mutuelle. Le quatrième chapitre présente la méthodologie de l'intervention et porte sur le processus de recrutement des participantes, les critères de sélection ainsi que les principes éthiques ayant guidé l'intervention. En ce qui a trait au cinquième chapitre, il présente les résultats issus de l'expérience, c'est-à-dire la capacité des participantes à exercer ce regard réflexif face à leur histoire et à la mettre en récit, les principaux thèmes ayant émergé des discussions de groupe ainsi que les marqueurs d'aide mutuelle qui se sont installés entre les participantes. Enfin, le dernier chapitre présente la discussion dans laquelle un retour est effectué sur l'expérience de groupe, la méthodologie utilisée et la pertinence d'offrir un service spécialisé pour les

personnes souffrant d'un trouble alimentaire qui ont été victimes de violence sexuelle. Certaines recommandations quant à la reproductibilité de l'intervention dans une perspective de renouvellement des pratiques en santé mentale et en intervention de groupe sont émises en fin de chapitre.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Les troubles alimentaires sont des troubles de santé mentale complexes demandant des soins et des services psychosociaux spécialisés et soutenus. Or, plusieurs professionnels de la santé décrivent l'absence de services accessibles et adéquats au Québec, tant dans les milieux institutionnels que communautaires. Les troubles alimentaires, et les troubles de santé mentale de façon générale, ont des impacts notables sur le fonctionnement des personnes qui en souffrent. Le processus de rétablissement est souvent long et ardu. L'absence de services à la portée des individus entrave leur capacité d'obtenir l'aide nécessaire en vue d'entamer un processus de rétablissement. D'ailleurs, ce processus devient encore plus complexe lorsque l'individu souffrant de troubles de santé mentale a vécu des événements particulièrement difficiles au cours de sa vie, ceux-ci ayant laissé une trace indélébile sur son identité. Ce constat est vrai pour de nombreuses personnes aux prises avec un trouble alimentaire. En effet, les études tendent à démontrer que parmi ces personnes, plusieurs auraient subi de la violence sexuelle à un moment dans leur vie.

La violence de nature sexuelle s'est davantage retrouvée au cœur des préoccupations sociales dans les dernières années, surtout depuis le récent mouvement *#moiaussi* à l'automne 2017 et le mouvement de dénonciation de l'été 2020 (Nadeau et al., 2020) lors duquel les personnes ayant été victimes de violence sexuelle ont partagé leurs expériences sur les réseaux sociaux ou y ont même dénoncé leur agresseur. Ces

dénonciations sociales ont eu pour effet de ramener la violence sexuelle et plus largement la violence à l'endroit des femmes et des minorités, sur la place publique. L'ampleur de cette violence serait ainsi de plus en plus reconnue par les membres de la société et les décideurs politiques. La reconnaissance de la violence sexuelle comme une réalité bien présente au Québec amène également de nombreuses personnes qui en sont victimes à briser le silence et à s'exprimer sur les lourdes conséquences qu'ont eues ces événements sur elles, surtout sur le plan de la santé mentale.

Ce premier chapitre présente les données existantes sur la violence sexuelle afin d'en dépeindre un portrait clair et actuel. Ensuite, les données sur les troubles alimentaires sont détaillées afin de mieux comprendre comment ce trouble de santé mentale entre en relation avec la violence sexuelle. Ces liens sont explicités pour mieux saisir l'ampleur de la problématique à l'étude. Enfin, les grandes lignes du projet d'intervention sont présentées ainsi que sa pertinence scientifique et sociale.

1.1 Portrait sociodémographique de la violence sexuelle

Afin d'illustrer la relation particulière entre les troubles alimentaires et la violence sexuelle, ces deux problématiques distinctes sont d'abord présentées séparément, puis conjointement. Ensuite, les mécanismes qui les relient et pouvant compliquer l'intervention auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire et ayant été victimes de violence sexuelle sont examinés.

1.1.1 Définition de la violence sexuelle

Le terme « violence sexuelle » a été retenu dans le cadre de ce projet puisqu'il regroupe tous les types de violence de nature sexuelle, peu importe leur forme. Ainsi, la définition retenue est celle présentée par le Gouvernement du Québec (2016) :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne

visée, ou dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne.

Le terme violence sexuelle se veut plus inclusif puisqu'il englobe toutes les formes de violence, même celles qui ne figurent pas dans les articles de loi. Femmes et Égalités des genres Canada définit la violence sexuelle en s'appuyant sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (2002; 2012) selon laquelle il s'agirait de tous actes sexuels imposés sans consentement et/ou non désirés, par toute personne, peu importe son lien avec la victime (Gouvernement du Canada, 2021). Ces définitions impliquent ainsi des gestes sexuels avec ou sans contact physique, du harcèlement sexuel, le partage en ligne non consensuel d'images à caractère sexuel, l'exposition des parties génitales et la cyberviolence (menace ou harcèlement par le biais des technologies) (Gouvernement du Canada, 2021).

1.1.2 Données existantes

L'ampleur de la violence sexuelle à l'endroit de personnes victimes adultes peut être déterminée de deux façons : 1) à l'aide des données sur les infractions sexuelles enregistrées annuellement par les services policiers au Québec et au Canada et 2) par les expériences de victimisation autodéclarées dans le cadre d'enquêtes populationnelles (Institut national de santé publique, 2021). L'enquête sociale générale (ESG) de 2014 dénombrait 22 incidents d'agression sexuelle par 1000 habitants canadiens de 15 ans et plus (Perreault, 2015). En 2015, les données policières révélaient une augmentation de 10,4 % des incidents d'agression sexuelle rapportés (Ministère de la Sécurité publique, 2015). Or, il est estimé que moins de 10 % des agressions sexuelles vécues par des adultes seraient rapportées et enregistrées par les services de police (Institut national de santé publique, 2021). Ainsi, les chiffres provenant des

services policiers ne constitueraient que la pointe du glacier. Il demeure difficile de saisir l'étendue et le nombre réel de victimes de violence sexuelle. Les données présentent également un portrait qui tend à peu changer au fil des années. Près de 93 % des victimes sont des femmes alors que 8 % sont des hommes. Les personnes les plus touchées seraient malheureusement les jeunes filles mineures et parmi les adultes, ce seraient les personnes âgées de 18 à 24 ans (Ministère de la Sécurité publique, 2015). À noter que bien que la violence touche tout le monde, les femmes et les jeunes filles sont les plus touchées par tous les types de violence confondus (Conroy, 2018; Conroy et al., 2019). D'ailleurs, en comparaison, les femmes adultes sont davantage agressées par des connaissances non apparentées alors que les victimes mineures ont davantage tendance à l'être par un membre de leur famille (Ministère de la santé publique, 2011). Chez les victimes adultes, l'agresseur est souvent un ami, une connaissance, un conjoint ou un ex-ami intime (Ministère de la santé publique, 2013).

1.2 Conséquences de la violence sexuelle sur les individus

Les conséquences de la violence sexuelle sont variées et multiples. Elles peuvent toucher à différentes sphères de la vie d'un individu et perdurer. Les conséquences dépendent de chaque personne victime et de sa réalité propre. Or, les études tendent à démontrer l'émergence de certaines conséquences principales, dont les symptômes dépressifs et d'anxiété, la consommation de substances, la présence d'idées suicidaires, des sentiments de honte et de culpabilité, une faible estime de soi et des symptômes du syndrome de stress posttraumatique (SSPT) (Ullman et Vasquez, 2015; Ihongbe et Masho, 2017; Keshet et Gilboa-Schechtman, 2017).

De nombreuses victimes développeraient les symptômes du SSPT à la suite d'une agression sexuelle et répondraient toujours aux critères diagnostiques plusieurs années suivant l'agression (Brillon et Marchand, 1997; Billette et al., 2005). Le SSPT est diagnostiqué chez les individus qui ont été victimes ou témoins d'un événement durant

lequel ils ont pu mourir, être grièvement blessés, menacés de mort ou de blessures graves, ou durant lequel leur intégrité physique a pu être menacée (Billette et al., 2005). Ainsi, la violence sexuelle est une expérience qui peut être porteuse d'une lourde détresse émotionnelle persistante dans le temps. En ce sens, de nombreux chercheurs s'intéressent de plus en plus aux conséquences du trauma sur les systèmes nerveux, endocriniens, immunitaires et cardiovasculaires (Brewerton, 2007). D'autres études démontrent que la présence de dissociation augmenterait les risques de développer d'autres troubles psychologiques (Brewerton, 2007). La dissociation s'explique par l'éloignement de l'individu de ses émotions et des souvenirs difficiles par l'utilisation de comportements d'évitement (p. ex. : ne pas penser à l'évènement, ignorer certaines émotions, faire usage de stratégies inadaptées comme la consommation de drogues ou d'alcool).

Divers auteurs notent l'importance du soutien social à la suite d'un épisode de victimisation (Littleton, 2010). Le soutien social peut être compris comme le comportement des proches et de l'entourage en lien avec les besoins de l'individu lorsqu'il compose avec un évènement stressant (Billette et al., 2005). Il agit à titre de médiateur en permettant de contrer les stresseurs et en favorisant le développement de stratégies d'adaptation saines c'est-à-dire des actions qui lui permettront de faire face à l'adversité et de résoudre une situation problème. Le soutien social influencerait le rétablissement, notamment lorsque la victime reçoit une rétroaction négative à la suite du dévoilement, comme des propos stigmatisants, culpabilisants ou ignorant ses besoins réels. L'absence de soutien approprié peut diminuer la capacité de la victime à faire usage de stratégies d'adaptation adéquates. La victime peut alors voir l'aggravation de ses conséquences psychologiques et de sa détresse émotionnelle (Billette et al., 2005; Ullman, 1999). Les conséquences de la victimisation pourront alors même perdurer, contribuer à l'isolement de la victime et à sa réticence à obtenir des services spécialisés adéquats (Ullman, 1999).

1.2.1 Services disponibles et approches priorisées

Diverses approches sont mises de l'avant dans le traitement des conséquences de la violence sexuelle chez les personnes victimes. Peu importe les approches priorisées, une intervention offerte rapidement à la suite l'évènement pour adresser la détresse émotionnelle est primordiale (Girelli et al., 1986). Les approches thérapeutiques en violence sexuelle les plus courantes demeurent à ce jour les interventions de crise, l'intervention psychosociale générale, la thérapie centrée sur le trauma et la thérapie cognitivocomportementale (Vickerman et Margolin, 2009; Trottier et al., 2017).

Ces approches visent principalement à soutenir la personne victime en lui offrant de l'écoute active, un regard empathique et une attitude de non-jugement (Foa et al., 2006). La thérapie centrée sur le trauma désigne tout service psychosocial se centrant sur l'évènement traumatique en permettant à la personne victime de parler directement de la violence sexuelle subie (Trottier et al., 2017). Elle vise à développer de nouvelles façons de percevoir l'évènement traumatique et à diminuer les sentiments négatifs tels que la honte, la culpabilité, la colère et les pensées négatives liées à la violence sexuelle. La thérapie cognitivocomportementale, quant à elle, adresse spécifiquement les distorsions cognitives, les pensées intrusives et automatiques que la personne victime entretient au sujet d'elle-même, de l'évènement traumatique et du monde qui l'entoure (National Center for Post Traumatic Stress Disorder, 2005; Chivers-Wilson, 2006; Brillon, 2017). Les chercheurs estiment que la restructuration cognitive permet à la victime d'observer une diminution des émotions négatives ainsi que de développer de meilleures stratégies pour gérer les symptômes anxieux et les pensées négatives (National Center for Post Traumatic Stress Disorder, 2005). Il existe également d'autres méthodes jouant un rôle important dans le traitement du trauma, notamment l'EMDR, la thérapie de désensibilisation et de retraitement par des mouvements oculaires. Ce type de traitement demande à la personne victime de repenser à l'évènement traumatique tout en restant concentrée sur un stimulus auditif, tactile ou

visuel (Shapiro, 2002). Cette méthode soutient qu'en divisant l'attention, les symptômes anxieux que la personne ressent se verront diminués dans leur intensité. Bien que ce type de traitement procure de bons résultats lorsque comparé à des groupes contrôles, il demeure difficile de déterminer son efficacité comparativement aux autres traitements existants (Vickerman et Margolin, 2009).

Au Québec, les centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle offrent différents services médicaux et psychosociaux aux personnes victimes dont l'agression remonte à moins de 6 mois (service-conseil aux centres désignés pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle, 2019). Ces centres, fondés lors de la deuxième vague du mouvement féministe dès 1975 au Québec, visent à offrir des services gratuits et accessibles. Initialement, ces services étaient offerts par des femmes bénévoles ou des intervenantes désireuses d'offrir des services aux femmes victimes de violence sexuelle, dans l'optique de combattre les inégalités sociales entre les hommes et les femmes (Peters, 2021; Maier, 2011). Aujourd'hui, ces services sont offerts, entre autres, par des médecins, des intervenants psychosociaux et des infirmières formées pour aider les victimes d'agression sexuelle (Service-conseil, 2019). Sinon, il existe de nombreux services assurés par le milieu communautaire au Québec, tels que les Centres d'aide pour les victimes d'actes criminels (CAVAC) ou les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). Les victimes peuvent également obtenir une compensation financière pour les blessures physiques ou psychologiques occasionnées par l'évènement de violence sexuelle auprès du service d'indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC). Les CAVAC offrent des services de soutien psychosocial et de l'accompagnement juridique aux personnes victimes (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, 2021) alors que les CALACS sont une initiative féministe offrant des services psychosociaux uniquement aux femmes (Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, 2012).

1.3 Portrait sociodémographique des troubles alimentaires

1.3.1 Définition des troubles alimentaires

Tout d'abord, les troubles alimentaires peuvent être compris comme étant un désordre complexe, principalement caractérisé par des habitudes alimentaires anormales, une peur intense et significative de prendre du poids et une grande préoccupation par rapport à l'image corporelle (ANEB, 2021c). Ce trouble peut se manifester par différents diagnostics comme l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie ou les troubles alimentaires non spécifiés. L'anorexie se caractérise surtout par l'état physique de la personne qui se retrouve en sous-poids ($IMC < 17,5$). La boulimie est caractérisée par la présence de comportements d'orgie alimentaire et de comportements compensatoires. Le terme « orgie alimentaire » désigne le fait de manger une grande quantité d'aliments, une quantité objectivement plus grande que la normale, pendant une courte période. Ce comportement est souvent associé à une impression de perte de contrôle. Les comportements compensatoires visent à contrer l'ingestion des aliments par des comportements comme l'exercice excessif, les vomissements provoqués volontairement, l'utilisation de laxatifs, etc. L'hyperphagie est caractérisée par la présence d'orgies alimentaires sans avoir recours à des comportements compensatoires. Les troubles alimentaires dits non spécifiés englobent les personnes dont les symptômes ne répondent pas aux critères diagnostiques minimaux pour les autres diagnostics (American Psychiatric Association, 2013). Dans le cadre du présent mémoire, le terme « trouble alimentaire » est utilisé comme un terme parapluie regroupant tous les diagnostics dans une visée d'inclusivité.

Les troubles alimentaires ont longtemps été associés aux pressions sociales entourant le culte de la beauté existant principalement dans les sociétés occidentales (Keel et Klump, 2003). Diverses études récentes tendent à démontrer la présence de ce trouble dans les pays non occidentaux, ce qui pourrait être expliqué par la mondialisation, la

modernisation et la place grandissante qu'occupent les médias au cours des dernières années (Eddy et al., 2007; Nasser, 2009). Aujourd'hui, les chercheurs privilégient surtout un modèle biopsychosocial pour expliquer les causes des troubles alimentaires étant donné leur complexité (Douglas, 2013; Fairburn, 2008). Ce modèle tient compte des facteurs génétiques, de l'environnement culturel, familial et social dans lequel évolue un individu ainsi que de ses traits de personnalité. Il est expliqué que certains traits de personnalité, notamment le perfectionnisme et l'impulsivité seraient davantage observés chez les individus ayant un trouble alimentaire (Fairburn, 2008). En ce qui a trait aux influences environnementales, il est expliqué que différents stress développementaux ou aspects sociaux tels que les valeurs ou les normes culturelles du groupe d'appartenance peuvent avoir un rôle dans le développement d'un trouble alimentaire (Paquin Hodge et al., 2020).

Que l'on parle d'anorexie, de boulimie ou d'hyperphagie, la détresse générée par ces comportements alimentaires demeure omniprésente chez les personnes qui en souffrent (Gagnon-Girouard et Ouellet, 2020). Le plus souvent, ces personnes se retrouvent avec une préoccupation envahissante pour le poids et la forme de leur corps. Ce surinvestissement de l'image corporelle, ou plutôt la présence d'une peur marquée de prendre du poids, fait partie des critères diagnostiques de l'anorexie et de la boulimie (Paquin Hodge et al., 2020), mais pas de l'hyperphagie. Toutefois, pour près de 60 % des personnes atteintes d'hyperphagie, cette peur ou cette importance accordée à l'image corporelle serait présente (Gagnon-Girouard et Ouellet, 2020).

1.3.2 Données existantes

Nombre d'auteurs s'entendent sur le fait qu'il existe malheureusement peu de données sur la prévalence des troubles alimentaires au sein de la population générale (LeBlanc, 2014; Smink et al., 2012). Les troubles alimentaires demeurent relativement rares et les personnes qui en souffrent auraient davantage tendance à dissimuler leurs difficultés et à éviter le soutien thérapeutique (Smink et al., 2012). De plus, les données sur la

prévalence de ce trouble proviennent le plus souvent des hôpitaux et des établissements de santé plutôt que de la population générale. Ainsi, ces données ne sont pas représentatives de la prévalence des troubles alimentaires dans la population, puisqu'elles concernent seulement les personnes ayant été admises à l'hôpital. De plus, il est avancé que les individus qui ne présentent pas des symptômes typiquement associés aux troubles alimentaires ont moins tendance à percevoir leurs comportements comme étant problématiques et à rechercher l'aide appropriée (LeBlanc, 2014). Or, les efforts de sensibilisation et la place de plus en plus grandissante de la santé mentale au cœur des préoccupations sociales participent à une meilleure reconnaissance des troubles alimentaires, non seulement par les professionnels de la santé, mais aussi par les personnes qui en sont touchées et leur entourage (Smink et al., Hoek, 2012).

Un rapport présenté à la Chambre des communes du Gouvernement canadien en 2014 estime que de 600 000 à 900 000 Canadiens peuvent répondre aux critères diagnostiques pour un trouble alimentaire à un moment donné au courant de leur vie (LeBlanc, 2014). Les statistiques tendent également à démontrer que la grande majorité des personnes qui en souffrent sont des femmes (LeBlanc, 2014; Smink et al., 2012; Udo et Grilo, 2018; Hudson et al., 2007). Or, il est estimé par les auteurs du rapport que puisque les troubles alimentaires sont sous-déclarés, les comportements alimentaires désordonnés des hommes et des membres de minorités visibles seraient moins reconnus comme étant des indices de troubles alimentaires. D'autres données sur la prévalence des troubles alimentaires soutiennent quant à elles que la majorité des personnes souffrant d'anorexie ne feront jamais affaire avec des services de santé (Smink et al., 2012). La prévalence de l'anorexie dans les pays industrialisés et le Canada serait de 1 à 4 % de la population générale (Paquin Hodge et al., 2020) alors que la prévalence de boulimie tend à varier entre 1 et 3 % pour les femmes et entre 0,1 et 0,5 % pour les hommes (Stice et al., 2013; Hudson et al., 2007). L'hyperphagie serait le trouble alimentaire le plus fréquent, touchant près de 3,5 % des femmes et 2 % des hommes de la population générale (Hudson et al., 2007).

Les écrits scientifiques estiment que l'âge moyen du développement d'un trouble alimentaire chez les adultes varie entre 18 et 24 ans, bien que ce trouble tende davantage à se développer au cours de l'adolescence (Udo et Grilo, 2018; LeBlanc, 2014). L'hyperphagie se développerait plus tardivement que les autres troubles alimentaires, quoique des comportements de perte de contrôle alimentaire peuvent être observés chez les enfants qui vivent une détresse significative (Gagnon-Girouard et Ouellet, 2020). L'anorexie serait également le trouble de santé mentale qui possède le plus haut taux de mortalité dû à ses lourdes conséquences physiques (LeBlanc, 2014; Udo et Grilo, 2018; Harris et Barraclough, 1998). De plus, il est estimé qu'une fois sur cinq, le suicide serait la cause du décès (Arcelus et al., 2011). Enfin, la majorité des personnes souffrant d'un trouble alimentaire rapportent que ce trouble influence significativement leur fonctionnement social général, que ce soit sur le plan des relations interpersonnelles, ou des sphères professionnelle, familiale, économique, etc.

1.3.3 Pronostic et traitement

Les auteurs s'entendent sur la combinaison d'approches médicales, nutritionnelles et psychologiques en vue de favoriser le rétablissement d'un trouble alimentaire (Pelletier, 2020). En fait, c'est l'approche cognitivocomportementale qui est habituellement privilégiée dans le traitement des troubles alimentaires (Fairburn, 2008; Pelletier, 2020; Macdonald, 2020). Cette approche fait usage de nombreuses stratégies, notamment la psychoéducation, l'éducation nutritionnelle, l'exposition aux aliments anxigènes, la modification des distorsions cognitives, des pensées automatiques et des croyances fondamentales et l'apprentissage de meilleures stratégies gestion et de régulation émotionnelles (Pelletier, 2020; Fairburn, 2008).

Sur le plan thérapeutique, ce sont des démarches tant individuelles que de groupe qui sont mises de l'avant. La combinaison de ces deux types de démarches semble avoir fait ses preuves dans le rétablissement du trouble alimentaire. Les démarches de groupe peuvent prendre la forme de groupe de soutien et agissent souvent de façon

complémentaire à la psychothérapie individuelle. Le groupe permet entre autres de briser l'isolement des personnes souffrant d'un trouble alimentaire et d'exprimer des émotions ou des pensées dans un environnement chaleureux et accueillant, où elles sont comprises par leurs pairs (Ricard et Cotton, 2020). En effet, au moins 30 % des individus ne présenteraient plus de symptômes de boulimie à la suite de ce traitement, alors que ce nombre s'élève à 50 % dans les mois suivant la fin du traitement (Linardon et Wade, 2018). Les traitements pharmacologiques seraient également souvent proposés afin de favoriser le travail thérapeutique en parallèle (Davis et Attia, 2017; McElroy et al., 2018). Les services spécialisés en troubles alimentaires sont offerts dans différents milieux institutionnels, hospitaliers, privés et communautaires.

1.4 Conjoncture des agressions sexuelles et des troubles alimentaires

Les troubles alimentaires sont connus pour leurs causes multiples et pour leur comorbidité. En fait, les individus qui ont un trouble alimentaire sont souvent aux prises avec d'autres difficultés, qu'elles soient psychologiques ou sociales. Ces derniers peuvent avoir des symptômes ou des diagnostics de dépression, d'anxiété, de troubles de personnalité, des traits d'impulsivité ou des troubles de comportement (Brewerton, 2007). En réalité, la présence de comorbidités au trouble alimentaire est la norme plutôt que l'exception.

Les liens spécifiques entre la violence sexuelle et les troubles alimentaires ont été fortement étudiés par les chercheurs (Brewerton, 2007; Dansky et al., 1997; Dubosc et al., 2012; Trottier et al., 2017). La *National Women Study* (Dansky et al., 1997), une enquête menée avec un des plus grands échantillons de femmes aux États-Unis, s'est penchée sur la prévalence de la victimisation sexuelle parmi les femmes sondées. Les résultats démontrent que les femmes présentant un trouble alimentaire avaient plus souvent vécu de la violence sexuelle que les femmes n'ayant pas de trouble alimentaire, et ce, plus particulièrement chez les femmes ayant un diagnostic de boulimie. Or, le

trauma comme facteur de risque n'est pas associé qu'à la violence sexuelle. Les expériences traumatisantes peuvent inclure l'abus sexuel à l'enfance ou à l'âge adulte, la négligence durant l'enfance, le harcèlement sexuel, l'abus physique et psychologique, l'intimidation, etc. (Dansky et al., 1997; Jonhson et al., 2002). Une enquête récente menée auprès de 23 000 adultes canadiens révèle que 32 % des personnes sondées ont rapporté avoir subi une forme de maltraitance (agression et exploitation sexuelles, violence physique et émotionnelle, négligence et exposition à la violence conjugale) à l'enfance (Afifi, 2014).

Ainsi, ces formes de mauvais traitements se retrouvent fréquemment chez les personnes qui développent un trouble alimentaire (Dion et al., 2020). Les conséquences des mauvais traitements à l'enfance sont variées, multiples et ne peignent pas un portrait type. Ces personnes présentent souvent des difficultés de régulation émotionnelle, des difficultés relationnelles et affectives, une faible estime de soi des problèmes comportementaux et des troubles de santé mentale (Dion et al., 2020). Les chercheurs reconnaissent que, sans attribuer la cause des troubles alimentaires à la victimisation sexuelle, le fait d'avoir vécu de la violence sexuelle serait un facteur de risque pour le développement d'un trouble alimentaire en raison de la présence de détresse d'une forte intensité à la suite d'une expérience traumatique (Dansky et al., 1997; Brewerton, 2007). En effet, les études tendent à démontrer que la présence de mauvais traitements à l'enfance serait plus élevée dans les populations cliniques, soit les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, que dans la population générale (Dion et al., 2020).

Comme les troubles alimentaires recourent de nombreux diagnostics, il est possible de s'intéresser aux liens particuliers entre la victimisation sexuelle et le développement d'une forme spécifique de trouble alimentaire. La recherche semble suggérer que le trauma serait davantage associé aux diagnostics d'hyperphagie, de boulimie et d'anorexie (avec présence de comportements compensatoires) (Brewerton, 2007). Ce

lien serait plus important avec les symptômes de boulimie et d'hyperphagie qu'avec la restriction alimentaire. Les taux de victimisation (agression sexuelle, abus sexuel à l'enfance, agression physique) et de diagnostics de SSPT seraient plus élevés chez les personnes souffrant de symptômes de boulimie et d'hyperphagie (Dansky et al., 1997; Steiger et Zanko, 1990). Il est d'ailleurs estimé que ces prévalences persistent lorsque comparées entre les genres et auprès de populations adolescentes (Brewerton, 2007; Udo et Grilo, 2018).

1.4.1 Processus sous-jacents au trauma dans les troubles alimentaires

Bien que le lien entre le fait d'être victime d'abus sexuel à l'enfance et l'adoption de comportements alimentaires désordonnés soit bien documenté dans les écrits scientifiques, ce même lien chez les patients adultes, bien qu'observable, semble moins solide (Dubosc et al., 2012; Brewerton, 2007). Dubosc et ses collègues (2012) se sont penchés sur les liens unissant les troubles alimentaires à la victimisation sexuelle. Les auteurs se sont intéressés aux jeunes adultes, et plus particulièrement à la présence de diagnostics de SSPT et de dépression chez ces derniers. Ils supposent que ces deux diagnostics pourraient agir à titre de variables médiatrices entre le trauma et le développement d'un trouble alimentaire. D'un point de vue théorique, les individus qui développent un SSPT ou une dépression à la suite d'un épisode de victimisation pourraient en venir à adopter des comportements propres aux troubles alimentaires qui favorisent l'évitement de la détresse émotionnelle (Capitaine et al., 2010). Cet évitement semble avoir l'effet à court terme de diminuer efficacement le niveau de détresse ressenti. Or, à long terme, il peut mener au développement de différentes pathologies, incluant les troubles alimentaires (Dion et al., 2020).

Plusieurs auteurs émettent également l'hypothèse que les individus qui ont déjà des habitudes alimentaires désordonnées pourraient en voir l'exacerbation à la suite d'une expérience traumatique, à un point tel que ceux-ci en viendraient à agir à titre de méthodes compensatoires et à servir de stratégie de gestion de la détresse (Dansky et

al., 1997). Bref, l'ajout de la victimisation au stress que vit déjà un individu vulnérable pourrait mener à l'adoption de comportements propres aux troubles alimentaires. Ainsi, ces comportements permettraient d'atténuer les symptômes associés au trauma en les renforçant négativement. Plus précisément, ces comportements auraient pour effet de réguler ou d'éviter les états internes trop douloureux. Les chercheuses Dion, Boulianne-Simard et Godbout (2020) expliquent que ces stratégies tendent à mener à l'escalade ou à la cristallisation des symptômes puisque les individus n'apprennent pas à utiliser des stratégies saines de gestion de la détresse. Elles précisent que de nombreuses victimes tendent à faire usage de distorsions cognitives, de stratégies de dissociation et à adopter des comportements impulsifs et compulsifs. Selon elles, l'impulsivité serait associée à la désinhibition, observable par les comportements de compulsion alimentaire associés à une sensation de perte de contrôle. La compulsion, quant à elle, est davantage observable dans les comportements compensatoires tels que les vomissements volontaires, l'exercice excessif et la restriction alimentaire.

Ces comportements procurent à l'individu une sensation de reprise de contrôle et un évitement temporaire des affects négatifs et des pensées obsessives (Dion et al., 2020). De plus, lorsque les individus ayant un trouble alimentaire travaillent à normaliser leurs habitudes alimentaires, ils peuvent vivre une réémergence des symptômes du trauma, ce qui peut être difficile à gérer en l'absence de soutien adéquat (Trottier et al., 2017). Ce cycle peut rendre le rétablissement du trouble alimentaire plus difficile lorsque les individus n'ont pas les outils nécessaires pour adresser l'évènement traumatique.

Les violences physique et sexuelle, qui portent atteinte à l'intégrité physique et au corps des victimes, peuvent les amener à ressentir une forte honte envers leur corps et à entretenir des distorsions cognitives au sujet de leur apparence (Dion et al., 2020). Les conséquences psychologiques associées à la violence peuvent quant à elles mener à des perceptions négatives de soi, à une faible estime et à une appréciation négative ou distorsionnée de son image corporelle. Ces conceptions du soi peuvent ensuite pousser

l'individu à entreprendre ou à adopter diverses méthodes visant à reprendre le contrôle de son apparence (régimes, exercices physiques), ce qui augmente le risque de développer un trouble alimentaire (Dion et al., 2020).

1.5 Intention de l'action

Ces constats sur l'état de la question ont permis de clarifier l'intention du projet d'intervention. Celle-ci consistait à mettre en place une intervention pour permettre aux individus ayant un trouble alimentaire, ayant également été victimes de violence sexuelle et vivant toujours avec des conséquences psychosociales affectant leur fonctionnement social de mieux comprendre les liens unissant ces deux réalités. L'intervention visait notamment à briser l'isolement causé par le tabou et le silence dans lequel sont maintenus les individus aux prises avec des troubles de santé mentale et victimes de violence sexuelle.

Pour ce faire, une intervention de groupe a été mise à profit. Une telle modalité d'intervention permet aux sujets de bénéficier d'un soutien social approprié et de collectiviser leur souffrance, dans l'optique de combattre l'isolement. Les objectifs qui ont guidé le projet d'intervention étaient les suivants : à l'aide d'une intervention de groupe, les sujets seront en mesure de *mieux saisir la relation entre le trouble alimentaire et la victimisation sexuelle* (1). Ils seront également amenés à *réfléchir à l'intégration de ces événements dans leur processus de rétablissement et à la personne qu'ils sont à l'heure actuelle* (2). En déstigmatisant leurs expériences, en leur permettant de mettre en lumière ces moments difficiles, voire traumatisants, il était espéré que ces sujets soient amenés à *mieux tolérer la détresse émotionnelle et à adopter des stratégies d'adaptation saines dans l'optique de favoriser un meilleur fonctionnement social* (3).

1.5.1 Pertinence sociale et scientifique de l'intervention projetée

Ce portrait des troubles alimentaires et de la violence sexuelle a permis d'émettre divers constats quant aux besoins potentiels des sujets aux prises avec ces difficultés. Bien que les liens unissant ces deux problèmes aient été largement étudiés dans la recherche, peu d'interventions visant à les adresser conjointement semblent exister (Brewerton, 2007; Trottier et al., 2017). Les services existants tendent plutôt à adresser la violence sexuelle ou les troubles alimentaires séparément. Selon la recherche, plusieurs professionnels craignent d'adresser les expériences traumatiques dans le cadre d'interventions en trouble alimentaire par crainte d'exacerber les symptômes du trouble alimentaire (Trottier et al., 2017; Brewerton, 2007). La difficulté à traiter un trouble alimentaire en raison de la prévalence des symptômes associés au trauma est d'ailleurs reconnue par la communauté scientifique (Brewerton, 2007; Dansky et al., 1997; Trottier et al., 2017).

Certaines études ont démontré que les victimes de mauvais traitements s'amélioreraient moins après un traitement pour un trouble alimentaire que celles n'ayant pas de vécu de violence (Dion et al., 2020). Trottier et ses collègues (2017) rappellent donc l'importance d'adresser les expériences traumatiques passées puisque ces dernières jouent un rôle important dans le maintien du trouble alimentaire. Ces chercheurs se sont intéressés aux interventions à favoriser dans cette conjoncture et recommandent l'utilisation des approches dites centrées sur le trauma. Ces approches visent à adresser les événements traumatiques en cherchant à développer de nouvelles perceptions ou compréhensions du trauma en vue d'améliorer les émotions difficiles ressenties par les individus, telles que la honte, la culpabilité, la colère, les impacts sur l'estime de soi, la vision du monde, la présence de pensées intrusives, etc. La complexité des troubles alimentaires, d'autant plus en présence d'expériences traumatiques, justifie l'importance d'adresser à la fois les conséquences de la victimisation sexuelle, mais surtout les impacts de la détresse émotionnelle qui en découle sur le maintien et le

développement du trouble alimentaire (Dubosc et al., 2012; Brewerton, 2007; Dansky et al., 1997). L'exploration de ces processus permet dès lors un travail de dénouement des liens unissant le trouble alimentaire à l'expérience traumatique en plus de favoriser le développement de stratégies alternatives de gestion des émotions et de la détresse.

Le présent mémoire d'intervention représente alors un premier pas vers l'élaboration d'une offre de service spécialisée en troubles alimentaires et en violence sexuelle. Il pourra contribuer à la recherche scientifique existante en permettant de mieux saisir les impacts d'une telle intervention sur le processus de rétablissement des individus vivant avec un trouble alimentaire, et ce, en proposant des méthodes d'intervention peu mises à profit dans ce domaine priorisant la compréhension du vécu de manière collective plutôt que la réduction des symptômes d'un point de vue purement biomédical. Les interventions visant un meilleur fonctionnement social à travers une approche priorisant l'expérience subjective de l'individu sont d'ailleurs peu mises à profit en santé mentale, surtout pour le traitement des troubles alimentaires. En effet, les données présentées inscrivent la problématique dans un portrait très quantitatif. Or, il existe peu de données s'intéressant au vécu et à l'expérience subjective des victimes de violence sexuelle souffrant également d'un trouble alimentaire. L'usage d'approches centrées sur le savoir d'expérience et le développement d'une meilleure compréhension des expériences passées par les participants au projet d'intervention permettront de participer au développement de connaissances cliniques, tant sur le plan de l'intervention auprès de ces individus que du recours au groupe comme modalité d'intervention.

De plus, bien que nous parlions de plus en plus de violence sexuelle et de troubles alimentaires, de nombreux mythes et préjugés à leur sujet persistent. Ils maintiennent les individus dans le silence, seuls à affronter leur détresse émotionnelle. Ce silence contribue également à la sous-représentation du problème et donc à l'absence de services adaptés. Ainsi, il paraissait nécessaire d'offrir à ces individus un

environnement sécuritaire où discuter, briser l'isolement et aborder leurs expériences par l'intermédiaire d'une intervention spécialisée et compréhensive. À l'heure actuelle, à Montréal, il ne semble pas exister d'intervention de groupe spécifique à la victimisation sexuelle et à ses conséquences pour les individus ayant un trouble alimentaire. Or, il existe de nombreux services spécialisés et gratuits adressant ces problématiques séparément, mais ces derniers sont souvent accompagnés de longues listes d'attentes. De plus, tous n'ont pas nécessairement les ressources financières pour se tourner vers les services professionnels offerts au privé. Ils se retrouvent donc à travailler sur des difficultés qui s'alimentent l'une l'autre, à des moments différents de leur vie, auprès de multiples services. Ce projet offre un service spécialisé au sein d'une même ressource permettant aux participants de travailler les conséquences spécifiques à leur situation particulière.

La problématique désormais présentée, le cadre conceptuel sera mis de l'avant dans le prochain chapitre. L'intervention proposée s'est inspiré d'un cadre théorique misant sur les histoires et les récits des sujets, mais surtout, le sens qu'ils accordent à leurs expériences personnelles. Ce chapitre présentera également le modèle d'intervention duquel s'est inspiré le présent projet et dont les lignes directrices ont servies à l'élaboration du groupe de soutien.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

La démarche scientifique est basée sur des principes d'objectivité et de neutralité. Toutefois, cette vision s'applique difficilement en santé mentale. En fait, les humains sont des êtres empreints de subjectivité et rechercher l'ultime vérité équivaut à dénigrer la valeur et la légitimité du sujet (Rhéaume et Sévigny, 1998; Lock et al., 2005). La subjectivité, dans sa dimension sociale, se définit par toute représentation sociale faite de l'imaginaire, de processus cognitifs, de constructions intellectuelles, d'images, d'affects et de croyances (Constantopoulou, 2011). Par sa subjectivité, le sujet est capable d'interpréter le monde qui l'entoure et de l'intégrer à son monde intérieur.

Ainsi, les expériences de chacun, surtout lorsqu'elles sont traumatiques, deviennent chargées émotionnellement et lourdes de sens, un sens que le sujet aura à construire pour comprendre ce qu'il vit et a vécu. Le sens accordé à un événement est d'ailleurs spécifique et propre à chacun, car lorsque confrontés à une même situation, deux individus en font des interprétations différentes. Ces idées amènent des questionnements, auxquels de nombreux auteurs issus des domaines de la psychologie ont tenté de répondre, au sujet des mécanismes sous-jacents à ces interprétations. Dans le cadre du présent mémoire, nous nous intéressons aux approches misant sur le sens que le sujet lui-même accorde à son expérience.

La subjectivité occupe une place centrale dans le milieu de la santé mentale, que ce soit dans les services offerts au sujet, sa relation avec l'intervenant ou sa relation avec sa situation problème. Le travail social mise sur des valeurs d'équité et de justice sociale, reconnaissant aux individus leur pouvoir d'agir, leur force et leur capacité à affronter et surmonter l'adversité (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2021; National Association of Social Workers, 2021). Ce faisant, l'intervenant tend à adopter une posture reconnaissant la position d'expert du sujet comme agent détenant la vérité face à sa situation et à ses expériences. Bref, il est l'unique expert de sa vie. En fait, comme l'intervenant n'est pas en mesure d'assister à la vie du sujet, hors du récit qu'il lui partage, il doit lui faire confiance et reconnaître que le sujet détient de l'information privilégiée sur sa situation problème (Rhéaume et Sévigny, 1998; Lock et al., 2005). Ainsi, son histoire personnelle et le sens qu'il lui accorde demeurent fondamentalement subjectifs.

2.1 Émergence des approches narratives

Afin de bien saisir les objectifs des approches centrées sur le récit du sujet, celles-ci seront positionnées dans le contexte sociohistorique dans lequel elles s'ancrent. Ces approches accordent une importance toute particulière au monde social dans lequel vivent et évoluent les individus. Le monde extérieur au sujet détient une influence indéniable sur la compréhension qu'il aura ou produira de ses expériences. Les auteurs des approches narratives, tant des traditions anglophone que francophone, ancrent leurs approches dans le contexte sociohistorique dans lequel évoluent les individus, et plus spécifiquement dans l'avènement de l'hypermodernité. Ces discours s'intéressant à la société et aux individus ont émergé au tournant des années 1970-1980, alors que l'ère postmoderne faisait son apparition au sein des sociétés occidentales (Doucet, 2011; Delory-Momberger, 2013).

2.1.1 Émergence de l'individualisme

L'hypermodernité se situe au début du XXI^e siècle et se veut en quelque sorte l'exacerbation de la postmodernité. Cette période serait le résultat des mutations sociales déjà observées depuis la seconde moitié du XX^e siècle (Niewiadomski, 2013a). L'émergence de la période hypermoderne nous porte à assister à un réel « changement de régime », caractérisé par l'émergence d'un rapport nouveau entre le sujet et le monde social (Delory-Momberger, 2013). Ce dernier s'observe notamment par l'assouplissement et la modification des conditions de vie de l'époque.

Parmi les transformations observables, on assiste à la désinstitutionnalisation de la famille, de l'Église et du monde du travail, à la poussée des modèles économiques néolibéraux et à un sentiment général d'accélération du temps (Niewiadomski, 2013a). Cette nouvelle époque se définit par les possibilités multiples qui s'offrent à l'individu. L'exacerbation de ces mutations sociales et la nouvelle tendance à l'excès, que ce soit sur les plans de la consommation ou du rapport à soi, aux autres ou au temps, caractériserait l'individu contemporain (Aubert, 2004). En effet, le retrait des grandes institutions telles que l'Église et la famille offre aux sujets la possibilité de se définir davantage à leur manière. Il est désormais possible pour le sujet de dessiner son propre parcours sans que ce dernier soit prédéterminé. L'investissement de l'existence individuelle des sujets leur permet d'acquérir une toute nouvelle singularité où ils deviennent l'institution centrale de la société (Delory-Momberger, 2013).

L'ascension de l'individualisme, l'injonction à être soi, la nouvelle réflexivité et l'incitation à devenir l'entrepreneur de sa propre existence mènent l'individu contemporain à privilégier l'introspection, la quête de sens et l'émancipation des pressions sociales (Niewiadomski et Delory-Momberger, 2013). Il est désormais possible de briser le moule, de suivre ses aspirations et ses rêves, bref, d'actualiser la meilleure version de soi-même. Le sujet est passé d'une société caractérisée par des trajectoires stables et régulées par de grandes institutions à l'individualisation des

parcours où l'identité est constamment remise en question. Il est libre de son avenir, mais également assujéti aux pressions de mener une vie qui saura répondre à cette nouvelle liberté. Comme l'explique Zoll dans son ouvrage sur les mutations socioculturelles (1992), la réalisation des souhaits et l'entretien de l'espoir en l'avenir chez le sujet moderne se transforme en la réponse plus immédiate à leurs besoins et désirs, le plus rapidement possible.

2.1.2 Intervention auprès des individus contemporains

Ces nouvelles possibilités pour le sujet en quête constante de développement et d'ascension vers la meilleure version de lui-même sont accompagnées, paradoxalement, de la montée de l'anxiété et de la déception (Doucet, 2011). Aux côtés de l'être possédant une infinité de possibilités se tient l'individu qui souffre du penchant de sa liberté, soit la pression qui l'accompagne. Ainsi, l'individu contemporain n'a nul autre choix que de tenter de se plier aux exigences du système. D'ailleurs, nous assistons à l'émergence, surtout en Amérique du Nord, d'interventions et de services d'aide dont la visée est de permettre aux individus souffrants de redevenir des êtres fonctionnels, capables d'assurer leurs rôles sociaux (Doucet, 2011).

Or, au même moment où ces questionnements au sujet de la place qu'occupe le sujet dans son monde social émergent, nous assistons à un réel « tournant narratif » où les individus ressentent le besoin d'entreprendre des démarches thérapeutiques visant à adresser leur souffrance (Doucet, 2011). Ainsi, parmi les services thérapeutiques mis à leur disposition, émergent de nouveaux types de démarches axées davantage sur la mise en récit de soi, leur objectif étant de favoriser le développement d'un récit dans lequel la souffrance peut exister et où le sujet cherche à mieux la comprendre. Cette approche thérapeutique se veut non pathologisante et accorde une place centrale au sens qu'attribue le sujet à sa souffrance, de sa situation et de ses expériences.

2.2 Courant francophone – Sociologie clinique

2.2.1 Récits de vie et recherche biographique

Les approches basées sur les récits de vie ont quant à elles été conçues dès les années 1920 par des chercheurs issus des domaines de l'anthropologie et de la sociologie (Coopman et Janssen, 2010). Les chercheurs de l'époque s'intéressaient aux récits oraux et écrits des sujets afin de mieux comprendre leurs expériences à des moments clés de l'histoire. Cette approche a fait son apparition dans le milieu de la sociologie et de la psychologie au milieu des années 1970 (Coopman et Janssen, 2010). Depuis, elle occupe une place importante dans la sociologie clinique et l'intervention auprès des individus.

Les approches centrées sur le récit de vie sont hébergées sous le grand parapluie de la recherche biographique en sciences humaines et sociales. La recherche biographique a pour objet d'étude la construction du sujet dans l'espace social sur les plans tant historique, que social, culturel et politique (Niewiadomski et Delory-Momberger, 2013). Elle s'inspire de l'anthropologie en cherchant à saisir les façons dont les individus se racontent dans le contexte d'une société qui se mue à la vitesse de l'éclair. Christophe Niewiadomski (2013a), professeur en sciences de l'éducation s'intéressant au récit de vie, à la recherche biographique et aux approches biographiques, explique que de ce champ de recherche s'inspire de nombreuses approches ayant pour intérêt central le récit des individus et des collectivités. Niewiadomski (2013a) propose que les approches biographiques renvoient à des pratiques qui se distinguent par leurs méthodes et leurs objectifs alors que la recherche biographique occupe un champ de la recherche impliquant les prémisses des approches biographiques et l'importance de la narration et du récit de l'histoire des individus ou des groupes. Ainsi, les approches biographiques se définissent par leur utilisation du récit dans l'intervention clinique. Elles se déclinent ensuite en diverses pratiques dont les méthodes et les modalités

d'intervention varient. Or, dans le cadre du présent mémoire, nous nous centrerons davantage sur l'approche présentée par la sociologie clinique s'intéressant au récit et aux histoires de vie.

Brièvement, la sociologie clinique se veut un champ de réflexion et d'intervention se situant entre la psychologie et la sociologie. Elle cherche à reconnaître les facteurs historiques, sociologiques, économiques, idéologiques et psychologiques, leur influence dans la trajectoire des individus et des collectivités et le sens que ceux-ci leur donnent (Niewiadomski, 2013a). Cette approche se veut une réponse à la perte des grands systèmes porteurs de sens pour les individus par l'offre d'un soutien à la construction identitaire et la réappropriation du soi des individus et des collectivités (Fortier et al., 2018). Vincent de Gaulejac, sociologue et professeur de sociologie à Paris, explique que les praticiens et les chercheurs de l'époque proposent ainsi de renvoyer la question du sens au sujet lui-même (de Gaulejac, 2013b). Dès les années 70, des séminaires s'intitulant « Roman familial et trajectoire sociale », issus de la collaboration de Gaulejac, Jean Fraisse et Michel Bonneti sont mis en place et visent le développement personnel des participants par un travail de coconstruction de sens analysant plus spécifiquement les interactions entre le fait psychologique et le fait social (Niewiadosmki, 2013a).

Selon Vincent de Gaulejac (2013b), la démarche axée sur les récits de vie se veut une possibilité pour les individus en quête de sens de retrouver leurs repères. Il estime que la méthode doit tenir compte du contexte historique, social, économique et familial qui influe sur l'histoire du sujet ou d'une collectivité. En effet, cette approche est applicable tant auprès d'individus que de groupes pour lesquels on parle davantage de « récits de vie collectifs ». Vincent de Gaulejac (2013b) explique que ce type de travail vise l'élaboration d'une parole commune, se basant sur l'histoire vécue en tant que groupe. Ce travail se base sur une démocratie participative que l'on peut cadrer dans un travail de recherche-action ou le modèle d'action collective.

2.2.2 Récit de vie et intervention

Michel Legrand (1993), sociologue et psychologue clinicien à Paris, définit le récit de vie comme étant la narration, orale ou écrite, par la personne elle-même de sa propre vie ou de fragments de celle-ci. Christophe Niewadomski (2013a) précise que le récit de soi a pour objet d'étude les processus de construction du sujet au sein de l'espace social en cherchant à saisir les manières dont il donne forme à ses expériences dans les environnements historique, social, culturel et politique. En fait, la création de sens ne serait pas le simple résultat des expériences individuelles et collectives, mais émergerait plutôt de la sélection d'éléments provenant des discours sociaux dominants. À plus petite échelle, elle serait également le produit de l'histoire individuelle et familiale.

En ce sens, Vincent de Gaulejac (2013) postule que le sujet serait l'acteur de son histoire, dans le sens où il l'agit et la construit plutôt que d'en être le produit. Cela implique selon lui que la personne vit son histoire d'une manière singulière et qu'elle l'interprètera à sa façon puisque les individus possèdent une compréhension unique de leur réalité (de Gaulejac, 2013). Le récit de soi se veut donc plus qu'une simple description d'évènements, il représente une tentative de lier les divers éléments de son histoire pour en faire un tout cohérent (Coopman et Jenssen, 2010). Les effets cliniques d'une intervention axée sur le récit de vie se basent sur la prémisse que la vie se déroule rarement telle qu'on l'a prévu ou espéré et ne respecte pas une logique linéaire (de Gaulejac, 2013). D'ailleurs, ces expériences inattendues tendent à pousser le sujet dans des sens différents, parfois contradictoires, et sont source d'une complexité propre à la vie humaine. Ce serait à partir de ces aléas de la vie que le sujet fabriquerait son identité en produisant un récit, une histoire de vie, selon le sens qu'il a attribué à ses expériences. Dans le contexte de l'intervention clinique, le praticien cherche à comprendre la façon dont le sujet vit son histoire, mais surtout les façons dont cette histoire vit toujours en lui, et ce, dans toutes les dimensions de son existence.

Vincent de Gaulejac (2013) explique que c'est la reconstruction constante des narratifs du sujet au cours de sa vie qui permet la modification de son rapport avec son histoire. Concrètement, il s'agit selon lui de travailler sur le passé afin de dénouer les expériences difficiles, par exemple en adressant la honte associée à une expérience particulière. Ensuite, le travail sur le présent consiste à adresser l'histoire « incorporée » et les façons dont elle demeure agissante en soi. Enfin, il estime qu'il est nécessaire pour le sujet de travailler l'avenir en se situant par rapport aux expériences passées et en se projetant dans le futur en réfléchissant à ses aspirations et en se fixant des objectifs. Cette création de sens serait en constante transformation, selon l'état dans lequel se retrouve le narrataire, le stade de sa vie où il est rendu, le nombre de fois qu'il raconte son récit et les personnes à qui il présente son histoire. Le récit est en relation avec le passé puisqu'il l'incorpore dans l'histoire, et avec l'avenir, car le narrataire détient des attentes ou des espoirs quant à son dénouement potentiel (Coopman et Janssen, 2010). Le sens construit n'est donc pas une conclusion figée, mais une continuité reflétant le caractère immuable de l'individualité en constante évolution à l'ère de l'hypermodernité.

2.2.3 Groupe d'histoires de vie

Bien que le récit de vie soit, avant tout, basé sur des expériences personnelles subjectives et sociales et le résultat d'un travail individuel, le travail en présence de pairs détient de nombreux bénéfices. Vincent de Gaulejac est d'ailleurs un pionnier des groupes d'histoire de vie en sociologie clinique. Ces méthodes ont également largement influencé les travaux de Michel Legrand qui s'en est inspiré dans sa pratique des histoires de vie en individuel. Ces types de groupes sont basés sur une méthodologie axée sur la coconstruction de sens dans laquelle les participants sont libres de s'exprimer sur leur histoire personnelle dont l'analyse sera partagée entre l'animateur et les participants. Coopman et Janssen (2010), psychologues belges œuvrant dans une équipe d'intervenants spécialisés en histoire de vie, expliquent que

les personnes intéressées à effectuer un travail de groupe par le récit de vie se trouvent souvent en période de changement et de questionnements.

Concrètement, ces groupes s'organisent autour d'une relation dynamique entre le narrateur et le groupe. Lorsque la narration se fait à l'oral, les autres membres du groupe deviennent eux-mêmes narrateurs et interviennent dans l'histoire du narrateur. Ils sont invités à poser des questions et à émettre des reflats et des suppositions au même titre que l'animateur du groupe. Christophe Niewiadomski (2013b) explique que ces groupes permettent au sujet d'expérimenter un renforcement de son identité personnelle par l'écoute et de la reconnaissance des autres. Le partage et l'analyse des expériences permettraient aux participants de collectiviser leur récit singulier. En fait, le groupe serait au service de l'expression et de l'analyse des récits personnels permettant à l'individu d'analyser sa propre histoire, puis d'expérimenter la coanalyse par le regard des participants et de l'intervenant en explorant l'inadéquation entre ses expériences personnelles et les discours sociaux dominants (Rhéaume, 2013a, 2013b; Chenivresse, 2013). Les participants sont amenés à percevoir les similitudes entre leur récit et ceux des autres, mais aussi les différences. Ils peuvent ainsi expérimenter et apprécier la singularité de leurs expériences et le rapprochement à l'autre (Coopman et Jenssen, 2010).

Il est également avancé par les auteurs s'intéressant au récit de soi que cette coconstruction de sens suscite, chez les participants, le développement du pouvoir d'agir ou « l'empowerment », terme désignant le processus permettant le développement d'un pouvoir d'agir des individus sur leur vie et leur situation respective (de Gaulejac, 2013b; Vargas-Thils, 2013). Ainsi, une intervention par le groupe axé sur les récits individuels permet aux participants de s'ouvrir sur des expériences difficiles dans un environnement sécuritaire où leurs savoir expérientiel est reconnu et respecté, en plus de les encourager à prendre connaissance des influences sociales et de leur intégration à leur récit respectif. En fait, il est postulé que par la

coconstruction de sens, le sujet est amené à se réapproprier son histoire puisque chaque récit évoqué rapproche les participants de la condition humaine universelle, une expérience permettant de briser l'isolement (Lefebvre, 2013; de Gaulejac, 2013b). L'effet clinique reposerait alors principalement sur cette résonance de l'écoute offerte par l'intervenant et les pairs laissant place au soulagement immédiat, puis, en cours de route, au dénouement des malaises et des difficultés (Chenivesse, 2013).

Coopman et Jossen (2010) présentent un exemple de ce type de groupe composé d'un nombre maximal de huit participants intéressés à travailler sur un thème précis. Préalablement à sa participation au groupe, chaque personne est rencontrée individuellement pour lui expliquer l'approche des récits de vie, le thème qui sera exploré et le rôle du groupe dans ce genre d'intervention. Le groupe se rencontre ensuite pour une rencontre hebdomadaire pendant trois semaines. Des activités créatives sont utilisées à titre de soutien aux participants qui doivent se raconter à leurs pairs. Parmi ces activités, les auteurs nomment la ligne de vie, l'arbre généalogique, le blason familial ou même la présentation d'un objet significatif. Ce type de travail est, selon les auteurs, progressif et demande la participation soutenue et continue des participants pour que chaque élément abordé puisse prendre sens par rapport à l'ensemble du processus (Coopman et Jossen, 2010).

2.3 Courant anglophone – Narrative Therapy

L'approche narrative, connue sous le nom de *Narrative Therapy*, a été développée par les auteurs Michael White, travailleur social australien, et David Epston, thérapeute néozélandais. Elle est le produit de la collaboration entre ces deux auteurs dans les années 1980 et est largement inspirée des travaux de Bateson et Geertz, anthropologues, et de Jerome Bruner, psychologue. Elle s'inspire également de l'œuvre de Michel Foucault, philosophe français, notamment de ses idées sur les dynamiques de pouvoir et de la connaissance (White et Epston, 1990). La thérapie narrative s'insère dans la

tradition de la thérapie familiale, bien qu'elle ait été adaptée au fil des années à diverses pratiques et disciplines des sciences sociales. Cette approche axée sur le récit narratif des individus accorde une place centrale à la compréhension qu'ils ont et le sens qu'ils produisent de leur histoire personnelle. Elle représente une solution alternative aux approches plus pragmatiques et empiriques qui dominent le monde de la santé mentale depuis de nombreuses années (McLeod, 2000). Depuis l'émergence de la thérapie narrative au courant des années 80, de nombreux auteurs ont contribué à son développement, contribuant ainsi à son hétérogénéité (Brown et Augusta-Scott, 2006). Dans le cadre du présent mémoire, nous nous intéresserons davantage à l'approche mère, celle proposée par White et Epston (1990). Cette présentation ne se veut pas une description exhaustive, mais bien un portrait succinct des lignes maitresses de l'approche narrative.

2.3.1 Subjectivité

L'approche de la thérapie narrative s'inspire de la méthode interprétative de Bateson (1972, 1979) dans le contexte des sciences sociales. White s'est intéressé aux processus sous-jacents à la production de sens des individus face au monde qui les entoure (White et Epston, 1990). À ce sujet, Bateson (1979) souligne l'impossibilité de détenir une perspective purement objective du monde social et propose que la compréhension qu'ont les individus de ce monde soit largement influencée par le contexte dans lequel se produisent les événements. Pour Bateson, le fait de connaître et de prendre conscience d'un fait observable serait nécessairement un acte d'interprétation (Brown et Augusta-Scott, 2006). Ainsi, White et Epston (1990) déduisent des travaux de Bateson que l'interprétation que le sujet se fait des événements qui se produisent dans sa vie est déterminée par leur cohérence avec ses préconceptions du monde. Ils proposent que le sens attribué au monde et aux événements de la vie soit le produit des présuppositions et des prémisses de la carte du monde personnelle que possède chaque individu.

Les auteurs ont également incorporé l'idée de Bateson au sujet de la temporalité dans leur approche. Ils soulignent qu'en thérapie, le concept de temporalité est souvent négligé, alors que les travaux de Bateson en soulignent l'importance. Toute nouvelle information qui apparaît au sujet est comparée à ses préconceptions. Le résultat de cette analyse, si elle propose une incohérence, déclenche une réponse chez le sujet. Ils soulignent que bien que les événements aient eu lieu dans le passé et n'existent plus nécessairement dans le présent, le sens que les sujets leur ont attribué demeure. La représentation que s'est faite le sujet d'un événement passé peut toujours agir en lui et avoir des conséquences psychologiques et émotionnelles (White et Epston, 1990).

L'individu construit son identité et le sens qu'il accorde à sa vie en fonction de sa compréhension des événements qu'il vit. White et Epston (1990) estiment que c'est d'ailleurs cette organisation qui contribue à la survie et au maintien du problème auquel est confronté l'individu. Le sens accordé à un événement en vient à se répéter et à prendre progressivement de l'ampleur dans la vie de l'individu et dans les présupposés qu'il détient à l'égard du monde et de lui-même. Ce constat a amené les auteurs à se questionner sur les processus sous-jacents à la subjectivité du sujet et à la construction de sens (White et Epston, 1990). Comme les individus évoluent dans un monde fondamentalement social, les problèmes vécus et ressentis sont fabriqués dans des contextes sociaux, politiques et culturels qui servent de fondation au sens qu'ils accordent à leurs expériences (Jirek, 2016; Besley, 2010).

2.3.2 Influences foucaaldiennes

L'approche narrative est largement influencée par les travaux du philosophe français Michel Foucault. Les auteurs retiennent surtout sa thèse au sujet du savoir-pouvoir que Foucault comprend comme étant deux concepts intimement liés, voire inséparables. L'explication suivante se veut sommaire et ne tient pas compte de toute la complexité et des nuances propres à la thèse de Michel Foucault. Elle est expliquée telle que le formulent White et Epston (1990) dans leur présentation de l'approche narrative. De

prime abord, Foucault soutient que des savoirs en viennent à obtenir le statut de « vérité » sans qu'ils ne soient nécessairement des faits objectifs. Ces connaissances issues de constructions sociales subjectives deviennent acceptées comme des vérités, puis s'intègrent aux normes sociales prescrites (Besley, 2002; White et Epston, 1990). Ensuite, ces savoirs-vérités s'intègrent au système social plus large, peu importe leur véracité réelle, et induisent des comportements, des discours, et dictent ce qui attendu des individus. Elles détiennent ainsi un pouvoir implicite puisqu'elles assurent une discipline sans faire usage de violence physique (White et Epston, 1990).

White et Epston (1990) expliquent que l'assujettissement aux normes sociales, c'est-à-dire aux standards qui guident les comportements attendus des individus, sert également à les comparer, à les catégoriser et à les définir. Foucault estime que le discours scientifique a joué un rôle important dans le système disciplinaire du pouvoir, surtout dans le domaine de la santé mentale ou de la « psychiatrie et de la médecine ». Ces domaines démontrent la place centrale qu'occupe un discours plus pathologisant dans lequel on observe des symptômes, on prescrit des traitements et on aborde la souffrance sous le couvert de la pathologie et de l'anormalité (White et Epston, 1990). Cette classification des comportements humains devient internalisée par les sujets qui perçoivent la souffrance comme un problème psychologique leur appartenant plutôt qu'une conséquence du contexte social.

La production de sens est un processus langagier qui ne peut être une activité neutre et objective; elle est influencée par le contexte culturel dans lequel existe le sujet (Besley, 2006). Ainsi, le sens produit par le sujet est nécessairement influencé par le contexte culturel et les mots que celui-ci appose à ses expériences. Les normes sociales ou le savoir-pouvoir de Foucault contribuent donc à la compréhension qu'ont les individus de leurs expériences et de leur histoire. Dans le même ordre d'idées, White et Epston (1990) expliquent l'incohérence entre la compréhension que se fait l'individu de ses

expériences et les vérités socialement acceptées, ce qui pousse la personne à agir sur son problème de façon à se conformer davantage aux discours sociaux.

2.3.3 Raconter l'histoire de sa vie

White et Epston expliquent que pour construire le sens de ses expériences et de sa vie, le sujet doit raconter son histoire. Ils utilisent cette analogie (écrire ou raconter une histoire) pour expliquer les mécanismes qui soutiennent la construction de sens et le processus de changement. Le sujet organise ses expériences et les événements qu'il vit dans une séquence temporelle dans l'objectif de former une trame narrative, un tout cohérent qui sera en mesure de représenter la personne qu'il est et le monde dans lequel il existe (White et Epston, 1990). Le désir d'organiser son histoire de façon temporelle permet au sujet de percevoir une continuité logique. En fait, chaque histoire a un début, un historique; un milieu, le présent; et une fin, le futur. Or, dans cette approche, l'interprétation des événements est davantage centrée sur l'avenir que le passé (Merscham, 2000).

Ce regard vers l'avenir s'explique par l'objectif de produire des histoires alternatives. Le but du travail clinique est d'aider le sujet à développer des conceptions axées sur ses forces et facilitant son pouvoir d'agir (Merscham, 2000). Pour arriver à développer ce nouveau récit, le sujet s'engage dans le récit de son histoire de vie (*storytelling*) et ensuite dans la répétition de son histoire (*retelling*). En fait, l'approche narrative est basée sur l'idée que les histoires des sujets peuvent devenir saturées de situations problèmes. Dans son quotidien, le sujet est constamment confronté à des situations ayant le potentiel de modifier la trame narrative générale de son histoire (Jirek, 2016). Ces événements peuvent par la suite confirmer ou remettre en question les narratifs préexistants intégrés par le sujet. Le plus souvent, ces événements seraient incorporés facilement au récit, sans créer de remise en question. Or, la vie étant continuellement parsemée de rebondissements inattendus ayant des conséquences diverses pour les individus, ces derniers doivent constamment travailler à les intégrer à la trame narrative

générale de leur histoire (Jirek, 2016). Le travail clinique vise donc à explorer en profondeur les histoires dominantes qui font souffrir le sujet afin d'identifier des moments où il n'a pas été submergé par ces histoires (White et Epston, 1990). Ces moments sont étiquetés comme étant des dénouements uniques (*unique outcomes*). Ultiment, ces dénouements sont mis en lumière afin qu'ils puissent obtenir une place plus importante dans le récit du sujet qui en vient ensuite à développer une nouvelle histoire plus nuancée.

White et Epston (1990) proposent également la technique de l'externalisation qui permet au sujet de se distancier de son récit problématique et de sa souffrance. Ce processus débute par l'observation des multiples façons dont la compréhension de l'histoire du sujet a non seulement influencé sa vie, mais aussi ses relations interpersonnelles. Les auteurs soutiennent qu'en observant son problème comme étant extérieur à soi-même, le sujet peut davantage percevoir son pouvoir d'agir et imaginer des histoires alternatives (White et Epston, 1990). Cette stratégie permet également à la personne d'identifier les normes sociales auxquelles il souscrit et de séparer ces vérités et les discours sociaux qui perpétuent les normes auxquelles il tâche de répondre. La personne est dès lors encouragée à réfléchir aux croyances qu'elle entretenait à son égard. Ces croyances sont souvent associées à l'impression de ne pas répondre aux attentes sociales. Le sujet peut déterminer quels sont les discours qu'il souhaite conserver et qu'il considère comme étant importants.

Ultiment, cette approche se veut collaborative et reconnaît au sujet son statut d'expert. À travers la collaboration, elle vise à permettre au sujet de percevoir ses forces et d'apprécier son pouvoir d'agir. En formulant un récit qui incorpore des parties de son histoire initialement mises de côté, le sujet peut devenir l'auteur de sa propre histoire qui peut prendre une forme représentant mieux l'individu pour la personne qu'il est.

2.4 Comparaison des traditions

Les deux traditions présentées, l'approche par récit de vie issue de la sociologie clinique et l'approche narrative de White et Epston, émergent toutes deux d'une volonté de développer des approches cliniques non pathologisantes en accordant une place importante au sujet. Elles possèdent de nombreuses similarités, surtout par leur usage du récit dans l'intervention clinique et la reconnaissance de la subjectivité du sujet.

Les traditions anglophone et francophone soutiennent toutes deux, en utilisant des termes parfois différents, que le sujet est l'auteur ou l'acteur de sa propre vie. Elles reconnaissent en lui son pouvoir d'agir et son autodétermination et supposent que la narration ou la mise en récit de soi suscite chez le sujet la capacité à se mobiliser et à agir sur sa propre vie en modifiant le sens qu'il accorde à certaines expériences. De plus, elles se centrent toutes deux sur le récit ou le narratif du sujet, c'est-à-dire son histoire de vie, et une intervention visant à permettre au sujet de se raconter.

Ensuite, les traditions anglophone et francophone soutiennent toutes deux, mais en utilisant des termes différents, que la mise en récit des expériences du sujet vise à produire un sens et une plus grande cohérence interne. Elles cherchent à permettre aux sujets de mettre en mots et d'intégrer un événement particulier à leur récit afin développer la signification qu'ils accordent à leurs expériences (Jirek, 2016; Vargas-Thils, 2013). Dans les deux courants, l'intérêt est mis sur la capacité du sujet à partager un récit de vie et à en développer un nouveau plus cohérent, qui saura incorporer toutes les nuances de son histoire. Elles reconnaissent également que le sens n'est pas figé dans le temps et qu'il est en constante évolution, au fur et à mesure que le sujet raconte son histoire et vit de nouvelles expériences. Le récit du sujet est unique et propre à son histoire personnelle ainsi qu'à la perception qu'il en détient. De cette façon, les

approches centrées sur le récit reconnaissent la subjectivité fondamentale du sujet qui détient sa propre compréhension de sa vie et de ses expériences.

Elles s'inspirent également toutes deux de l'anthropologie et accordent une importance particulière aux influences propres des contextes sociohistoriques dans lesquels évoluent les individus. Ce travail implique d'accorder de l'importance non seulement aux expériences de l'individu, mais aussi à son environnement social sur le plan des conditions socioéconomiques et affectives afin de reconnaître les obstacles potentiels à l'action. S'intéresser au récit d'une vie dans sa complexité implique de reconnaître l'ensemble des influences parfois contradictoires auxquelles un sujet a été confronté (de Gaulejac, 2013). Cette prise en compte du contexte social permet de reconnaître que les expériences traumatiques sont souvent le résultat de problèmes sociaux et d'inégalités; elles ne peuvent être adressées sans tenir compte des structures sociales (Jirek, 2016).

Les discours que les approches francophone et anglophone entretiennent au sujet du contexte sociohistorique et son influence sur le sujet varient toutefois selon l'approche. Le courant issu de la sociologie clinique situe le sujet dans les mutations sociales observables dans l'hypermodernité actuelle. Sa critique sociale nous permet d'apprécier les difficultés auxquelles sont confrontés les sujets modernes et l'intérêt pour ces derniers de travailler à trouver et à accorder un sens à leur vie qui leur est propre dans une société où ils sont dorénavant responsables d'eux-mêmes. L'approche narrative s'intéresse également au contexte sociohistorique dans lequel vit l'individu. Toutefois, elle accorde plus d'intérêt aux discours sociaux dominants, les normes et codes sociaux qui prescrivent les comportements attendus des individus. Elle observe davantage l'influence de ces discours sur le sujet et l'intégration de ces discours dans sa propre histoire.

Ensuite, la méthodologie proposée par les deux traditions présente des pratiques qui varient dans leurs formes et leurs modalités. L'approche centrée sur les récits de vie propose une démarche misant sur les groupes de pairs. Elle considère que le travail collaboratif contribue à la coconstruction de sens et permet au sujet d'expérimenter un regard extérieur à son histoire par l'intervention de ses pairs. De plus, le renforcement des liens sociaux que sollicite la démarche de groupe détient sa pertinence lorsque l'on tient compte de la fragilisation des liens sociaux due à l'émergence de la société postmoderne (Delory-Momberger, 2013; Coopman et Janssen, 2010). L'approche narrative de White et Epston propose une démarche davantage axée sur des stratégies dialogiques visant à externaliser le problème que présente l'individu, à observer des situations présentant des réalités différentes que celle présentée par le problème, pour enfin développer une histoire alternative et plus nuancée.

2.4.1 Choix du courant issu de la sociologie clinique

Le présent projet s'inspire de la démarche de groupe proposée par Vincent de Gaulejac axée sur les récits de vie et de l'approche biographique, une démarche peu utilisée par les travailleurs sociaux au Québec. Le recours aux pairs et le travail de collectivisation des récits ont particulièrement retenu notre attention. En tenant compte des pertes de repères et de la montée de l'individualisme observable dans la société actuelle, une démarche visant à miser sur la solidarité et à briser l'isolement semble s'allier à nos objectifs d'intervention. De plus, les approches centrées sur le récit de soi se prêtent bien à la compréhension de la violence sexuelle et à l'intervention auprès des victimes. Dans un monde où leur récit a longtemps été mis sous silence, invalidé et ignoré, la construction de sens à la suite d'une telle expérience peut être particulièrement ardue. L'importance accordée au contexte sociohistorique dans lequel le sujet forme son récit s'observe également dans le présent projet.

La notion de culture du viol se taille une place grandissante dans de nombreux écrits adressant la violence sexuelle. Il s'agit d'un terme désignant les environnements social,

médiatique, juridique et politique qui banalisent, normalisent et érotisent la violence sexuelle et contribuent à sa perpétuation (Bergeron et al., 2016). Ainsi, la violence sexuelle tend à être comprise telle qu'elle est présentée par les narratifs sociaux dominants. Les personnes victimes de violence sexuelle en viennent à intérioriser ces mêmes discours. Elles peuvent notamment croire qu'elles auraient pu prévenir l'évènement de violence, qu'elles ont dû avoir un rôle à jouer dans leur propre victimisation, augmentant dès lors les sentiments de honte, de culpabilité et l'intensité des conséquences psychologiques (Zoellner et al., 1999; Orchowski et Gidycz, 2012). Comme la violence sexuelle est souvent banalisée et le blâme apposé à la personne victime, il peut être particulièrement difficile pour cette dernière de ressortir du sens de son expérience tant qu'elle demeure envahie par la culpabilité, maintenue dans le silence et seule à affronter sa détresse émotionnelle. Nombre de victimes hésitent à obtenir du soutien à la suite d'un épisode de victimisation (Ahrens et al., 2010; Littleton et Henderson, 2009; Holland, 2019; Bergeron et al., 2016). En demeurant dans le silence, elles ne peuvent expérimenter un retour empathique, compréhensif et accueillant des personnes recevant leur histoire. Pire, si elles reçoivent des réactions négatives telles que des discours culpabilisants, critiques ou minimisant l'impact de l'évènement, les victimes peuvent élaborer un récit les maintenant dans la détresse et l'isolement (Zoellner et al., 1999; Orchowski et Gidycz, 2012).

D'un autre côté, les troubles alimentaires soutiennent, à la base, un désir d'atteindre une image corporelle idéalisée, menant à l'adoption de comportements extrêmes et malsains. L'individu contemporain est assujéti aux nouvelles normes sociales entourant la beauté, l'image corporelle ainsi que la recherche de perfection, de performance et de contrôle. Il existe divers discours soutenant ces pressions sociales à l'égard des corps et des apparences ou au sujet de la santé mentale et des pressions d'être en mesure de bien mener sa vie. Ainsi, bien que l'individualisme contemporain encourage autonomie et liberté, l'injonction à être la meilleure version de soi-même peut également conduire à la fatigue d'être soi, à la construction d'un « faux soi » et à

une standardisation paradoxale d'individus supposés singuliers (Niewiadomski et Delory-Momberger, 2013). Les troubles alimentaires peuvent être expliqués par l'influence des pressions sociales entourant l'apparence, mais également par l'intégration des pressions d'être un individu en contrôle et performant dans de multiples sphères de sa vie. Aubert (2004) explique que les pathologies de l'hypermodernité seraient souvent caractérisées par l'excès, que celui-ci soit observable dans les troubles alimentaires ou dans la toxicomanie ou l'épuisement professionnel.

De plus, il est avancé que les processus sous-jacents aux capacités d'adaptation d'un individu ont un impact sur sa capacité de faire face à l'adversité (Jirek, 2016; Brillon, 2017). Le fait d'entretenir, par exemple, une conception du monde comme étant juste et sécuritaire et où les individus occupent un rôle de libre agent autonome peut causer un choc lorsque le sujet fait face à une situation difficile, profondément injuste et où il est dépossédé de son contrôle. Paradoxalement, ces évènements permettent aux individus de réfléchir à leurs narratifs de manière à entretenir et à produire des visions plus réalistes du monde social dans lequel ils évoluent ainsi que d'apprécier tout leur potentiel d'action. Avec un accompagnement dans l'expression de leurs expériences, ces personnes peuvent arriver à les intégrer à leur histoire, à articuler leur identité de sorte qu'elle assure une continuité entre l'« avant » et l'« après ». Ces personnes en viennent à construire un récit qui affirme les aspects positifs de leur identité et crée un sens de leurs expériences les plus difficiles, tout en cultivant l'espoir en l'avenir.

Enfin, l'analyse de la violence sexuelle et de sa conjoncture avec les troubles alimentaires amène certaines questions. Comment une personne ayant été victime de violence sexuelle et aux prises avec un trouble alimentaire donne sens à ces expériences dans un environnement ayant contribué à leur émergence? Sachant que l'identité de ces personnes peut être particulièrement fragilisée, comment en arrivent-elles à intégrer ces rebondissements à leur récit et à leur conception d'elles-mêmes? Pour répondre à

ces questions, la démarche de groupe proposée par l'approche centrée sur les récits de vie semblait intéressante puisqu'elle mise sur une démarche collaborative et l'élaboration d'une parole commune. Ce choix permettait également de proposer une intervention basée sur une approche peu sollicitée au Québec dans le domaine de la santé mentale. De plus, le désir de développer une intervention de groupe s'est allié avec la méthodologie proposée par l'approche qui mise sur les dynamiques propres au groupe dans la coconstruction de sens permettant au sujet de briser l'isolement, de collectiviser sa souffrance et de s'approprier son pouvoir d'agir. Enfin, cette approche répondait au désir de donner la place aux participantes et de laisser libre cours à leur récit. Ainsi, en leur proposant un espace où entretenir des discussions sur certaines thématiques, elles ont eu la liberté de faire évoluer leur récit à leur manière, et ce, sans avoir recours à des méthodes dialogiques particulières.

2.5 Ligne de vie

La construction de sens, telle qu'elle a été présentée, démontre la complexité du travail qu'elle requiert. Il peut être particulièrement ardu pour le sujet de réfléchir et de partager l'entièreté de son histoire de vie en vue d'en faire émerger une compréhension cohérente. La difficulté semble accrue dans le contexte d'une intervention de groupe à court terme et où l'intervenant ne se concentre pas sur l'histoire unique du sujet. L'utilisation d'outils spécifiques à cette collecte de donnée permet aux intervenants d'impliquer les sujets de manière concrète au processus. L'outil de la ligne de vie est présenté dans cette section puisqu'il a été utilisé dans le présent mémoire d'intervention afin de soutenir le travail réflexif demandé aux participantes.

2.5.1 Utilisation de la ligne de vie en intervention psychosociale

La ligne de vie est un outil d'intervention issu de l'art-thérapie, mais souvent sollicité par les approches narratives ou axées sur le récit de soi (traditions anglophone et

francophone). Initialement utilisée dans un contexte de collecte de données, la ligne de vie servait à obtenir des informations précises au sujet de l'historique d'un individu ou d'une famille dans le temps (Tracz et Gehart-Brooks, 1999). Diane Laroche, sociologue clinicienne spécialisée dans l'approche des histoires de vie en santé mentale, explique que l'utilisation des lignes de vie permet aux sujets de suivre et d'explorer leur trame narrative par l'intermédiaire d'un outil visuel (communication personnelle, 8 septembre 2020). L'exercice consiste en l'identification, sur une ligne du temps, des principaux événements, positifs et négatifs, ayant pris place dans la vie du sujet de sa naissance jusqu'au moment présent. Laroche explique que les lignes de vie demandent au sujet un travail de réflexion où il doit sélectionner de façon subjective différents événements marquants de sa vie pour les placer concrètement sur sa ligne du temps de façon chronologique.

Cet outil peut être particulièrement bénéfique à la création de liens avec le sujet puisque l'intervenant s'intéresse directement à son histoire de vie personnelle (Tracz et Gehart-Brooks, 1999). De plus, il permet à l'intervenant d'obtenir un regard compréhensif sur les croyances et attitudes du sujet en fonction des événements qu'il choisit de noter sur la ligne. La ligne de vie s'inscrit dans une approche centrée sur le récit de soi puisqu'elle invite le sujet à se positionner sur son histoire personnelle en expérimentant un regard externe sur ses expériences. Elle permet le développement d'une compréhension des différentes façons dont les événements de la vie peuvent influencer son identité et son appréciation de celle-ci (Laroche, communication personnelle, 8 novembre 2020).

2.5.2 Utilisation de la ligne de vie dans un contexte de groupe

Diane Laroche précise que l'application de cet outil à une démarche de groupe nécessite certaines adaptations. Elle propose notamment d'inviter les membres à partager leur ligne au groupe afin d'obtenir une perspective, un regard extérieur sur leur propre compréhension des événements notés. Comme mentionné par les auteurs

s'intéressant au récit de soi, le mouvement de retour entre le sujet et les membres du groupe lui permet de développer sa réflexion et sa compréhension de son histoire de vie et des événements qui s'y entremêlent. Elle explique également qu'il est nécessaire, au début de chaque rencontre, d'effectuer un retour sur la rencontre précédente afin de permettre aux participantes de revenir sur des éléments ayant été porteurs de réflexion depuis. Elle encourage l'intervenant à demander aux participantes comment elles arrivent (émotionnellement) en début de séance et comment elles repartent à la fin, et ce, dans le but de bien contenir les émotions présentes.

Vers la fin du processus de groupe, il est suggéré aux participantes d'ajouter les événements positifs qu'elles aimeraient célébrer à leur ligne de vie ou de les célébrer (Laroche, communication personnelle, 8 novembre 2020). Cette tâche est comprise dans une perspective d'autocompassion et sert à faire émerger des prises de conscience des participantes au sujet des influences des événements positifs sur les personnes qu'elles sont aujourd'hui. Pour ce faire, il est important de questionner les participantes sur les méthodes de « dégageant » utilisées comme les stratégies leur ayant permis de se sortir de situations difficiles.

2.6 Approche du récit de soi et le groupe d'aide mutuelle

L'approche des récits de vie par le groupe utilisée dans le cadre du présent mémoire mise sur la collaboration des participantes et sur un travail de coanalyse des récits individuels et collectifs. Ce type de travail nécessite une alliance entre les participantes et un désir d'offrir leur soutien et leur aide à leurs pairs tout au long du processus de groupe. En travail social, il existe d'ailleurs de nombreux types de groupes ayant chacun des fonctionnements et des formes différentes (Roy et Lindsay, 2018). Daniel Turcotte et Jocelyn Lindsay (2019), tous deux professeurs émérites en travail social, définissent ce type d'intervention comme étant :

Une méthode d'intervention qui mise sur le potentiel d'aide mutuelle présent dans un groupe et qui s'appuie sur une démarche structurée, d'une part, à aider les membres à satisfaire leurs besoins ou à accomplir certaines tâches et d'autre part, à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe. Cette démarche, orientée à la fois vers les membres en tant qu'individus et vers le groupe dans son ensemble, s'inscrit généralement dans le cadre des activités d'un organisme de services. (p. 5)

Ainsi, une démarche de groupe, plus spécifiquement selon un modèle de travail axé sur l'aide mutuelle, comme présenté par Lindsay et Roy (2017), inspire l'intervention de groupe proposée puisqu'elle suscite des dynamiques de collaboration soutenues entre les participantes nécessaires à notre démarche.

Papell et Rothman (1966), auteurs pionniers en travail social de groupe, soulignent la relation d'interdépendance entre les membres du groupe comme un aspect positif désignant l'engagement des participants les uns envers les autres. Cette idée soutient que le sujet détient des forces, potentielles et actives, résultant de ses multiples expériences de vie. Les groupes d'aide mutuelle se marient bien à l'approche des récits de vie en raison de l'importance accordée au partage et au collectif. En effet, les récits de vie reposent sur la narration du sujet de son histoire dans un contexte où cette histoire sera reçue, entendue et traitée par les autres. Les groupes axés sur les récits de vie misent sur la création de liens sociaux, le rassemblement de sujets singuliers autour d'une même quête et la création de sens. Les groupes d'aide mutuelle, quant à eux, misent sur la création d'une dynamique entre les membres d'un même groupe, ce qui leur permet de s'ouvrir les uns aux autres et de partager leurs expériences avec ouverture et compassion (Lindsay et Roy, 2017). Les membres sont perçus comme les experts les mieux placés pour s'offrir le soutien dont ils ont besoin ainsi que les regards réflexifs sur leur propre histoire.

2.6.1 Groupes d'aide mutuelle

Selon ce modèle, les membres sont perçus comme des ressources et la force de changement réside dans l'aide qu'ils peuvent s'apporter. Le groupe est perçu comme une entité qui repose sur l'alliance entre les participants œuvrant sur des problèmes communs (Lindsay et Roy, 2017). Cette alliance permet aux participants de s'ouvrir aux autres pour partager des vécus difficiles et ensuite bénéficier des histoires des autres et de leur soutien.

Steinberg (2014), praticienne d'expérience en travail social, décrit l'aide mutuelle comme la cause du groupe, c'est-à-dire le moyen mis à profit par les individus concernés, et la conséquence du groupe, soit le résultat de l'intervention et ce que les individus retireront de l'expérience. Elle définit (2008) plus spécifiquement l'aide mutuelle comme le recours à des dynamiques particulières par des personnes en quête de s'apporter un soutien réciproque. Elle soutient que ce modèle d'intervention présuppose la capacité des membres de s'offrir l'aide nécessaire en misant sur leurs forces individuelles et sur la force du groupe comme entité (Steinberg, 2014). Ce modèle d'intervention demande que l'intervenant partage son pouvoir avec les membres du groupe reconnaissant ainsi leur expertise et leurs statuts à titre de personnes ressources. L'intervenant agit à titre de soutien au groupe en assurant le maintien de la structure du groupe et son bon fonctionnement (Steingerg, 2014).

Steinberg (2014) souligne l'importance du recours par les sujets à l'auto réflexion et l'auto référence, soit le recours à soi et à son histoire personnelle. Ils sont invités à réfléchir à leurs propres vécus et l'utiliser pour venir en aide à un membre du groupe qui s'ouvre sur ses difficultés. La référence à soi dans un contexte de groupe contribue donc à la résolution des problèmes individuels des membres en les collectivisant. Steingerg (2014) explique qu'en se centrant sur ses propres expériences, les membres sont amenés à faire preuve d'introspection et d'empathie. Ils sont alors amenés à réfléchir aux liens qui les unissent en utilisant leurs propres expériences comme point

de départ pour offrir du soutien à leurs pairs. Elle précise également qu'ils doivent être amenés à percevoir leurs pairs comme des « aidants », des personnes ressources sur qui ils pourront compter ainsi que se percevoir comme une personne compétente, capable de venir en aide à ses pairs. Cette préoccupation du modèle d'aide mutuelle se trouve au sein de l'approche des récits de vie où les histoires personnelles sont utilisées dans l'élaboration de récits collectifs.

2.6.2 Dynamiques d'aide mutuelle

L'aide mutuelle n'apparaît pas simplement et naturellement. L'intervenant doit mettre en place et assurer le maintien d'un climat propice à son émergence au sein du groupe. Shulman (1985-1986), professeur en travail social, a établi une typologie de neuf phénomènes observables illustrant les dynamiques présentes dans ces types de groupes (Lindsay et Roy, 2017).

Le premier élément de la typologie est le partage d'information entre les membres (1). Ce partage implique que chaque personne soit perçue comme une ressource pour l'autre, tant informationnelle que de soutien. Ensuite, le deuxième élément de la typologie est la confrontation des idées (2). Il est entendu que les membres du groupe ne seront pas toujours en accord lors des échanges. Lorsque c'est le cas, les idées conflictuelles doivent pouvoir être entendues et discutées afin de permettre l'apprentissage et la remise en question. Ensuite, le groupe doit pouvoir discuter de sujets tabous (3). Les membres doivent pouvoir échanger sur des sujets délicats et difficiles, suscitant réactions et émotions. Le climat de groupe doit être suffisamment sécuritaire pour favoriser des échanges plus profonds sur les expériences personnelles des sujets. De plus, les membres doivent avoir l'impression d'être « tous dans le même bateau » (4). Cette expression désigne la sensation d'être compris par les autres membres du groupe qui vivent des difficultés et des émotions similaires.

Les membres doivent également être en mesure de s'offrir du soutien mutuel (5). Ils doivent pouvoir faire preuve d'empathie, d'écoute, de respect et de compassion pour les autres membres du groupe. Cela implique également d'accepter d'offrir de l'aide aux autres membres du groupe et de recevoir l'aide de leur part. Ensuite, les demandes mutuelles (6) sont encouragées. Les retours à la suite des partages, que ce soit sous forme de questions ou de commentaires, permettent aux sujets de développer leur compréhension et leurs réflexions face à leurs propres expériences. Le groupe est aussi sollicité dans la résolution de problèmes individuels (7). Chaque participant est encouragé à amener au groupe ses difficultés individuelles pour que celui-ci s'y penche et travaille de façon conjointe à leur résolution. Les problèmes individuels sont perçus comme ayant un intérêt collectif. Ensuite, il est souhaité que le groupe soit en mesure de réaliser des tâches difficiles (8). Ces dernières peuvent prendre différentes formes, mais il est important de reconnaître le groupe comme un endroit sécuritaire où il est possible d'expérimenter diverses façons d'entrer en relation afin de les transférer hors du groupe (p. ex. : l'affirmation de soi, la mise de limites). Enfin, la force du nombre (9) reconnaît que l'union fait la force et que c'est le travail d'équipe, les similitudes et les différences entre les participants qui leur permettent d'agir sur leur réalité propre. Chaque participant détient le pouvoir d'agir sur sa vie et de s'épanouir.

2.6.3 Phases de travail du groupe d'aide mutuelle

La typologie de Shulman (1985-1986) permet à l'intervenant de garder en tête les principaux axes à investir tout au long du processus de groupe. Toutefois, avant de se lancer dans une telle démarche, Lindsay et Roy (2017) proposent diverses phases que l'intervenant devrait prévoir afin de s'assurer de mettre en place les éléments nécessaires à l'installation d'une dynamique d'aide mutuelle qui sera maintenue tout au long du processus de groupe.

Tout d'abord, la phase de planification, selon Lindsay et Roy (2017), représente la préparation de l'intervention et le fait de prendre de connaissance des divers éléments

qui entreront en jeu lors du processus de groupe. Ainsi, à l'aide d'entrevues pré-groupe, l'intervenant récolte diverses données sur les participants, leur histoire, leurs forces et leurs difficultés. Cela permet à l'intervenant de connaître les potentiels leviers d'aide mutuelle. Il est par exemple possible d'identifier quelques similitudes entre les membres à mettre de l'avant ou des différences à explorer. Les auteurs recommandent de privilégier suffisamment de ressemblances et de différences pour permettre l'émergence d'aide mutuelle sur les points communs ralliant les participants et les points de confrontation au sujet des différences d'idées et de compréhension des expériences (Lindsay et Roy, 2017).

Ensuite, toujours selon Lindsay et Roy (2017), la phase de début consiste en l'introduction au processus d'intervention lors de la première rencontre de groupe. Elle détient deux objectifs distincts : la création d'un climat de confiance et la formalisation du fonctionnement (Turcotte et Lindsay, 2019). Les participants sont informés du raisonnement justifiant leur présence au groupe, des normes de fonctionnement leur sont proposées et un contrat de participation est établi par consensus entre les membres. Ce contrat, sans vouloir être restrictif et imposant, exige la confidentialité et le respect entre tous et encourage les membres à s'investir le plus possible dans le processus. Ainsi, plutôt que de formuler des règles au sujet de l'assiduité et de la participation, il s'agit de miser sur la promotion de « normes positives » en encourageant notamment la participation active aux activités du groupe et l'expression de sentiments authentiques. Les auteurs mentionnent qu'au fur et à mesure que le groupe progresse dans cette phase, l'intervenant est encouragé à faire appel au partage de l'information qui reconnaît le savoir d'expérience des participants au profit du bien commun du groupe (Lindsay et Roy, 2017). De plus, l'intervenant cherche à promouvoir le sens de la communauté en soulignant les points communs entre les participants et en leur retournant les décisions à prendre ou leurs questionnements. Il cherche également à reconnaître les forces individuelles et les forces collectives en soulignant les efforts et les compétences des membres (Turcotte et Lindsay, 2019).

La troisième phase proposée, la phase de travail, est probablement la plus longue du processus d'intervention. C'est lors de cette phase qu'ont lieu toutes les discussions et actions visant l'atteinte des objectifs individuels et collectifs. L'intervenant se doit de favoriser et de maintenir l'aide mutuelle entre tous les membres du groupe, et ce, tout au long de cette phase. Les auteurs Kurland et Salmon (1992) expliquent que la résolution de problèmes individuels se fait par un accès constant à chacun au temps. Selon, Steinberg (2014), cela implique que le temps est perçu comme une ressource collective auquel tous les membres ont accès. Les auteurs proposent de percevoir les difficultés individuelles comme pouvant être adressées en groupe (Kurland et Salmon, 1992; Steinberg 2014). Cela implique de laisser les membres intervenir librement lorsqu'ils en sentent le besoin. De plus, il est proposé qu'à la suite de l'exploration d'une préoccupation d'un membre, l'intervenant retourne l'expérience au groupe en invitant les autres membres à réfléchir à des situations semblables qu'ils ont vécues ou qui ont provoqué des émotions similaires (Lindsay et Roy, 2017). Ce processus est basé sur l'idée que le dénouement de situations individuelles n'est pas bénéfique que pour le participant qui les présente, mais pour tous les membres qui participent aux discussions.

La phase de la fin nécessite une approche toute particulière puisqu'elle peut être source d'émotions conflictuelles telles la satisfaction à l'égard du travail effectué, la colère envers la fin du groupe et l'anxiété face à la perte de repères et de routine. Lors de cette phase, Steinberg (2013) recommande d'effectuer un bilan du processus dans son entièreté avec les membres. Les participants sont notamment encouragés à réfléchir aux différentes façons dont ils ont été aidés à l'aide des neuf dynamiques d'aide mutuelle. Ils peuvent donc réfléchir aux façons dont la force du nombre, l'impression d'être dans le même bateau ou la confrontation d'idées les ont aidés à cheminer et à réfléchir sur leur situation initiale et leurs expériences personnelles.

Pour conclure, nous avons exposé, en début de chapitre, les pressions auxquelles est assujéti le sujet moderne, justifiant l'utilité de miser sur des approches centrées sur les récits de vie et le récit de soi. Nous avons également précisé la pertinence du recours à ces approches dans le cadre d'une intervention auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire et ayant été victimes de violence sexuelle. Enfin, nous avons présenté le modèle d'intervention centré sur l'aide mutuelle duquel s'inspire le groupe de soutien. Le prochain chapitre présentera le milieu d'intervention choisi et ayant accueilli le présent projet d'intervention.

CHAPITRE III

PRÉSENTATION DU MILIEU D'INTERVENTION

3.1 Choix de l'organisme

Il existe de nombreuses ressources œuvrant soit en violence sexuelle ou en troubles alimentaires à Montréal et au Québec, que ce soit dans les secteurs communautaire, institutionnel ou privé. Toutefois, dans une visée d'accessibilité et de justice sociale, des valeurs centrales au travail social, il a été choisi de prioriser une ressource communautaire bien ancrée dans le monde des troubles alimentaires ou de la violence sexuelle. Ultiment, un organisme communautaire œuvrant auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire a été sélectionné puisque l'intervention proposée s'insère dans une perspective de rétablissement et vise l'amélioration du fonctionnement social des individus aux prises avec des difficultés sur les plans de l'alimentation et de l'image corporelle.

3.1.1 Expertise de l'organisme

Ce faisant, l'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB) a été approché et s'est montré enthousiaste à l'idée d'accueillir et de soutenir ce projet d'intervention. Parmi les organismes spécialisés en troubles alimentaires dans la grande région de Montréal, il s'agit du seul œuvrant dans le secteur communautaire. Toutefois, l'organisme est bien ancré dans la communauté et le monde plus large de la santé mentale au Québec.

Il détient une expertise solide en troubles alimentaires développée au fil de ses 30 années et plus d'existence. L'organisme détient également une expertise en groupes de soutien, l'un de ses principaux services offerts, ce qui s'arrime parfaitement avec la visée du projet, soit d'offrir un groupe de soutien spécifique aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire et ayant également été victimes de violence sexuelle.

3.2 Description de l'organisme ANEB

3.2.1 Historique

L'organisme ANEB a été créé en 1987 par le Dr Pierre Lechner qui voulait mettre sur pied une fondation basée sur une approche communautaire (ANEB, 2021a). À l'époque, ANEB s'appelait la Fondation de l'anorexie mentale et de boulimie et visait à répondre aux approches biomédicales qui occupaient une place centrale dans le milieu de la santé mentale. La Fondation offrait des groupes d'entraide pour les personnes souffrant d'un trouble alimentaire.

Ce n'est qu'en 1996 qu'ANEB devient un organisme communautaire indépendant. Au fil des années, l'organisme a bonifié son offre de services en y ajoutant des services ponctuels, tels que les groupes ouverts, puis une ligne d'écoute accessible partout au Québec et des services destinés aux proches des personnes souffrant de troubles alimentaires. Le succès de l'organisme communautaire lui a permis de développer des partenariats solides avec diverses personnalités québécoises et les compagnies Dove et Avon.

3.2.2 Mission et objectif

La mission de l'organisme est simple : garantir une aide professionnelle immédiate et gratuite aux personnes qui sont touchées par les troubles alimentaires (ANEB, 2020). Afin de répondre à sa mission, ANEB offre des services diversifiés, confidentiels et

bilingues pour les personnes souffrant de troubles alimentaires et leurs proches et effectue des actions de sensibilisation auprès de la population générale.

3.2.3 Approches priorisées

Les services offerts chez ANEB sont ancrés dans des approches cognitivocomportementales et humanistes. Cela se traduit par la reconnaissance de l'expérience des participants et la position qui leur est accordée en tant qu'experts de leur vie. Leur interprétation personnelle de leurs expériences et la compréhension de leurs difficultés au quotidien sont reconnues et mises de l'avant. L'intervenant se positionne comme un guide ayant pour objectif d'assister les participants dans leur processus de rétablissement en leur offrant de l'information juste au sujet des troubles alimentaires.

3.2.4 Services offerts

Les services offerts par l'organisme visent les personnes adultes et adolescentes souffrant de troubles alimentaires, leurs proches et la population générale. Les services généraux sont constitués d'une ligne d'écoute et de référence, d'un service de clavardage et de texto, de groupes de soutien ouverts ainsi que de groupes de soutien fermés. L'organisme offre également divers services de sensibilisation, de prévention et de formation, que ce soit par des ateliers, des kiosques ou des conférences (ANEB, 2021b).

La ligne d'écoute et de référence est disponible tous les jours, du lundi au vendredi entre 8 h et 3 h le matin et la fin de semaine de 16 h à 3 h du matin. Les séances de clavardage de groupe ont lieu une fois par mois, en ligne, et sont animées par un intervenant de l'organisme. Les groupes de soutien fermés sont animés par deux intervenants, souvent un duo composé d'un intervenant de l'organisme et d'un bénévole ou d'un stagiaire. Ces groupes ont une durée variable de 8 à 15 semaines et

accueillent au plus 10 participants. Le groupe se rencontre de façon hebdomadaire pendant 2 h. Divers types de groupes fermés sont offerts et abordent les troubles alimentaires en général (groupes Niveau I et Niveau II), l'hyperphagie, la nutrition, la sexualité ou utilisent des techniques d'art-thérapie. Les groupes ouverts, quant à eux, ne requièrent pas d'inscription préalable et sont ouverts à tous. Les participants n'ont qu'à se présenter à l'heure de la rencontre et le thème de cette dernière découlera de leurs besoins. Tous les groupes sont réservés aux personnes âgées de 17 ans et plus.

3.2.5 Structure organisationnelle

L'organisme est composé de multiples professionnels en santé mentale, de stagiaires et de bénévoles. La permanence de l'organisme est composée de la directrice générale, Mme Josée Champagne, qui assure son fonctionnement, d'une adjointe administrative et d'une équipe d'intervenants. L'équipe d'intervenants est soutenue par le coordonnateur clinique. Les différents volets de services (éducation et prévention, jeunesse, ligne d'écoute, service texto) sont pilotés par des intervenants qui en sont responsables. Sous ces responsables œuvrent plus de 20 intervenants, 20 bénévoles et quelques stagiaires issus de domaines en intervention (sexologie, travail social).

L'équipe permanente se rencontre régulièrement, de façon hebdomadaire, afin de discuter du fonctionnement de l'organisme. Ces rencontres permettent aux différentes équipes d'échanger sur l'évolution de leurs services et de leurs projets respectifs ainsi que de transmettre des informations clés à tous. Ensuite, à l'occurrence d'une fois par mois, le coordonnateur clinique anime des réunions cliniques réunissant tous les intervenants, à l'exception de la directrice générale et de l'adjointe administrative. Les intervenants peuvent y présenter des cas nécessitant de la supervision clinique afin d'ajuster leurs interventions ou de revoir le plan d'intervention. Les responsables de chaque volet de services de l'organisme sont chargés de la supervision clinique des intervenants œuvrant dans leur service respectif. Ces responsables se retrouvent d'ailleurs sous la supervision du coordonnateur clinique.

3.2.6 Adaptation de l'organisme à la pandémie de la COVID-19

En raison de la pandémie de la COVID-19, l'organisme a eu à adapter son offre de services, notamment les groupes de soutien, aux consignes sociosanitaires en vigueur. Les groupes sont désormais offerts sur la plateforme de visioconférence Zoom. De ce fait, les groupes ouverts nécessitent une inscription préalable afin d'assurer la gestion du nombre de participants assistant au groupe en ligne. La procédure pour l'inscription aux groupes fermés demeure la même. Diverses mesures de sécurité ont été mises en place par l'organisme afin d'assurer la confidentialité des participants aux services offerts en ligne. Parmi ces mesures, les participants ont reçu des consignes quant à leur identification sur la plateforme (prénom inscrit clairement) et le fait de devoir être seul dans une pièce fermée et l'organisme a favorisé l'usage d'un mot de passe pour accéder à la salle virtuelle et sa fermeture une fois tous les participants entrés.

3.3 Soutien offert à l'étudiante

En raison de la pandémie de la COVID-19 et des règlements relatifs à la distanciation sociale, l'entièreté du stage s'est déroulée à distance. Le coordonnateur clinique de l'organisme, Jérôme Tremblay, sexologue, a occupé le rôle de répondant sur le milieu d'intervention. À travers les rencontres bimensuelles, il a pu suivre l'évolution du groupe de soutien et offrir à l'étudiante le soutien nécessaire en vue d'assurer son bon fonctionnement. Comme le répondant n'était pas travailleur social, mais plutôt sexologue, une superviseuse externe, Mathilde Buet, travailleuse sociale, a offert son soutien à l'étudiante, notamment lors de rencontres hebdomadaires (à distance) tout au long du déroulement du groupe de soutien.

Au début du projet, l'étudiante a participé à deux jours et demi de formations offerts par ANEB au sujet des services offerts par l'organisme, des approches d'intervention mobilisées et des troubles alimentaires de façon générale. Ensuite, celle-ci a pu

coanimer deux groupes ouverts avec une intervenante de l'organisme. Cela a permis de se familiariser avec la clientèle de l'organisme, mais surtout avec l'animation de groupes de soutien à distance. Comme l'organisme utilisait la plateforme de visioconférence Zoom pour la tenue des groupes, ces coanimations étaient l'occasion d'observer le fonctionnement de celle-ci et le déroulement d'un groupe à l'aide de ce médium. Cela a également permis d'observer l'application de règles et de mesures visant le bon déroulement du groupe et le respect de la confidentialité des participantes.

3.3.1 Expérience de stage à distance

En tant que stagiaire, l'étudiante n'a pas eu l'occasion de se déplacer directement sur les lieux de l'organisme ni de rencontrer l'équipe. Les seuls contacts avec des membres du personnel de l'organisme se sont limités au répondant, Jérôme Tremblay, à deux intervenantes lors de l'animation des groupes ouverts et à une dizaine de bénévoles et de stagiaires lors des jours de formation. Ces contacts ont tous eu lieu sur la plateforme Zoom et se sont donc tous tenus à distance. Par le fait même, l'entièreté du groupe de soutien animé pour le présent mémoire d'intervention s'est également déroulée à distance sur la plateforme Zoom.

Malgré cela, le répondant du milieu s'est assuré du soutien de l'organisme à chaque étape du processus, ce qui a permis de combattre l'isolement que l'étudiante aurait pu ressentir dans un tel contexte. De plus, son expérience de travail préalable auprès de la clientèle (troubles alimentaires et violence sexuelle) a pu minimiser l'isolement potentiel puisque celle-ci se sentait solide et confiante en ses habiletés d'intervention et en ses compétences à mener à terme le projet. Ensuite, le soutien hebdomadaire avec la superviseuse externe, bien que réalisé à distance, a permis d'obtenir un espace où explorer les plus récents partages des participantes, aborder les difficultés et les craintes et discuter de pistes d'intervention potentielles. Ce soutien continu a permis à l'étudiante de développer ses habiletés d'intervention, d'exercer un regard extérieur sur l'évolution du groupe et de se recentrer pour la rencontre suivante.

Le caractère à distance de l'intervention a tout de même eu des effets indéniables sur l'expérience globale de stage. En effet, l'étudiante n'a pas eu l'occasion de rencontrer tous les membres de l'équipe ni d'assister à des réunions cliniques ou de fonctionnement. Cela donne l'impression de ne pas tout à fait saisir le mode de fonctionnement de l'organisme et des différents services offerts. D'ailleurs, en raison de la distance, l'étudiante a pu avoir l'impression d'offrir un service externe à l'organisme ne faisant pas partie de leur offre de services générale. Il est également important de noter que celle-ci n'a pas eu l'occasion de présenter le projet d'intervention aux autres membres de l'équipe avant le début du groupe ni d'en présenter les résultats par la suite. Cela peut être dû au contexte de surcharge entraîné par la pandémie, dans laquelle les services d'aide en santé mentale ont été sursollicités, ainsi qu'au contexte particulier du télétravail.

Malgré cela, cette indépendance de l'organisme a eu des effets qu'on peut croire bénéfiques pour le projet d'intervention. Tout d'abord, l'organisme semblait faire suffisamment confiance à l'étudiante pour lui laisser le champ libre à créer et à réaliser l'intervention telle qu'elle avait été imaginée. Cette possibilité de maintenir une indépendance totale de l'organisme a permis de mettre en place un projet d'intervention à l'image de la recension des écrits et des constats effectués quant aux besoins de la population visée. Cela a également permis de solliciter une approche d'intervention peu utilisée jusqu'à présent dans ce domaine spécifique de la santé mentale. Contrairement à d'autres projets d'intervention qui se voient parfois modifiés en fonction des attentes et du cadre propre au milieu d'intervention, ce projet a pu être mené en respectant notre vision initiale, et ce, jusqu'au bout. À cet effet, l'organisme s'est montré particulièrement enthousiaste à la tenue du projet en raison des constats face au besoin de leur clientèle d'obtenir des services en violence sexuelle. Cet intérêt préalable pour le projet a contribué à la possibilité de mettre sur pied le groupe de soutien. Celui-ci a pris une forme similaire aux groupes déjà offerts par l'organisme, notamment quant à sa durée (12 semaines, rencontres de 2 heures), tout en étant adapté

à notre vision (nombre restreint de participantes, peu de psychoéducation, axé sur les discussions).

Ce chapitre présente l'organisme communautaire ANEB qui a accueilli le présent projet d'intervention. Le prochain chapitre abordera plus spécifiquement la méthodologie de l'intervention et ainsi que les mesures mises en place pour assurer son bon déroulement.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la forme de l'intervention, la population ciblée, les critères d'inclusion et d'exclusion sélectionnés ainsi que le processus de recrutement des participantes. Ensuite, les principes éthiques qui ont guidé le projet sont énoncés, notamment les risques et bénéfices qu'ont pu tirer les femmes de leur participation au groupe de soutien. Enfin, les mesures mises en place afin d'assurer la confidentialité des participantes et des données recueillies sont exposées.

4.1 Intervention proposée et modalités de l'intervention

Un groupe de soutien a été mis sur pied avec la collaboration de l'organisme communautaire ANEB qui a accueilli le présent projet d'intervention. Le groupe était offert aux personnes ayant un trouble alimentaire qui ont également été victimes de violence sexuelle. Le groupe de soutien s'est étalé sur une période de trois mois, de février à avril 2021, totalisant 12 rencontres hebdomadaires. Chaque séance avait une durée de deux heures, sans pause. Le groupe était offert en soirée, de 19 h à 21 h, tous les jeudis.

Avant leur inscription officielle au groupe, les participantes étaient contactées par téléphone pour une entrevue pré-groupe d'une durée de 45 minutes. Un questionnaire créé par l'organisme dans le cadre d'évaluations psychosociales, bonifié en fonction

des besoins du présent projet, a été utilisé lors de cette entrevue (Annexe A). Les informations recherchées se concentraient sur l'évaluation de la motivation à participer au groupe, certaines informations quant aux suivis médicaux et thérapeutiques, le problème alimentaire actuel, l'état de santé général, la présence de comorbidités (symptômes anxieux, dépressifs), l'évènement traumatique (violence sexuelle), la présence d'un réseau social et les attentes à l'égard de la participation au groupe.

Lorsque le groupe de soutien a été terminé, nous avons procédé à des entrevues postgroupe dans les deux semaines suivant la dernière rencontre du groupe. Chaque entrevue a eu une durée variant entre 30 et 45 minutes. Les participantes ont eu l'occasion de partager leurs recommandations quant à la reproduction de l'intervention ainsi que leurs impressions au sujet de leur expérience au sein du groupe et du service reçu. Tout comme les entrevues pré-groupe, une grille préétablie guidait les questions posées aux participantes (Annexe A). La grille a été créée spécifiquement pour les besoins de l'étudiante, mais elle était basée sur un questionnaire créé par l'organisme auquel les participantes peuvent répondre en ligne de façon anonyme.

4.1.1 Population cible

Les écrits scientifiques indiquent que parmi les adultes, ce sont les adultes émergents (18-24 ans) qui sont les plus touchés à la fois par la violence sexuelle et les troubles alimentaires. Bien que la prévalence soit plus élevée chez les personnes mineures dans les deux cas, il a été choisi d'offrir l'intervention aux adultes. En raison de l'objectif même de la présente intervention, soit de travailler à comprendre et à lier l'émergence du trouble alimentaire à la victimisation sexuelle, il était nécessaire que les participantes soient en mesure d'exercer ce regard réflexif sur leurs expériences. Ces réflexions peuvent demander un certain recul face aux événements et une plus grande maturité émotionnelle, plus présente chez l'adulte. De plus, les statistiques au sujet de la clientèle d'ANEb démontrent que l'âge moyen des participants est de 45 ans (ANEb,

2020). Il était donc important que l'offre de service réponde au portrait de la clientèle type de l'organisme.

Concernant le genre des participantes, le groupe était réservé aux femmes uniquement. Ce choix était basé sur les données provenant de la recherche scientifique qui indique que la majorité des victimes de violence sexuelle sont des femmes alors que, le plus souvent, les agresseurs sont des hommes. Les personnes les plus touchées par les troubles alimentaires sont également majoritairement de sexe féminin. Bien que l'organisme ne sépare pas les groupes en fonction du genre, les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), organismes féministes ancrés dans l'offre de service en violence sexuelle au Québec, offrent des services réservés uniquement aux femmes. Ainsi, dans l'optique de créer un climat de confiance où les participantes pouvaient se sentir en sécurité, le groupe a été offert aux femmes uniquement.

L'organisme ANEB propose des groupes de soutien composés de dix participants. Or, il a été choisi d'offrir le groupe à un maximum de huit participantes. Le développement de l'aide mutuelle dans ce type de groupe nécessite que le groupe soit de taille suffisamment grande pour permettre une diversité d'expériences et d'opinions, mais suffisamment intime pour que les membres puissent participer librement et discuter de sujets difficiles. De plus, comme le groupe visait l'exploration des récits, il était préférable que la taille du groupe permette à chaque participante d'avoir l'espace nécessaire pour explorer son histoire personnelle en profondeur. Ainsi, un groupe se situant entre cinq et huit participantes semblait idéal. Il a été choisi de rechercher huit participantes en vue de contrer l'attrition. Deux participantes étaient également sur une liste d'attente au cas où la rétention serait difficile, surtout en raison du contexte particulier dû à la pandémie de la COVID-19.

Aucun critère quant à l'appartenance ethnique, culturelle, religieuse ou socioéconomique des participantes n'a été retenu puisque ces critères n'avaient aucune incidence sur le bon déroulement de l'intervention. Par contre, il était nécessaire de parler couramment le français pour participer au groupe puisqu'il était animé en français. En ce sens, pour favoriser la cohésion et la fluidité des discussions, il était préférable de ne pas avoir à traduire les propos des participantes. Cela a permis d'éviter que les frontières linguistiques nuisent à la spontanéité des échanges, augmentent les risques de malentendus ou créent des dynamiques d'exclusion entre les membres.

4.1.2 Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle

Il n'était pas nécessaire d'avoir un diagnostic de trouble alimentaire pour participer au groupe de soutien. Toutefois, les participantes devaient s'identifier à la définition de l'organisme des troubles alimentaires comme étant « des désordres complexes, principalement caractérisés par des habitudes alimentaires anormales, une crainte intense de prendre du poids et une grande préoccupation par rapport à l'image corporelle » (ANEB, 2021c). La personne devait être aux prises avec ces difficultés au moment de sa participation au groupe.

Concernant l'expérience de victimisation sexuelle, les victimes, peu importe le type de violence sexuelle subie, étaient éligibles au groupe. Cette décision est basée sur l'idée que les conséquences de la violence pour la victime demeurent les mêmes, peu importe le type de violence sexuelle subie. Dans l'optique de minimiser le risque que la personne se trouve dans une situation de violence au moment de l'intervention, un délai d'au moins 6 mois entre la dernière expérience de victimisation et le début du groupe était demandé. Ce délai était nécessaire à la participation au groupe pour minimiser la présence d'émotions intenses et permettre à la participante de prendre un certain recul face à l'évènement.

Enfin, en raison de la pandémie de la COVID-19, diverses mesures ont dû être mises en place afin d'assurer le bon déroulement de l'intervention. Comme pour les groupes offerts par l'organisme, le présent groupe de soutien a lui aussi eu lieu en ligne sur la plateforme de visioconférence Zoom. De ce fait, les participantes devaient être munies de certains outils technologiques pour pouvoir participer au groupe. Elles devaient notamment avoir accès à une connexion Internet suffisamment puissante pour soutenir, de façon continue, le programme de visioconférence. Elles devaient avoir un ordinateur portable ou un téléphone intelligent muni d'une caméra, d'un micro et de hautparleurs fonctionnels. Les participantes devaient également avoir accès à un espace privé où leur confidentialité et celle des autres participantes seraient assurées tout au long de l'intervention.

4.1.3 Collecte d'information

Tout au long de l'intervention, une grille d'observation a été utilisée afin de suivre l'évolution du groupe (Annexe E). Cette grille, remplie par l'étudiante à la suite de chaque rencontre de groupe, visait à évaluer le développement des dynamiques d'aide mutuelle entre les participantes, et ce, dans l'optique de permettre à l'étudiante d'ajuster ses interventions lorsque nécessaire.

La grille utilisée a été élaborée par Ginette Berteau, travailleuse sociale et professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal et Dominique Warin, enseignante en travail social à la Haute École Libre Mosane en Belgique. Elle a été conçue comme un outil de collecte de données permettant d'observer l'évolution de l'aide mutuelle dans le groupe (Berteau et Warin, 2016). La grille s'intitule « Grille d'auto-évaluation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle » et consiste en l'évaluation de chacune des 9 dynamiques d'aide mutuelle identifiées précédemment (Steinberg, 2013; Shulman, 1985-1986).

En ce qui concerne la structure informelle du groupe, les liens entre chaque participante ainsi que les interactions entre elles ont été notés par l'étudiante à la suite de chaque rencontre de groupe. De plus, une attention était portée à la fréquence des prises de paroles et des interventions des participantes. Ces mesures permettaient de suivre la structure des relations interpersonnelles entre les membres, la formation de sous-groupes ou la mise en retrait de certaines participantes.

4.2 Recrutement des participantes

Le processus de recrutement s'est enclenché vers la fin du mois de décembre 2020 et s'est déroulé en plusieurs étapes. La sélection des participantes était basée sur le principe du « premier arrivé, premier servi ». Lorsqu'une femme répondait au courriel d'invitation, son nom était inscrit sur une liste. Un échange de courriels pour informer les participantes qu'elles devaient être rencontrées pour une entrevue pré-groupe pour s'assurer qu'elles répondaient aux critères de sélection s'ensuivait.

Tout d'abord, le coordonnateur clinique a envoyé l'affiche de recrutement (Annexe B) ainsi qu'un bref descriptif du groupe de soutien par courriel à une liste d'envoi de l'organisme contenant des participantes intéressées par les groupes de soutien au sujet de la sexualité. Cette décision, prise par l'organisme, était basée sur leur constat selon lequel les participantes aux groupes au sujet de la sexualité semblent le plus souvent avoir vécu des formes de violence sexuelle. Un avertissement « *Trigger warning* » a été ajouté en grands caractères afin d'avertir les personnes recevant l'offre de service que le message traite d'un thème sensible : la violence sexuelle. Ce premier envoi a suscité l'intérêt de cinq personnes. L'une d'entre elles s'est désistée avant l'entrevue pré-groupe et une autre s'est désistée à la suite de l'entrevue.

La seconde étape du processus a consisté en un envoi général de l'offre de service aux membres inscrits à l'organisme et en un partage de l'affiche de recrutement sur les

réseaux sociaux (Facebook et Instagram) de l'organisme. L'offre de service partagée sur le réseau Facebook a été repartagée 30 fois par des organismes communautaires, des professionnels de la santé et des individus. Cette diffusion a entraîné une réponse de 27 personnes.

Un total de huit femmes ont été contactées et rencontrées pour une entrevue pré-groupe. Ensuite, deux personnes ont été placées sur une liste d'attente sans être contactées pour une entrevue pré-groupe. Elles étaient toutefois avisées qu'elles étaient placées sur la liste d'attente. Le groupe final était donc composé des huit participantes qui ont été rencontrées en entrevue. Les deux femmes sur la liste d'attente ont donc été contactées pour les aviser qu'elles ne pourraient pas participer au groupe. Une réponse par courriel a également été envoyée aux 19 personnes ayant manifesté leur intérêt pour le groupe, les remerciant de leur intérêt et leur indiquant que le groupe était désormais complet.

4.3 Considérations éthiques

Dans le cadre du présent projet d'intervention, le certificat d'accomplissement de la formation L'énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER) a été obtenu avant le début de l'intervention. La demande d'approbation éthique a été approuvée en décembre 2020 par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) de l'UQAM (Annexe C).

4.3.1 Risques de l'intervention pour les participants

Les interventions, qu'elles soient dans le cadre d'un projet étudiant ou de l'offre de services d'un organisme communautaire ou institutionnel, comportent leur lot de risques et d'avantages pour les participants et usagers. Il est primordial de les identifier au préalable afin de mettre en place certaines mesures visant à réduire les risques, ou du moins, à mieux les encadrer.

En ce qui a trait aux risques liés au présent groupe de soutien, il était nécessaire de reconnaître, tout d'abord, la vulnérabilité sociale et psychologique de la clientèle sélectionnée ainsi que la sensibilité des thèmes abordés. En effet, il s'agit d'une population aux prises avec des troubles de santé mentale qui a également été victime d'expériences traumatiques dont les conséquences peuvent être particulièrement lourdes et présentes sur différents plans (santé mentale et physique, sphère familiale, sociale, économique, etc.) Il était impératif de demeurer sensible à cette réalité à tout moment de l'intervention et d'accorder une attention particulière à l'état émotif des participantes au début de la rencontre et lorsqu'elles quittaient le groupe.

4.3.2 Mesures de sécurité

Afin d'adresser les risques soulevés, certaines mesures ont été mises en place à différents moments de l'intervention. Lors des rencontres individuelles pré-groupe, les risques d'observer une recrudescence des symptômes psychologiques et du trouble alimentaire ont été nommés aux participantes et une brève évaluation a été effectuée afin de vérifier le risque suicidaire, les facteurs de risque et de protection préexistants ainsi que l'établissement d'un plan de sécurité. Diverses ressources telles que les lignes d'écoute de Suicide Action Montréal, la ligne d'écoute et de référence Info-aide violence sexuelle, la ligne d'écoute d'ANEb, de Revivre (anxiété et dépression) et les centres de crise ont été partagées aux participantes et leur ont régulièrement été rappelées tout au long de l'intervention.

Des mesures additionnelles ont été prises afin d'assurer la sécurité des participantes étant donné le caractère « à distance » de l'intervention. Comme prévu par le fonctionnement de l'organisme, un contact d'urgence était demandé à chaque participante en cas d'inquiétude pour leur santé et leur sécurité. De plus, dans le cas où elles exprimeraient une trop grande détresse lors de la rencontre de groupe, il était prévu de proposer à la participante de la retirer brièvement dans une salle de petit groupe sur la plateforme de visioconférence Zoom. Le but de cette intervention était

d'évaluer le risque et le niveau de détresse afin de mettre en place un plan de sécurité ou de réintégration de la participante au groupe.

Enfin, en début de rencontre, les participantes étaient invitées à s'exprimer sur leur état émotif pour qu'on puisse prendre le pouls du groupe et avoir l'œil sur l'état des participantes. Avant la fin de chaque rencontre, les participantes étaient invitées à s'exprimer de nouveau sur leur état et à partager leur plan pour prendre soin d'elles à la suite du groupe. Cela permettait d'assurer un suivi de l'état des participantes à tout moment lors de l'intervention de groupe.

4.3.3 Consentement

Le consentement libre et éclairé est un principe de base de tout bon travail de recherche et d'intervention. L'affiche de recrutement comprenait une description claire du thème et de l'objectif de l'intervention afin que les participantes s'inscrivent en toute connaissance de cause. Le format du groupe était explicité afin que l'engagement nécessaire soit compris par les participantes. De plus, le formulaire précisait qu'il s'agissait d'un service offert dans le cadre d'un projet de mémoire à la maîtrise en travail social. Ensuite, lors de l'entrevue pré-groupe, il était mentionné aux participantes que le son audio des rencontres serait enregistré, retranscrit en verbatim et que des extraits seraient utilisés dans le présent mémoire. Les participantes étaient informées de l'encadrement dont bénéficiait l'étudiante, c'est-à-dire une rencontre de supervision hebdomadaire avec la superviseure ainsi que le soutien de l'organisme et de la directrice de mémoire. Les règles de base de la participation au groupe et les mesures privilégiées afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données leur étaient également partagées.

Une fois inscrites à l'activité, les participantes devaient obligatoirement remplir deux formulaires de consentement, le premier provenant de l'organisme et le second de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe D). Le formulaire de l'organisme

détaille les principes de base de la participation au groupe et demande le respect de ces consignes. Le second détaille les principes liés à la participation à un projet de recherche étudiant et demande l'accord de la participante quant à l'enregistrement des données et à leur utilisation subséquente. Les deux formulaires ont été envoyés aux participantes après l'entrevue prégroupe. Ces dernières devaient les signer électroniquement, puis les renvoyer à l'étudiante avant la première rencontre de groupe.

4.3.4 Confidentialité des données

Diverses mesures ont servi à assurer la protection des données et la confidentialité des participantes, que ce soit lors de l'intervention ou de la rédaction du mémoire. Ces mesures se retrouvent dans le formulaire de consentement, dûment signé et approuvé par les participantes.

Tout d'abord, chaque participante s'est vu attribuer un code unique allant de 1 à 8. Ces codes ont été utilisés dans la rédaction des verbatims afin qu'aucun nom complet ou partiel n'y apparaisse et ne permette l'identification des participantes par un tiers. De plus, comme l'intervention a eu lieu sur la plateforme de visioconférence Zoom, il était nécessaire de faire usage de mesures permettant d'assurer la confidentialité des participantes tout au long du processus d'intervention.

Ainsi, chaque rencontre du groupe était protégée par un code secret qui demandait aux participantes d'utiliser les informations fournies dans le courriel d'invitation pour accéder à la salle. Elles devaient également s'assurer de bien inscrire leur nom (prénom et première lettre du nom de famille) afin qu'on vérifie leur identité avant de les autoriser à entrer dans la salle. Une fois que les participantes entraient le code secret, elles étaient placées dans une salle d'attente virtuelle dans laquelle les vérifications étaient effectuées avant de les intégrer au groupe. De plus, une fois toutes les participantes arrivées, l'accès à la salle était bloqué afin d'empêcher des personnes non désirées de se joindre au groupe et d'assister aux échanges à notre insu.

Les participantes devaient consentir aux risques liés à l'utilisation de la plateforme, sachant toutefois que toutes les mesures possibles étaient mises en place pour assurer leur confidentialité. Chaque participante devait s'assurer de porter des écouteurs si d'autres personnes étaient présentes à leur domicile ainsi que d'être dans une pièce à part et fermée, de sorte que personne ne puisse passer et observer leur écran.

Enfin, ce chapitre a permis de décrire la planification de l'intervention et son analyse subséquente ainsi que les mesures mises en place pour assurer son bon déroulement et la sécurité des participantes. Le chapitre suivant présentera l'analyse de l'expérimentation et de l'intervention accomplie.

CHAPITRE V

ANALYSE DE L'EXPÉRIMENTATION DE L'INTERVENTION ACCOMPLIE

5.1 Présentation des participantes

Le groupe, composé de huit femmes, était caractérisé par la diversité des facteurs communs qui reliaient les participantes les unes aux autres. Les caractéristiques des participantes ont été obtenues lors de la rencontre pré-groupe, soit avant leur participation au groupe de soutien. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 5.1.

Tableau 5.1 Présentation générale des participantes

Participante	Âge	Entendu parlé du service	Services obtenus chez ANEB
1	47	Envoi courriel	Début du groupe Niveau 1, abandon après quelques rencontres
2	35	Envoi courriel	Niveau 1, 2
3	59	Envoi courriel	Niveau 1, 2
4	37	Envoi courriel	Niveau 1, Niveau 2
5	42	Envoi courriel	Niveau 1, Hyperphagie, groupes ouverts
6	25	Page Facebook d'ANEB	Aucun
7	37	Page Facebook d'ANEB	Aucun
8	35	Page Instagram d'ANEB	Aucun

L'âge des participantes variait entre 25 et 59 ans, avec un âge moyen de 39,6 ans. En fait, quatre participantes étaient âgées de 30 à 40 ans. La moitié des participantes

avaient des enfants. En regard de leur situation socioéconomique respective, la moitié des participantes rapportaient un revenu annuel individuel se situant entre 45 000 \$ et 55 000 \$. Toutes les participantes, sauf une, étaient à l'emploi au moment de l'intervention.

Concernant les services obtenus préalablement à l'organisme, cinq participantes ont rapporté avoir déjà participé à au moins un groupe, soit le groupe Niveau 1. D'ailleurs, deux participantes étaient inscrites à un second groupe simultanément à leur participation au présent groupe de soutien. Les participantes ont rapporté avoir initialement voulu obtenir les services de l'organisme en vue de surmonter leur trouble alimentaire, obtenir des stratégies spécifiques en ce sens et échanger avec d'autres personnes souffrant d'un trouble alimentaire.

5.1.1 Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle dans le groupe

Les participantes présentaient un portrait du trouble alimentaire plutôt similaire malgré quelques différences. Le Tableau 5.2 présente le portrait des participantes concernant leur trouble alimentaire et la violence sexuelle.

Tableau 5.2 Portrait du trouble alimentaire et de la violence sexuelle

#	Profil trouble alimentaire	Moment de la victimisation	Type de violence sexuelle	Services actuels externes
1	Hyperphagie	Enfance et âge adulte	Abus sexuel, inceste, agression sexuelle avec <i>et</i> sans contact	Aucun
2	Hyperphagie	Âge adulte	Agression sexuelle avec contact	Aucun
3	Boulimie	Enfance et âge adulte	Abus sexuel, agression sexuelle avec contact	Suivi psychologique régulier
4	Hyperphagie	Enfance et âge adulte	Inceste, abus sexuel, agression sexuelle avec contact	Suivi psychologique régulier
5	Hyperphagie	Enfance, adolescence et âge adulte	Abus sexuel, agression sexuelle sans contact	Suivi psychologique régulier

6	Non spécifié	Adolescence	Abus sexuel, agression sexuelle avec contact	Aucun
7	Anorexie	Enfance et âge adulte	Inceste, agression sexuelle avec contact	Aucun
8	Boulimie	Âge adulte	Agression sexuelle avec <i>et</i> sans contact	Suivi psychologique régulier

Comme le montre le Tableau 5.2, quatre participantes présentaient des symptômes s'apparentant à l'hyperphagie, avec des compulsions alimentaires oscillant entre trois fois par mois et tous les jours selon les participantes. Ensuite, trois participantes présentaient des symptômes associés à la boulimie alors qu'une participante présentait des symptômes typiquement observables dans l'anorexie.

Sur le plan de la violence sexuelle, toutes les participantes ont rapporté plus d'un épisode de victimisation sexuelle au cours de leur vie. La moitié des participantes ont rapporté avoir vécu des abus sexuels à l'enfance lors desquels elles étaient âgées entre 4 et 7 ans. Les participantes (7) qui ont rapporté des épisodes de victimisation sexuelle à l'âge adulte rapportent que l'évènement s'est le plus souvent produit dans le cadre d'une relation amoureuse (6). Pour les autres, l'agresseur était un inconnu ou une connaissance. Pour l'une d'entre elles, la violence sexuelle s'est produite dans le cadre d'une relation de pouvoir où, en raison de son statut, l'agresseur exerçait une position de domination sur la victime.

5.1.2 Symptômes psychologiques et conséquences de la violence sexuelle

En ce qui concerne les conséquences de la violence sexuelle, les participantes ont relevé de nombreux impacts des évènements sur leur bien-être. Sur le plan des conséquences physiologiques, elles ont été nombreuses à faire mention de maux de tête et de fatigue dans les jours suivant la victimisation ainsi que des blessures (ecchymoses, lacérations) causées par l'agression sexuelle. Deux participantes ont rapporté une grossesse non

désirée résultant de l'agression sexuelle. Une participante a mentionné avoir développé une ITSS à la suite de la victimisation.

Sur le plan des conséquences psychologiques et émotionnelles, toutes ont fait allusion à des sentiments de honte et de culpabilité, à de la tristesse, de la colère, des symptômes anxieux et dépressifs, des idées suicidaires, une faible estime de soi, de la peur, des cauchemars et de l'hypervigilance. Trois participantes estiment avoir développé une problématique de dépendance aux substances (alcool, drogues) aux suites de la victimisation sexuelle.

Sur le plan social, plusieurs ont nommé des difficultés relationnelles, dont l'impression de s'être isolée socialement. Une participante a d'ailleurs rapporté avoir de la difficulté à sortir de chez elle et ressentir une grande peur des hommes, tandis qu'une autre a rapporté avoir développé une dépendance affective à la suite de la violence sexuelle.

5.1.3 Cheminement dans les services d'aide

En ce qui concerne l'obtention de services spécialisés en troubles alimentaires incluant les groupes de soutien chez ANEB, six participantes ont rapporté avoir fait affaire avec des services en clinique privée, les services d'ANEB ou ceux d'un milieu hospitalier. Plus de la moitié (5) ont rapporté avoir obtenu les services d'une nutritionniste. Du côté des services en violence sexuelle, une seule participante n'a jamais obtenu de services spécifiques en ce sens. Seules trois participantes ont mentionné avoir obtenu des services du milieu communautaire en vue de remplir une demande au service d'indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC). Seulement trois participantes ont obtenu les services d'une psychologue spécialisée en violence sexuelle. Finalement, quatre participantes ont rapporté avoir porté plainte à la police et deux d'entre elles ont nommé que la plainte s'est soldée par un verdict de culpabilité. Au moment de l'intervention, la moitié des participantes avait un suivi individuel en psychothérapie.

Les niveaux de connaissance des participantes sur le trouble alimentaire et la violence sexuelle étaient plutôt variés, chacune se trouvant à un endroit différent dans son cheminement. Lorsqu'elles ont été questionnées à savoir comment le groupe proposé pourrait les aider, la moitié des participantes ont rapporté vouloir briser l'isolement, avoir l'impression d'être comprise et échanger avec d'autres femmes ayant un vécu et des expériences similaires.

5.2 Déroulement des rencontres

5.2.1 Première rencontre

La première rencontre a servi d'introduction au groupe et comprenait deux objectifs distincts : la formalisation des normes de fonctionnement ou du code de vie et la création d'un climat de confiance. Elle a commencée par la présentation de l'étudiante et les raisons motivant la création du présent groupe. Un tour de table a été proposé et les participantes ont pu se présenter en se nommant et en décrivant l'état dans lequel elles arrivaient à cette première rencontre. Lors d'un second tour de table, les participantes devaient partager leurs attentes à l'égard de leur participation au groupe ainsi que les raisons motivant leur inscription.

Ensuite, les normes de fonctionnement du groupe ont été élaborées. Pour ce faire, les participantes ont été invitées à se prononcer sur un code de vie à respecter tout au long du processus de groupe. Lever la main pour obtenir un tour de parole et faire preuve d'ouverture d'esprit et de respect ont été nommées d'emblée par les participantes qui s'entendaient sur la nécessité de ces règles de bases. Certaines participantes ont ensuite abordé leur crainte de recevoir des détails entourant le récit de violence sexuelle des autres participantes. Deux participantes ont renchéri en exprimant qu'elles n'ont pas besoin de connaître les détails entourant les événements de violence puisque cela

n'aurait pas d'impact significatif sur ce qu'elles pourraient retenir du groupe. Deux participantes ont offert les nuances suivantes :

Je respecte cela complètement, mais on dirait que je suis tannée de devoir taire mon expérience. Je trouve qu'on tait suffisamment la violence, en tant que société. On ne parle jamais des vraies choses et je que pense que c'est un problème.

Je n'ai personne avec qui je peux en parler. J'ai ma psychologue et maintenant le groupe. Je ne peux pas en parler à mon conjoint ni à mes amis, alors je me demande où je vais pouvoir en parler si ce n'est pas ici.

Le groupe s'est penché sur la recherche d'un terrain d'entente et les participantes ont convenu qu'elles aimeraient pouvoir s'exprimer librement sur leurs expériences, mais également être en mesure de nommer leurs malaises s'ils se présentent. Ultimement, les participantes se sont entendues sur l'idée que le groupe serait effectivement l'endroit où lever le voile sur leurs expériences difficiles et qu'elles devraient faire preuve de sensibilité à l'endroit de la détresse que cela peut occasionner aux autres.

Enfin, certaines participantes ont soulevé l'importance d'une participation soutenue au groupe. Bien qu'elles ne souhaitent pas retenir cette proposition comme une norme en tant que telle, elles souhaitent sensibiliser les autres aux impacts de la participation sur la cohésion du groupe. Elles reconnaissent toutefois que la vie demeure imprévisible et que certaines devraient s'absenter pour diverses raisons en cours de route. À ce sujet, il a été demandé aux participantes d'aviser l'étudiante par courriel avant le groupe si elles devaient s'absenter.

La nature et les objectifs du groupe ont été rappelés aux participantes. Celles-ci ont ensuite été encouragées à s'ouvrir une à une sur leurs réalités individuelles et les points communs entre les participantes étaient soulignés. Elles ont abordés les bénéfices qu'elles pourraient tirer de cette expérience de groupe et du partage de leurs histoires

individuelles. Elles ont réfléchi aux objectifs personnels qu'elles aimeraient se fixer dans le cadre du groupe. Enfin, elles devaient réfléchir et discuter des façons dont le groupe pourrait servir à l'atteinte de ces objectifs, les amenant ainsi à déterminer les objectifs du groupe.

5.2.2 Déroulement type d'une rencontre

Chaque rencontre avait le même format et fonctionnement. Les prochaines lignes décrivent sommairement le déroulement d'une séance car chaque étape sera reprise et détaillée dans les prochaines sections du chapitre. La rencontre commençait par l'accueil des participantes et un tour de table où elles étaient invitées à nommer et partager l'état dans lequel elles arrivaient. Elles étaient également invitées à nommer si elles avaient des besoins spécifiques auxquels le groupe pourraient répondre. Ensuite, un retour sur la dernière rencontre était effectué. Les thèmes abordés étaient rappelés et les participantes étaient invitées à s'exprimer, au besoin, sur les réflexions qu'elles ont pu avoir à ce sujet depuis la dernière rencontre. Les participantes revenaient ensuite sur la ligne de vie et sur les derniers éléments ajoutés. Elles pouvaient présenter ces éléments au groupe et discuter de ce que ce travail a suscité en elles (réflexions, émotions). S'ensuivit une discussion sur le thème proposé et les participantes étaient amenées à explorer comment ce thème s'est inscrit dans leur trajectoire personnelle. En fin de séance, le devoir consistant aux prochains éléments à inscrire sur la ligne de vie était donné. Par un tour de table, les participantes partageaient leur état émotionnel en quittant la rencontre ainsi que leur plan pour prendre soin d'elles suite à la rencontre.

5.3 Thématiques abordées

Les premières rencontres du groupe de soutien étaient basées sur des thématiques prédéterminées, inspirées de la revue des écrits scientifiques au sujet des troubles

alimentaires et de la violence sexuelle. Chaque rencontre était assortie de quelques questions visant à stimuler les discussions au sein du groupe, sans plus, dans l'optique de laisser les participantes faire évoluer la thématique en fonction de leurs propres expériences et besoins au moment de la rencontre. Bien que les discussions étaient guidées par l'étudiante, les rencontres du groupe se voulaient non directives. Elles étaient surtout nourries par les participantes elles-mêmes. Des réflexions au sujet des liens unissant la violence sexuelle et le trouble alimentaire étaient constamment suscitées afin de favoriser l'intégration de ces deux problèmes distincts dans l'histoire de vie des participantes.

5.3.1 Conséquences de la violence sexuelle

Les 2^e et 3^e rencontres avaient pour thématique les conséquences de la violence sexuelle. Les participantes étaient amenées à échanger sur les principales conséquences psychosociales et physiologiques de la violence sexuelle ainsi que sur leur compréhension de ces événements. Elles ont échangé sur leurs expériences et la personne qu'elles étaient avant certains événements, puis sur les changements causés par la violence et sur la personne qu'elles sont devenues.

Lors des premières rencontres de groupe, les participantes exerçaient un regard plus sombre sur les impacts de la violence sexuelle et du trouble alimentaire sur la personne qu'elles sont devenues. Elles étaient nombreuses à partager la difficulté d'être confrontée à des émotions difficiles en repensant à la violence puisque cela venait confirmer la lourdeur de leur vécu. Ces réalisations déclenchaient pour plusieurs des sentiments de tristesse et de colère en plus d'un fort sentiment d'injustice.

J'ai l'impression que toute ma vie est teintée. J'avais 4 ans quand ça [l'abus sexuel] s'est passé. J'ai eu la paix pendant 6 ans après parce que je ne me rendais pas vraiment compte de ce que j'avais vécu. Mais après, le reste de ma vie a été teinté d'une souffrance non identifiée. J'ai tendance à me dire que ma vie est un échec à cause de tout ce que j'ai vécu... Ma vie aurait

été complètement différente au niveau du travail, de ma famille, de ma vie amoureuse...

Un premier constat ayant émergé des discussions au sujet des conséquences de la violence est que malgré la présence immédiate de détresse après l'évènement, les participantes n'ont pas pu prendre le temps de trouver un sens à leurs expériences. Pour certaines, les devoirs et obligations du quotidien tels que les études, le travail ou la famille leur demandaient implicitement de mettre de côté leur détresse afin de demeurer fonctionnelles. Pour celles qui ont été victimes de violence sexuelle à l'enfance, c'était plutôt l'inaction de leurs proches en réponse aux conséquences visibles de la violence qu'elles ont démontrées qui a représenté un frein. Une participante a donné l'exemple de l'incompréhension de ses proches face à son soudain désir d'abandonner l'école, son besoin de s'isoler de tous et sa prise de poids rapide. Une autre a mentionné avoir toujours été aux prises avec une souffrance non identifiée, puis en avoir compris la source lorsqu'une agression sexuelle à l'âge adulte a fait émerger les souvenirs d'abus sexuel à l'enfance.

Un second constat ayant émergé de ces discussions est la compréhension graduelle des participantes qu'elles n'étaient pas responsables de la violence sexuelle subie et de ses conséquences sur leur vie. Quelques-unes ont souligné avoir longtemps cru que leurs difficultés provenaient simplement de leur personnalité. Pour ces participantes, ce constat a mené à un soulagement de la culpabilité qu'elles entretenaient face à elles-mêmes. Plusieurs ont affirmé avoir eu l'impression d'être responsables de la violence sexuelle subie ou même de leur « mauvaise gestion » de leurs émotions et du développement du trouble alimentaire. La présence de cette impression de culpabilité était d'ailleurs liée à un fort sentiment d'impuissance pour plusieurs participantes. L'impuissance était accompagnée d'un sentiment de désespoir généralisé dans le groupe et de la perception que leur situation ne pourra pas changer, qu'elles ne pourront pas s'en sortir.

5.3.2 Scripts sociaux entourant la violence sexuelle

Les 4^e et 5^e rencontres avaient pour thème les scripts sociaux entourant la violence sexuelle. Les participantes ont exploré comment les normes et les messages entendus au sujet de la violence sexuelle ont influencé leur façon de comprendre et d'intégrer ces expériences à leur histoire personnelle. Les participantes ont alors échangé sur les messages véhiculés par leurs pairs au sujet de la violence sexuelle et de la santé mentale. Elles ont discuté des impacts de ces messages sur le dévoilement de la violence sexuelle à leurs proches et sur leur démarche d'aide respective. Finalement, les participantes ont échangé au sujet de l'impact des événements de violence sexuelle sur leurs relations interpersonnelles ainsi que sur la qualité de ces relations.

Les discussions à ce stade se sont beaucoup centrées sur la relation entre les participantes et leurs parents. Elles étaient nombreuses à exprimer que leurs parents ont exercé une influence sur leur capacité à reconnaître la violence sexuelle qu'elles ont subie. Pour certaines, les discours culpabilisants de leurs proches ont eu pour effet d'exacerber leur perception d'être responsables de la violence subie. L'exploration de cette thématique a mené plusieurs participantes à exprimer de la colère envers leur famille respective.

Elles se sont également questionnées sur la qualité du soutien offert par leurs proches, et ce, à différents moments de leur vie. Deux participantes ont mentionné être incertaines de vouloir maintenir un lien avec leur mère et vouloir se distancer d'elle. Pour une de ces participantes, le fait que sa mère ne puisse lui offrir le soutien dont elle avait besoin soulevait une forte colère. Elle associait également cette absence de soutien au déclencheur de son trouble alimentaire. Ces réflexions ont d'ailleurs amené une participante à s'exprimer au sujet de sa relation avec son père qui l'a abandonnée étant enfant. Elle a amené l'idée de faire le deuil du parent idéal. Cette idée a résonné chez plusieurs participantes qui ont approfondi leurs réflexions sur cette thématique au fil des rencontres.

Mon père nous a abandonnés quand j'avais 3 ans. J'ai passé toute ma vie à vouloir être aimé par lui. Même après la naissance de mes filles, j'essayais encore d'avoir son approbation et c'est ce qui a guidé toute mon adolescence, vouloir l'approbation des hommes. Il fallu que j'apprenne à avoir de la compassion pour moi et mes limites. Ce qui m'a fait le plus de bien, c'était l'idée que le père que j'aurais voulu avoir, j'ai pleuré sa mort. J'ai fait le deuil de cette idée.

Un autre aspect exploré par les participantes au sujet de leurs relations avec leurs parents est l'idée de vouloir les protéger de leurs expériences difficiles. Certaines ont avoué ne pas avoir dévoilé la violence sexuelle à leurs parents par crainte que cela nuise à leur relation ou pour les protéger. La crainte que cela leur fasse trop de peine était évoquée par certaines, alors que pour d'autres, c'était la croyance que leurs parents ne seraient pas en mesure de leur offrir le soutien espéré. Une participante expliquait qu'il n'y avait pas de place à la maison, étant enfant, pour parler de ses émotions avec ses parents. Pour elle et une seconde participante, leur mère monoparentale avait déjà une vie assez difficile qu'elles n'ont pas osé en ajouter en leur parlant de la violence sexuelle qu'elles ont vécue étant enfant ou adolescente. D'un côté plus positif, une autre participante a noté que bien que ses parents n'étaient pas en mesure de lui offrir le soutien dont elle aurait eu besoin, elle se comptait chanceuse de pouvoir compter sur ses amies. Enfin, une participante dans le groupe estimait également qu'elle était chanceuse de pouvoir compter sur ses parents, bien que la relation se soit développée plus tardivement, car leur soutien a été significatif dans son rétablissement.

5.3.3 Histoire du trouble alimentaire

Les 6^e et 7^e rencontres se sont concentrées sur l'histoire du trouble alimentaire des participantes et son développement au courant de leur vie. Les participantes ont été amenées à réfléchir aux facteurs sous-jacents à l'apparition des symptômes propres au trouble alimentaire, puis à son évolution à différents moments de leur vie. Elles étaient invitées à examiner la relation entre le trauma et le trouble alimentaire ainsi que les façons dont ils s'insèrent l'un dans l'autre. Elles devaient réfléchir aux fonctions du

trouble alimentaire pour mieux comprendre comment il leur a servi en réponse à la détresse ressentie.

Plusieurs ont été en mesure de lier l'évènement de violence sexuelle à leur trouble alimentaire en reconnaissant par exemple que l'apparition des premiers symptômes suivait de près la victimisation. Toutefois, toutes les participantes s'entendaient sur le fait qu'elles ont toujours eu une relation difficile avec l'alimentation et l'image corporelle, et ce, bien avant les premiers évènements de violence sexuelle. Pour certaines, cela venait du fait de vivre dans un contexte de pauvreté et d'insécurité alimentaire, alors que pour d'autres, c'était l'implication des proches dans des régimes ou même le recours à la nourriture comme récompense qui ont contribué à cette relation conflictuelle.

Toutefois, elles estimaient que la violence sexuelle était le déclencheur des symptômes plus sérieux et soutenus dans le temps. Un premier signe de difficulté liée à l'alimentation était pour plusieurs participantes une soudaine prise de poids combinée à des comportements de compulsion alimentaire. Pour ces participantes, manger était une source de réconfort qu'elles associaient à la gestion des émotions plus difficiles. Une participante a comparé la nourriture à une « doudou », une couverture réconfortante.

D'aussi loin que je me rappelle, j'ai eu une prédisposition aux troubles alimentaires. Les seuls souvenirs d'enfance que j'ai gardés sont liés à la nourriture. Pour moi, manger c'est un bouchon qui me permet de taire ce qui est en dedans de moi, taire ces cris qui veulent sortir et ce mal terrible qui reste en moi. Dans ma vingtaine, ça sortait par le sexe et l'alcool, maintenant c'est dans la nourriture.

Pour d'autres, ce sont les comportements de restriction alimentaire qui leur permettaient de se couper des émotions difficiles. Prendre le « contrôle » de leur alimentation leur apportait une sensation de contrôle sur leur détresse et combattait

l'impuissance envahissante ressentie. D'autres participantes ont quant à elles exprimé avoir l'impression de se faire violence par le biais du trouble alimentaire, en réponse à la violence vécue. Certaines l'associaient à une forme de punition auto-infligée. Elles expliquaient vouloir avoir mal pour couvrir le mal-être et pour se punir. D'autres percevaient davantage l'absence de respect envers elles-mêmes comme la violence qu'elles se portaient.

J'en suis venue à ne plus faire attention à mon corps. Je n'avais plus de respect pour moi-même. Mon corps était devenu un pantin. Je protégeais mes émotions et l'extérieur n'était plus important. C'est comme si c'était ma façon de me dire que mon corps m'appartenait et que je pouvais en faire ce que je voulais.

Lors de la cinquième rencontre, un sentiment de désespoir était partagé par les participantes du groupe. Parler du trouble alimentaire et reconnaître à quel point il était ancré en elles a été difficile pour de nombreuses participantes. À ce sujet, plusieurs ont évoqué leur impression de ne jamais pouvoir s'en défaire ou d'être incapables de s'imaginer vivre sans trouble alimentaire.

Comment ça se fait que je suis encore là-dedans? Pourquoi ça ne change pas? Je ne comprends pas et je m'en veux. Je me trouve conne et je me juge. J'ai juste envie de me noyer dans la bouffe. J'ai envie de manger jusqu'à ce que je ne ressente plus mes émotions.

Pour plusieurs participantes, les bénéfices qu'elles pouvaient tirer du trouble alimentaire outrepassaient leur capacité à se mobiliser pour s'en détacher. Or, cette réalité était chargée de honte et de culpabilité, maintenant certaines dans la même spirale.

5.3.4 Image corporelle et estime de soi

Les 8^e et 9^e rencontres étaient centrées sur l'image corporelle et l'estime de soi. Les participantes étaient amenées à réfléchir à leur perception et à leur appréciation de leur

image corporelle et de leur personne au fil des années, ainsi qu'à comment celles-ci ont été influencées par la violence sexuelle et le trouble alimentaire.

Les participantes ont toutes exprimé entretenir une vision négative d'elles-mêmes, que ce soit de leur corps ou de leur personne. Les difficultés interpersonnelles vécues au quotidien telles que la difficulté à exprimer ses besoins, à s'affirmer ou à mettre des limites auprès des autres contribuaient à leur impression de ne pas pouvoir se sortir de leur misère.

Je commencer à réaliser que je dois prendre soin de moi. Pourquoi j'ai toujours tellement de choses à faire? Pourquoi je n'ai jamais le temps? Je réalise qu'au fond, c'est parce que je ne suis pas capable d'être seule avec moi-même. J'essaie d'apprendre à tolérer ça, mais juste être, je ne suis pas capable.

Pour plusieurs participantes, l'incompréhension des proches face à leurs difficultés était une grande source de honte. En retour, cette honte augmentait le jugement négatif qu'elles entretenaient à leur endroit.

L'exploration de la thématique de l'image corporelle a fait émerger l'insatisfaction partagée par toutes les participantes à l'égard de leur corps. Nombre d'entre elles ont d'ailleurs noté la présence de cette insatisfaction toute leur vie. Elles étaient nombreuses à examiner le lien entre leur relation avec leur corps et la violence sexuelle. Pour elles, le trouble alimentaire et la prise de poids subséquente servaient de protection contre le monde extérieur et le regard de l'autre. Quelques participantes ont rapporté ne plus vouloir être attirantes en vue d'éviter de revivre de la violence sexuelle.

J'ai réalisé que j'avais du contrôle sur mon corps et que c'est moi qui décide ce que j'en fais. Quand un homme me donnait de l'attention, je me souviens de m'être dit : « Pourquoi il me regarde? J'ai pris tellement de poids, je ne devrais pas être désirable! »

Or, pour certaines, le mal-être ressenti déclenchait en elles le désir de perdre du poids. Les participantes ont décrit une spirale cyclique dans laquelle elles se retrouvaient. Le désir de perdre du poids et la satisfaction ressentie face à l'image corporelle, puis le sentiment de danger face à l'intérêt soudainement perçu chez les autres.

5.3.5 Autocompassion

La 10^e rencontre était centrée sur la thématique de l'autocompassion. Cette thématique n'était pas prévue et a plutôt émergé du constat de la présence d'un sentiment généralisé de désespoir chez les participantes. Ce sentiment s'est installé à la suite de certaines rencontres plus difficiles où les participantes ont pris conscience de la lourdeur de leur vécu, mais surtout de ses impacts persistants sur leur vie actuelle. En discutant de cette difficulté, la superviseure, Mathilde Buet, a recommandé d'aborder l'autocompassion afin de susciter l'autodétermination chez les participantes.

Les travaux de la psychologue Kristen Neff s'intéressent au concept de l'autocompassion et à sa place centrale dans un processus clinique. Elle définit ce concept comme étant la capacité d'un individu à faire preuve de douceur, de gentillesse et de compréhension face à ses propres difficultés (Neff, 2021). Lors de la rencontre, les participantes devaient réfléchir à leur propre conception de l'autocompassion ainsi qu'aux diverses façons dont ce concept s'applique concrètement dans leur quotidien. Les participantes avaient eu le devoir de s'offrir un moment où elles pourraient prendre soin d'elles au courant de la semaine précédant la rencontre, et ce, peu importe la forme que ce geste prendrait. Ce devoir s'alignait déjà dans une perspective d'autocompassion, avant même la discussion avec la superviseure. La décision d'aborder cette thématique explicitement en rencontre a été prise afin de sensibiliser davantage les participantes à l'existence du pouvoir d'agir.

Lorsque les participantes ont initialement échangé au sujet de l'autocompassion, elles étaient nombreuses à reconnaître leur difficulté à faire preuve de douceur et de non-

jugement à leur propre égard. Elles étaient également plusieurs à identifier qu'elles tendaient à ne pas s'accorder de temps pour elles dans leur quotidien. Lorsque le groupe est revenu sur l'exercice donné à la séance précédente, la majorité des participantes ont rapporté avoir été en mesure de le compléter, bien qu'il ait pris des formes différentes pour chacune. Pour certaines, cela a consisté à prendre une marche, pour une autre, à compléter un dessin mandala, alors que pour une participante, c'était simplement de prendre une décision en fonction de ses propres besoins plutôt que des besoins de sa famille. Une participante a mentionné qu'elle n'a pu compléter l'exercice puisqu'elle jugeait qu'elle ne méritait pas le bonheur que pourrait lui procurer l'activité choisie.

J'étais supposée sortir mon kit d'aquarelle, et finalement j'ai jugé que je ne le méritais pas encore, donc je l'ai serré. J'ai tendance à ne pas me permettre les choses que j'aime pour me punir. Quand j'ai arrêté de faire de l'aquarelle, c'était à cause d'un échec et je juge que je ne suis pas rendue hors de cet échec.

Pour cette participante, l'aquarelle était associée à une période difficile de sa vie. Elle a donc eu à réfléchir à la possibilité de se réapproprier son bonheur, mais cela était difficile à concevoir pour elle. Plusieurs participantes ont noté avoir trouvé difficile de se réserver un moment pour elles en raison de la culpabilité et l'égoïsme qu'elles ont rapporté ressentir.

Le retour sur le devoir a suscité des réflexions sur les conceptions des participantes de l'autocompassion. Toutes s'entendaient sur le fait que ce concept représentait la capacité à s'accorder la même bienveillance qu'elles accorderaient à leurs proches. Elles ont également échangé sur certaines expériences où elles s'étaient jugées négativement et ont tenté d'exercer un regard différent sur ces expériences. À ce sujet, une participante en est venue à reconnaître que la raison pour laquelle elle se retrouvait dans une période de rechute du trouble alimentaire était due au fait qu'elle ne s'accordait plus de temps pour elle comme elle le faisait avant. Lors de la clôture de la rencontre, un second exercice a été donné au groupe, soit de s'accorder 5 minutes pour

prendre soin d'elles au cours de la semaine. L'objectif de ce devoir était d'amener les participantes à reconnaître que l'autocompassion leur est accessible et peut s'exercer à petites doses.

5.3.6 Résilience

Suivant une thématique et un processus réflexif similaire à celui de la séance précédente, la 11^e rencontre était centrée sur la résilience. Ce thème n'était pas prévu initialement et a lui aussi émergé du constat du sentiment de désespoir. Ce thème provenait également du désir de poursuivre les discussions au sujet de l'autocompassion. Les participantes étaient encouragées à reconnaître qu'elles ont su faire preuve de résilience par le passé ainsi que les diverses façons dont elles peuvent reprendre du pouvoir sur leur vie actuelle. L'autocompassion a été présentée comme une stratégie permettant de favoriser la résilience.

Les participantes ont donc échangé sur leur conception de la résilience. Toutes s'entendaient qu'il s'agissait de la capacité à se relever en présence d'adversité. Elles comprenaient ce concept comme une façon d'être active et mobilisée en reprenant leur pouvoir lors de périodes difficiles. Or, plusieurs participantes ne se percevaient pas comme étant résilientes. Pour elles, la résilience était l'ultime capacité de passer à autre chose, de surmonter, sans retomber, les obstacles de la vie.

Les participantes ont travaillé à identifier des actions qu'elles ont posées par le passé afin de faire avancer leur rétablissement. Pour une participante, faire une demande d'aide et entreprendre un suivi en psychothérapie à la suite de la violence sexuelle subie n'était pas une preuve de résilience puisque selon elle, elle n'avait pas eu le choix. Des propos du même genre chez certaines participantes ont amené le groupe à examiner davantage le concept de résilience. Ultimement, certaines participantes ont été en mesure d'exprimer que chaque petit geste compte et est une preuve de leur capacité à être résilientes. Cette idée était nouvelle pour la majorité des participantes qui

reconnaissaient qu'elles allaient devoir poursuivre leurs réflexions à ce sujet pour s'approprier davantage cette conception d'elles-mêmes. Une participante a exprimé sa déception de devoir se contenter d'une vision plus réaliste de la résilience.

C'est tellement petit. C'est comme essayer d'aller vers un semblant de vie. Je me demande si je ne serais pas mieux de passer mes journées devant la télévision à penser à plein d'autres choses. En essayant de m'en sortir, je me rends compte de toutes les choses que je ne pourrai jamais avoir.

Pour cette participante, la plus âgée du groupe, d'avoir été prise dans sa détresse aussi longtemps a, selon elle, diminué sa capacité à entretenir de l'espoir envers une vie différente et potentiellement satisfaisante. Cette perception était contraire à celle des autres participantes qui ont exprimé qu'elles devraient travailler à accepter que leur vie ne sera pas celle qu'elle aurait été sans la violence subie, mais qu'il demeure possible qu'elle soit tout aussi satisfaisante.

C'est sûr que si je me compare à plein d'autres personnes, je ne vais pas avoir l'impression d'avoir fait de grands pas. Si je me compare à moi par rapport à moi-même, c'est énorme tout le travail que j'ai fait.

Lors de cette rencontre, une participante s'est également permis de partager son malaise face à un terme que nous avons utilisé plus tôt dans la rencontre en réponse aux propos d'une participante qui exprimait sa culpabilité à l'idée de porter plainte contre l'agresseur. Vers la fin de la rencontre, elle a partagé la colère que le mot utilisé « réparation » suscite en elle.

Tu as dit quelque chose tantôt et à toutes les fois que j'entends ça, ça me fait grincer des dents. Pis là, je me dis : « il faut que j'en parle ». Ce n'est pas personnel à toi, mais je ressens du dégoût face à cette expression-là. C'est quoi demander réparation? Qui qui peut réparer ça? Moi, le premier qui a abusé de moi, il est mort et ça n'a rien réparé en moi! Il aurait fait de la prison et ça n'aurait rien réparé! Il m'aurait demandé un million de dollars et ça ne changera pas qui je suis, ce qu'il a brisé en moi.

Le groupe a pu échanger sur sa compréhension du mot « réparation » et de l'expression « demander réparation ». Pour certaines, cette expression désignait une perspective sociale selon laquelle les contrevenants sont des personnes réhabilitables et qui peuvent donc « réparer » la blessure causée en payant pour leurs gestes. Pour une autre, ce terme n'était pas adéquat puisqu'elles ne sont pas des objets pouvant être réparés. Une participante a offert une position nuancée sur sa perception du mot réparation :

C'est personnel à chacun et je ne crois pas qu'il y a de recettes miracles. Personne ne va sortir de thérapie en disant qu'ils sont réparés et qu'il n'y a plus rien, mais ça peut quand même faire un petit baume sur le cœur. Je ne crois pas que c'est d'aller chercher réparation, mais d'aller chercher cette paix intérieure, quelle qu'elle soit.

Une autre participante a expliqué que la réparation représente un travail de longue haleine qui ne ramènera pas la personne qu'elle était avant la violence. Or, la réparation impliquait pour elle d'utiliser les moyens dont elle disposait pour se restructurer, sachant qu'elle garderait des cicatrices de sa blessure. À la fin de cet échange, chacune a pu s'exprimer sur son appropriation personnelle du concept de réparation, et finalement sur la résilience et la capacité à surmonter les difficultés auxquelles elles ont fait face.

5.3.7 Perspectives d'avenir et bilan

Enfin, la dernière rencontre s'est concentrée sur les perspectives d'avenir et a permis un bilan et un retour réflexif sur le travail effectué sur les récits de vie des participantes. Celles-ci ont eu à réfléchir à ce qu'elles ont retiré de leurs expériences ainsi qu'à la suite de leur cheminement en identifiant les éléments sur lesquels elles souhaitent poursuivre leur travail. À ce stade du processus, les participantes arrivaient davantage à intégrer l'espoir à leur récit, même si le changement était différent que celui initialement escompté.

Elles étaient quelques-unes à croire en la possibilité de rémission du trouble alimentaire et des conséquences psychosociales de la violence sexuelle. Or, elles reconnaissaient que le combat serait ardu et probablement toujours présent en elles. Certaines arrivaient à se remémorer des années plus faciles, où elles allaient mieux, ce qui leur permettait d'espérer retrouver cette sérénité. Une participante a d'ailleurs partagé qu'elle a vécu une période de 10 ans où elle était moins envahie par la souffrance et avait moins de comportements associés au trouble alimentaire. Elle expliquait que de savoir qu'elle y était arrivée par le passé lui permettait de se rappeler que ce sera encore possible, malgré le long chemin pour y arriver.

Les participantes étaient invitées, à la fin de chaque rencontre du groupe, à partager leur plan pour la soirée. Elles étaient invitées à s'accorder un moment pour prendre soin d'elles de quelque façon que ce soit. Initialement, les participantes ont identifié la difficulté à réfléchir à une activité à accomplir. Or, au fil des rencontres, plusieurs ont rapporté s'être préparé une routine postgroupe où elles allaient lire un livre, prendre un bain, aller marcher, écouter une émission de télévision, etc. Plusieurs ont mentionné vouloir poursuivre cette activité et intégrer cette idée à leur vie.

En ce qui concerne les prochaines étapes à la suite de leur participation au groupe, toutes les participantes ont souligné vouloir poursuivre leur travail sur l'autocompassion. En effet, elles ont toutes identifié la difficulté à se prioriser et à prendre soin d'elles, mais aussi à s'accorder une douceur. De plus, au moins trois participantes qui n'avaient jamais eu de services spécifiques en violence sexuelle ont mentionné vouloir entreprendre une démarche en ce sens. Pour elles, parler de leurs expériences difficiles leur a permis de reconnaître l'impact de ces dernières dans le maintien du trouble alimentaire. Elles ont affirmé vouloir travailler le « nœud » avant d'adresser leurs symptômes, soit les comportements associés au trouble alimentaire.

5.4 Ligne de vie

La ligne de vie (Annexe F) a été utilisée de façon constante tout au long du processus de groupe. Dès la première rencontre, l'outil a été présenté aux participantes. Pour se familiariser avec ce dernier, elles ont été invitées à y ajouter des informations de base (lieu de naissance, villes dans lesquelles elles ont habité, déménagements, scolarité, emplois, trajectoires amoureuse et familiale) avant la deuxième rencontre de groupe. Ensuite, à chaque rencontre, les éléments précis qu'elles devaient y ajouter leur étaient indiqués. Ainsi, au fil des rencontres, les participantes ont eu à ajouter le ou les événements de violence sexuelle, les principales conséquences auxquelles elles ont été confrontées et leur évolution dans le temps, le développement de leur trouble alimentaire (apparition des premiers signes et symptômes, messages entendus au sujet du poids et de l'alimentation à l'enfance), leur trajectoire dans les services d'aide, etc. À chaque début de rencontre, 40 minutes étaient réservées à un retour sur le devoir de la semaine précédente, soit les éléments qu'elles devaient ajouter à leur ligne de vie. Les participantes étaient encouragées à présenter ce qu'elles y ont ajouté ou les réflexions et émotions ayant émergé de l'exercice. Par la mise en récit de soi, elles partageaient au groupe des bribes de leur histoire personnelle en fonction des pistes de réflexion suscitées par l'exercice.

L'objectif de l'utilisation d'un tel outil tout au long du processus de groupe était de permettre aux participantes de pousser et de poursuivre leurs réflexions entre les rencontres du groupe. La ligne de vie agissait également comme incitation ou inspiration aux discussions du groupe et menait vers les thématiques abordées lors des rencontres. Toutefois, bien que son utilisation ait été riche en réflexions, elle a comporté son lot de défis tout au long de l'expérience.

5.4.1 Difficultés émergentes

Dès l'introduction de la ligne de vie, les réactions des participantes dénotaient une forte appréhension et résistance à l'égard de cet outil. Les participantes demeuraient somme toute ouvertes à essayer l'exercice et à ce qui pourrait en découler, au fil des séances. Cette résistance s'est manifestée par le refus d'une participante de remplir sa ligne de vie après quelques essais. Pour d'autres, c'était de ne pas compléter le devoir et de mettre de côté leur ligne de vie, pour toutefois y revenir quelques séances plus tard.

Parmi les plus grandes difficultés, la remontée de souvenirs difficiles a été partagée par plusieurs participantes. Certaines ont nommé qu'elles étaient tentées d'inscrire immédiatement chaque expérience difficile sur leur ligne et qu'elles se sont rapidement senties envahies par les émotions négatives qui y étaient associées. D'autres ont mentionné avoir de la difficulté à se rappeler des événements positifs de leur vie et avoir tendance à ne se concentrer que sur les plus négatifs.

La confrontation au vécu était également identifiée comme une difficulté rencontrée par les participantes. Plusieurs notaient qu'elles ne pouvaient plus se détacher de leurs expériences les plus pénibles.

Il y a beaucoup d'évènements traumatisants au cours de ma vie, et de les voir côte à côte comme ça... Je me sens étourdie et c'est comme si je réalise que c'est vraiment gros tout ce que j'ai vécu. Là, j'essaie d'absorber ça petit peu par petit peu.

À ce sujet, une autre participante a également ajouté que de voir toutes ses expériences difficiles sur sa ligne de vie a eu comme impact d'augmenter son sentiment de culpabilité et de regret en raison du blâme qu'elle se porte pour certains de ses choix. Par contre, cela lui a fait réaliser qu'elle n'a jamais fait la paix avec son passé et qu'il s'agit d'une partie du travail qu'elle aura à faire dans son rétablissement.

Un autre défi ayant émergé pour certaines participantes était la difficulté à se remémorer certains souvenirs. Certaines ont évoqué que leur enfance était particulièrement floue en raison des abus sexuels, ce qui compliquait leur capacité à remplir leur ligne de vie. Pour d'autres, des périodes de grand stress à l'âge adulte ont eu des effets similaires, mélangeant le fil conducteur de leur histoire et créant un « effet brouillard », comme l'a décrit une participante.

5.4.2 Créativité dans son utilisation

Malgré ces difficultés, les participantes se sont laissées aller dans l'activité et ont fait usage de créativité pour s'approprier l'outil. Pour une d'entre elles, cette créativité consistait à mettre les événements difficiles sur des *post-it* qu'elle était libre d'enlever de sa ligne de vie lorsqu'elle en ressentait le besoin et que les émotions devenaient trop envahissantes. Une autre participante a fait sa ligne de vie dans un fichier Excel lui permettant d'avoir suffisamment d'espace pour y inscrire les divers événements de sa vie. Une autre participante a utilisé un code de couleur pour classifier ses expériences. Une participante s'est laissée aller dans la non-linéarité de son processus. Elle a décrit sa ligne de vie comme une toile d'araignée où elle a plutôt placé les événements en fonction de ses souvenirs et de leur influence sur d'autres parties de sa vie. Finalement, la participante qui n'était pas en mesure de compléter sa ligne de vie en raison de la présence d'émotions trop envahissantes a rapporté avoir fait l'exercice à l'oral lors de ses séances en psychothérapie. Les devoirs donnés lui servaient de points de départ pour le travail thérapeutique avec sa psychologue.

5.4.3 Réflexions suscitées par la ligne de vie

Bien que le recours à la ligne de vie ait été particulièrement difficile pour de nombreuses participantes en raison de la charge émotionnelle y étant associée, le bilan

lors de la dernière rencontre du groupe a fait ressortir des réflexions dignes d'être soulignées.

Les participantes étaient nombreuses à souligner que l'exercice leur a offert un regard différent sur leur passé. Pour certaines, les réflexions ont fait émerger des souvenirs longtemps enfouis et les émotions associées. Une participante a décrit l'expérience comme un nouveau regard sur sa vie et ses expériences difficiles lui permettant un nouveau départ. Une seconde participante a quant à elle raconté le travail que lui a demandé cet exercice. Elle a rapporté avoir ressorti d'anciens albums photos afin de s'aider à compléter sa ligne de vie et de se remémorer des morceaux oubliés de son histoire. De voir ces photos a fait émerger des souvenirs positifs de son enfance, ce qui, selon elle, lui a permis d'exercer un regard différent sur son passé et de réconcilier avec lui.

Ensuite, quelques participantes ont affirmé que la ligne de vie leur a permis de développer une meilleure compréhension des liens unissant le trouble alimentaire au trauma. Cette compréhension était différente pour chacune, mais elles étaient toutes en mesure de partager un récit incorporant ces deux histoires. Une participante en est venue à avoir une perception différente de sa relation avec sa mère, qui tient compte de ses émotions, mais surtout de la colère qu'elle ne s'était jamais laissée ressentir et exprimer. Pour elle, cette réalisation était le changement le plus significatif de son expérience dans le groupe. Pour une autre participante, c'était de comprendre que le trouble alimentaire s'est installé en réponse à des événements difficiles et n'est pas simplement de sa faute ou causé par son manque de volonté. Enfin, pour une participante qui en était à sa première démarche en troubles alimentaires et au début de son processus de reconstruction à la suite de la violence sexuelle, la ligne de vie lui a permis de se poser des questions importantes qui la guideront dans la suite de sa démarche. Elle a expliqué que l'exercice lui a permis de démêler plusieurs difficultés avec lesquelles elle était prise. De voir comment elles se sont développées à différents

moments lui a permis de mieux comprendre leur fonction respective et leur impact sur elle, à l'heure actuelle.

5.5 Entrevues postgroupe

Les rencontres individuelles avec les participantes à la suite de la dernière rencontre du groupe ont permis d'obtenir leurs impressions quant à l'expérience ainsi que leurs recommandations quant à la reproductibilité du groupe offert. La majorité des participantes ont nommé qu'elles ont eu l'impression d'avoir effleuré le sujet et qu'elles auraient aimé qu'il y ait une suite à l'intervention. Plusieurs ont partagé leur intérêt envers un second groupe sur le même sujet. Elles ont exprimé qu'étant donné la lourdeur des thématiques du trouble alimentaire et de la violence sexuelle, elles ont eu besoin de davantage de temps pour s'ouvrir aux autres. Elles se sentaient à l'aise de partager plus d'éléments difficiles de leur vécu lorsque le groupe tirait à sa fin.

Quelques-unes ont mentionné qu'elles auraient aimé que le groupe dure plus longtemps, alors que d'autres ont apprécié le fait que le groupe prenne fin après trois mois. Pour ces participantes, les fins sont importantes et permettent de réfléchir au travail effectué et de poursuivre leurs réflexions par elles-mêmes. Elles étaient toutefois en accord avec l'importance d'offrir un second groupe, plus avancé, où elles pourraient pousser davantage leurs réflexions.

5.6 Développement de l'aide mutuelle et dynamiques de groupe

5.6.1 Position de la personne ressource

Afin de favoriser les échanges entre les participantes et de laisser libre cours au développement de leur récit personnel, le type d'intervention mis à profit privilégiait une posture plus en retrait. Le thème de la séance était introduit et la place était laissée

aux participantes pour aborder et explorer la thématique selon leurs propres expériences et leur compréhension de celles-ci. Des techniques d'intervention telles que le reflet, la reformulation, des questions de clarification ainsi que des questions ouvertes étaient utilisées. Par contre, cela a demandé du travail pour mobiliser le groupe afin que les participantes prennent les devants et s'efforcent d'assumer le rôle de l'intervenante auprès de leurs pairs. Au fil des rencontres, l'importance du rôle de l'étudiante a diminué au fur et à mesure que le niveau d'aisance et de confiance entre les participantes augmentait. Toutefois, des changements de dynamique en cours de route ainsi que l'exploration de thématiques plus difficiles ont eu des impacts momentanés sur l'implication de l'étudiante à titre d'animatrice au fil des rencontres.

5.6.2 Indices d'aide mutuelle

Dès la première rencontre, l'idée que les participantes étaient toutes « dans le même bateau », soit qu'elles se rejoignaient sur suffisamment de similitudes, a été mise de l'avant. Les participantes ont exploré des sujets sensibles tels que la maternité, la présence de reviviscence de la violence sexuelle lors de l'accouchement, la peur de faire du mal à leur enfant de façon non intentionnelle et les sentiments de honte et de culpabilité associés. Des huit participantes, cinq ont vécu des expériences de grossesse et/ou de maternité, ce qui a créé un terrain sur lequel elles se sont rapidement réunies.

Pour les premières rencontres du groupe, les participantes étaient davantage centrées sur leurs objectifs personnels et leurs problèmes individuels. Vers la 4^e rencontre, elles ont entamé un travail plus collectif en échangeant sur des idées ou des opinions différentes (confrontation d'idées) et en s'ouvrant sur des sujets plus tabous. Elles avaient une attitude empathique et ouverte les unes envers les autres. Les premiers signes d'aide mutuelle ou de soutien directement offert d'une participante à l'autre ont également été observés au cours de la 4^e rencontre. Le groupe s'est mis à explorer les thématiques proposées avec plus de profondeur et n'hésitait plus à aborder des sujets tabous. Une participante a partagé une expérience difficile vécue avec sa mère à

l'enfance, ce qui a suscité un sentiment de culpabilité chez une autre participante, elle-même mère. Elles interagissaient plus naturellement entre elles et liaient elles-mêmes leurs expériences à celles des autres. Après la 4^e rencontre, le travail d'animation s'est grandement réduit puisque les participantes rebondissaient spontanément sur les réponses des autres et plusieurs mains se levaient en même temps. Les tâches d'animation se concentraient davantage sur la gestion du groupe (énoncer le thème, gérer le temps, gérer les tours de parole au besoin).

La 6^e rencontre abordant l'histoire du trouble alimentaire a été une séance plus difficile pour les participantes. Elles étaient plus silencieuses et exploraient le thème avec moins de profondeur. Elles tendaient à sauter rapidement d'un sujet à l'autre en se contentant de les effleurer. Lors du reflet de ce constat, plusieurs ont affirmé trouver cela plus difficile et confrontant de parler du trouble alimentaire que de la violence sexuelle. Elles arrivaient également moins à lier leurs expériences et à percevoir les similitudes entre elles. En fait, malgré des similitudes apparentes, elles semblaient se sentir moins concernées par les propos des autres et remarquaient davantage les différences entre leurs expériences. Un premier sentiment de désespoir a été nommé et partagé par certaines participantes. Cette apathie et ce découragement ont ensuite réapparu au cours des 8^e et 9^e séances, pour diminuer graduellement à partir de la 10^e rencontre jusqu'à la fin du groupe.

5.6.3 Processus de groupe

Le processus de groupe a évolué tout au long du groupe, mais s'est également formé plutôt rapidement. Le climat changeait en fonction des participantes présentes et absentes lors des rencontres. En raison du contexte particulier de la pandémie de la COVID-19, plusieurs participantes ont dû s'absenter pour des raisons diverses (confinement, garde d'enfants, travail à la maison). Ainsi, toutes les participantes ont été présentes en même temps pour une seule rencontre du groupe. Sinon, il y avait minimalement une participante absente à chaque rencontre. Certaines étaient plus

absentes que d'autres, ce qui a été le cas pour deux participantes qui ont cumulé chacune environ 4 absences sur 12 séances.

Deux participantes se sont rapidement positionnées comme les *leaders* du groupe, celles qui prennent le plus de place, s'expriment davantage et prennent la parole plus rapidement. Une de ces deux participantes a cumulé certaines absences, laissant place à l'émergence de nouveaux *leaders* en cours de route. Ainsi, une troisième participante a pris davantage de place et assumé un tel rôle. La présence de ces participantes favorisait des échanges plus spontanés et naturels dans le groupe. Elles sont également les premières à avoir offert du soutien à leurs pairs.

Vers la mi-groupe, les messages des membres avaient plus d'influence que les propos de l'étudiante. Leurs interventions étaient caractérisées par des propos soutenant, des reflets et des questions de clarification auprès des autres participantes. Une de ces participantes agissait à titre de leader positif par son optimisme face au rétablissement. Elle offrait des positions plus nuancées permettant aux autres d'entretenir de l'espoir face à l'avenir.

Deux participantes étaient quant à elles plutôt en retrait tout au long du processus. Il était nécessaire de susciter leur participation aux discussions en les interpellant directement. Une d'entre elles arrivait à lier ses expériences à celles des autres et à rebondir sur les propos des autres lorsqu'interpellée. L'autre participante arrivait à le faire avec plus de difficulté. Elle a partagé avoir tendance à se détacher émotionnellement lors des rencontres lorsque cela devenait trop difficile, ce qui pouvait transparaître dans ses partages.

Une participante s'est désistée après la 4^e rencontre à laquelle elle était absente. Son retrait du groupe a été annoncé aux participantes au début de la 5^e rencontre et chacune a eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet. Elles exprimaient surtout de l'inquiétude à son

égard et espéraient qu'elle pourrait bien aller malgré l'arrêt de sa démarche. Une participante a partagé, avec culpabilité, ressentir une colère envers celle-ci qui parlait, selon elle, avec une partie d'elle-même, le partage de ses expériences les plus intimes et sa vulnérabilité. Les autres participantes ont su normaliser le sentiment exprimé par cette participante et se sont montrées accueillantes face à ses propos, même si elles ne partageaient pas ce ressenti. Le départ de la participante a également suscité chez le groupe une discussion sur leur propre démarche dans les services d'aide, leur abandon de certains services et le rôle de l'évitement comme stratégie de gestion de la détresse. Finalement, elles ont toutes affirmé leur désir de participer au groupe de soutien jusqu'au bout, malgré la lourdeur et le défi que cela pouvait représenter pour elles. Ces discussions ont contribué au renforcement du sentiment du « nous ».

5.7 Intervention de groupe sur la plateforme Zoom

Le groupe s'est déroulé en ligne sur la plateforme Zoom dû au contexte de la pandémie mondiale de la COVID-19. Le tout s'est déroulé sans difficulté technique majeure et dans le respect de la confidentialité des participantes. La salle virtuelle était ouverte 10 minutes avant le début du groupe. Les participantes étaient libres de s'y joindre afin de s'assurer que leur équipement (micro et caméra) fonctionnait correctement. Quelques participantes se connectaient quelques minutes avant le début du groupe et se saluaient.

Initialement, le groupe s'était entendu sur une règle demandant à chacune de fermer son micro et de l'ouvrir seulement lorsqu'elles désiraient prendre la parole afin d'éviter que la rencontre ne devienne cacophonique. Toutefois, après la première rencontre du groupe, cela a laissé l'impression que le fait d'éteindre le micro pouvait nuire à la spontanéité des échanges et qu'il était plus facile pour les participantes de demeurer passives. Ce constat amené au groupe a semblé censé pour les participantes. Elles ont pris la décision de garder leur micro ouvert tout en étant sensibles aux bruits environnants. Cette façon de procéder a été conservée pour le reste des rencontres de

groupe, sans pépin majeur, à l'exception de rares jappements de chien ou de voix d'enfants dans les pièces avoisinantes.

La connexion Internet de chaque participante était adéquate et permettait des échanges fluides. Comme les participantes étaient à la maison, elles ont eu à s'occuper de leurs enfants à quelques reprises. Cela n'a pas eu d'effets directs sur le groupe, mais leur a demandé de s'excuser quelques minutes. Le conjoint de deux participantes a ouvert la porte de la pièce dans laquelle elles se trouvaient pendant une rencontre. Elles ont, dans les deux cas, rapidement réagi en fermant leur caméra quelques secondes pour ensuite rejoindre le groupe. Une participante a eu des difficultés avec Internet lors d'une rencontre, ce qui a nui à sa capacité à participer de façon fluide. Elle a ensuite été confrontée à des problèmes techniques avec son ordinateur et n'a pu se joindre pour les deux dernières rencontres du groupe. Une participante a utilisé l'ordinateur de son conjoint pour une des rencontres et ne se rendait pas compte qu'elle se connectait sous le nom de son conjoint. Initialement, elle se voyait refuser l'accès à la salle, mais après un échange de courriels pour vérifier son identité, elle a pu se joindre au groupe. Pour ce faire, une pause de 5 minutes a été demandée aux autres participantes afin de contacter la participante en question.

Outre ces défis, les participantes ont rapporté avoir trouvé le mode virtuel du groupe sécurisant. Selon elles, cela leur permettait de garder une certaine distance avec le groupe et de faire la coupure à la suite de la rencontre. D'autres ont partagé que cela favorisait leur participation en raison des déplacements qu'elles n'avaient pas à effectuer. Certaines ont également partagé que la sécurité que leur offrait leur espace personnel était réconfortant, surtout lorsqu'il est question d'aborder des sujets difficiles. D'ailleurs, les animaux de compagnie, souvent présents dans la pièce avec les participantes ont allégé l'atmosphère à de nombreuses reprises. Lorsque les chats de quelques participantes passaient devant la caméra, plusieurs réagissaient avec éclat et attendrissement.

CHAPITRE VI

DISCUSSION : RETOUR SUR L'EXPÉRIENCE

Divers constats et pistes de réflexion émergent des résultats de l'expérience d'intervention présentée. Ces derniers sont examinés afin d'évaluer la pertinence d'une telle intervention, sa reproductibilité ainsi que les modifications qui pourraient lui être apportées. Ce chapitre revient également sur les éléments inattendus ayant surgi en cours de route afin de réfléchir à leur signification et à leur impact sur l'intervention et l'avenir du service proposé. Enfin, les objectifs de la présente intervention sont évalués afin de déterminer si le véhicule choisi, la ligne de vie et la mise en récit de soi, en ont assuré l'atteinte.

6.1 Utilisation du récit de soi comme méthode d'intervention

Les discussions facilitées par le groupe ont permis aux participantes de normaliser plusieurs difficultés auxquelles elles ont été confrontées au cours de leur vie ainsi que celles qui persistent dans leur quotidien. Que ce soit sur le plan de la violence sexuelle ou du trouble alimentaire, le groupe a procuré aux participantes un espace où elles ont pu se retrouver et échanger avec d'autres personnes en mesure de comprendre et d'accueillir l'étendue de leur souffrance. À notre connaissance, le récit de soi comme méthode d'intervention privilégiée dans un groupe de soutien pour les personnes

souffrant d'un trouble alimentaire et qui ont aussi été victimes de violence sexuelle est une approche peu mise à profit dans le monde de la santé mentale. Cette méthode est surtout utilisée afin de connaître l'histoire personnelle du sujet dans une visée d'évaluation de la situation problème présentée.

Toutefois, l'approche par récit de vie permet au sujet de travailler son passé afin d'agir sur la relation qu'entretient le sujet avec son histoire. Comme l'explique Boris Cyrulnik (2017), psychiatre français, dans sa conférence sur le récit de soi, un sujet peut souffrir plus d'une fois pour le même événement : au moment des faits et lorsqu'il doit en parler et se représenter l'évènement à nouveau. Ainsi, le travail visé par le récit de soi consiste à modifier la façon dont le sujet éprouve son trauma pour ne plus devenir prisonnier de son passé. Lee et Farkas (2015), auteurs s'intéressant à l'intervention par le récit de vie en santé mentale, expliquent que le rétablissement est souvent associé à l'habileté à développer un concept de soi (*sense of self*) où le sujet peut trouver du sens dans son expérience de souffrance. Le récit de vie permet cette construction de sens et outrepasser même la personne que le sujet était avant sa souffrance.

De prime abord, le croisement de la violence sexuelle et du trouble alimentaire est bien soutenu par la recherche scientifique, notamment par la prévalence de la violence sexuelle au sein de la population souffrant d'un trouble alimentaire. Plusieurs auteurs s'entendent sur la nécessité d'accorder une place au trauma dans le traitement du trouble alimentaire (Brewerton, 2007; Trottier et al., 2016). Les participantes étaient du même avis lorsqu'elles ont examiné le rôle des comportements associés au trouble alimentaire dans la gestion de la détresse émotionnelle à la suite de la violence sexuelle. Le groupe a offert aux participantes un espace où explorer leurs blessures, mais surtout où comprendre comment elles les font encore souffrir à l'heure actuelle. Elles ont pu se questionner sur la provenance de l'inconfort qu'elles ressentent face à leur corps et le malaise à l'égard de leur image corporelle, de leur identité et de leur estime d'elles-mêmes. Plusieurs d'entre elles ont pu explorer leur désir de plaire ou simplement

d'exister aux yeux des autres, ou au contraire, de se protéger et de devenir invisibles. Le groupe a permis aux participantes d'explorer les liens spécifiques entre ces deux réalités pour mieux comprendre ce que leur procure le trouble alimentaire. Plusieurs d'entre elles ont identifié le baume que leur procure le trouble en leur permettant de se concentrer sur autre chose (p. ex. : le corps ou la nourriture) que sur la blessure.

6.1.1 Aborder la honte et la culpabilité

Il importe de revenir sur le travail effectué par les participantes en ce qui a trait aux sentiments de honte et de culpabilité. Elles étaient plusieurs à rapporter, en début de processus, s'être senties responsables de la violence sexuelle subie et honteuses à la suite de celle-ci. Similairement, plusieurs ont partagé leur honte de souffrir d'un trouble alimentaire, mais surtout d'avoir une impression de responsabilité face aux comportements nuisibles dont elles font usage, malgré elles, tels que la compulsions alimentaires, la restriction alimentaire ou les méthodes compensatoires (vomissements volontaires, usage de laxatifs, exercice compulsif).

Examiner collectivement les perceptions de responsabilité sur ces deux plans a permis aux participantes de remettre en question le sentiment de culpabilité. En effet, elles ont travaillé à se rappeler que l'unique responsable de la violence subie était l'agresseur et que les conséquences avec lesquelles elle se retrouvent par la suite découlent du geste posé par l'agresseur. La normalisation des conséquences comme résultantes de la violence subie et l'accent mis sur le caractère non désiré de celle-ci semblent avoir joué un rôle dans le développement d'une conception d'elles-mêmes comme victimes et non comme responsables de la détresse avec laquelle elles sont aux prises. D'un autre côté, le fait de percevoir le trouble alimentaire comme une conséquence de la violence en tant que telle, ou plutôt comme un facteur de vulnérabilité à son maintien ou à sa solidification, a contribué à la capacité des participantes de diminuer la honte y étant associée.

À partir des conversations ayant émergé de ces questions, le thème de la famille a été abordé à plusieurs reprises au fil des rencontres. Le rôle central de la famille et des proches dans le récit des participantes ainsi que son émergence dans les discussions sont intéressants lorsqu'on s'attarde à leur fonction dans le développement du trouble alimentaire et des conséquences psychosociales de la violence sexuelle. Tel qu'il a été présenté dans les chapitres précédents, le soutien de l'entourage et des proches est primordial à la suite d'un évènement traumatique (Littleton, 2010; Billette et al., 2005; Ullman, 1999). Ce soutien est considéré par de nombreux auteurs comme déterminant dans la trajectoire du rétablissement et la capacité de la victime de se relever. Or, en ce qui a trait au trouble alimentaire, plusieurs participantes ont noté que leur famille aurait contribué à la mise en place d'un terrain fertile à son développement. Que ce soit par la participation des membres de la famille à des régimes, des commentaires négatifs, voire dégradants, face au corps des femmes ou le rapport lui-même désordonné des membres de la famille avec l'alimentation et l'image corporelle, l'espace familial semble avoir été un vecteur du développement de comportements et de croyances malsaines au sujet de l'image corporelle et de l'alimentation chez les participantes.

Ce faisant, les participantes ont toutes eu des relations compliquées ou conflictuelles avec leur famille respective à certains moments de leur vie. Plusieurs d'entre elles ont rapporté qu'elles n'ont pu compter sur le soutien de leurs proches à la suite de la violence sexuelle, ce qui aurait contribué à l'isolement et à l'émergence de la honte et du sentiment de culpabilité. Sans la possibilité de parler de la violence subie, les victimes ne peuvent combattre la honte ni exercer un regard différent allant à l'encontre des croyances de responsabilité, conséquence communément partagée par de nombreuses victimes de violence sexuelle.

6.1.2 Briser le silence

Aborder des évènements particulièrement difficiles représente tout un défi pour nombre d'individus. S'ouvrir sur les difficultés auxquelles nous sommes toujours

confrontées demande courage, force et authenticité ainsi qu'un certain niveau de tolérance aux émotions négatives pouvant alors émerger. Lorsque les participantes ont eu à discuter des événements de violence sexuelle, elles ont vu réémerger des émotions et souvenirs longtemps enfouis et ont eu à les retravailler. Ces discussions, bien que difficiles, ont aussi laissé place à des sentiments de soulagement et de solidarité entre les participantes. Or, lorsqu'est venu le temps d'aborder le trouble alimentaire, une atmosphère empreinte de désespoir et d'impuissance s'est installée.

Ce constat suscite des questionnements concernant ce qui pourrait contribuer à la difficulté perçue de parler du trouble alimentaire alors que cette même difficulté semble avoir été moins grande au moment d'aborder la violence sexuelle. Plusieurs participantes ont mentionné explicitement qu'aborder le trouble alimentaire était plus difficile pour elles en raison de l'impuissance résultante, soit l'impression de ne rien pouvoir y changer. Bien que les conséquences de la violence sexuelle demeurent présentes pour les participantes, les événements eux-mêmes se situent dans le passé. Le détachement qu'elles peuvent exercer leur permettrait donc d'être moins envahies par la détresse quand vient le temps d'ouvrir sur celle-ci. Or, comme le trouble alimentaire demeurerait une réalité bien présente dans la vie des participantes au moment de l'intervention, il est possible de croire qu'il s'agissait de la problématique les faisant le plus souffrir dans le moment présent. Cela semble cohérent avec les propos des participantes à ce sujet.

D'ailleurs, de pair avec les écrits scientifiques mettant en relief la fonction de gestion de la détresse qu'occupe le trouble alimentaire, il est possible de croire qu'imaginer une vie sans trouble alimentaire créerait chez les participantes une impression qu'elles seraient nécessairement envahies par les émotions difficiles qu'elles ne pourraient plus gérer autrement. Les réalités présentées par les participantes sur ce plan sont cohérentes avec les observations de la recherche au sujet du rôle central de la régulation émotionnelle dans le trouble alimentaire en présence de trauma. Plus spécifiquement,

la fonction d'évitement de la détresse émotionnelle qu'occupe souvent le trouble alimentaire a été soulevée par de nombreux auteurs (Rosenbaum et al., 2020; Rosenbaum et White, 2012; Aldao et al., 2010; Follette et al., 2006). Ainsi, il semblerait que les participantes qui souffrent du trouble alimentaire depuis de nombreuses années arrivent difficilement à imaginer qu'elles pourraient ne pas ressentir une détresse d'une telle intensité sans le trouble alimentaire et ses comportements associés.

Aussi, plusieurs participantes doutaient de la pertinence de se concentrer sur leur récit de vie et de parler du passé lorsqu'elles sont confrontées à une forte détresse au quotidien suscitant en elles un fort sentiment d'impuissance et de désespoir. Elles ont exprimé le besoin d'obtenir des outils, des solutions concrètes, afin de surmonter le trouble alimentaire et « d'agir » sur leur présent. Cependant, lorsqu'elles ont été questionnées sur les stratégies qu'elles connaissaient, plusieurs convenaient qu'elles avaient les outils nécessaires, mais qu'elles n'arrivaient pas à les mettre en place. Cela démontre que la détresse ressentie peut être si envahissante qu'elle déclenche l'impuissance, puis le désespoir envers un rétablissement potentiel. Il est important de noter que comme les discussions au sujet du trouble alimentaire ont suivi celles sur la violence sexuelle, l'accumulation ou le constat de la « lourdeur » de leur vécu a pu accentuer le désespoir des participantes à l'égard de leur capacité à s'en sortir. À ce sujet, plusieurs ont noté que constater l'étendue de la souffrance dans leur vie ainsi que la lourdeur de leur vécu leur donnait un sentiment d'étouffement.

6.1.3 Pratiquer l'autocompassion

Les thèmes de l'autocompassion et de la résilience (pouvoir d'agir) ont été abordés vers la fin du groupe de soutien, en réponse aux sentiments généraux de désespoir et d'impuissance exprimés par les participantes. Toutefois, le groupe a été amené à pratiquer et appliquer des compétences relatives à ces thèmes tout au long de l'intervention malgré la décision en cours de route de les aborder explicitement.

En effet, à chaque début de rencontre, lors d'un tour de table, les participantes devaient s'exprimer tour à tour sur l'état dans lequel elles se présentaient au groupe. Ce moment de réflexion leur a permis de se connecter à elles-mêmes et de s'accorder une reconnaissance de la légitimité de leur ressenti. En les partageant au groupe, elles se donnaient le droit de les affirmer et de les laisser exister. Elles étaient encouragées à se raconter de façon authentique et avec ouverture. De plus, en fin de séance, elles étaient amenées à reproduire l'exercice en y ajoutant leur plan pour la soirée, c'est-à-dire ce qu'elles allaient faire à la suite de la rencontre. Elles étaient obligées, encore une fois, de s'accorder de l'importance et le droit de prendre une pause, un moment pour soi. En partageant avec le groupe, elles se tenaient responsables de mettre leurs stratégies en action. Le partage des plans de chacune a su inspirer les autres participantes et a collectivisé le « prendre soin de soi » où toutes se partageaient des idées et pouvaient échanger à leur sujet. Ce faisant, plusieurs participantes ont mentionné avoir commencé à prendre des bains chauds régulièrement pour la première fois. Elles ont aussi rapporté avoir particulièrement apprécié être responsables de mettre en action des outils concrets pour prendre soin d'elles. Elles ont pu pratiquer divers gestes non liés aux comportements du trouble alimentaire comme manger devant la télévision, leur permettant ainsi de gérer autrement la détresse émotionnelle et le malaise causé par la blessure.

Toutefois, l'objectif de ces exercices n'a pas été explicité aux participantes. Il aurait été pertinent d'aborder ces thématiques plus rapidement ou du moins de les introduire vers le début du processus de groupe. Ensuite, ils auraient pu être ramenés et rappelés aux participantes tout au long de l'intervention dans l'optique de les encourager à retravailler leur récit de vie et à examiner les expériences du passé avec bienveillance et empathie. Par contre, il est également possible que les membres du groupe n'aient pas eu la possibilité d'entretenir l'autocompassion à leur égard dès le début du groupe et qu'au contraire, il s'agisse d'un travail de longue haleine qui s'effectue graduellement au fil des rencontres. Aborder ces thématiques, bien que cela ait eu lieu

en fin de parcours et n'était pas prévu initialement, semble nécessaire dans le cadre d'un tel travail. Elles peuvent également être une clé à la normalisation des sentiments de désespoir et à leur combat subséquent.

6.1.4 Combattre le désespoir

L'entretien d'une vision compatissante à son égard et la reconnaissance de son pouvoir d'agir offre au sujet la possibilité d'entretenir l'espoir et facilite la mobilisation requise pour observer les changements escomptés, ce pour quoi la sociologie clinique accorde une grande importance au contexte plus large dans lequel évolue le sujet moderne. En effet, la société néolibérale dans laquelle il se construit encourage les sujets à vivre une vie épanouissante peu importe les aléas de la vie ainsi qu'à se relever et à devenir « les héros » de leur propre vie. L'approche centrée sur les récits de vie demeure consciente de ces pressions et cherche à stimuler chez le sujet un récit qui saura incorporer ces messages afin de saisir comment ils interagissent dans le sens qu'accorde le sujet à sa vie.

Ces pressions sociales rencontrées par certaines participantes étaient le moteur du sentiment de désespoir auquel elles ont été confrontées. La déception de ne pas pouvoir arriver à entretenir de relation amoureuse, de relations saines et positives avec leur famille, une carrière professionnelle épanouissante ou même une relation avec son corps affranchie des pressions et attentes sociales, était source de désespoir pour elles. Les auteurs précisent que la souffrance émerge de l'intégration de ces narratifs, ce qui affaiblit en retour l'espoir, l'estime de soi, mais surtout l'agentivité (Lee et Farkas, 2015). Plusieurs participantes se voyaient dans l'obligation de faire le deuil de ces désirs et de ces souhaits afin de se permettre d'avancer.

Ainsi, il semble tout à fait pertinent d'offrir un espace aux participantes dans lequel elles peuvent aborder ces enjeux, les normes, les croyances et les attentes sociales perçues. L'idée du deuil qui a émergé des propos des participantes est également

intéressante puisqu'elle représentait une stratégie visant à répondre aux attentes sociales et aux messages véhiculés. Les participantes ont exprimé vouloir faire le deuil de différents souhaits, que ce soit une relation aimante avec un parent ou une relation amoureuse stable. Plusieurs ont incorporé ce thème à leur histoire, de sorte qu'elles puissent vivre une vie satisfaisante, à l'image de leur réalité respective. Elles ont, en quelque sorte, travaillé à incorporer les messages et pressions sociales à leur histoire en les rejetant ou en acceptant qu'elles ne sauront y répondre.

6.1.5 Utilisation de la ligne de vie

Le recours à l'outil de la ligne de vie a contribué au développement de récits nuancés et incorporants de nouvelles visions de leurs expériences. Toutefois, son appropriation par les participantes a représenté un défi tout au long de l'intervention.

Il n'était pas attendu de rencontrer autant de résistance de la part des participantes face à son utilisation. Elles étaient nombreuses à rapporter avoir vécu une forte détresse lors du premier exercice avec la ligne de vie. Ensuite, au fil des rencontres, certaines d'entre elles ne complétaient pas le devoir demandé en raison de la détresse émotionnelle ressentie au courant de la semaine. Elles avaient tendance à mettre le devoir de côté lorsqu'elles étaient envahies par d'autres difficultés propres à leur quotidien et à d'autres émotions négatives. Comme le trouble alimentaire est un trouble de santé mentale particulièrement envahissant en raison des symptômes entourant les prises alimentaires et la perception de soi et du corps, les personnes qui en souffrent y sont confrontées à plusieurs reprises tout au long de la journée. Ainsi, aborder la source de leur souffrance lors du groupe déclenchait, pour certaines, une plus forte détresse entre les séances. Les tâches à compléter sur leur ligne de vie à la suite des séances suscitaient chez certaines participantes une détresse venant s'ajouter à la souffrance déjà bien présente.

Malgré cette résistance, les participantes ont semblé avoir pris goût à l'exercice au fil des rencontres. Plusieurs de celles qui avaient mis de côté leur ligne de vie y sont retournées. Il semble que plus elles pouvaient expérimenter les bienfaits de l'exercice, plus elles avaient envie de s'y investir. En fait, plus les participantes faisaient des constats ou avaient de nouvelles compréhensions de leurs expériences à la suite des devoirs, plus elles avaient tendance à compléter les devoirs par la suite. La ligne de vie a permis aux participantes d'identifier les premiers signes et symptômes du trouble alimentaire dans leur vie, mais aussi d'explorer le contexte plus large dans lequel il est apparu (facteurs prédisposants et précipitants). Ensuite, elles ont pu observer les fonctions du trouble alimentaire au moment présent ainsi que ce qui contribue à son maintien dans leur vie. Elles ont pu placer les événements de violence sexuelle sur leur ligne du temps et observer comment les préoccupations liées au corps et à l'alimentation sont adaptées ou développées par la suite.

D'un point de vue clinique, la ligne de vie a contribué à l'émergence de discussions centrées sur les récits individuels et collectifs des membres du groupe. L'outil a mis en place une compréhension rapide de la nature du groupe chez les participantes. Elles ont compris qu'elles allaient avoir à parler d'elles-mêmes et à partager leur histoire personnelle au groupe. Cela semble avoir été difficile pour certaines participantes qui ont mentionné ne pas être familières ou avoir peu d'expérience avec ce type d'approche. En effet, les groupes offerts en troubles alimentaires ont habituellement des visées psychoéducatives permettant aux participantes d'adopter une posture plus passive. Bien que l'approche préconisée dans ce groupe ait demandé un moment d'adaptation aux participantes, elles semblent y avoir pris goût en partageant des détails de leur vie et en prenant conscience des similitudes de leurs expériences. Le recours à l'outil de la ligne de vie assurait une continuité entre les séances du groupe et permettait de plonger rapidement dans des conversations profondes et personnelles. Il permettait aussi aux participantes de poursuivre leur travail à la maison, et au récit de se développer davantage au fil des réflexions que la ligne leur procurait.

6.2 L'utilisation du travail de groupe selon les principes de l'aide mutuelle

Bien que les pratiques d'intervention puissent prendre une multiplicité de formes, il demeure que la forme sélectionnée doit savoir répondre aux besoins perçus chez les participants et exprimés par ceux-ci. L'intervention par le groupe détient des bénéfices qui lui sont propres qui ont pu être observés dans la présente intervention. Le choix d'une approche inspiré des principes de l'aide mutuelle a permis aux membres de développer des liens favorisant une ambiance propice à l'échange de récits intimes leur demandant de se montrer vulnérables et ouvertes au regard des autres. Cette atmosphère s'est rapidement installée dès les premiers partages entre les membres du groupe.

6.2.1 Solidarité entre les membres

Dès la première rencontre, les membres ont pu vivre un sentiment de proximité les unes envers les autres. Bien qu'elles venaient de se rencontrer, les échanges sur des sujets difficiles et le constat de leurs points communs semblent avoir favorisé la mise en place d'un environnement sécuritaire et confortable. En fait, le choix de combiner deux problématiques distinctes et spécifiques, la violence sexuelle et le trouble alimentaire, a permis de placer les participantes sur un terrain commun jamais vécu auparavant. Elles étaient nombreuses à verbaliser leur appréciation de pouvoir se retrouver entre elles pour aborder leurs expériences particulières se situant à l'intersection de ces deux réalités.

Cela leur a donné l'impression d'être « toutes dans le même bateau » dès la première rencontre du groupe. Lindsay et Roy (2017) expliquent, au sujet du choix de la composition du groupe, que les membres doivent être suffisamment similaires afin de trouver des points communs et créer une alliance entre les membres. Ils suggèrent également que les membres soient suffisamment différents, de sorte que les échanges

puissent être variés et laisser place à des discussions et à des apprentissages. Ainsi, les deux réalités auxquelles étaient confrontées les membres ont permis mettre en place un terrain fertile au développement d'une alliance. Cette alliance semble d'ailleurs s'être solidifiée lorsque plusieurs participantes ont échangé, lors de la première rencontre, sur leur rôle de mère, leurs expériences de grossesse et d'accouchement ainsi que leur lien avec leurs enfants. Au fil des rencontres, plusieurs ont découvert un second terrain d'entente lorsqu'elles ont échangé sur leurs relations parfois compliquées avec leurs proches, surtout leurs parents.

Toutefois, les différences entre les membres étaient perceptibles dans les expériences individuelles sur le plan de la trajectoire dans les services d'aide, du travail psychologique effectué jusqu'à présent, des symptômes du trouble alimentaire et du parcours vers le rétablissement. Des discussions au sujet des difficultés propres à chacune en ont émergé, ce qui a été le moteur du développement des premiers signes d'aide mutuelle. La compréhension des autres participantes a permis à certaines de s'exprimer sur des « sujets tabous », empreints de vulnérabilité, en obtenant en retour des reflets d'autres membres du groupe. Ce regard extérieur, d'ailleurs nécessaire dans l'approche par le récit de soi, a permis aux participantes de développer de nouveaux récits, en y incorporant des points de vue qu'elles n'avaient pas explorés auparavant.

Selon les chercheurs, la solidarité occuperait un rôle important dans le rétablissement. L'estime de soi et le concept de soi d'un individu peut se voir chamboulés par l'injustice sociale et l'isolement (Fisher et Lee, 2015). Selon Fisher et Lee (2015), le partage de narratifs collectifs promeut l'agentivité et le pouvoir d'agir chez le sujet. Le recours à la solidarité serait souvent oublié dans le cadre des pratiques en santé mentale, surtout dans les milieux institutionnels où l'on mise sur des pratiques d'intervention rapides et efficaces promouvant une culture d'entrepreneuriat de soi (Namian et Binet, 2016), évacuant la créativité et les forces individuelles et du groupe.

À travers le groupe, les participantes ont pu expérimenter de nouveaux rôles, que ce soit par le *leadership*, le soutien offert à leurs pairs, l'affirmation de leurs besoins ou par la prise de parole. D'un point de vue narratif, elles ont pu se concevoir sous une nouvelle lunette : une personne faisant preuve d'agentivité qui contribue au groupe par sa présence attentive et sa parole. Le développement d'un concept de soi nuancé capable d'incorporer ses forces et ses compétences est une étape importante du développement du récit de soi. Le sujet se construit par sa capacité à exercer l'autoréflexivité (de Gaulejac, 2014; Vargas-Thils, 2013), ce qui suscite chez lui la mobilisation et l'affirmation de son identité auprès du monde extérieur (Teschi et Calhoun, 1996).

6.2.2 Favoriser l'aide mutuelle en visioconférence

La pandémie de la COVID-19 a forcé la transformation des pratiques d'intervention devant dorénavant s'adapter aux restrictions et aux nouvelles politiques gouvernementales. L'intervention en ligne, utilisée par les professionnels bien avant la pandémie, a tout de même demandé une adaptation rapide, voire brusque, pour de nombreux intervenants qui ne sont pas familiers avec cette méthode. Or, son utilisation a su permettre la continuité des services d'aide. La télépratique semble avoir fait ses preuves au fil des années. Les auteurs s'entendent d'ailleurs sur l'efficacité de cette méthode, comparable aux services offerts en présentiel (Backhaus et al., 2012; Simpson, 2009; Békés et Aafjes-Van Doorn, 2020; Feijt et al., 2020). Toutefois, étant donné la nécessité pour les professionnels et la clientèle de s'y adapter rapidement, des questionnements quant au succès d'une telle méthode persistent.

Dès le début de l'intervention de groupe, il était possible de se questionner sur la possibilité de développer des liens profonds et suffisamment significatifs au sein du groupe pour que puisse y émerger l'aide mutuelle. Dans un écrit sur les groupes de soutien virtuels en temps de pandémie, Avital Kaye-Tzadok (2021), travailleuse sociale, se posait une question similaire. Elle se demandait s'il était réellement possible

qu'un travail significatif puisse émerger d'un groupe se réunissant pour la première fois en mode virtuel. Il semblerait que de nombreux professionnels aient ces mêmes inquiétudes, notamment la crainte de ne pas être en mesure de bien véhiculer l'empathie ou de perdre l'accès au non verbal des clients (Feijt et al., 2020; Békés et Aafjes-Van Doorn, 2020).

Dans le cadre du présent groupe, il est vrai que l'accès au non verbal des participantes était réduit. En raison de la taille du groupe, il était difficile d'observer toutes les participantes lors des partages. Il était également difficile de déterminer si une participante réagissait au contenu partagé ou à son environnement. Le mode virtuel laissait moins de place à la spontanéité des échanges en raison de la qualité du son, devenant cacophonique dès que deux personnes prenaient la parole en même temps. Ce faisant, certaines participantes demeuraient dans le silence lors des échanges et attendaient d'être sollicitées pour intervenir plutôt que de le faire de façon spontanée. Une impression de perdre l'authenticité des réactions était présente par moment. Les participantes ont rapporté qu'il était plus facile pour elles, vu le dispositif virtuel, de demeurer passives ou de « décrocher » mentalement lorsque le contenu des échanges devenait trop lourd ou déclenchait en elles des émotions négatives et inconfortables. Les limites propres au virtuel ont demandé un travail plus soutenu et répété afin de mobiliser le groupe, de lui retourner les demandes et questions et d'encourager les participantes à répondre à la détresse verbalisée par leurs pairs.

Le mode virtuel privait les participantes de l'occasion de développer des liens entre elles dans l'informalité. Habituellement, les participantes arrivent quelques minutes d'avance aux groupes offerts en présentiel par l'organisme et ont une pause de quelques minutes vers la mi-rencontre. Ce temps d'attente leur permet d'échanger entre elles, que ce soit avant le début du groupe ou lors de la pause. Ces échanges pourraient favoriser le développement plus rapide de liens et la familiarité entre les participantes, et ainsi favoriser l'émergence d'aide mutuelle au sein du groupe. Dans le cadre du

groupe virtuel, les participantes n'avaient pas cet espace et ne l'investissaient pas non plus. Elles ne se connectaient qu'au moment du début de l'intervention ou gardaient leur caméra éteinte jusqu'au début du groupe. Toutefois, il est important de noter que l'étudiante laissait elle-même sa caméra éteinte jusqu'au moment du début de l'intervention. Il est possible de se questionner à savoir si le fait d'allumer sa caméra quelques minutes plus tôt aurait eu pour effet d'encourager les participantes à faire de même et aurait pu stimuler les échanges informels.

Enfin, malgré les limites du virtuel, l'aide mutuelle a émergé au sein du groupe vers la 4^e rencontre. Pour maintenir cette dynamique, il a fallu la mobiliser et l'encourager tout au long des séances de groupe. À notre avis, cela était un défi en raison du mode virtuel du groupe, surtout en raison du caractère délicat et sensible des thèmes traités, soit la violence sexuelle et le trouble alimentaire. Certains professionnels seraient d'avis que l'intervention à distance ne serait pas idéale pour le traitement du trauma ou des patients souffrant de problématiques sévères, en raison de leur vulnérabilité face à des situations inattendues et de l'exacerbation potentielle subséquente des symptômes (Feijt et al., 2020). Il est vrai que les participantes ont pu observer l'augmentation de leur détresse à certains moments de l'intervention. Toutefois, cela peut être observable dans les suivis adressant le trauma, même lorsque l'intervention a lieu en présentiel (Brewerton, 2007; Trottier et al., 2016).

Malgré le mode virtuel de l'intervention, le groupe de soutien a permis aux participantes de s'exprimer et de prendre la parole sur la violence subie. Elles ont pu profiter d'un espace accueillant, sécuritaire et chaleureux où parler de la violence sexuelle avec des pairs qui peuvent comprendre la lourdeur et l'intensité de leur souffrance. Les participantes ont pu partager leur vécu difficile, sans honte. Elles n'ont pas eu à avoir peur de dévoiler un vécu ou une expérience de victimisation dans un groupe où elles ont l'impression d'être seules à avoir été confrontées à de telles

expériences. Elles ont rapidement pu aborder la violence sexuelle et entamer le travail nécessaire dès la première rencontre du groupe.

Le groupe était également un espace où créer des liens avec d'autres participantes en vue de briser l'isolement. Les conséquences de la violence sexuelle et le trouble alimentaire lui-même peuvent particulièrement contribuer à l'isolement des personnes qui en souffrent. L'isolement semble avoir été accentué par le contexte social plus large dans lequel s'inscrivait le groupe de soutien. La pandémie de la COVID-19 et les restrictions sociales (rester à la maison, distanciation sociale) en vigueur (Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, 6 janvier 2021) ont pu avoir un impact significatif sur l'exacerbation de l'isolement social chez ces personnes.

6.3 Reproductibilité de l'intervention proposée

L'offre de service a suscité une réponse favorable de la population visée, dépassant largement les attentes. En effet, plus de 50 personnes ont démontré un intérêt envers l'intervention proposée, confirmant qu'un service en ce sens semble répondre à un besoin bien réel. Il existe des services séparés pour ces deux problématiques, mais aucun, à notre connaissance, ne les aborde de façon conjointe. De plus, de nombreux professionnels sont uniquement formés en violence sexuelle ou en troubles alimentaires. Les participantes étaient nombreuses à nommer que lorsqu'elles ont voulu aborder l'autre difficulté avec le professionnel qu'elles consultaient pour l'une de ces problématiques, celui-ci n'y était pas formé et a préféré les référer vers un autre service. L'offre d'un service spécialisé a donc contribué à faciliter et à simplifier la trajectoire des usagères dans les services d'aide, un processus pouvant être ardu et compliqué.

De plus, des huit participantes retenues, une seule s'est désistée en cours de route. Cela a également dépassé nos attentes quant à l'attrition. Toutefois, le taux d'absentéisme aux rencontres était somme toute élevé. Il est difficile de déterminer la cause de ces

absences en raison du contexte particulier dû à la pandémie de la COVID-19 dans lequel s'est déroulée l'intervention. Il est possible que les demandes externes au groupe, telles que la garde des enfants due à la fermeture des écoles et des services de garde, le travail à la maison et les difficultés techniques peuvent avoir contribué au taux d'absentéisme plus élevé. Ce constat serait cohérent avec l'expérience de l'organisme ANEB avec les autres groupes virtuels qui ont été offerts à pareille date.

6.3.1 Atteintes des objectifs

Les objectifs du présent mémoire d'intervention ont été mobilisés tout au long de l'intervention. Dans les prochains paragraphes, le travail effectué par les participantes est examiné afin de déterminer l'atteinte ou non de ces objectifs.

Le premier objectif voulant que *les participantes arrivent à mieux saisir la relation entre le trouble alimentaire et la violence sexuelle subie*, a été travaillé tout au long de l'intervention. En effet, dès les premières séances de groupe, les participantes étaient invitées à partager leurs expériences de victimisation, les principales conséquences psychosociales de ces événements sur elles et sur leur vie, ainsi que leur compréhension de ces événements. Ensuite, elles avaient à discuter de l'histoire de leur trouble alimentaire, des facteurs prédisposants et des premiers symptômes à ceux auxquels elles sont toujours confrontées. Ces réflexions au sujet des événements et de leurs conséquences dans le moment présent répondent d'ailleurs au second objectif, soit d'amener les participantes à *réfléchir à l'intégration de ces événements dans leur processus de rétablissement et à la personne qu'elles sont actuellement*. Le recours à un outil concret et visuel a permis de soutenir ces réflexions et a permis aux participantes de poursuivre leurs réflexions en ce sens entre les rencontres du groupe. D'ailleurs, en superposant ces deux histoires, celle de la violence sexuelle et celle du trouble alimentaire, les participantes ont pu examiner les différentes façons dont celles-ci se sont entrecoupées au fil de leur vie jusqu'à aujourd'hui. Elles ont pu formuler un récit cohérent leur permettant de mieux saisir le rôle que peut jouer le trouble

alimentaire dans la gestion des émotions, comme une réponse au trauma et à la souffrance vécue.

À la lumière des constats et des réflexions quant au travail effectué par les participantes dans le cadre du présent groupe de soutien ainsi que des résultats obtenus, on peut considérer que l'intervention proposée a su répondre à ces objectifs. Les participantes ont été en mesure de développer et de s'approprier une meilleure compréhension des liens entre leur trouble alimentaire et le trauma causé par la violence sexuelle subie. Bien que pour certaines, cette compréhension était en plein développement à la fin du groupe, elles ont certainement entamé un processus de réflexion qu'elles sauront poursuivre en l'absence du groupe de soutien. La plupart des participantes ne s'étaient jamais questionné sur la possibilité d'un lien entre ces problématiques distinctes. Il s'agissait d'un premier pas vers la construction de sens et l'élaboration d'un récit plus complet et nuancé.

Ensuite, le troisième objectif du présent mémoire d'intervention était que *les participantes arrivent à mieux tolérer la détresse émotionnelle et à adopter des stratégies d'adaptation saines dans l'optique de favoriser un meilleur fonctionnement social*. À cet effet, plusieurs différentes techniques et stratégies ont été utilisées pour susciter le développement de ces compétences. Plus précisément, il était demandé aux participantes de nommer leur état et le partager au groupe en début de séance et en quittant la rencontre. Elles devaient également réfléchir à un plan pour leur soirée après la séance et le partager au groupe à la fin de chaque rencontre. Ces interventions visaient à mobiliser les participantes dans la recherche d'outils et de stratégies qui leur permettraient de prendre soin d'elles et dans leur mise en pratique. De plus, les discussions visant à faire ressortir les forces des participantes, leur capacité à surmonter les difficultés et à investir leur avenir avait pour objectif de les aider à comprendre qu'elles détiennent les capacités et les outils nécessaires pour gérer la détresse

émotionnelle, tout en normalisant la lourdeur et la profondeur de la souffrance qu'elle peut occasionner.

Or, bien que cela n'était pas prévu initialement, le fait d'aborder plus explicitement et clairement avec les participantes les concepts d'autocompassion et de résilience semble avoir fortement contribué à l'atteinte de cet objectif. Cela leur a permis de s'approprier ces concepts et de reconnaître qu'ils leur sont accessibles. En pratiquant l'autocompassion par des activités concrètes, elles ont pu apprécier et percevoir les bénéfices du « prendre soin de soi », mais surtout prendre conscience de la simplicité de cette pratique. De plus, en développant un récit empreint d'autocompassion et en s'appropriant finalement la résilience, elles ont pu développer leur confiance en leur capacité d'affronter la souffrance et de s'autoapaiser. Elles ont eu l'occasion de normaliser les conséquences de la violence sexuelle, d'explorer les sentiments de honte et de culpabilité ainsi que les messages sociaux véhiculés au sujet de la violence sexuelle et des troubles alimentaires. Cela leur a permis de reconnaître et de normaliser les impacts de ces problématiques sur elles et sur leur vie. Ces prises de conscience semblent nécessaires dans l'entretien d'une appréciation plus douce et empathique à son égard, permettant à l'envie d'investir son avenir d'émerger. Pour ces raisons, on considère que ce troisième objectif a également été atteint.

6.3.2 Recommandations

L'analyse de l'intervention de groupe proposée et offerte chez l'organisme ANEB a fait émerger différents constats et réflexions. Nous pouvons dès lors examiner la pertinence d'un tel service et émettre certaines recommandations quant à sa reproduction.

6.3.2.1 Troubles alimentaires et violence sexuelle

Les constats énoncés confirment la pertinence d'offrir un service spécialisé en violence sexuelle pour les personnes souffrant d'un trouble alimentaire. En effet, la forte réponse à l'offre de service ainsi que la participation soutenue au groupe de soutien soutiennent le désir des participantes d'obtenir des services en ce sens.

À notre avis, ce groupe devrait être réservé aux personnes s'identifiant au genre féminin afin de permettre la création d'un espace sécuritaire où les participantes peuvent se sentir en confiance les unes envers les autres. Il est également recommandé d'offrir ce groupe aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire, tous diagnostics confondus. En effet, les participantes ont trouvé cela difficile de parler du trouble alimentaire et éprouvaient davantage de difficulté à percevoir les similitudes entre leur réalité sur ce plan. Toutefois, elles ont éventuellement été en mesure de reconnaître que la détresse vécue et les croyances qu'elles entretiennent face à l'alimentation et à l'image corporelle sont similaires, peu importe le trouble dont elles souffrent. Cela a contribué à l'émergence d'un sentiment du « nous » et à la création de récits collectivisant les expériences individuelles des participantes.

Afin d'améliorer le service, il serait pertinent d'évaluer la possibilité d'offrir ce groupe aux personnes qui ont minimalement complété le groupe Niveau I à l'organisme ANEB. Cette recommandation émerge des différences perçues et exprimées par les participantes quant aux niveaux de connaissances sur le trouble alimentaire. Comme la visée du groupe est plutôt centrée sur les récits des participantes, il était difficile de demeurer centrées sur ces dernières lorsque certaines exprimaient des besoins en psychoéducation. Il est difficile de travailler les récits de vie et de développer sa compréhension de ses expériences lorsque l'appropriation de concepts de base sur le trouble alimentaire, tels que la normalisation de certains comportements, la compréhension des symptômes du trouble alimentaire et la connaissance de certaines stratégies ou de certains outils menant vers le rétablissement, n'est pas suffisante. Ces

éléments sont tous abordés dans le groupe Niveau I offert chez ANEB. Ainsi, la participation préalable à ce groupe favoriserait une base de connaissances plus cohérente, augmentant de ce fait la facilité de certaines participantes à travailler leur récit.

6.3.2.2 Autocompassion, pouvoir d'agir et résilience

Un constat majeur ayant émergé de l'analyse de l'intervention offerte est l'importance d'incorporer les thèmes de l'autocompassion, du pouvoir d'agir et de la résilience à la programmation du groupe. Il semble que ces concepts soient nécessaires dans un travail centré sur les récits de soi où le sujet est amené à exercer un regard réflexif sur ses expériences passées et les façons dont elles agissent en lui au moment présent. D'ailleurs, la perception de soi comme une personne capable de résilience est un ingrédient important de la capacité du sujet à entretenir de l'espoir en l'avenir.

À notre avis, ces thèmes devraient être abordés et présentés aux participantes à divers moments du groupe. En fonction de l'expérience vécue dans ce stage d'intervention, il est recommandé de présenter l'autocompassion en début de processus, le pouvoir d'agir vers la mi-groupe et la résilience vers la fin. Ainsi, les participantes pourraient se pratiquer à exercer l'autocompassion à leur égard plus rapidement dans le processus, pour ensuite reconnaître qu'elles ont du pouvoir sur leur vie, et ce, de différentes façons. De plus, l'autocompassion leur permettrait de reconnaître que ce pouvoir demeure valide et légitime, même s'il ne mène pas à la vie souhaitée ou espérée. Vers la fin du parcours, le concept de résilience serait plus facilement accepté par les participantes puisqu'elles auraient déjà travaillé à incorporer des nuances d'espoir et d'empathie à leur récit. Il serait donc plus facile de reconnaître leur capacité de résilience ainsi que les différentes façons dont elles ont été résilientes par le passé.

6.3.2.3 Ligne de vie

Quelques recommandations peuvent être émises pour répondre à la résistance face à l'outil rencontrée assez rapidement dans le processus de groupe.

Tout d'abord, il serait préférable de mieux préparer les participantes au recours à la ligne de vie tout au long du processus de groupe. En effet, bien qu'elles aient été informées lors des rencontres pré-groupe qu'un tel exercice serait utilisé, l'approche centrée sur le récit de soi n'était pas mentionnée sur l'affiche ni dans le courriel de recrutement. Clarifier davantage les approches mises à profit dans le cadre du service ainsi que les outils qui seront utilisés permettrait de mieux informer les personnes sur ce que leur participation impliquera. Cela semble d'autant plus important que l'approche utilisée dans le cadre du groupe est différente des approches utilisées par l'organisme qui se situent davantage dans une visée psychoéducative. Les participantes ont à y adopter une posture plus active et à s'investir dans la vie du groupe et les récits de leurs pairs.

De plus, puisque le groupe a été réfléchi comme étant un groupe en présentiel, il est possible de croire que l'outil serait mieux accepté dans ce contexte. En effet, le fait de voir les créations des autres et de présenter l'outil au groupe pourrait inciter les autres participantes à l'utiliser elles aussi. Avoir un espace physique où se réunir les encouragerait peut-être également à investir le travail à faire dans le cadre du groupe.

6.3.2.4 Durée du service et format

En ce qui a trait à la durée du groupe de soutien, le choix d'offrir 12 rencontres semble avoir été adéquat. Cela a permis aux participantes d'explorer certains thèmes sur deux rencontres, leur permettant de pousser davantage leurs réflexions. De plus, deux thèmes qui n'avaient pas été prévus ont pu être abordés.

Afin d'améliorer l'intervention, il pourrait être bénéfique pour les participantes d'avoir une pause de 10 minutes après une heure de rencontre pour leur permettre de prendre un moment pour elles. Plusieurs ont mentionné trouver cela difficile de ne pas avoir de pause et avoir eu tendance à décrocher des discussions dans la deuxième heure du groupe. Avec du recul, il semble que le besoin de prendre une pause ait pu être accentué par le fait que le groupe se tenait en mode virtuel et la fatigue associée à l'utilisation des écrans.

Pour une intervention optimale, il serait également préférable que ce type de groupe ait lieu en présentiel. Toutefois, plusieurs participantes ont mentionné avoir apprécié que le groupe ait eu lieu en mode virtuel puisque cela était rassurant pour elles. Certaines ont nommé qu'elles ne se seraient pas inscrites s'il avait eu lieu en présentiel puisqu'elles n'étaient pas prêtes à cela. Il est intéressant de noter que ce sont ces participantes qui avaient obtenu le moins de services en violence sexuelle et qui étaient au début de leur démarche. Cela nous amène à reconnaître le besoin des victimes de violence sexuelle à avoir des services adaptés à leur réalité respective. Il pourrait être intéressant de développer des services en ligne qui sauront davantage répondre aux besoins des individus en fonction du stade auquel ils se trouvent dans leur processus de rétablissement. De plus, le fait que le groupe ait eu lieu en ligne a permis à une participante résidant en Outaouais d'avoir accès au service auquel elle n'aurait pas pu avoir accès autrement. Cela met en relief le manque de services appropriés dans certaines régions, mais surtout le besoin de développer davantage de services accessibles.

Finalement, lors des entrevues postgroupe, plusieurs participantes ont souligné qu'elles aimeraient qu'il y ait une suite au groupe offert. Elles ont rapporté avoir apprécié le moment de pause suite au groupe puisqu'elles ont poursuivi leurs réflexions et retravaillé leur ligne de vie. Ainsi, elles ont exprimé le désir de se retrouver et de poursuivre le travail entamé dans un deuxième groupe plus avancé (de type Niveau II).

Cette idée est intéressante, mais sa faisabilité reste à évaluer. Le groupe a permis à plusieurs participantes d'identifier le travail restant sur lequel elles souhaitaient se concentrer. Pour certaines, cela consistait à se concentrer sur la violence sexuelle, alors que pour d'autres c'était davantage sur le trouble alimentaire. En revanche, elles s'entendaient toutes sur le besoin de travailler l'autocompassion. Cela fait émerger un réel besoin des participantes pour des services en ce sens.

Finalement, il est intéressant de noter que les thèmes de la grossesse, de la maternité, de l'accouchement et des relations avec les enfants ont été abordés et explorés par plusieurs participantes à différents moments du groupe. Elles reconnaissaient que leurs expériences de victimisation ont eu des impacts notables sur ces expériences. Bien que ces thèmes n'aient pas été analysés en profondeur, il semble pertinent de s'y pencher davantage dans le cadre de recherches futures. Cela évoque des besoins potentiels des victimes de violence sexuelle concernant ces thématiques.

CONCLUSION

Le présent mémoire d'intervention s'inscrit dans la foulée des dénonciations de violence sexuelle et des discussions plus ouvertes au sujet de la santé mentale. Il émerge de l'intérêt de l'étudiante pour le développement et l'approfondissement d'une méthodologie d'intervention peu utilisée à ce jour dans ce champ de pratique. Plus spécifiquement, il visait à offrir un service spécialisé aux femmes souffrant d'un trouble alimentaire ayant également été victimes de violence sexuelle. Il était souhaité non seulement de leur offrir un service adapté répondant à leur conjoncture particulière, mais de miser sur des approches accordant une place prioritaire à la subjectivité du sujet et à son statut d'expert. Les objectifs du présent mémoire d'intervention étaient : 1) d'amener les participantes à mieux saisir la relation entre le trouble alimentaire et la violence sexuelle qu'elles ont subie, 2) d'amener les participantes à réfléchir à l'intégration de ces événements dans leur processus de rétablissement et à la personne qu'elles sont actuellement et 3) de permettre aux participantes de mieux tolérer la détresse émotionnelle et d'adopter des stratégies d'adaptation saines dans l'optique de favoriser un meilleur fonctionnement social.

Pour ce faire, un groupe de soutien inspiré des groupes de récits de vie (de Gaulejac, 2013a, 2013b; de Gaulejac et Legrand, 2013; Coopman et Jensen, 2010) et inspiré des approches biographiques (Niewiadomski, 2013a, 2013b; Delory-Momberger, 2013) a été élaboré pour répondre au désir d'offrir un service différent de ceux couramment offerts en santé mentale. Ces approches ont semblé bien s'allier aux groupes de soutien basés sur des principes d'aide mutuelle (Lindsay et Roy, 2017; Berteau, 2011; Shulman,

1985-1986). En fait, ces deux démarches estiment que le sujet et ses pairs sont les mieux placés pour dénouer leurs propres nœuds et tirer du sens de leurs difficultés.

L'organisme communautaire ANEB a encadré le projet d'intervention. Le groupe de soutien s'est étalé sur 12 rencontres hebdomadaires de deux heures chacune, sur une période de trois mois, soit de février à avril 2021. Un total de huit participantes étaient initialement inscrites au groupe, mais une participante s'est désistée en cours de route. Au final, sept participantes ont fait partie du groupe de soutien. Ce dernier a été construit de sorte que toute la place était laissée aux participantes pour faire émerger le contenu des thèmes qui leur étaient proposés. Ces thèmes étaient prédéterminés et couvraient les conséquences de la violence sexuelle, les scripts sociaux entourant la violence sexuelle, le développement du trouble alimentaire, l'image corporelle et l'estime de soi. En réponse aux besoins des participantes qui ont émergé en cours de route, deux nouveaux thèmes leur ont été proposés : l'autocompassion et la résilience. Les participantes ont pu raconter leur récit de vie, se réapproprier leurs expériences et leur histoire tout en collectivisant leurs difficultés dans une perspective de solidarité et de réflexivité. Pour ce faire, l'outil de la ligne de vie a été utilisé afin d'offrir la possibilité aux participantes d'expérimenter un certain recul face à leur histoire et de clarifier le sens qu'elles y accordent. La sélection préalable des thèmes avait comme objectif de soutenir ce travail réflexif et d'accompagner les participantes dans la construction, tout au long du groupe, de leur ligne de vie.

L'analyse de l'expérience et le retour sur celle-ci ont permis de revenir sur les principaux récits qui ont été élaborés par les participantes. L'analyse a permis de faire ressortir les éléments les plus importants quant aux thèmes qui ont émergé de l'expérience de groupe, aux dynamiques de groupe et d'aide mutuelle, à l'utilisation de l'outil proposé (ligne de vie) et à la tenue d'un groupe entièrement en visioconférence. Cela a permis de se pencher sur des thèmes qui ont occupé un rôle important dans le travail que les participantes ont effectué dans le cadre du groupe, tels que la honte et la

culpabilité ressentie ainsi que le besoin de briser le silence et de pratiquer l'autocompassion. Le groupe de soutien proposé a permis aux participantes d'explorer l'histoire développementale de leur trouble alimentaire en y juxtaposant leur récit de violence sexuelle. Elles ont pu aborder la place de la honte et de la culpabilité dans leur récit ainsi que l'influence de leur entourage et des discours sociaux dominants sur les perceptions et les croyances qu'elles entretiennent à leur égard. D'ailleurs, malgré les réticences initiales partagées par les participantes face à l'outil proposé, la ligne de vie, celui-ci leur a permis de prendre du recul face à leurs expériences afin de mieux saisir comment elles sont reliées les unes aux autres.

De plus, le groupe de soutien inspiré des groupes d'aide mutuelle a sollicité l'émergence de solidarité et de soutien entre les participantes. Elles ont eu l'occasion d'expérimenter de nouveaux rôles et de raconter leur histoire personnelle à des femmes en mesure d'en saisir toutes les nuances. Le caractère unique du présent groupe a permis aux participantes de se rencontrer sur un terrain commun dès la première rencontre, ce qui a favorisé l'établissement d'un sentiment du « nous » et l'impression qu'elles seront en mesure de se comprendre et s'entraider. De plus, à l'ère de l'hypermodernité où l'individu contemporain se centre davantage sur lui-même, cherche à devenir l'entrepreneur de sa propre vie et est en quête constante d'actualisation de soi (Niewiadomski et Delory-Momberger, 2013), une démarche axée sur des principes de solidarité contribue à briser l'isolement et le sentiment de solitude que ressent le sujet. En effet, les participantes devaient adopter une position extérieure à elles-mêmes et se centrer sur leurs propres perceptions et compréhension afin de donner un sens à leur histoire, un sens qui sera à leur image, cohérent avec la personne qu'elles sont réellement et la vie qu'elles souhaitent mener.

Malgré les difficultés liées au contexte sociosanitaire et à la tenue du groupe de soutien en mode virtuel, les participantes se sont montrées engagées et motivées tout au long du processus. Les dynamiques d'aide mutuelle ont tout de même pu émerger malgré la

mise en distance interpersonnelle que procure la télépratique. Les participantes ont d'ailleurs mentionné avoir apprécié le mode virtuel puisqu'il leur a permis de maintenir des liens sociaux de soutien dans cette période de distanciation sociale sans précédent. Elles pouvaient bénéficier du confort que leur procure leur environnement personnel, ce qui, pour plusieurs, était rassurant dans le cadre d'un travail sur des émotions et souvenirs particulièrement difficiles. Or, il est possible de questionner sur ce qui aurait pu émerger du présent groupe de soutien s'il avait eu lieu en présentiel. Les participantes auraient-elles pu développer des liens plus profonds? L'aide mutuelle se serait-elle installée plus rapidement? Les participantes auraient-elles été moins réticentes à utiliser la ligne de vie? La pandémie de la COVID-19 a-t-elle accentué le désespoir ressenti par les participantes? Ces questionnements demeurent sans réponse pour l'instant, mais il est possible d'apprécier les avancées technologiques qui ont permis de tenir le groupe de soutien malgré ce contexte hors du commun.

Le présent mémoire d'intervention fait partie d'un effort plus large du renouvellement des pratiques en santé mentale et en travail social. Avec la montée des modèles néolibéraux adoptant des visions biomédicales de la santé mentale comme des troubles et des symptômes à résoudre, la subjectivité et l'expérience propre du sujet tendent à être mises de côté (Peters, 2021). Ce mémoire avait comme volonté de répondre à ces conceptions de l'humain en offrant un service axé sur le sens et l'intériorité du sujet. Ces principes sont cohérents avec les valeurs du travail social misant sur des principes de justice sociale, d'équité et de solidarité (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du québec, 2021; National Association of Social Workers, 2021). Ainsi, en reconnaissant la voix des participantes, en leur offrant la possibilité d'être entendues, de produire elles-mêmes un récit qui leur fait sens dans un espace de travail avec des pairs, le présent mémoire a contribué au développement de la pratique clinique des travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRES



Évaluation téléphonique

PRÉ GROUPE

Entretien réalisé par Sarah Racine, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal.

L'objectif de cette entrevue est de ramasser des informations précieuses qui nous informeront sur l'état dans lequel la participante arrive dans le groupe. C'est aussi l'occasion d'établir un premier contact entre la participante et l'étudiante de faire connaissance.

Cette évaluation vise la collecte de données au sujet de la situation de la participante, ses besoins, attentes, symptômes du trouble alimentaire. Dans le cadre plus spécifique du groupe de soutien pour les personnes ayant vécu de la violence sexuelle, le présent entretien permettra la récolte d'information au sujet de l'évènement de victimisation et des principales conséquences de l'agression sexuelle.

Avant de procéder à l'évaluation, il est nécessaire d'expliquer la nature du projet (ses objectifs, sa forme, sa durée ainsi que ses limites).

N.B.

Puisque le but est d'obtenir des réponses à des questions précises, il faudra être directive. Si à un certain moment, la participante semble exprimer un besoin de ventiler, il est suggéré de prendre quelques instants pour cela (écoute active, soutien, normalisation des émotions), puis lui demander si elle est prête à poursuivre avec les questions.

Il est possible de noter toute information autre que celle abordée par les questions si jugée pertinente au portrait clinique de la personne.

Enfin, bien qu'il soit important de répondre à **toutes les questions dans la mesure du possible, les questions entourant la violence sexuelle, par la sensibilité du contenu, peuvent faire émerger différentes émotions difficiles chez la participante. Il est possible que cette section nécessite davantage de soutien et d'écoute active. Dans la mesure où la participante refuse de répondre à une question, il est important de respecter son rythme et ses limites. Or, il sera primordial d'évaluer la motivation à participer au groupe de soutien puisque ce dernier abordera explicitement ces thèmes. Ceci devra être souligné à la participante.



IDENTIFICATION

CODE DU/DE LA PARTICIPANT(E) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ÂGE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SEXE : Féminin Masculin
 Préfère ne pas s'identifier

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION ET DES ATTENTES

1. Comment avez-vous entendu parler de nos services? Avez-vous été référé par quelqu'un?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Quelle est la raison pour laquelle vous avez contacté l'ANEB?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. Avez-vous contacté l'ANEB volontairement ou à cause de l'influence de quelqu'un?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Comment pensez-vous que les groupes de soutien de ANEB peuvent vous aider?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Quelles circonstances pourraient vous empêcher de participer au groupe de soutien sur une base régulière d'une fois par semaine durant les 15 prochaines semaines?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ÉVALUATION DU SUIVI MÉDICAL ET THÉRAPEUTIQUE

1. Recevez-vous une forme d'aide quelconque présentement (spécifier le type d'aide et la fréquence)?
 Oui Non

PROFESSIONNEL(S) :

- Psychologue
 Psychiatre
 Nutritionniste
 Autre : _____

FRÉQUENCE DES RENCONTRES :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Avez-vous déjà été ou êtes-vous présentement en traitement dans une clinique pour les troubles alimentaires?
 Oui Non

ANEB QUÉBEC
5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6
Téléphone : 1.800.630-0907
Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



Anorexie et boulimie Québec

- BACA
 Hôpital Ste-Justine
 Hôpital Douglas
 Autre : _____

Quand?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3. Avez-vous déjà consulté un médecin à propos de votre trouble alimentaire?
- Oui Non **Quand?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. a) À quand remonte votre dernière consultation médicale? **Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- b) Quel a été le motif de la consultation? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ÉVALUATION DU PROBLÈME ALIMENTAIRE ACTUEL

N.B : Pour nos statistiques, il est bien important d'avoir des réponses en chiffres (quantifiables) les plus précises possible aux questions de fréquence, de durée, de quantité et à échelle. Si une personne hésite entre deux chiffres (ex : « quelques fois par semaine »), tentez de l'amener à nous donner un nombre précis. Cela peut être fait avec une phrase comme « Je sais que ce n'est pas toujours facile de mettre un chiffre sur ce qu'on vit, mais si vous aviez à choisir, à combien de fois par semaine vous situez-vous la plupart du temps? ». Bien sûr, si la personne n'arrive toujours pas à se situer, on ne lui force pas la main et on passe à la prochaine question.

1. Est-ce que vous :
- a) Faites des jeûnes (8 heures ou plus d'abstinence de consommer de la nourriture durant les heures de réveil)?
- Oui Non
- Si oui :**
- Pendant combien de temps? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - À quelle fréquence (nombre de jours de restriction/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Depuis quand (semaine/mois/année)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Le faites-vous dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids? Oui Non
2. a) Dernièrement, est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez mangé de façon excessive? Oui Non
- Si oui :**
- À combien de temps estimez-vous la durée de ces épisodes? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - À quelle fréquence cela vous arrive-t-il (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Depuis quand (semaine/mois/année)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- b) Chaque personne a sa propre définition de ce qu'est trop manger. Qu'avez-vous mangé exactement durant ces épisodes?

ANEB QUÉBEC
 5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6
 Téléphone : 1.800.630-0907
 Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



Anorexie et boulimie Québec

Décrire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- c) Lors de ces moments-là :
- Avez-vous l'impression de perdre le contrôle sur votre comportement alimentaire? Oui Non
 - Avez-vous l'impression de manger beaucoup plus rapidement que la normale des gens? Oui Non
 - Avez-vous l'impression que vous mangez en l'absence d'une sensation de faim? Oui Non
 - Ressentez-vous une sensation de distension abdominale? Oui Non
 - Mangez-vous seul(e) car vous êtes gêné(e) de la quantité de nourriture que vous absorbez? Oui Non
 - Ressentez-vous du dégoût, de la culpabilité ou un dénigrement envers vous-même après avoir mangé? Oui Non
 - Auriez-vous pu arrêter de manger une fois que vous aviez commencé? Oui Non
 - Auriez-vous pu empêcher l'épisode de se produire? Oui Non

- d) À quel point diriez-vous que ces épisodes entraînent une détresse importante chez vous? Indiquez votre réponse sur une échelle de 1 à 6 (1 étant un niveau de détresse très faible et 6 étant un niveau de détresse très élevé).

1 2 3 4 5 6

3. Est-ce que vous :

- a) Faites des restrictions alimentaires afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non
- Avez-vous des aliments interdits ? Oui Non
 - Si oui**, lesquels ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Calculez-vous vos calories afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non
 - Consommez-vous des aliments allégés afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non

- b) Vous faites vomir afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non

Si oui :

- À quelle fréquence (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Depuis quand (semaine/mois/année)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- c) Prenez des laxatifs afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non

Si oui :

- À quelle fréquence (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Chaque fois que vous en prenez, combien en prenez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- De quel type? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- d) Prenez des diurétiques afin de contrôler votre silhouette ou votre poids? Oui Non

Si oui :

- À quelle fréquence (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Chaque fois que vous en prenez, combien en prenez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



Anorexie et boulimie Québec

- De quel type? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- e) Faites de l'exercice afin de contrôler votre poids, changer votre silhouette, votre quantité de gras ou brûler des calories? Oui Non

Si oui :

- Typiquement, quelle sorte d'exercice faites-vous ?

Décrire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- À quelle fréquence (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Chaque fois que vous en faites, combien de temps dure la séance (minutes/heures)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- f) Avez des rituels par rapport à votre alimentation (exemples : couper votre nourriture en petits morceaux, empêcher vos aliments de se toucher dans votre assiette)? Oui Non

Si oui, décrire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- g) Est-ce que cela vous arrive de mâcher de la nourriture et de la cracher par la suite afin de ne pas l'absorber ou la digérer? Oui Non

Si oui :

- Qu'est-ce que vous mâchez exactement? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- À quelle fréquence (nombre de fois/jour/semaine/mois)? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- h) Est-ce que votre silhouette (i.e. la forme de votre corps) affecte de façon importante la manière dont vous vous percevez en tant que personne? Oui Non

- Il y a plusieurs aspects de notre vie qui peuvent influencer la perception qu'on a de soi-même. Parmi toutes les choses qui influencent la perception que vous avez de vous-même (par exemple votre personnalité, votre performance au travail, etc.), où situeriez-vous votre silhouette sur une échelle de 1 à 6? (1 étant la chose qui influence le moins votre perception et 6 celle qui l'influence le plus)

1 2 3 4 5 6

- Si votre silhouette change de quelque façon que ce soit, est-ce que cela affecte l'opinion que vous avez de vous-même? Oui Non

- Est-ce important pour vous que votre silhouette ne change pas? Oui Non

Pourquoi? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Mis à part les comportements antérieurs, est-ce que vous faites quelque chose d'autre pour vérifier que votre

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



silhouette ne change pas? Oui Non

Si oui :

-Décrire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

-Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- i) Est-ce que votre poids (i.e. le chiffre sur la balance) affecte de façon importante la manière dont vous vous percevez comme personne (juger, penser, évaluer)? Oui Non

-Parmi toutes les choses qui influencent la perception que vous avez de vous-même (par exemple votre personnalité, votre performance au travail, etc.), où situeriez-vous votre poids sur une échelle de 1 à 6?

1 2 3 4 5 6

-Si votre poids change de quelque façon que ce soit, est-ce que cela affecte l'opinion que vous avez de vous-même?

Oui Non

- Est-ce important pour vous que votre poids ne change pas?

Oui Non

Pourquoi? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Mis à part les comportements antérieurs, est-ce que vous faites quelque chose d'autre pour vérifier que votre poids ne change pas?

Oui Non

Si oui :

-Décrire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

-Depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- j) Sur une échelle de 1 à 6, indiquez jusqu'à quel point vous avez peur de prendre du poids? (**1 étant une peur très faible et 6 étant une peur très élevée**)

1 2 3 4 5 6

- k) Sur une échelle de 1 à 6, indiquez à quelle fréquence cette peur de prendre du poids est présente ? (**1 étant jamais présente et 6 étant toujours présente**)

1 2 3 4 5 6

ÉVALUATION DE LA SANTÉ

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



Anorexie et boulimie Québec

Combien mesurez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Histoire du poids pondéral

Combien pesez-vous actuellement? : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Votre poids le plus élevé comme adulte: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Votre poids le plus bas comme adulte : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Votre poids idéal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Avez-vous présentement un problème médical (ex : asthme, diabète, etc.)? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Vous arrive-t-il d'avoir :

- a) Des étourdissements? Oui Non À quelle fréquence? _____
- b) Des évanouissements? Oui Non À quelle fréquence? _____
- c) Des constipations et/ou des ballonnements? Oui Non À quelle fréquence? _____
- d) Des troubles de sommeil? Oui Non À quelle fréquence? _____

3. **Pour les femmes seulement:**

Est-ce que vos menstruations sont régulières? Oui Non

Quelle est la date de vos dernières menstruations? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prenez-vous la pilule contraceptive? Oui Non

Êtes-vous enceinte? Oui Non

6. Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, lesquels?

Type	Nom	Quantité	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Antidépresseur	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Antipsychotique	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Anxiolytique	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<input type="checkbox"/> Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ÉVALUATION DE LA COMORBIDITÉ

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



1. a) Avez-vous présentement des pensées suicidaires? Oui Non
Si oui, évaluez le risque immédiat :
 - À quelle fréquence y pensez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Où avez-vous l'intention de vous suicider? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Comment avez-vous pensé vous suicider? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Avec quoi? Le moyen est-il accessible? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- b) Avez-vous déjà tenté de vous suicider? Oui Non **Si oui, quand?** _____
2. Avez-vous déjà souffert d'une dépression? Oui Non
Si oui :
 - Quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Avez-vous reçu un diagnostic formel de la part d'un professionnel de la santé? Oui Non
 - Avez-vous été traité(e) pour cette dépression? Oui Non
 - Comment? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. Avez-vous déjà souffert d'anxiété? Oui Non
Si oui :
 - Quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Avez-vous reçu un diagnostic formel de la part d'un professionnel de la santé? Oui Non
 - Lequel? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - Avez-vous été traité(e) pour cette anxiété? Oui Non
 - Comment? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des comportements d'automutilation? Oui Non
Si oui :
 - De quelle façon? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - À quelle fréquence et depuis quand? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Consommez-vous...
 a) De la drogue? Oui Non Type : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Si oui :
 - À quelle fréquence?
 Jamais
 Moins d'une fois par mois
 Entre 1 et 3 fois par mois
 Entre 1 et 3 fois par semaine
 4 fois et plus par semaine
 -Lorsque vous consommez, quelle quantité prenez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- b) De l'alcool? Oui Non Type : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



Anorexie et boulimie Québec

Si oui :

- À quelle fréquence?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Entre 1 et 3 fois par mois
- Entre 1 et 3 fois par semaine
- 4 fois et plus par semaine

-Lorsque vous consommez, quelle quantité prenez-vous? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Évaluation de l'évènement traumatique (violence sexuelle)

1. À quel(s) âge(s) avez-vous été victime de violence sexuelle?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. De quel type de violence sexuelle avez-vous été victimes?
 - 2.1 À l'enfance
 - Inceste (avec ou sans contact physique)
 - Abus sexuel (avec ou sans contact physique) (agression commise par une personne non-membre de la famille)
 - 2.2 À l'âge adulte
 - Agression sexuelle avec contact physique (inclus les attouchements de nature sexuelle)
 - Agression sexuelle sans contact physique
 - Harcèlement sexuel (caractère répétitif de l'évènement, ex : propos de nature sexuelle répétés par un supérieur sur les lieux de travail)
3. Comment décrivez-vous le lien entre vous et l'agresseur?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Êtes-vous toujours en contact avec l'agresseur? Oui Non
 - a) Si oui, vivez vous toujours de la violence sexuelle? Oui Non
 - b) Si oui, vivez vous toujours d'autres formes de violence? Oui Non
 - a. Lesquelles? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Avez-vous dévoilé l'évènement à une ou des personnes de votre entourage? Oui Non
 - a) Si oui, à quel moment? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - b) Si oui, à qui et pourquoi? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - c) Si non, pourquoi? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
6. Avez-vous obtenu des services médicaux, légaux ou psychosociaux suite à l'évènement? Oui Non
 - a) Si oui, lesquels parmi les suivants?
 - Médecin, infirmière

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



Anorexie et boulimie Québec

- Psychologue, intervenante sociale
- DPJ
- Services judiciaires et policiers
- Services communautaires (CALACS, CAVAC, service spécialisé en violence sexuelle, lignes d'écoute)
- IVAC
- Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

7. Avez-vous porté plainte aux services policiers (ou autre institution) suite à l'évènement? Oui Non
 a) Si oui, comment s'est soldée la plainte? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

8. Parmi les conséquences physiques, psychologiques et sociales suivantes, auxquels avez-vous été confrontée suite à l'évènement?

- maux de tête fatigue ITSS grossesse non désirée
- blessure, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- tristesse colère dépression culpabilité
- honte anxiété peur faible estime de soi
- idées suicidaires auto-mutilation découragement difficultés sexuelles
- dégoût pour la sexualité baisse de désir sexuel hypersexualité difficultés économiques
- difficultés relationnelles (famille, conjoint, amis) difficultés économiques
- problèmes de dépendance (alcool, drogue, médicaments)
- Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

9. Quelles sont les principales conséquences auxquelles vous êtes toujours confrontées? (se fier à la liste ci-dessus)
 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ÉVALUATION DU RÉSEAU SOCIAL

1. Quelles sont vos occupations actuelles (exemples : emploi, étude)?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Quelles sont vos activités et vos loisirs?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3. Avez-vous le sentiment que vos habitudes alimentaires dérangent vos activités quotidiennes?

Oui Non

- Sur une échelle de 1 à 10, combien d'espace celles-ci occupent-elles dans votre vie? /10

4. Êtes-vous présentement dans une relation amoureuse? Oui Non

Si oui : Depuis quand? _____

Vivez-vous avec cette personne? Oui Non

- Vivez-vous avec quelqu'un d'autre? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Avez-vous des enfants? Oui Non

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com



Anorexie et boulimie Québec

Si oui, combien? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

5. Dans votre entourage, il y a-t-il des gens en qui vous avez confiance? Quelle est la nature de la relation (ami, membre de la famille, conjoint, etc.)?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

6. Sur une échelle de 1 à 10, comment qualifiez-vous le soutien de votre réseau social (10 étant très soutenant)? /10

7. Quel est approximativement votre revenu annuel? (**Individuel, et non familial**)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entre 0 et 5000\$ | <input type="checkbox"/> Entre 45 000 et 55 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 5000 et 15 000\$ | <input type="checkbox"/> Entre 55 000 et 65 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 15 000 et 25 000\$ | <input type="checkbox"/> Entre 65 000 et 75 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 25 000 et 35 000\$ | <input type="checkbox"/> Entre 75 000 et 85 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Entre 35 000 et 45 000\$ | <input type="checkbox"/> Entre 85 000 et plus |

Participation au groupe

1. Avez-vous des attentes particulières concernant votre participation au présent groupe?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Avez-vous des craintes particulières concernant votre participation au présent groupe?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. En cas d'urgence, nous autorisez-vous à communiquer avec votre contact d'urgence au dossier?
 Oui Non

COMMENTAIRES

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

QUESTIONS À DEMANDER AU COORDONNATEUR CLINIQUE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Durée de l'entrevue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature de l'intervenante : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du coordonnateur clinique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

ANEB QUÉBEC
5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6
Téléphone : 1.800.630-0907
Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com

Évaluation



téléphonique

POST-GROUPE

Entretien réalisé par Sarah Racine, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal.

L'objectif de cette entrevue est de ramasser des informations précieuses qui nous informeront sur les impressions de la participante suite à sa participation au groupe de soutien. C'est également l'occasion de récolter toutes autres informations au sujet de l'appréciation qui n'auraient pas été partagées oralement lors de la dernière rencontre du groupe.

Cette évaluation vise la collecte de données au sujet de l'appréciation du groupe, de l'adéquation entre le service et les besoins/attentes de la participante et l'évolution des symptômes du trouble alimentaire et des conséquences de l'agression sexuelle.

Bien que le groupe ait eu l'opportunité de discuter de leur appréciation du groupe et de l'atteinte (ou non) de leurs objectifs personnels, cet entretien ce veut un espace où la participante peut revenir sur son expérience avec davantage de recul et s'exprimer potentiellement plus librement au sujet de celle-ci.

N.B.

Puisque le but est d'obtenir des réponses à des questions précises, il faudra être directive. Si à un certain moment, la participante semble exprimer un besoin de ventiler, il est suggéré de prendre quelques instants pour cela (écoute active, soutien, normalisation des émotions), puis lui demander si elle est prête à poursuivre avec les questions.

Il est possible de noter toute information autre que celle abordée par les questions si jugée pertinente au portrait clinique de la personne.

Enfin, il est préférable que la participante réponde à **toutes** les questions. En cas de refus, il est important d'explorer les obstacles permettant à la participante de répondre. Il demeure important de respecter les limites de la personne et l'encourager, au besoin, à discuter avec le superviseur clinique.

IDENTIFICATION

CODE DU/DE LA PARTICIPANT(E) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ANEB QUÉBEC
5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6
Téléphone : 1.800.630-0907
Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com

ÂGE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SEXE : Féminin Masculin

Préfère ne pas s'identifier

Évaluation de l'expérience de groupe

1. De façon générale, quel était votre degré d'aisance dans le groupe?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Commentaires généraux sur l'expérience.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. En comparaison avec une démarche individuelle, qu'avez-vous retiré de l'expérience de groupe?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Sachant, qu'habituellement les groupes offerts ont lieu en présentiel, comment avez-vous trouvé votre expérience de groupe sur Zoom?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Quelles recommandations aimeriez-vous faire à l'intervenante si elle devait reproduire le groupe de soutien?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Impacts de l'intervention sur les conséquences de l'évènement

1. Quels sont les principaux impacts de votre participation au groupe de soutien sur vous, de façon générale?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Sur le plan des conséquences de la violence sexuelle, auxquelles êtes-vous toujours confrontée?

<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> fatigue	<input type="checkbox"/> ITSS	<input type="checkbox"/> grossesse non désirée
<input type="checkbox"/> blessure, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.			
<input type="checkbox"/> tristesse	<input type="checkbox"/> colère	<input type="checkbox"/> dépression	<input type="checkbox"/> culpabilité
<input type="checkbox"/> honte	<input type="checkbox"/> anxiété	<input type="checkbox"/> peur	<input type="checkbox"/> faible estime de soi
<input type="checkbox"/> idées suicidaires	<input type="checkbox"/> auto-mutilation	<input type="checkbox"/> découragement	<input type="checkbox"/> difficultés sexuelles
<input type="checkbox"/> dégoût pour la sexualité	<input type="checkbox"/> baisse de désir sexuel	<input type="checkbox"/> hypersexualité	<input type="checkbox"/> difficultés économiques
<input type="checkbox"/> difficultés relationnelles (famille, conjoint, amis) <input type="checkbox"/> difficultés économiques			
<input type="checkbox"/> problèmes de dépendance (alcool, drogue, médicaments)			
<input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.			
3. Remarquez-vous une différence sur le plan des conséquences de violence sexuelle suite à votre participation au groupe de soutien? Oui Non
 - a) Si oui, sur quelles conséquences remarquez-vous la plus grande amélioration?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - b) Si non, pour quelles raisons ne remarquez-vous pas d'amélioration?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Comment l'évènement ou les évènements de violence sexuelle ont eu un ou des impacts sur votre vie jusqu'à présent?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com

5. Quelles habiletés d'adaptation faites vous usage afin de faire face et vivre avec les conséquences de l'évènement traumatique?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
6. Quel impact l'évènement de violence sexuelle a-t-il eu sur la personne que vous êtes aujourd'hui?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Impacts de l'intervention sur le trouble alimentaire

1. Avez-vous observé une différence au niveau des symptômes du trouble alimentaire au courant de votre participation au groupe de soutien? Oui Non
 - a) Si oui, lesquels? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Comment ont-ils évolué? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - b) Si non, pourquoi? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Comment votre participation au groupe de soutien a su contribuer à votre processus de rétablissement du trouble alimentaire?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. Quelle est votre compréhension des liens entre en l'évènement traumatique et le développement ou le maintien de votre trouble alimentaire?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
4. Quel rôle a su jouer le trouble alimentaire en relation avec l'évènement traumatique?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Quel travail vous reste-t-il à faire afin de poursuivre votre processus de rétablissement du trouble alimentaire et de l'évènement traumatique? Sur quels éléments aimeriez-vous travailler?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
6. Que souhaitez vous mettre en place afin de poursuivre ce travail (habitudes, services d'aide, compétences, etc)?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Atteintes des objectifs personnels

1. Quel était l'objectif personnel que vous vous étiez fixé lors de la première rencontre de groupe?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Considérez-vous que cet objectif est atteint ou en voit de l'être? Oui Non
3. Si oui, sur une échelle de 1 sur 10 (1 = non atteint, 10 = atteint), où en êtes-vous quant à la complétion de cet objectif? /10
4. Si vous avez l'impression d'avoir atteint ou d'être en voit d'atteindre votre objectif, qu'est-ce qui vous a aidé ou permis de le faire?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
5. Si vous n'avez pas été en mesure d'atteindre votre objectif, à quelles difficultés avez-vous été confrontées?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 - a) Comment auriez-vous été en mesure d'atteindre votre objectif?
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ANEB QUÉBEC

5500 Transcanadienne, Pointe-Claire (Québec) H9R 1B6

Téléphone : 1.800.630-0907

Courriel : info@anebquebec.com • Internet : www.anebquebec.com

b)

Commentaires

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

QUESTIONS À DEMANDER AU COORDONNATEUR CLINIQUE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Durée de l'entrevue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature de l'intervenante : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du coordonnateur clinique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

ANNEXE B

AFFICHE DE RECRUTEMENT

Groupe de soutien pour les femmes qui ont été victime de violences sexuelles vivant avec un trouble alimentaire

Ce groupe vise à vous permettre de mieux comprendre les conséquences de cet évènement sur vous et sur le développement ou le maintien de votre trouble alimentaire.

Animé par: Sarah Racine, stagiaire à la maîtrise en travail social (UQAM)

Quand: les jeudis soir de 19h à 21h, du 4 février au 22 avril 2021 (12 rencontres)

Lieu: plateforme Zoom

Coût: gratuit

Conditions d'admission:

- Être une femme âgée de 18 ans et plus.
- Avoir été victime de violence sexuelle il y a plus de 6 mois.
- Souffrir d'un trouble alimentaire ou vivre avec une obsession de l'image corporelle.
- Être disposée et disponible à participer à un groupe de soutien abordant la violence sexuelle.
- Avoir le désir de réfléchir aux impacts de cet évènement sur le développement ou le maintien du trouble alimentaire.

INSCRIPTION:

Écrivez à sarah.racineaneb@gmail.com ou téléphonez à ANEB 514-630-0907 et demandez à parler à la responsable du groupe ou au coordonnateur clinique.

ANNEXE C

CERTIFICAT ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Violences sexuelles et troubles alimentaires: une intervention de groupe basée sur l'approche du récit de soi
Nom de l'étudiant:	Sarah RACINE
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil stage/essai)
Direction de recherche:	Marie-Chantal DOUCET

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE AU GROUPE EN LIGNE

No. De dossier : *(à compléter par admin)*

Nature des services

Dans le cadre d'un suivi de relation d'aide par le biais d'un groupe en ligne, différentes interventions peuvent être proposées, dont du soutien psychologique, du soutien psychoéducatif et, au besoin, du référencement. Les groupes de soutien fermés d'ANEB sont des lieux d'entraide et vous permettent de parler en toute confidentialité avec d'autres personnes qui comprennent l'impact du trouble alimentaire sur votre vie. Toutes les personnes du groupe sont importantes et chacune d'entre elles peut apporter quelque chose aux autres membres. L'objectif des groupes comporte aussi de vous fournir des outils qui favoriseront votre cheminement personnel. Les intervenant.e.s discuteront avec vous de vos objectifs, attentes et besoins.

Fonctionnement du groupe

- Le groupe de soutien fermé m'offre deux heures par semaine que je prends pour moi, pour me permettre d'y voir plus clair. Je comprends qu'il n'y a pas de solutions magiques et que je dois persévérer dans les moments difficiles. Le groupe est justement un endroit où je peux parler des difficultés que je rencontre et chercher des solutions. C'est un endroit où le soutien, l'écoute et le respect sont primordiaux.
- De plus, un des avantages possibles est d'avoir de l'information afin de favoriser les prises de conscience et appliquer certaines techniques et outils au quotidien.
- Tous les participants et toutes les participantes s'engagent à se présenter sobres lors des séances, c'est-à-dire sans être sous l'influence d'alcool ni de drogues.
- Dans le cas où un.e participant.e cumulerait plus de quatre absences, le coordonnateur clinique s'assurera de faire un suivi avec celui-ci ou celle-ci. Au besoin, elle pourrait lui demander de quitter le groupe ou de se réinscrire à un moment ultérieur, et ce, dans le but de respecter chaque personne dans son cheminement ainsi que la cohésion du groupe.

Modalités de la prestation des services

- Le nombre de séances sera de 12 à raison d'une séance par semaine et la durée du groupe de soutien seront de 2 heures, entre 19h et 21h. La présente entente de fonctionnement de groupe sera établie avec vous lors de la première séance de groupe. Les groupes auront lieu les jeudi de 19h à 21h et le suivi de groupe débutera le 4 février 2021 et prendra fin en date



du 22 avril 2021. Nous nous engageons à fournir tous les efforts nécessaires pour planifier les autres activités de notre horaire de façon à ce qu'elles n'entrent pas en conflit avec le groupe.

- L'équipe clinique constitue un dossier confidentiel pour chaque usager.ère en suivant les grandes lignes du *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des sexologues du Québec* et du *Code de déontologie des sexologues*. Lors de chaque rencontre, des informations qui témoignent du processus sont inscrites dans votre dossier, qui est conservé dans un endroit sécuritaire sous clé. Le coordonnateur clinique est responsable de gérer la conservation des dossiers jusqu'à 5 ans après la fin des services et de s'assurer que seules les personnes autorisées y aient accès.
- Dans le cas où les intervenant.e.s ne se présenteraient pas à l'heure prévue, vous serez averti par téléphone ou par courriel de l'annulation de la rencontre.
- Si une personne ne peut être présente un soir, elle doit appeler ANEB au 514 630-0907 avant 18 h, la journée de la rencontre, et laisser un message afin d'aviser les intervenant.e.s du motif de son absence. Le message ne peut pas être laissé par une tierce personne. Si vous établissez votre connexion en retard, la séance se terminera à l'heure initialement prévue, soit 21h.
- S'il arrivait que plusieurs personnes soient absentes à une rencontre, nous attendrions jusqu'à 19h15. Si, à cette heure, il y avait moins de deux personnes présentes, la rencontre serait annulée, sans possibilité de reprise.
- Si une personne décide de quitter le groupe de façon permanente, nous lui demandons d'en avvertir le coordonnateur clinique et d'écrire ensuite un message au groupe afin d'expliquer sa décision et dire au revoir. Nous parlerons de tous les sentiments que pourrait nous faire vivre ce départ, mais nous comprenons que nous ne sommes pas responsables de la décision d'une autre personne.
 - Si la décision de quitter le groupe émane d'une trop grande détresse associée aux thèmes abordés, des références vous seront fournies afin que vous puissiez obtenir l'aide psychosociale nécessaire (Lignes d'écoute, groupes de soutien dans les CALACS, autres groupes de soutien chez ANEB, CLSC, etc.)
- En cas d'imprévus majeurs, il est possible que la rencontre soit annulée, et ce, sans possibilité de reprise. Autrement, les groupes ont lieu selon l'horaire prévu.
- Si vous vivez un moment difficile et avez des pensées suicidaires, vous pouvez en parler en premier lieu avec votre intervenant ou votre intervenante. Vous pouvez également contacter Suicide Action Montréal au 514 723-4000 afin de bénéficier d'un soutien professionnel.
 - Dans le cas où l'intervenant.e évaluerait la présence d'un risque élevé et imminent, il ou elle pourrait prendre des mesures afin d'assurer la sécurité du participant ou de la participante.

ANEB Québec

5500 route Transcanadienne, Pointe-Claire, Qc, H9R 1B6
 514.630.0907 | 1.800.630.0907 | info@anebquebec.com
anebquebec.com | anebados.com



- Vous serez placé dans une seconde salle de la plateforme Zoom, en individuel avec l'intervenant.e. Un contact sera établi avec Suicide Action Montréal et/ou la ligne d'écoute d'ANEB. Une fois le contact établi, l'intervenant.e rejoindra le groupe. Vous serez contacté par téléphone par l'intervenant.e à la fin du groupe afin d'assurer un suivi.
- Nous sommes libres d'échanger nos numéros de téléphone. Bien qu'ANEB n'encourage pas ces échanges, ils ne sont pas proscrits. Avec l'engagement de nous aider mutuellement entre les rencontres vient la responsabilité d'établir des limites. Si nous recevons un appel à un moment inopportun, nous le ferons savoir à la personne qui appelle. Nous ne nous sentirons pas coupables d'être dans l'incapacité de prendre l'appel. De l'autre côté, la personne qui appelle ne prendra pas cette situation comme un rejet.
- Nous sommes d'accord que tout ce qui est dit à l'intérieur du groupe demeurera strictement confidentiel afin de favoriser un climat d'ouverture et d'échange.

Télépratique

En raison du contexte de pandémie, l'utilisation de la télépratique a été choisie avec votre accord. Cette pratique comporte certaines limites dont il faut comprendre la portée, et il est important de prendre certaines mesures afin de contrer ces limites. Ainsi, avant d'entreprendre un suivi en télépratique, les intervenant.e.s s'entendront avec vous sur le processus à suivre.

Logiciel choisi : ZOOM pro

Pseudonyme usager.ère : PRÉNOM_PREMIÈRE LETTRE NOM DE FAMILLE

Pseudonyme intervenant.e : PRÉNOM_ANEB

Confidentialité

Les intervenant.e.s font tout en leur pouvoir afin de garantir la confidentialité des rencontres en télépratique. Bien que toutes les mesures soient prises afin de détruire toute trace des rencontres en télépratique (p.ex., effacer l'historique du navigateur), le type de logiciel utilisé ne peut garantir la confidentialité absolue et les bris de confidentialité hors du contrôle des intervenant.e.s. Vous devez également vous assurer de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité de vos informations en regard des logiciels utilisés sur votre ordinateur et de votre gestion des données informatiques (p.ex. effacer vos données de l'historique du navigateur). Il est important de choisir un endroit où vous ne serez pas dérangé par d'autres personnes, du bruit ou tout autre élément distrayant pour la durée de la rencontre.

ANEB Québec

5500 route Transcanadienne, Pointe-Claire, Qc, H9R 1B6
 514.630.0907 | 1.800.630.0907 | info@anebquebec.com
anebquebec.com | anebados.com



Il est important d'utiliser un ordinateur ou un dispositif électronique assurant le plus possible votre confidentialité (appareil personnel et non public).

Les services de messageries électroniques (p.ex., Gmail, Outlook, Yahoo, etc.) ne peuvent garantir la confidentialité de vos communications. Ainsi, si vous communiquez avec les intervenant.e.s par courriel, vous consentez à ce que la confidentialité des informations transmises puisse être compromise. Sachez cependant que les intervenant.e.s utiliseront tous les moyens possibles et à sa portée afin d'assurer la protection des informations que vous transmettez.

Règles sur la confidentialité et ses limites

L'information que vous divulguez lors des rencontres avec les intervenant.e.s est protégée par le secret professionnel et elle est par conséquent confidentielle. Les intervenant.e.s sont tenu.e.s de ne pas divulguer de renseignement sur les usager.ère.s à l'exception de ce qui a été autorisé formellement par les usager.ère.s par écrit, ou verbalement s'il y a urgence, ou encore si la loi l'ordonne, comme dans les exemples suivants :

1. Afin de prévenir un acte de violence (suicide, homicide, agression) lorsque les intervenant.e.s ont des raisons de croire qu'il y a un risque sérieux et éminent de mort ou de blessures graves pour une personne ou un groupe de personnes identifiables. Dans ce cas, les intervenant.e.s peuvent dévoiler l'information nécessaire à la personne concernée ou à ceux.celles qui pourraient porter secours aux personnes en danger;¹
2. Lorsque le développement ou la sécurité d'un enfant est menacé, les intervenant.e.s doivent avertir le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).²

Modalités liées à la transmission de renseignements confidentiels

La transmission d'informations à votre sujet à une tierce personne ne peut être faite qu'à la suite d'un consentement écrit de votre part, sauf si la loi le prescrit autrement.

¹ Pour plus d'informations : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/p-38.001>

² Pour plus d'informations : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-34.1>



Consentement

Je consens à recevoir les services tels que proposés et discutés. J'ai pris connaissance du présent document et j'accepte les conditions qui s'y trouvent, ayant par ailleurs obtenu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées (le cas échéant).

Signature (usager.ère) : _____ Date : _____

Signature (coordonnateur clinique) :

Jérôme Tremblay, B.A. & M.A.(c), sexologue & coordonnateur clinique

Signature (étudiante, stagiaire) :

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Sarah Racine".

Date : 5 janvier 2021

Sarah Racine, B.A, sexologue & M.A.(c) travail social

Ce formulaire est transmis par courriel au client. Ce formulaire sera signé par signature électronique, numérisé ou photographié par le client et réexpédié par courriel aux intervenant.e.s. Une copie sera conservée dans le dossier physique du client, sous clé.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Violence sexuelle et troubles alimentaires : Une intervention de groupe basée sur l'approche du récit de soi

Étudiant-chercheur

Sarah Racine, candidate à la Maîtrise en travail social
racine.sarah@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Marie-Chantal Doucet, professeure à l'École de Travail social
doucet.marie-chantal@uqam.ca
(514) 987-3000 poste 4508

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche-intervention qui implique votre participation à un groupe de soutien. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

La violence sexuelle s'est taillée une place grandissante au cœur des préoccupations sociales depuis quelques années. Les femmes demeurent celles qui en sont le plus touchées et ces dernières tendent à demeurer dans le silence et à vivre seules la souffrance causée par cette forme de violence. Les troubles alimentaires quant à eux, demeurent à ce jour méconnus, malgré les multiples efforts de sensibilisation mis en place au sujet de la santé mentale. Pourtant, la recherche démontre de liens clairs entre le fait de subir de la violence sexuelle au courant de sa vie et de développer un trouble alimentaire. Malgré les multiples recherches s'intéressant aux liens spécifiques entre ces deux problématiques, peu d'interventions spécialisées et adaptées semblent être disponibles.

Le projet vise à permettre aux participantes qui souffrent d'un trouble alimentaire et qui ont été victimes de violences sexuelles de mieux comprendre les liens entre le trauma et le développement ou le maintien d'un trouble alimentaire. En participant au groupe de soutien, les participantes pourront mieux comprendre les conséquences psychologiques, physiologiques et sociales les plus souvent présentes suite à un événement traumatique. Elles pourront prendre conscience du rôle que jouent les symptômes du trouble alimentaire dans la gestion de la détresse émotionnelle causé par la violence sexuelle.

Les participantes auront l'opportunité d'explorer les conséquences que la violence sexuelle a eues sur elles et sur l'apparition ou le développement de leur trouble alimentaire. Elles pourront discuter dans un environnement sécuritaire avec d'autres femmes ayant vécu des expériences similaires. Ensemble, elles pourront travailler à faire sens de leurs expériences les plus difficiles et développer des stratégies afin de favoriser leur processus de rétablissement du trouble alimentaire.

Nature et durée de votre participation

Le groupe de soutien sera composé de 5 à 8 participantes et sera co-animé par l'étudiante et un.e intervenant.e de l'organisme ANEB. Il sera composé de femmes ayant un trouble alimentaire qui ont aussi été victimes de violence sexuelle il y a plus de 6 mois. Le groupe se rencontrera tous les jeudis de 19h00 à 21h00 à compter du 4 février 2021 jusqu'au 22 avril 2021 inclusivement. Les rencontres de groupes s'échelonneront donc sur une période de 3 mois pour un total de 12 rencontres. Chaque participante devra participer à une rencontre individuelle avant son entrée dans le groupe afin de lui présenter les modalités du groupe de soutien, explorer ses attentes et ses objectifs personnels quant à sa participation ainsi que procéder à une brève évaluation psychosociale. Une fois le groupe de soutien terminé, les participantes seront rencontrées individuellement une seconde fois afin de récolter leurs impressions quant à l'intervention proposée ainsi que pour vérifier l'atteinte des objectifs personnels. Les rencontres individuelles pré et post groupe auront chacune une durée maximale d'une heure et auront lieu par téléphone.

Le groupe de soutien, à moins d'un avis contraire des mesures sanitaires en vigueur étant donné la pandémie de COVID-19, aura lieu via la plateforme numérique Zoom. Ce faisant, il est demandé que les participantes possèdent l'équipement technologique adéquat (ordinateur ou téléphone avec caméra et microphone fonctionnel) et puissent s'installer dans un endroit sécuritaire de sorte que la confidentialité des autres participantes soit préservée. Puisqu'il s'agit d'une intervention effectuée dans le cadre d'un mémoire d'intervention, le son audio des rencontres sera enregistré afin de permettre à l'étudiante de rédiger des verbatims¹ de chaque rencontre du groupe de soutien. Ces verbatims serviront à l'analyse de l'intervention et à la rédaction du mémoire. Des extraits des verbatims seront utilisés dans le mémoire publié et diverses mesures seront mises en place afin de préserver l'anonymat des participantes (voir section confidentialité).

Avantages liés à la participation

La participation au groupe de soutien vous permettra de bénéficier d'une intervention spécialisée en trouble alimentaire et en violence sexuelle, et ce, au même endroit. Vous aurez l'opportunité de mieux comprendre les liens qui unissent ces deux réalités et leurs impacts respectifs et conjoints sur votre situation actuelle. Le groupe de soutien vous offrira également un espace où discuter en toute sécurité avec d'autres femmes qui ont vécu des expériences similaires. Vous obtiendrez du soutien, de l'écoute, de l'information et des outils afin de favoriser votre processus de rétablissement. Vous aurez l'opportunité de bénéficier d'un service qui reconnaît l'impact des expériences de vie difficiles dans le développement d'un trouble alimentaire. Vous pourrez adresser les conséquences laissées par l'évènement traumatique afin de réduire leur rôle dans le maintien du trouble alimentaire, une étape importante dans un processus de rétablissement. L'approche priorisée dans le cadre du groupe vous permettra surtout d'explorer vos expériences personnelles afin de mieux comprendre leurs influences sur la personne que vous êtes aujourd'hui, et ce, afin de vous permettre de mieux faire face aux situations de vie difficiles. Enfin, vous contribuerez au à la recherche en santé mentale et au développement de services spécialisés et adaptés en violence sexuelle et en trouble alimentaire.

Risques liés à la participation

Il est important de reconnaître la sensibilité des sujets qui seront abordés dans le cadre du groupe de soutien et de ne pas négliger les effets que cela pourrait avoir sur vous. Le fait d'aborder des expériences difficiles, traumatisantes et parfois même gardées au plus profond de soi-même peut augmenter les conséquences psychologiques (reviviscence, cauchemars, détresse émotionnelle, anxiété), physiques (insomnie, perte ou gain d'appétit, fatigue) ou sociales (isolement, dévoilement aux proches, irritabilité) et les symptômes du trouble alimentaire momentanément. Sachez que vous pourrez communiquer avec l'étudiante ou l'organisme si la présence de ces symptômes vous cause de la détresse. Diverses ressources seront mises à votre disposition et vous seront rappelées tout au long du processus de groupe pour minimiser l'impact de ces conséquences sur votre bien-être (lignes d'écoute, centres de crise, autres services spécialisés). Lors de la rencontre individuelle pré-groupe, l'étudiante vous posera également des questions au sujet de vos vulnérabilités préexistantes (symptômes anxiété, dépression, présence d'idées suicidaires, tentatives antérieures) afin d'évaluer votre risque et mettre en place avec vous un plan de sécurité (personne-ressource, à contacter en cas d'urgence, stratégies qui vous font du bien).

Si vous êtes confrontés à une trop forte détresse lors de votre participation nécessitant votre retrait définitif du groupe, sachez que des ressources vous seront également fournies afin d'assurer une meilleure continuité des services. Dans le cas où vous vivez une grande détresse lors du groupe, vous pourrez être isolé avec l'étudiante dans une seconde salle sur la plateforme Zoom pour une brève intervention. Vous serez alors soit dirigé vers les ressources appropriées (Ligne d'écoute d'urgence, hôpital, centre de crise) ou réintégré au groupe. Une fois le groupe terminé, l'étudiante vous contactera par téléphone afin de s'assurer de votre bien-être et de votre sécurité. Le coordonnateur clinique pourra assurer le suivi le lendemain si jugé nécessaire.

La participation via la plateforme numérique Zoom vous demande également de posséder l'équipement technologique approprié et nous sommes conscients des coûts que cela peut entraîner. Aussi, le temps que nécessite la participation hebdomadaire au groupe pendant 3 mois pourrait vous demander de modifier un horaire de travail afin d'assurer votre disponibilité.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que des chercheurs et de l'équipe d'ANEB. Ces informations ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les verbatims seront numérotés et seules l'étudiante et la directrice du mémoire auront la liste des participantes et du numéro qui leur a été attribué. Les enregistrements seront conservés sur un logiciel assurant la conservation des données en toute sécurité, approuvé par l'Université. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits en verbatim et tous les documents relatifs à votre participation dans le groupe de soutien seront conservés sous clef dans les locaux de l'organisme selon les normes en vigueur. Tout autre document non nécessaire au dossier de la participante à l'organisme sera détruit suite à la dernière rencontre individuelle post groupe. Les verbatims seront détruits dans les 2 ans après la dernière communication scientifique. Le contenu du groupe et des échanges devra demeurer confidentiel au sein du groupe.

Concernant l'utilisation de la plateforme numérique Zoom, diverses mesures de sécurité sont mises en place par l'organisme afin d'assurer votre confidentialité (utilisation de la version professionnelle du logiciel, barrer la salle, utilisation d'une salle d'attente virtuelle nécessitant une approbation préalable).

¹ Compte rendu écrit fournissant le mot à mot d'une déclaration, de propos dits à l'oral.

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions ?

Oui Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser l'étudiante, Sarah Racine, verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Sarah Racine au sarah.aneb@gmail.com et Marie Chantal Doucet par courriel au doucet.marie-chantal@uqam.ca ou par téléphone au (514) 987-3000 poste 4508.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : [insérez les coordonnées du comité concerné – voir : <https://cerpe.uqam.ca/contacts/>]

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Sarah, Racine

Prénom Nom



Signature

5 janvier 2021

Date

ANNEXE E

GRILLE D'OBSERVATION

Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

Consigne : En tenant compte de la réalité du présent groupe, noircissez, pour chacune des dynamiques d'aide mutuelle, la case correspondant le mieux à ce qui s'y passe.

1. Partage d'information et d'idées

Les membres d'un groupe qui vivent des situations similaires partagent des valeurs, des croyances, des idées, des informations qui peuvent être utiles au but du groupe. Chaque membre contribue à enrichir la mise en commun d'information et devient une personne-ressource pour les autres.

- Les membres du groupe partagent peu d'information et d'idées.
- Les membres partagent un peu sur des idées, des valeurs et des croyances relatives aux réalités vécues en lien avec leur contexte de groupe.
- Il y a une circulation d'information au sujet des idées, des valeurs et croyances relatives aux réalités vécues.
- Les membres sont des personnes-ressources les uns pour les autres.

Commentaires : _____

2. Confrontation des idées

Le groupe donne l'occasion aux membres de lancer leurs idées et d'entendre un autre son de cloche. Il devient un lieu de confrontation où les points de vue peuvent être émis et évoluer librement et en toute sécurité.

- Les différences d'idées et de points de vue sont peu exprimées.
- Les débats et la confrontation d'idées se déroulent dans un climat d'ouverture et de sécurité.
- Lors de débats d'idées, le groupe est attentif à l'argument de départ, à la confrontation des opinions et à la synthèse de la discussion.
- La qualité des débats et de la confrontation d'idées permet l'évolution ou le changement d'opinions.

Commentaires : _____

3. La discussion de sujets tabous

Le groupe en tant que microsociété recrée des sujets tabous liés à son contexte de vie en général et à sa raison d'être comme groupe. L'accès aux thèmes-tabous permet de parler de sujets normalement jugés inacceptables et projette le groupe vers un travail en profondeur.

- Le groupe traite peu de sujets délicats.
- Le groupe est réceptif à une discussion en surface sur des sujets tabous.
- Le groupe explore en profondeur les sujets tabous liés à sa raison d'être.
- Le traitement de sujets tabous par le groupe contribue à l'atteinte de ses objectifs.

Commentaires : _____

4. La proximité : « Toutes et tous dans le même bateau »

Partager ses préoccupations conduit les membres du groupe à prendre conscience qu'ils ont les mêmes sentiments et/ou besoins et qu'ils vivent des réalités semblables.

- Les membres sont centrés sur leurs besoins personnels et sont peu sensibles aux préoccupations des autres membres.
- Le groupe prend conscience de la similitude des réalités individuelles et découvre que tous sont dans le même bateau.
- La prise de conscience d'être dans le même bateau permet aux membres de s'aider mutuellement et de donner du sens à l'expérience.
- Le groupe utilise ses ressources pour développer de nouvelles compétences.

Commentaires : _____

Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

5. Le soutien mutuel

Le groupe offre du soutien, de la compassion et de l'empathie à ses membres. C'est dans les périodes difficiles et de conflits que l'acceptation inconditionnelle et la sollicitude s'imposent.

- Le groupe offre peu de soutien et d'empathie.
- Le climat du groupe est plus sympathique qu'empathique.
- Le groupe est capable de soutien mutuel et d'empathie à l'égard de la situation d'un membre.
- Lors de périodes difficiles, le groupe fait preuve d'acceptation inconditionnelle et de soutien.

Commentaire : _____

6. Les attentes et les demandes mutuelles

Pour permettre la réalisation du but commun, le groupe peut exiger que chacun s'y implique. Cette norme permet de mettre en œuvre les attentes et les demandes que les membres s'adressent les uns aux autres.

- Les membres travaillent individuellement sur leurs problèmes.
- Le groupe demande peu d'implication de ses membres.
- Le groupe examine conjointement et sérieusement les problèmes qui réunissent ses membres.
- Le groupe développe des compétences de réflexion à propos du but commun.

Commentaire : _____

7. L'aide à la résolution de problèmes

Les membres apportent leurs préoccupations et leurs espoirs. Ils s'engagent dans un processus de résolution de problèmes. L'utilisation consciente de soi et de son expérience personnelle est la clé de voute de ce processus. Nous ne sommes pas dans l'échange de conseils.

- L'expérience personnelle de chacun est peu utilisée.
- Les problèmes de chacun sont peu connus par les uns et les autres.
- Les problèmes de chacun sont connus par les membres du groupe et celui-ci peut aider une personne qui vit une situation particulière.
- Les processus collectifs de résolution de problème sont significatifs pour tous les membres du groupe.

Commentaire : _____

8. L'expérimentation de façons de faire et d'être

En créant un climat favorable à la prise de risques, le groupe offre la sécurité nécessaire à expérimenter d'autres modes de communication, d'interaction et de façons d'être, de penser et d'agir. Le groupe devient un laboratoire d'expérimentation. Les apprentissages faits pourront être transférés dans des situations à l'extérieur du groupe.

- Les membres ne prennent pas le risque d'expérimenter de nouvelles façons de faire à l'intérieur du groupe.
- Le groupe expérimente avec réserve de nouvelles façons de faire.
- Dans un esprit de laboratoire d'expérimentation, le groupe accepte d'apprendre par essai et erreur.
- En fonction des réalités respectives, les membres transfèrent ces expérimentations dans des situations extérieures au groupe.

Commentaire : _____

9. Le potentiel de la force du nombre

La force du nombre développe un sentiment d'être plus fort ensemble que seul et peut s'exprimer de différentes manières : par exemple, par une plus grande détermination de chacun à se mobiliser vers l'atteinte de ses objectifs personnels et à promouvoir comme groupe des actions collectives.

- Les membres du groupe n'ont pas conscience d'une force commune.
- Le groupe a une détermination pour l'atteinte des objectifs personnels et de groupe.
- Le groupe a conscience que l'union fait la force.
- Le groupe mène des actions sociales à l'extérieur du groupe qui font sens pour lui.

Commentaire : _____

Ginette Berteau, T.S., École de travail social, UQAM, Montréal, Québec
Louise Warin, ESAS, HELMo, Liège, Belgique.
Janvier 2014.

ANNEXE F

OUTIL : LIGNE DE VIE

LIGNE DE VIE

Vous pouvez utiliser cette page à titre d'exemple. Votre ligne de vie peut prendre le format que vous désirez. Inscrivez, de votre naissance à aujourd'hui les éléments qui vous sont demandés lors de la séance de groupe



RÉFÉRENCES

- Affi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), 324-332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Ahrens, C. E., Stansell, J. et Jennings, A. (2010). To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence and Victims*, 25, 631-648. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.5.631>
- Aimé, A., Maïano, C. et Ricard, M.-M. (2020). Avant-propos. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements* (p. 193-204). Presses de l'Université de Montréal.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. et Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Publications. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anorexie et boulimie Québec. (2020). *Formation : au-delà des apparences* [Présentation PowerPoint].
- Anorexie et boulimie Québec. (2021a). *Historique*. <https://anebquebec.com/qui-sommes-nous/historique>
- Anorexie et boulimie Québec. (2021b). *Services*. <https://anebquebec.com/services>
- Anorexie et boulimie Québec. (2021c). *Troubles alimentaires*. <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, 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>

- Aubert, N. (2004). Que sommes-nous devenus? *Sciences humaines*, 154, 36-41.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J. et Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9, 111-131.
<https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Béké, V. et Aafjes-van Doorn K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy
- Bergeron, M., Hébert, M., Ricci, S., Goyer, M.-F., Duhamel, N., Kurtzman, L., Auclair, I., Clennett-Siroirs, L., Daigneault, I., Damant, D., Demers, S., Dion, J., Lavoie, F., Paquette, G. et Parent, S. (2016). Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec : rapport de recherche de l'enquête ESSIMU. Université du Québec à Montréal.
https://sac.uqam.ca/upload/files/Violences_sexuelles_en_milieu_universita.pdf
- Berteau, G. (2006). *La pratique de l'intervention de groupe : perceptions, stratégies et enjeux*. Presses de l'Université du Québec. Berteau, G. et Warin, L. (2016). *L'implantation d'un dispositif de formation pour le développement d'une culture de l'intervention sociale auprès de groupes destinés à des étudiants en baccalauréat assistant social (Belgique) et en travail social (Québec) : analyse des leviers et des freins*. Rapport de recherche-action, École Supérieure d'Action Social (Liège, Belgique) et Université du Québec à Montréal.
- Besley, A. C. (2002). Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(2), 125-143.
<https://doi.org/10.1080/03069880220128010>
- Billette, V., Guay, S. et Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 101-120. <https://doi.org/10.7202/012141ar>
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304.
<https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Brillon, P. (2017). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes* (6^e éd.). Les éditions Québec-Livres.

- Brillon, P. et Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle : symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue québécoise de psychologie*, 18(3), 125-146.
- Brown, C. et Augusta-Scott, T. (2006). *Narrative therapy: Making meaning, making lives*. Sage Publications.
- Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux. (2021, 6 janvier). Pandémie de la COVID-19 : le premier ministre François Legault annonce de nouvelles mesures sanitaires pour contrôler la deuxième vague, dont la mise en place d'un couvre-feu. Gouvernement du Québec.
<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pandemie-de-la-covid-19-le-premier-ministre-francois-legault-annonce-de-nouvelles-mesures-sanitaires/>
- Capitaine, M., Rodgers, R. F. et Chabrol, H. (2010). Unwanted sexual experiences, depressive symptoms and disordered eating among college students. *Eating Behaviors*, 12(1), 86-89. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.11.003>
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels. (2021). *Nos services psychosociojudiciaires*. <https://cavac.qc.ca/services/>
- Chenivesse, S. (2013). Culture du secret et enjeux identitaires : le récit en milieu hospitalier « carcéralisé ». Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.) *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p. 145-158). Presses universitaires du Septentrion.
- Chivers-Wilson, K. A. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill Journal of Medicine*, 9(2), 111-118.
- Conroy, S. (2018). *La violence contre les filles et les jeunes femmes, affaires déclarées par la police au Canada, 2017* (publication n° 85-002-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54981-fra.pdf>
- Conroy, S., Burczycka, M. et Savage, L. (2019). *Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2018* (publication n° 85-002-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2019001/article/00018-fra.pdf?st=eaDc6HaZ>
- Constantopoulou, C. (2011). Argumentaire. Dans C. Constantopoulou (dir.) *Récits et fictions dans la société contemporaine* (p. 11-16). L'harmattan.

- Coopman, A.-L. et Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 119-134.
<https://doi.org/10.3917/cpc.034.0119>
- Cyrulnik, B. (2016). Le récit de soi [Vidéo]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=PYIKRqRb0r8&feature=emb_imp_woyt
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G. et O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213-228. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199704\)21:3<213::AID-EAT2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3<213::AID-EAT2>3.0.CO;2-N)
- Davis, H. et Attia, E. (2017). Pharmacotherapy of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 452-457.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000358>
- de Gaulejac, V. (2013a). Produire une histoire et chercher à en devenir le sujet : pour une clinique de l'historicité. Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.), *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p. 53-64). Presses universitaires du Septentrion.
- de Gaulejac, V. (2013b) L'histoire de vie a-t-elle un sens? Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle* (p. 13-32). Érès.
- de Gaulejac, V. et Legrand, M. (2013). *Intervenir par le récit de vie*. Érès.
- Delory-Momberger, C. (2013) Recherche biographique et récit de soi dans la modernité avancée. Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.), *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p. 41-52). Presses universitaires du Septentrion.
- Dion, J., Boulianne-Simard, C. et Godbout, N. (2020). Les personnes maltraitées. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements* (p. 193-204). Presses de l'Université de Montréal.
- Douglas Mental Health University Institute. (2013). *Eating Disorders: causes and symptoms*. <http://www.douglas.qc.ca/info/eating-disorders-causes-symptoms>

- Dubosc, A., Capitaine, M., Franko, D. L., Bui, E., Brunet, A., Chabrol, H. et Rodgers, R. F. (2012). Early adult sexual assault and disordered eating: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 50-56. <https://doi.org/10.1002/jts.21664>
- during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*. 30(9), 238-247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Eddy, K. T., Hennessey, M. et Thompson-Brenner, H. (2007). Eating pathology in East African women: The role of media exposure and globalization. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195(3), 196-202. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243922.49394.7d>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J. et IJsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(12), 860-864. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Fisher, P. et Lees, J. (2015) Narrative approaches in mental health: Preserving the emancipatory tradition. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 20(6), 599-615. <https://doi.org/10.1177/1363459315600774>
- Foa, E. B., Zoellner, L. A. et Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29-43. <https://doi.org/10.1002/jts.20096>
- Follette, V., Palm, K.M. et Pearson, A.N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 45-61. <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0025-2>
- Fortier, I., Hamisultane, S., Ruelland, I., Rhéaume, J. et Beghdadi, S. (2018). Un temps pour la clinique : créer des espaces-temps de résonance. Dans I. Fortier, S. Hamisultane, I. Ruelland, J. Rhéaume et S. Beghdadi (dir.), *Clinique en sciences sociales : sens et pratiques alternatives* (p. 275-277). Presses de l'Université du Québec.

- Gagnon-Girouard, M.-P. et Ouellet, M. (2020). L'hyperphagie boulimique. Dans A. Aimé, C. Maïano et M-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements* (p. 49-62). Presses de l'Université de Montréal.
- Girelli, S. A., Resick, P.A., Marhoefer-Dvorak, S. et Hutter, C.K. (1986). Subjective distress and violence during rape: Their effects on long-term fear. *Violence and Victims*, 1(1), 35-45.
- Gouvernement du Québec. Secrétariat à la condition féminine. (2016) *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016/2021*. [Document PDF] Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf
- Gouvernement du Canada. (2021). *Glossaire de la violence fondée sur le sexe*. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/centre-savoir-violence-fondee-sexe/glossaire-violence-fondee-sur-sexe.html>
- Harper, E. (2013). Ancrages théoriques entre l'intersectionnalité et les pratiques narratives en travail social. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques* (p. 47-68). Presses de l'Université du Québec.
- Harris, E. C. et Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>
- Holland, K. J. (2019). Correlates of college women's intentions to use formal campus supports for sexual assault. *Psychology of Violence*, 10(2), 245-254. <https://doi.org/10.1037/vio0000240>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. Jr et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biology Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Institut national de santé publique. (2021). *Ampleur et caractéristiques des agressions sexuelles envers les adultes*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/agressionsexuelle/comprendre/statistiques-ampleur-adultes>

- Jirek, S. L. (2016). Narrative reconstruction and post-traumatic growth among trauma survivors: The importance of narrative in social work research and practice. *Qualitative Social Work, 16*(2), 166-188.
<https://doi.org/10.1177/1473325016656046>
- Keel, P. K. et Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychology Bulletin, 129*(5), 747-769. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747>
- Keshet, H. et Gilboa-Schechtman, E. (2017). Symptoms and beyond: Self-concept among sexually assaulted women. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy, 9*(5), 545-552. <https://doi.org/10.1037/tra0000222>
- LeBlanc, H. (2014). Eating disorders among girls and women in Canada: Report of the Standing Committee on the Status of Women. Chambre des communes du Canada.
<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/412/FEWO/Reports/RP6772133/feworp04/feworp04-e.pdf>
- Lefebvre, R. (2013). Un atelier de récit de vie pour personnes en difficulté avec l'alcool. Dans V. de Gaulejac et M, Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. (p. 169-194). Érès.
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique : théorie, clinique, « interfaces »*. Hommes et perspectives - Épi.
- Linardon, J. et Wade, T. D. (2018). How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 51*(4), 287-294.
<https://doi.org/10.1002/eat.22838>
- Lindsay, J. et Roy, V. (2017). Un modèle de travail de groupe axé sur l'aide mutuelle. Dans V. Roy et J. Lindsay (dir.), *Théories et modèles d'intervention en service social de groupe* (.p.141-168). Presses de l'Université Laval.
- Littleton, H. L. (2010). The impact of social support and negative disclosure reactions on sexual assault victims: A cross-sectional and longitudinal investigation. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*(2), 210-227.
<https://doi.org/10.1080/15299730903502946>
- Littleton, H., et Henderson, C. E. (2009). If she is not a victim, does that mean she was not traumatized? Evaluation of predictors of PTSD symptomatology among college rape victims. *Violence Against Women, 15*, 148-167.
<https://doi.org/10.1177/1077801208329386>

- Lock, A., Epston, D., Maisel, R. et de Faria, N. (2005). Resisting anorexia/bulimia: Foucauldian perspectives in narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3), 315-332. <https://doi.org/10.1080/03069880500179459>
- Loseke, D. R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The Sociological Quarterly*, 48(4), 661-688. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2007.00096.x>
- Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy*. American Psychological Association.
- Maier, S. L. (2011). “We belong to them”: The costs of funding for rape crisis centers. *Violence Against Women*, 17(11), 1383-1408. <https://doi.org/10.1177/1077801211428599>
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N. et Keck, P. E. Jr. (2018). Pharmacotherapy for eating disorders. Dans W. S. Agras et A. Robinson (dir.), *The Oxford handbook of eating disorders* (p. 359-394). Oxford University Press.
- Mercier, L. (2013). Re-traiter sa vie : pratiques d'interventions biographiques auprès de personnes de 50-65 ans. Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. (p. 213-234). Érés.
- Merscham, C. (2000). Restorying trauma with narrative therapy: using the phantom family. *The Family Journal*, 8(3), 282-286. <https://doi.org/10.1177/1066480700083013>
- Ministère de la sécurité publique. (2012) *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2010*. Gouvernement du Québec. https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/2010/faits_saillants.pdf
- Ministère de la Sécurité publique. (2015a) *Infractions sexuelles au Québec en 2015*. Gouvernement du Québec. https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/2015/infractions_sexuelles_2015.pdf
- Ministère de la sécurité publique. (2013). *Statistiques 2013 sur les infractions sexuelles au Québec*. Gouvernement du Québec. https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf

- Nadeau, J., Sioui, M.-M., Pineda, A. et Boutros, M. (2020, 11 juillet). La fin du silence. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/582293/la-fin-du-silence>
- Namian, D. et Binet, J. (2016). Politiques d'activation et nouvelles frontières du travail social. Dans L. Negural (dir.), *L'intervention en sciences humaines : l'importance des représentations* (p. 99-127). Presses de l'Université Laval.
- Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Indian Journal of Psychiatry*, 8(9), 347-50. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161493>
- National Association of Social Workers. (2021). *Read the code of ethics*. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English#:~:text=The%20following%20broad%20ethical%20principles,all%20social%20workers%20should%20aspire.>
- Neff, K. (2021). *Definition of self-compassion*. <https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Niewiadomski, C. (2013a). Les territoires d'investigation de la recherche biographique. Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.), *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p. 21-40). Presses universitaires du Septentrion.
- Niewiadomski, C. (2013b). Les histoires de vie de collectivité. Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. (p. 33-62). Érès.
- Ogbeiwi, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management*, 23(7), 324-336. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2017.23.7.324>
- Orchowski, L. M. et Gidycz, C. A. (2012). To whom do college women confide following sexual assault? A prospective study of predictors of sexual assault disclosure and social reactions. *Violence Against Women*, 18(3), 264-288. <https://doi.org/10.1177/1077801212442917>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugués et familiaux du Québec. (2021). *Découvrir nos professions*. <https://www1.otstcfq.org/public/nos-professions/decouvrir-nos-professions/>
- Papell, C. et Rothman, B. (1966). Social group work models: Possession and heritage. *Journal of Education for Social Work*, 2(2), 66-77. <https://doi.org/10.1080/00220612.1966.10778680>

- Paquin Hodge, C., St-Hilaire, A., Thaler, L. et Steiger, H. (2020). L'anorexie mentale. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p. 18-29). Presses de l'Université de Montréal.
- Perreault, S. (2015). *La victimisation criminelle au Canada, 2014* (publication n° 85-002-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.pdf>
- Peters, S. M. (2019). Demedicalizing the aftermath of sexual assault: Toward a radical humanistic approach. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022167819831526>
- Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. (2012). *Services des CALACS*. <http://www.rqcalacs.qc.ca/services-calacs.php>
- Rech, N. (2019). *Mouvement #moiaussi* au Canada. Dans *l'Encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/mouvement-moiaussi>
- Rhéaume, J. (2013a). Raconter sa vie, avec quels savoirs et pour quoi faire? Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.), *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p.103-114). Presses universitaires du Septentrion.
- Rhéaume, J. (2013b). Quand l'histoire devient agissante. Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle* (p. 63-88). Érès.
- Rhéaume, J. et Sévigny, R. (1988). Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 95-104. <https://doi.org/10.7202/030429ar>
- Ricard, M.-M. et Cotton, K. (2020). Les services en externe. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements* (p. 319-331). Presses de l'Université de Montréal.
- Rosenbaum, D. L. et White, K. S. (2016). Does cognitive avoidance mediate the relation of anxiety and binge eating? *Eating and Weight Disorders*, 21(4), 653-659. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0284-6>
- Rosenbaum, D. L., White, K. S. et Artime, T. M. (2020). Coping with childhood maltreatment: Avoidance and eating disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 26(14), 2832-2840. <https://doi.org/10.1177/1359105320937068>

- Roy, V. et Lindsay, J. (2018). Comment choisir son modèle d'intervention? [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=8hPMnRsU6eo>
- Schwartz, W. (1961). The social worker in the group. In B. Saunders (Ed.), *New perspectives on services to groups: Theory, organization, practice* (pp. 7–29), New York: National Association of Social Workers.
- Secrétariat à la condition féminine. (2016). *Les violences sexuelles, c'est NON : stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016/2021*. Gouvernement du Québec. http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf
- Service-conseil aux centres désignés pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. (2019). *Qu'est-ce qu'un centre désigné?* <https://www.serviceconseilqc.ca/qu-est-ce-que-c-est>
- Shapiro, F. (2002). EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. American Psychological Association.
- Shulman, L. (1985-1986). The dynamics of mutual aid. *Social Work with Groups*, 8(4), 51-60. https://doi.org/10.1300/J009v08n04_06
- Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 271-286. <https://doi.org/10.1080/03069880902957007>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Steiger, H., et Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74-86. <https://doi.org/10.1177/088626090005001006>
- Steingerg, D. M. (2008). *Le travail social de groupe*. Presses de l'Université Laval.
- Steinberg, D. M. (2014). *A mutual-aid model for social work with groups* (3^e éd.). Routledge.
- Tracz, S. M., et Gehart-Brooks, D. R. (1999). The lifeline: Using art to illustrate history. *Journal of Family Psychotherapy*, 10(3), 61-63. https://doi.org/10.1300/J085v10n03_05

- Trekker, A. (2013). Écrire pour (re)tracer son histoire de vie. Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. (p. 235-260). Érès.
- Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., MacDonald, D. E. et Olmsted, M. P. (2017). Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(1), 22-36. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207456>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019) *L'intervention sociale auprès des groupes* (4^e éd.). Cheneliere.
- Udo, T. et Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault : A review. *Agression and Violent Behavior*, 4(3), 343-358. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00006-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00006-8)
- Ullman, S. E. et Vasquez, A. L. (2015). Mediators of sexual revictimization risk in adult sexual assault victims. *Journal of child sexual abuse*, 24(3), 300-314. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006748>
- Vargas-Thils, M. (2013). Le récit de vie comme pratique clinique. Dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. (p. 261-290). Érès.
- Vickerman, K. A. et Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical psychology review*, 29(5), 431-448. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.004>
- Weber, M., Davis, K., et McPhie, L. (2006). Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*, 59(4), 391-405. <https://doi.org/10.1080/03124070600985970>
- White, M. et Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton and Co.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., Bartholomew, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700. <https://doi.org/10.1023/A:1024777303848>
- Zoll, R. (1992). *Nouvel individualisme et solidarité quotidienne : essai sur les mutations socio-culturelles*. Éditions Kimé.