

BF  
20.5  
UL  
1998  
L445

PAULA M. LEBLANC

**LES GROUPES D'ENTRAIDE ET LES GROUPES DE SOUTIEN  
POUR LES PERSONNES AYANT UN TROUBLE LIÉ AU  
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

Mémoire  
présenté  
à la Faculté des études supérieures  
de l'Université Laval  
pour l'obtention  
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de psychologie  
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES  
UNIVERSITÉ LAVAL

AVRIL 1998

© Paula M. LeBlanc, 1998



## Résumé

Les groupes d'entraide et de soutien qui s'adressent aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire constituent le thème principal de ce mémoire. Dans la première étude, un aperçu des caractéristiques des groupes d'entraide et de soutien canadiens est présenté. Plusieurs éléments sont traités dont le fonctionnement des groupes, le recrutement des membres, l'implication professionnelle, les caractéristiques des membres et les éléments positifs des groupes. Les résultats démontrent que les groupes ont des objectifs, des activités et des aspects positifs pour les membres, qui sont semblables. De plus, la place accordée à l'opinion des membres s'avère importante. La deuxième étude explore l'abandon des membres. Les raisons d'abandon sont analysées à partir du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995). Les effets liés à l'abandon et les stratégies entreprises par les groupes afin de réduire le taux d'abandon sont aussi examinés. Les résultats indiquent que l'abandon peut entraîner des effets défavorables. La raison d'abandon la plus fréquemment mentionnée est liée au besoin d'aide des membres, à leur déni face au problème.

Paula LeBlanc  
Étudiante à la maîtrise

Francine Lavoie, Ph.D.  
Directrice de recherche

## Avant-propos

Mes premiers et très sincères remerciements vont à ma directrice de recherche, Mme Francine Lavoie, pour son inspiration, sa sagesse et la confiance qu'elle m'a accordée. Le fait qu'elle m'ait initiée avec tant d'énergie à la recherche en psychologie communautaire constitue pour moi une chance inouïe.

J'exprime également ma reconnaissance à la professeure Mme Christiane Piché, sans qui les derniers kilomètres de ce mémoire n'auraient pas vu le jour. Sa très grande disponibilité, ses nombreux conseils et sa générosité m'ont motivée à persévérer jusqu'à la dernière étape de ce travail.

Une pensée spéciale s'adresse à tous les groupes qui ont bien accepté de participer à cette étude et aux personnes qui travaillent dans le domaine qui m'ont apporté des suggestions pratiques.

Je tiens à envoyer des voeux chaleureux à Lucie Vézina et à Suzanne Landry, professionnelles de recherche du labo., pour tous leurs petits conseils et leur bonne humeur, à Mme Francine Dufort pour ses commentaires concernant mon questionnaire, aux ami(e)s sympathiques du 12e étage qui ont rendu la vie universitaire agréable et passionnante et à Stéphane pour sa perspicacité avec SPSS.

À mon copain, à ma famille et à mes amies, je vous témoigne toute ma sollicitude.

Enfin, une lueur d'espoir à toutes les personnes qui vivent des conflits en rapport avec la nourriture et leur corps.

*« Ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace »*

Philippe Jeammet (1993)

\*Ce mémoire a obtenu l'appui financier du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR).

## TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ .....	i
AVANT-PROPOS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
LISTE DES FIGURES .....	vii
LISTE DES ANNEXES .....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
Les groupes d'entraide et les groupes de soutien.....	2
Les troubles liés au comportement alimentaire .....	9
L'anorexie mentale .....	11
La boulimie .....	12
Le syndrome d'hyperphagie boulimique .....	13
L'obésité .....	14
Les groupes d'entraide et les groupes de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire.....	15
CHAPITRE 1:     CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES D'ENTRAIDE ET DE SOUTIEN CANADIENS POUR LES PERSONNES AYANT UN TROUBLE LIÉ AU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	
Page titre .....	21
Résumé.....	22
Introduction.....	23
Méthode .....	27
Groupes participants .....	27
Participant.es.....	29

	<u>Page</u>
Procédure.....	29
Instrument de mesure.....	31
Résultats.....	33
Histoire et fonctionnement des groupes .....	33
Recrutement et participation des membres .....	34
Animation, leadership et implication professionnelle.....	35
Caractéristiques des membres .....	36
Caractéristiques des groupes les plus recherchées par les membres .....	36
Discussion.....	37
Limites de la recherche et pistes pour de nouvelles recherches .....	40
Références.....	42

## CHAPITRE 2: L'ABANDON DE GROUPES D'ENTRAIDE ET DE SOUTIEN CHEZ LES MEMBRES AYANT UN TROUBLE LIÉ AU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Page titre .....	53
Résumé.....	54
Introduction.....	55
Méthode .....	62
Identification des groupes.....	62
Groupes participants .....	63
Participant.es.....	64
Procédure.....	64
Instrument de mesure.....	65
Analyses.....	67
Résultats.....	68
Le problème de l'abandon .....	68

	<u>Page</u>
Les effets de l'abandon .....	69
Les raisons d'abandon .....	70
Les stratégies afin de diminuer l'abandon .....	72
Discussion .....	73
L'abandon et ses effets .....	73
Les raisons d'abandon .....	75
Les stratégies afin de réduire l'abandon .....	77
Limites de la recherche .....	77
Références .....	79
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	93
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE .....	97
ANNEXES .....	110

## LISTE DES TABLEAUX

Page

### CHAPITRE 1

Tableau 1: Typologie des groupes selon quatre composantes.....	47
Tableau 2: Caractéristiques positives des groupes .....	48
Tableau 3: Activités offertes par les groupes.....	49
Tableau 4: Recrutement et participation des membres .....	50
Tableau 5: Leadership et animation du groupe et implication professionnelle.....	51
Tableau 6: Caractéristiques des membres des groupes.....	52

### CHAPITRE 2

Tableau 1: Moyennes et écarts-types de six problèmes selon les types de groupe et le total .....	86
Tableau 2: Effets de l'abandon selon 3 niveaux .....	87
Tableau 3: Raisons d'abandon (inspiré du <i>Behavioral Model of Health Services' Use</i> , Andersen (1995)).....	88
Tableau 4: Moyennes et les écarts-types des raisons d'abandon selon les types de groupes.....	89
Tableau 5: Moyens utilisés par les groupes afin de réduire le taux d'abandon des membres .....	91

LISTE DES FIGURESPage

## CHAPITRE 2

Figure 1: Les raisons d'abandon des membres de groupes d'entraide et de soutien (inspiré du <i>Behavioral Model of Health Services' Use</i> (Andersen, 1995).....	92
---	----

## Introduction Générale

Le taux élevé de personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire et la pénurie de ressources disponibles a entraîné ces dernières années l'émergence de nombreux groupes d'entraide et de soutien. Pour les gens souffrant de ce problème, les groupes représentent une alternative possible aux soins de santé traditionnels, un mode d'aide souvent plus accessible, moins coûteux et dans certains cas, le seul moyen d'assistance disponible (Jones, 1992; Priest, Wagner, & Waller, 1991; Gayle, 1992). Plusieurs études rendent compte de l'apport bénéfique des groupes d'entraide et de soutien pour les membres ayant un trouble lié au comportement alimentaire (Deeble & Bhat, 1991; Franko, 1987; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Levine, Petrie, Gotthardt, & Sevig, 1990; Malenbaum, Herzog, Eisenthal, & Wyshak, 1988; Munro & Laing, 1994; Newton, Robinson, & Hartley, 1993; Rathner, Bönsch, Maurer, Walter, & Söllner, 1993; Rice & Faulkner, 1992; Rubel, 1984; Yeary, 1987). Toutefois, les problèmes rencontrés par ces groupes, notamment le problème de l'abandon n'a pratiquement pas été cerné. Pourtant, plusieurs chercheurs mentionnent ce problème (Hartley, 1988; Harlley & Newton, 1991; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Yager, 1994). De plus, la présence régulière et à plus long terme des membres dans les groupes est vue comme étant favorable, voire essentielle afin de créer une cohésion du groupe (Block & Llewelyn, 1987; Lieberman, 1990), un facteur fondamental en thérapie de groupe (MacKenzie & Harper-Giuffre, 1992; Yalom, 1985). Puisque l'abandon a été évoqué comme un élément nécessitant plus d'attention au niveau des groupes pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (Kinoy, 1985; Newton & Hartley, 1990), il paraît pertinent d'explorer davantage cette dimension.

Ce mémoire comporte deux objectifs principaux. Le premier objectif consiste à examiner différentes caractéristiques des groupes d'entraide et de soutien canadiens (chapitre 1). Puisqu'à notre connaissance, aucun rapport ne fait état de ces formes d'aide au pays, il paraît conséquent d'analyser leur structure et leur fonctionnement. Le deuxième

---

Note. Pour alléger le texte, la forme féminine désigne les hommes aussi bien que les femmes.

objectif est de cerner le phénomène de l'abandon au sein des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (chapitre 2). Plus particulièrement, l'étude vise à connaître les raisons de l'abandon des membres et de les étudier à partir d'un modèle théorique sur l'utilisation des services de soins de santé, le *Behavioral Model of Health Services' Use* de Ronald M. Andersen (1995). Une meilleure compréhension des raisons d'abandon est certes pertinente puisqu'elle pourrait permettre aux groupes de répondre davantage aux besoins des membres et par la même occasion d'offrir à ces derniers la possibilité de bénéficier d'une implication à plus long terme au sein du groupe.

Avant de passer aux deux études de ce mémoire, il s'avère essentiel de clarifier trois principales notions. Dans un premier temps, il s'agit de définir les groupes d'entraide et les groupes de soutien et d'établir une distinction entre eux. Ensuite, chaque trouble lié au comportement alimentaire est décrit soit l'anorexie mentale, la boulimie, le syndrome d'hyperphagie boulimique et l'obésité. Enfin, un aperçu des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire met en contexte les questions de recherche soulevées.

### Les groupes d'entraide et les groupes de soutien

Depuis les années soixante-dix, les groupes d'entraide et les groupes de soutien en Amérique du Nord connaissent un essor croissant. Une enquête récente aux États-Unis estime qu'environ 25 millions d'américaines ont participé, à un moment donné dans leur vie, à un groupe d'entraide et 10 millions dans les derniers douze mois (Kessler, Mickelson, & Zhao, 1997). Utilisés comme alternative ou en complémentarité aux services traditionnels en santé mentale, ces groupes offrent une aide particulière pour une variété de problèmes psychologiques, physiques et sociaux (Enright, Butterfield, & Berkowitz, 1985). Les groupes d'entraide et de soutien se différencient des autres interventions thérapeutiques dans le sens qu'ils visent le bien-être des individus par le partage et le soutien mutuel de gens vivant un problème commun (Gartner & Riessman, 1982). Contrairement aux

groupes de thérapie qui dépendent principalement de la présence continue et du savoir d'une ou de plusieurs professionnelles, les groupes d'entraide et de soutien offrent la possibilité aux gens de s'impliquer activement et d'amener eux-mêmes des changements positifs dans leur vie (Rice & Faulkner, 1992). Le thème principal de ces groupes « VOUS N'ÊTES PAS SEUL »<sup>1</sup> est un facteur clé qui permet aux membres de constater qu'ils ne sont pas seuls à vivre le problème auquel ils sont confrontés (Gartner, 1990). Leurs expériences et vécu sont ainsi « légitimés » par les autres membres du groupe (Silverman, 1992). Riessman (1997) soutient que le pouvoir de l'entraide réside dans la possibilité pour les membres d'être à la fois un aidant et un aidé (*helper=helpee*). En plus de recevoir de l'aide au sein du groupe, chaque membre peut aussi bénéficier de l'assistance qu'il offre à ses semblables.

Malgré les similarités qui existent entre les groupes d'entraide et les groupes de soutien et la tendance des gens à les considérer comme étant la même chose, ces deux types de groupe présentent plusieurs distinctions importantes.

D'abord, les groupes d'entraide sont une forme de ressource communautaire caractérisée par un leadership entre les pairs où chaque membre est considéré d'importance égale au reste du groupe (Rice & Faulkner, 1992). L'*International Network for Mutual Help Centres* définit les groupes d'entraide selon les caractéristiques suivantes (Self-Help Clearinghouse of Metropolitan Toronto, 1994, p. ii):

- L'entraide ou le soutien mutuel est un processus par lequel les personnes qui partagent des expériences, des situations ou des problèmes communs peuvent s'offrir entre elles une vision unique qui ne peut être partagée par celles n'ayant pas connu ces mêmes expériences.

<sup>1</sup> Traduction libre de l'auteure: « YOU ARE NOT ALONE ». (Gartner, 1990, p. 44).

- Les groupes sont dirigés par et pour les membres du groupe. Le rôle du professionnel demeure secondaire, celui de consultant et ce, seulement à la demande du groupe.
- Les activités du groupe sont plutôt axées vers l'entraide à partir de discussions et le partage d'information et d'expériences mais comprennent aussi d'autres activités et interactions.
- Les membres du groupe se réunissent « face à face » de façon régulière. Les groupes sont ouverts aux nouveaux membres qui partagent l'expérience commune.
- Tous les groupes sont à but non lucratif. Dans la plupart des cas, aucun frais n'est exigé pour participer, quoiqu'une contribution minimale pour couvrir les frais puisse être demandée (sans obligation).

Une définition qui résume bien les caractéristiques des groupes d'entraide est celle établie par la *German Association of Self-Help Supporters (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)*:

De façon régulière, souvent hebdomadaire, le travail effectué par les membres au sein du groupe vise l'authenticité, l'égalité, un langage commun et le soutien mutuel. Le groupe devient ainsi un moyen de contrebalancer l'isolement externe (social) et interne (psychologique). Les buts des groupes d'entraide sont centrés uniquement sur les membres du groupe ce qui différencie ces derniers des autres formes d'initiatives communautaires<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Traduction libre de l'auteure: « In regular, often weekly, groupwork they stress authenticity, equality, a common language, and mutual aid. In doing so the group is a means to counteract outer (social) as well as inner (psychological) isolation. The goals of self-help groups focus on their members, and not on outsiders; in that respect they differ from other forms of citizen's initiative. » (Matzat, 1993, p. 32).

Le premier groupe d'entraide « officiel » à voir le jour fut les Alcooliques Anonymes (AA), créé en 1935 aux États-Unis. Afin de permettre aux alcooliques d'accéder à la sobriété, les fondateurs des AA, Bill Wilson et Ebby Thatcher, ont créé un guide pratique selon 12 étapes (Flores, 1988; Kurtz, 1989). Ces 12 étapes servent à orienter les actions de la personne qui souffre et lui permettent de mieux accepter son problème. La popularité du programme des AA a évolué très rapidement. À partir des années '50, de multiples groupes se sont inspirés du modèle des AA et l'on adapté à leur difficulté tels les Joueurs Anonymes (*Gamblers Anonymous*), Narcotiques Anonymes (*Narcotics Anonymous*), Inceste Anonyme (*Incest Anonymous*), Outremangeurs Anonymes (*Overeaters Anonymous*), etc. (Room & Greenfield, 1993). Aujourd'hui, les groupes à 12 étapes constituent le réseau d'entraide le plus connu et le plus répandu au travers le monde. Malgré certaines variations entre les programmes de type 12 étapes, ces groupes se caractérisent principalement par une structure de rencontres préétablies et une philosophie organisationnelle précise inspirée par 12 traditions. Les membres de ces groupes admettent qu'ils sont impuissants face à leur problème et se tournent vers une force supérieure afin d'atteindre le changement (Katz, 1993).

Il existe aussi une multitude de groupes d'entraide non-inspirés des AA qui, selon Katz (1993), ont été créés afin de rejoindre des besoins différents. La structure à l'intérieur de ces groupes et le type de fonctionnement sont très variés. Contrairement aux groupes à 12 étapes, ce deuxième type de groupes d'entraide ne croit pas à l'engagement à très long terme des membres. Les membres sont plutôt encouragés à quitter le groupe une fois leur problème résolu.

Les groupes de soutien, de leur côté, dépendent principalement de la source de savoir d'une personne ayant, la plupart du temps, une formation professionnelle. Les échanges entre les membres du groupe, le contrôle et l'existence même du groupe dépendent ainsi de cette personne. Contrairement aux groupes d'entraide, les groupes de soutien ont souvent une durée plus courte et prédéterminée (Enright et al., 1985). Ces groupes se situent donc

entre les groupes d'entraide et les groupes de thérapie. Schopler et Galinsky (1993) apportent une précision au sujet du rôle des membres et du rôle du leader:

Souvent, ces groupes sont orientés vers les membres mais il existe des distinctions en ce qui concerne les rôles des participantes. Le leadership peut être offert par des professionnelles, des bénévoles ou parfois des membres. Puisque les leaders des groupes agissent en tant que modèle, le fait de partager le problème du groupe peut être vu comme désirable. Toutefois, cela ne constitue pas une condition nécessaire pour atteindre le rôle de leader. La légitimité du leader a plutôt tendance à se définir au niveau de sa formation et de son expertise à animer le groupe. Les leaders partagent l'autorité et souvent, sont en rapport quelque peu égal avec les membres. Ils détiennent cependant toute la responsabilité en ce qui concerne l'animation du groupe<sup>3</sup>.

La classification des groupes en deux catégories distinctes de groupe d'entraide et groupe de soutien présente toutefois certaines difficultés. En effet, la diversité des groupes existants et les différents niveaux d'implication professionnelle ne permettent pas une distinction claire et précise. C'est pourquoi un continuum, décrit à partir de différentes composantes, permet de rendre compte des particularités de chaque type de groupe (Lavoie & Stewart, 1995).

En plus des groupes d'entraide et de soutien dits « traditionnels », nous pouvons ajouter des formes plus récentes: les groupes par téléphone et les groupes par ordinateurs (via l'internet ou le courrier électronique). Par une plus grande accessibilité, ces groupes

<sup>3</sup> Traduction libre de l'auteur: « Frequently, these groups are member-centered, but there are some distinctions in participant roles. Leadership may be provided by professionals, volunteers or at times by members. Because leaders serve as role models, their personal experience with the group's focal concern may be viewed as desirable but generally is not required for leadership. Rather, the leader's legitimacy tends to be based on training and expertise in group facilitation. Leaders share authority and often are on somewhat equal terms with members. They do, however, carry ultimate responsibility for facilitation » (Schopler & Galinsky, 1993, p. 197).

constituent des modes d'assistance très utilisés qui prennent beaucoup d'expansion (DeAngelis, 1997; Kurtz, 1997; Salem, Borat, & Reid, 1997). Les mécanismes d'échanges proposés par ces groupes permettent, entre autres, de répondre à des besoins et à des situations spécifiques. On remarque, par exemple, une facilité à rejoindre des personnes qui habitent les régions rurales, les gens ayant une incapacité physique ou une problématique rare, les individus qui ont des craintes face à la confidentialité, l'anonymat et la stigmatisation et les personnes contraintes par le temps et les moyens de transport (Adam & Hoehne, 1989; Kurtz, 1997; Levy & Derby, 1992; Salem et al., 1997).

Les groupes d'entraide et de soutien comptent plusieurs effets bénéfiques à savoir le soutien émotif, la rencontre de semblables, la révélation de soi, la clarification des problèmes et le partage d'information (Lavoie, 1989). Ces groupes, dans des conditions favorables d'échanges et d'entraide, permettent aux individus de prendre en main leur processus de changement thérapeutique pouvant mener à l'émergence d'un sentiment d'appropriation psychosociale (*empowerment*) (Lee, 1991). Le soutien et l'entraide offerts par ces groupes donnent aux membres la possibilité de s'impliquer et de contribuer activement à leur processus thérapeutique tout en se sentant « compris » (Dessau, 1992).

Outre les nombreux bienfaits des groupes d'entraide et de soutien, ces groupes font face à de nombreux problèmes pratiques. Meissen, Gleason et Embree (1991) ont trouvé, d'après le point de vue de 90 leaders de groupes d'entraide et de soutien, que les trois principaux problèmes rencontrés par les groupes étaient le manque de sensibilisation de la part du public (problème le plus important), le manque d'implication et de participation des membres et enfin les problèmes de financement et de collecte de fonds. Les autres problèmes fréquemment cités étaient les problèmes au niveau de la structure et de l'organisation du groupe, le leadership et le recrutement de nouveaux membres. De son côté, Kurtz (1997) fait le bilan de 12 problèmes souvent rencontrés par les groupes de soutien. Parmi ceux-ci, la chercheuse mentionne l'épuisement des leaders, les membres dominants, le faible nombre de membres minoritaires et les membres peu disposés à se dévoiler en groupe.

Selon certains, les groupes qui offrent du soutien n'ont plus à démontrer leurs bienfaits au niveau de la santé physique et mentale des gens (Guay, 1987). En fait, ces types de ressource communautaire sont maintenant reconnus par plusieurs autorités gouvernementales et dispensateurs de services de santé comme étant une force sociale influente dans la vie des gens (Katz, 1993). En 1992, l'ancien *Surgeon General* des É.-U., C. Everett Koop affirme:

Aujourd'hui, les bienfaits de l'entraide sont vécus par des millions de personnes qui se dirigent vers d'autres ayant un problème semblable dans le but de vaincre leur isolement, leur manque de pouvoir, leur aliénation et l'horrible sentiment que personne ne les comprend... En ces temps difficiles, l'avenir des soins de santé nécessite la coopération entre la médecine « organisée » et les groupes d'entraide afin d'arriver au meilleur résultat pour le moindre coût<sup>4</sup>.

Au Canada, la reconnaissance formelle de la contribution des groupes d'entraide s'est faite suite à la première rencontre canadienne organisée par le Gouvernement Fédéral en 1982 (Balthazar, 1989). À cette conférence, plusieurs initiatives importantes furent adoptées, entre autres, la publication d'un manuel pratique destiné aux groupes d'entraide, un bulletin national « Initiative », la réalisation de films, et plus tard, la création de centres d'information sur l'entraide à travers le pays (Gottlieb & Peters, 1991). De plus, en 1986, *Santé et Bien-être Canada* adopta la perspective de l'*Organisation Mondiale de la Santé* qui décrit la promotion de la santé comme étant le processus qui permet aux gens d'avoir plus de contrôle sur leur santé et sur l'amélioration de celle-ci. Trois mécanismes sont ainsi reconnus dans la promotion de la santé soit, la création d'environnements sains,

<sup>4</sup> Traduction libre de l'auteure: « Today, the benefits of mutual aid are experienced by millions of people who turn to others with a similar problem to attempt to deal with their isolation, powerlessness, alienation, and the awful feeling that nobody understands... The future of health care in these troubled times requires cooperation between organized medicine and self-help groups to achieve the best care for the lowest cost » (Dans Katz, Hedrick, Isenberg, Thompson, Goodrich & Kutscher (Éds.), 1992, p. xviii).

l'incitation à une prise en charge de soi et l'aide mutuelle (Santé et Bien-être social Canada, 1988).

D'après Gottlieb et Peters (1991), la croissance rapide des groupes d'entraide au Canada démontre bien la popularité de cette nouvelle forme de solidarité sociale. Ces auteurs ont trouvé, d'après les données du *Volunteer Activity Survey* de Statistiques Canada de 1987, que 2% de la population canadienne utilisent cette modalité d'aide informelle. Dix ans plus tard, on peut certes supposer que ce taux continue d'augmenter puisqu'on évalue à 10% le taux annuel de croissance du nombre de groupes disponibles (Maton, Leventhal, Madara, & Julien, 1989). En concordance avec le développement de l'entraide, on retrouve une reconnaissance émergente du phénomène de la part des professionnelles de soins de santé (Peterkin, 1993). Une collaboration entre le savoir professionnel et l'expérience des groupes d'entraide est d'ailleurs jugée comme favorable au bien-être des individus (Ouellet, 1995).

Les groupes d'entraide et de soutien mieux définis, il est possible d'explorer dans la prochaine partie une autre notion pertinente dans le cadre de cette étude, les troubles liés au comportement alimentaire. Les caractéristiques de l'anorexie mentale, la boulimie, le syndrome d'hyperphagie boulimique et l'obésité sont présentées.

### Les troubles liés au comportement alimentaire

Les troubles liés au comportement alimentaire constituent depuis les dernières décennies un problème important. Les recherches démontrent qu'il existe au sein de la population générale un taux très élevé de personnes, notamment des femmes, qui sont insatisfaites de leur corps, suivent des régimes amaigrissants, ont une image corporelle perturbée et prennent tous les moyens afin d'atteindre leur poids « idéal ». En effet, Halmi, Falk, et Schwarz (1981) ont trouvé un taux s'élevant à 13% chez les femmes étudiantes aux États-Unis. Au Canada, en 1993, on estimait qu'environ 268 135 femmes souffraient d'anorexie mentale et de boulimie, soit 10% de la population féminine âgée entre 14 et 25

ans (Lachance, 1996b). À ces chiffres, il est possible d'ajouter toutes les autres personnes qui ont des comportements perturbés face à la nourriture et suivent des régimes alimentaires « anti-santé » sans qu'elles aient réellement un problème de poids. Selon Fisher et al. (1995), environ 50 % des adolescentes seraient insatisfaites de leur corps. Ces chiffres sont certes alarmants. Rodin, Silberstein et Striegel-Moore (1985) qualifient d'« insatisfaction normative »<sup>5</sup> cette épidémie présente chez les jeunes femmes.

Les attitudes et les comportements perturbés face à la nourriture sont tellement fréquents qu'il est plutôt rare, voire « anormal » pour une femme d'être satisfaite de son apparence (Dolan, 1994). Fortement liée aux pressions sociales concernant les régimes alimentaires et l'exercice, l'obsession de la minceur est devenue une industrie fort lucrative, la minceur étant associée à la beauté, au bonheur et au succès. Malheureusement, cette « normalisation de la minceur » conduit des femmes à adopter des comportements antagonistes à la santé (la faim physiologique n'étant plus un critère suffisant pour manger) (Dessureault & Daigneault, 1991; Harper-Giuffre, 1992; Rees, 1996; Stice, 1994). Si nous parlons davantage des femmes en ce qui concerne les troubles liés au comportement alimentaire c'est bien parce que ces dernières sont plus sujettes à ces problèmes que les hommes. En fait, on estime qu'environ 90% des anorexiques et probablement 70 à 80% des boulimiques sont des femmes. Parmi toutes les conduites psychopathologiques, les troubles des conduites alimentaires présentent sans ambiguïté une spécificité féminine (Jeammet, 1993).

Nous retrouvons dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) sous la rubrique « troubles des conduites alimentaires » les problèmes caractérisés par des pensées obsédantes face au poids et le corps et des perturbations importantes au niveau du comportement alimentaire. Ces troubles comprennent l'anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*) et la boulimie (*Bulimia Nervosa*) (American Psychiatric Association, 1996). Il est possible d'inclure à ces troubles le

<sup>5</sup> Traduction libre de l'auteure: « normative discontent. » (Rodin, Silberstein et Striegel-Moore, 1985)

syndrome d'hyperphagie boulimique (*Binge Eating Disorder*) dont souffrent entre un tiers, voire la moitié des personnes obèses (Apfeldorfer, 1995).

Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons le terme « troubles liés au comportement alimentaire » afin d'inclure à la fois l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, l'obésité et toutes les autres perturbations au niveau du comportement alimentaire et de l'image du corps. Nous supposons que cela constitue une traduction de « eating disturbances » (Neumark-Sztainer, 1996; Steiger, Leung, Puentes-Neuman, & Gottheil, 1992; Shisslak, Crago, & Estes, 1995) qui comprend toute la gamme de perturbations liées au comportement alimentaire et au poids (comportements anorexiques et boulimiques, régimes sévères et répétitifs et comportements alimentaires anti-santé). On retrouve d'ailleurs plusieurs autres nominations tels que les comportements alimentaires déviants (Marcelli, 1993), les troubles du comportement alimentaire (Pellet, Lang, Estour, Chazot, & Lafond, 1993), les perturbations du comportement alimentaire (Bruch, 1973/1994) et les dépendances alimentaires (Wilson & Wilson, 1995).

Il faut reconnaître cependant que les troubles liés au comportement alimentaire, malgré leurs ressemblances, ont des caractéristiques très distinctes. Voyons brièvement chacun des troubles alimentaires qui font l'objet de cette étude.

### L'anorexie mentale

Les personnes souffrant d'anorexie mentale refusent de garder un poids corporel nécessaire pour leur bien-être physique (poids normal) par crainte de devenir grosses et présentent une perception déformée de leur apparence corporelle (DSM-IV, 1996). Ces femmes entretiennent une peur morbide et persistante de la graisse (Strober, 1986) ce qui les conduit à suivre un régime extrêmement restrictif. Certaines anorexiques utilisent des vomissements provoqués, l'abus de laxatifs ou de diurétiques ou l'exercice physique intense pour perdre du poids. On estime qu'environ 0,5% à 1% de jeunes adolescentes souffrent d'anorexie, dont l'âge moyen de l'apparence du trouble est de 17 ans, avec 2 pics

soit à 14 ans et à 18 ans. Étant donné leur condition physique fragile, plusieurs anorexiques doivent être hospitalisées. Tragiquement, au-delà de 10% de ces jeunes femmes n'arrivent pas à surmonter leur trouble alimentaire et ont comme destin la mort (DSM-IV, 1996).

Le terme anorexie, qui signifie une perte d'appétit, est en fait erroné puisque les anorexiques perdent seulement leur appétit plus tard dans l'évolution de leur trouble (Harper-Giuffre, 1992). C'est pourquoi il est souvent question de la discipline et de la volonté « admirable » des anorexiques. Le bonheur pour elles est perçu comme étant intimement lié à la minceur, et se retrouve donc dans le contrôle sur soi, sur son corps, et sur ses prises alimentaires: « Si je veux changer quelque chose, la seule chose que je puisse changer c'est mon corps » (Székely, 1988)<sup>6</sup>. La restriction alimentaire constitue ainsi un moyen de réussite garantie menant à l'autonomie (Gordon, 1992).

### La boulimie

La boulimie se caractérise par des épisodes répétés d'absorption rapide et incoercible de quantités importantes d'aliments s'accompagnant d'un sentiment de perte de contrôle où la personne vit un moment de détresse. La crise boulimique se termine, le plus souvent, moins de 2 heures plus tard et est suivie de vomissements provoqués ou d'une prise de laxatifs ou de diurétiques servant à vider le corps et à prévenir une prise de poids (DSM-IV, 1996). Quelques temps après cette phase d'assoupissement, une période intense de culpabilité, de remords et d'humeur dépressive s'installe (Kaye, Gwirtsman, George, Weiss, & Jimerson, 1986). Il importe de noter que les conduites alimentaires en dehors des crises boulimiques sont très perturbées. On observe, entre autres, des repas irréguliers et des phases de jeûne ou de régime (Sanchez-Cardenas, 1990).

---

<sup>6</sup> Traduction libre de l'auteure: « If I want to change anything, the only thing I can change is my body » (Székely, 1988, p. 87).

La boulimie survient généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Environ 1 à 3 % de femmes souffrent de ce trouble alimentaire. Contrairement aux anorexiques, les boulimiques ne sont pas hospitalisées pour leur trouble mais souffrent quand même de plusieurs problèmes médicaux sévères résultant de l'utilisation à long terme des méthodes compensatoires nuisibles. L'entourage des boulimiques n'apprend normalement que très tard l'existence du trouble alimentaire puisque ce dernier se caractérise par la nature cachée et secrète de ses symptômes (DSM-IV, 1996).

### Le syndrome d'hyperphagie boulimique

Le syndrome d'hyperphagie boulimique, aussi nommé hyperphagie incontrôlée, compulsion alimentaire ou fringale, a été identifié dans la nomenclature psychiatrique depuis 1994 seulement (DSM-IV, 1996). Ce syndrome partage le même symptôme que celui de la boulimie c'est-à-dire une absorption importante de nourriture dans une période relativement courte pendant laquelle la personne vit un sentiment de perte de contrôle. Toutefois, les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique n'utilisent généralement pas des méthodes compensatoires afin de vider le corps (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques, exercice physique excessif) ce qui fait que ces individus ont un surplus de poids ou sont obèses (Castonguay, Eldredge, & Agras, 1995). Un sentiment de détresse important est vécu par ces personnes suite à leur crise ce qui n'empêche pas toutefois la réapparition de celle-ci (McManus & Waller, 1995). La prévalence du syndrome d'hyperphagie boulimique se situe à 2% dans la population générale (Rees, 1996).

Les recherches démontrent que l'apparition du trouble d'hyperphagie boulimique est souvent précédée par des régimes alimentaires intenses (Mussell et al., 1995). On retrouve d'ailleurs parmi les personnes qui cherchent à perdre du poids 30% d'hyperphages boulimiques (Spitzer et al., 1993). Il n'est certes pas étonnant que ce chiffre soit si élevé étant donné la documentation scientifique considérable qui souligne l'inefficacité des méthodes behavioristes et diététiques pour la perte de poids (Garner & Wooley, 1991). En

effet, on estime que 90 à 98% des personnes qui suivent un régime alimentaire vont regagner leur poids initial 2 à 5 ans plus tard (Burgard & Lyons, 1994).

### L'obésité

Bien que l'obésité ne soit pas spécifiquement associée à la psychopathologie et puisse paraître comme un état opposé aux autres troubles liés au comportement alimentaire, elle en partage plusieurs facteurs communs. Parmi les similitudes, nous identifions une préoccupation excessive avec la nourriture et le poids, le fait de sauter des repas et des cycles régimes-fringales (Neumark-Sztainer, 1996). En fait, plusieurs auteurs regroupent l'obésité avec l'anorexie mentale et la boulimie compte tenu de leurs caractéristiques semblables (Apfeldrorfer, 1991, 1995; Bruch, 1973/1994; Strober, 1986; Williamson, 1990).

Les recherches en ce qui a trait à l'obésité suggèrent que les personnes obèses qui cherchent de l'aide ont un long passé de régimes alimentaires et de fluctuation de poids et présentent davantage de problèmes psychologiques ou comportementaux que les personnes obèses dans la population générale (Telch & Agras, 1994). De plus, les régimes alimentaires et la perte de poids peuvent avoir des effets psychologiques fâcheux tels que la dépression, l'anxiété, le retrait social et des changements de personnalité (Garner & Wooley, 1991). Les échecs répétitifs ou les difficultés à garder un poids « idéal » affectent aussi l'estime de soi et les relations personnelles au détriment du bien-être psychologique de la personne (Ferguson & Spitzer, 1995).

En dépit du fait que beaucoup de gens ayant un surplus de poids présentent des comportements perturbés face à la nourriture et ont souvent un fonctionnement psychique semblable à celui de la personne s'adonnant au comportement boulimique, toutes les personnes obèses ne présentent pas nécessairement un syndrome psychologique ou comportemental. C'est pourquoi d'ailleurs l'obésité ne figure pas dans le DSM-IV (1996).

Étant donné le nombre considérable de personnes qui vivent des conflits en rapport avec la nourriture, il ne fait aucun doute que les demandes d'aide sont nettement en hausse. Malheureusement, le nombre restreint de services de santé traditionnels offerts ne suffit pas pour répondre au taux élevé de demandes d'assistance. Newton et al. (1993) ont trouvé qu'il existe effectivement une lacune en ce qui a trait aux services disponibles. De plus, certains types de services, dont les traitements proposés dans les hôpitaux, ont parfois des listes d'attente pouvant atteindre 2 années (Lachance, 1996a).

En conséquence à cette insuffisance de services et à l'augmentation des demandes d'aide, plusieurs groupes d'entraide et de soutien se sont formés. Ces groupes, utilisés comme alternative ou comme aide complémentaire aux services traditionnels, offrent aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire la possibilité d'obtenir du soutien et de l'entraide. La prochaine section présente brièvement les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire.

#### Les groupes d'entraide et les groupes de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire

D'un point de vue historique, le mouvement d'entraide et de soutien pour les troubles liés au comportement alimentaire est récent mais son succès a fait en sorte qu'il a évolué de façon considérable très rapidement (Larocca, 1988). Le plus ancien des groupes d'entraide, les Outremangeurs Anonymes (OA), a été créé en 1960 aux États-Unis d'après les 12 étapes des Alcooliques Anonymes (voir annexe A). Au début, OA regroupait exclusivement les « outremangeurs » (*overeaters*) alors qu'aujourd'hui, ce vaste réseau d'entraide compte aussi des personnes ayant l'anorexie ou la boulimie (Marx, 1991). La multiplication des groupes OA fait qu'il représente à ce jour le groupe d'entraide pour les troubles liés au comportement alimentaire le plus utilisé en Amérique du Nord (Malenbaum et al., 1988).

On retrouve toutefois dans les écrits, surtout dans la littérature féministe, certaines critiques à l'égard de la philosophie des OA. Parmi ces critiques, nous retenons la vision de « maladie inguérissable », l'impuissance des gens face à leur problème (la « recouvrance » étant dans les mains d'une puissance supérieure) et l'abstinence comme le seul moyen de contrôler le problème (Berenson, 1991; Sinaikin, 1993; Vandereycken, 1990; Van Wormer, 1994; Wilson, 1991; Yager, Landsverk, & Edelstein, 1989). Afin de contrer ces critiques, Berenson (1991) a proposé sa propre version des 12 étapes selon un langage adapté pour les années quatre-vingt dix. Kasl (1992), de son côté, a créé 16 étapes positives qui, selon elle, répondent mieux aux besoins des femmes et favorisent l'appropriation psychosociale. Le mouvement d'aide OA, malgré les critiques à son égard, apporte beaucoup de bénéfices à ses nombreux membres. En effet, les groupes OA sont des groupes facilement accessibles qui permettent aux membres de sortir de leur isolement et d'obtenir du soutien à long terme (Goldner, 1984; Malenbaum et al., 1988; Yeary, 1987).

Outre les groupes OA, il existe une variété de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. À l'exception de quelques groupes qui ont été créés et fonctionnent de façon indépendante, la plupart des groupes sont liés d'une manière quelconque à un organisme d'entraide. En fait, la création de multiples groupes n'aurait pu se faire sans l'aide de ces organismes.

Les centres d'entraide assument plusieurs fonctions dont celles de donner de l'information, de briser l'isolement des gens, d'offrir un répertoire d'aide professionnelle, d'encourager et aider à la formation des groupes d'entraide et de soutien (Crisp, 1980) et de servir de lien entre les professionnelles et les groupes (Todres, 1995). Le premier centre d'aide pour les troubles alimentaires émerge en Grande-Bretagne en 1974, soit l'*Anorexic Aid Society* qui devient en 1990 l'*Eating Disorders Association (EDA)* (Hartley, 1983). Les Américaines ont suivi l'exemple des Britanniques en créant à Chicago en 1976 l'*Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)*. Par la suite, d'autres groupes similaires apparaissent dont le *National Anorexic Aid Society (NAAS)* en 1977, l'*American Anorexia Nervosa Association* et l'*Anorexia Nervosa Aid Society (ANAS)* en 1978,

l'*Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders (ANRED)* en 1980 et le *Bulimia Anorexia Self-Help (BASH)* en 1981 (Larocca & Kolodny, 1983). À cette liste il est possible d'ajouter le *Netzwerk Eßstörungen (Austrian Self-Help Organization on Eating Disorders)* créé en 1990 en Autriche (G. Rathner, communication personnelle, 24 décembre 1996). Au Canada, les réseaux d'aide existent aussi. Parmi ceux-ci, nous retrouvons l'*Anorexia Nervosa and Bulimia Foundation of Canada (ANAB Canada)* créé en 1983 à Winnipeg au Manitoba (Percy & Leichner, 1987) et à Kingston en Ontario en 1991 (ANAB, communication personnelle, 16 avril 1996), à Montréal la *Fondation d'Anorexie Nerveuse et de Boulimie* en 1984 (C. Lord, communication personnelle, 10 décembre 1996) et le *National Eating Disorder Information Center* à Toronto (1985) (Bear & Gayle, 1993).

De nombreuses études font état des effets bénéfiques des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (Deeble & Bhat, 1991; Franko, 1987; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Levine et al., 1990; Malenbaum et al., 1988; Munro & Laing, 1994; Newton et al., 1993; Rathner et al., 1993; Rice & Faulkner, 1992; Rubel, 1984; Yearly, 1987). Ces études suggèrent, entre autres, que les groupes offrent plusieurs avantages dont le soutien mutuel, le partage d'information et la progression vers une plus grande prise en charge de l'individu. De plus, le bris de l'isolement social constitue une conséquence importante des groupes étant donné la nature cachée des troubles alimentaires. Le soutien à long terme qu'offrent ces groupes peut aussi représenter un élément fondamental dans le cheminement thérapeutique des membres vu la nature chronique du conflit alimentaire. Ce soutien prolongé constitue un facteur clé afin d'éviter les rechutes (Slade, 1983). Certaines recherches soulignent même que les groupes d'entraide et de soutien permettent aux membres d'atténuer leurs symptômes et d'acquérir une meilleure compréhension de leur trouble alimentaire (Friedman, 1993; Jones, 1992; Malenbaum et al., 1988).

Hartley (1983; 1988; 1994b) soutient que la valeur des groupes d'entraide et de soutien pour les troubles liés au comportement alimentaire consiste en la possibilité de

donner aux gens la confiance leur permettant de s'impliquer dans leur propre cheminement thérapeutique. L'aide reçue par l'intermédiaire du groupe ne se fait donc pas au détriment de la contribution du membre (Priest et al., 1991). La notion de contrôle s'avère primordiale puisque ces troubles impliquent souvent une lutte afin de gagner plus de contrôle tout en étant un défi vers l'autonomie, une lutte au niveau du trop plein (*over-indulgence*) et du trop vide (*under-indulgence*), entre vouloir contrôler et se sentir sans contrôle (Beck, 1996). Le soutien offert par les groupes peut ainsi favoriser une meilleure estime de soi et une augmentation de la force personnelle des membres (Hartley, 1988). Dans ce sens, la personne ayant un trouble lié au comportement alimentaire peut arriver à se libérer de son corps: « Je suis maintenant en contrôle de mon corps plutôt que de me faire contrôler par mon corps »<sup>7</sup>. Les membres des groupes peuvent aussi apprendre qu'en acceptant les autres ayant un problème similaire, elles peuvent s'accepter elles-mêmes (Rees, 1996).

Les groupes d'entraide et de soutien pour les troubles liés au comportement alimentaire présentent cependant plusieurs problèmes pratiques. Parmi ces problèmes, nous retrouvons celui de la faible présence ou de l'abandon des membres (Hartley, 1988; Hartley & Newton, 1991; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Yager, 1994). Évidemment, il apparaît nécessaire pour les membres de participer aux rencontres de groupe pour une certaine période de temps afin de bénéficier du processus d'entraide (Luke, Roberts & Rappaport, 1994). Quelques études ont démontré qu'une période d'environ six mois constitue le temps nécessaire afin d'apporter des effets bénéfiques aux membres de groupes pour les personnes ayant un trouble du comportement alimentaire (Jones, 1992; Larocca, 1984; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Rathner et al., 1993).

Toutefois, peu de recherches ont été faites en ce qui concerne l'abandon des membres au sein des groupes d'entraide et de soutien, notamment pour les troubles

<sup>7</sup> Traduction libre de l'auteure: « I am now in control of my body instead of my body controlling me » (Hartley, 1983, p. 102).

alimentaires. Deux études, Parry-Crooke et Ryan (1986) et Jones (1992), dans leur évaluation des effets bénéfiques des groupes, ont également examiné l'abandon des membres de groupes pour les personnes ayant la boulimie et les personnes ayant l'hyperphagie boulimique. Cependant, leurs analyses de l'abandon des membres ne comportaient pas de cadre théorique précis. C'est pourquoi l'article 2 de ce mémoire tente de combler cette lacune en étudiant l'abandon des membres à partir d'un modèle du comportement de la santé soit celui de R. M. Andersen (1995) le *Behavioral Model of Health Services' Use*.

Afin d'élucider le comportement d'abandon au sein des groupes d'entraide et de soutien, le point de vue des représentantes des groupes, c'est-à-dire le leader, l'animatrice ou un membre régulier du groupe, est privilégié. Dans le cadre de ce mémoire, les membres qui abandonnent les groupes ne sont pas interrogés étant donné la difficulté de les rejoindre. En fait, les groupes d'entraide et plusieurs groupes de soutien offrent aux membres la liberté de quitter le groupe quand ils le souhaitent sans avoir à le prévenir à l'avance. De plus, plusieurs groupes ne gardent pas une liste des coordonnées des membres ce qui complique tout contact ultérieur. Dans leurs études, Parry-Crooke et Ryan (1986) et Jones (1992) soulignent le problème non-négligeable de la recherche sur l'abandon. En raison de cet obstacle, l'expérience et les connaissances des représentantes des groupes sont mis en valeur à l'aide d'un questionnaire construit pour les fins de cette recherche.

Dans le cadre du présent mémoire, la même enquête a permis de poursuivre deux principaux objectifs. Dans un premier temps, une description des groupes d'entraide et de soutien canadiens qui s'adressent aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire est présentée. Étant donné qu'aucun rapport ne rend compte de cette modalité d'aide au Canada, il semble pertinent d'examiner la structure et le fonctionnement de ces groupes. À notre connaissance, une seule étude menée aux États-Unis fait état de ces ressources (Enright et al., 1985). Afin de bien cerner les groupes participants à cette étude et leurs membres, les dimensions suivantes sont étudiées: l'histoire et le fonctionnement des groupes, le recrutement et la participation des membres, l'animation, le leadership et



l'implication professionnelle, les caractéristiques des membres et enfin, les éléments positifs des groupes.

L'objectif de la deuxième étude de ce mémoire vise à obtenir une meilleure compréhension du phénomène de l'abandon. Étant donné que l'abandon apparaît nuisible aux groupes d'entraide et de soutien et diminue les chances pour les membres de profiter des éléments thérapeutiques, il est important d'examiner cette problématique plus profondément. D'une part, cette recherche précise les raisons qui amènent les personnes à quitter précocement les groupes à partir du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995). D'autre part, l'étude analyse les effets de l'abandon et les stratégies utilisées par les groupes afin de réduire le taux d'abandon. À la lumière des résultats obtenus des deux études, quelques recommandations utiles sont formulées en vue de recherches ultérieures dans le domaine.

## CHAPITRE 1

Caractéristiques des groupes d'entraide et de soutien canadiens  
pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire

Paula LeBlanc et Francine Lavoie

Université Laval

## Résumé

Ce travail a pour objectif de décrire les caractéristiques de groupes d'entraide et de soutien canadiens qui s'adressent aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, obésité et troubles associés). Un total de quarante-neuf groupes sont représentés, classés sous trois types de groupes: les groupes d'entraide, les groupes d'entraide hybride et les groupes de soutien. Cinq volets sont approfondis: l'histoire et le fonctionnement des groupes; le recrutement et la participation des membres; l'animation du groupe, le leadership et l'implication professionnelle; les caractéristiques des membres du groupe et les aspects positifs du groupe pour les membres. Les résultats indiquent que les groupes sont très semblables en ce qui concerne leurs objectifs, leurs activités et les éléments bénéfiques retirés par leurs membres. Une place importante est aussi accordée à l'opinion des membres quant aux thèmes et au contenu des rencontres. La qualité du lien entre les membres et le sentiment d'appartenance s'avèrent les dimensions positives des groupes les plus recherchées par les membres.

---

La forme féminine, utilisée tout au long de cet article pour des raisons d'ordre pratique, désigne les hommes aussi bien que les femmes.

## Caractéristiques des groupes d'entraide et de soutien canadiens pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire

Les groupes d'entraide et les groupes de soutien connaissent, depuis les années soixante-dix, un essor croissant en Amérique du Nord. Une enquête récente menée aux États-Unis estime qu'environ 25 millions d'américaines ont participé, à un moment donné dans leur vie, à un groupe d'entraide (Kessler, Mickelson, & Zhao, 1997). Au Canada en 1987 on évaluait qu'environ 2% de la population utilisait cette modalité d'aide informelle (Gottlieb & Peters, 1991). Dix ans plus tard, ce pourcentage est certes plus élevé étant donné qu'on évalue à 10% le taux annuel de croissance des groupes disponibles (Maton, Leventhal, Madara, & Julian, 1989).

Utilisés comme alternative ou en complémentarité aux services traditionnels en santé mentale, les groupes d'entraide et de soutien offrent une aide unique pour une variété de problèmes psychologiques, physiques et sociaux (Enright, Butterfield, & Berkowitz, 1985). Dans des conditions favorables d'échanges, ces groupes permettent aux membres de prendre en main leur processus thérapeutique pouvant mener à l'émergence d'un sentiment d'appropriation psychosociale (*empowerment*) (Lee, 1991) tout en se sentant « compris » (Dessau, 1992). Les expériences et le vécu des personnes sont ainsi « légitimés » par les autres membres du groupe (Silverman, 1992). Riessman (1997) soutient que le pouvoir de l'entraide réside dans la possibilité pour les membres d'être à la fois un aidant et un aidé (*helper=helpee*). En plus de recevoir de l'aide au sein du groupe, chaque membre peut ainsi bénéficier de l'assistance qu'il offre à ses semblables. Romeder (1989) considère que le membre qui joue le rôle d'entraïdant est au même niveau par rapport aux autres membres du groupe.

Les groupes d'entraide et les groupes de soutien sont aussi une forme d'aide très commune pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. En fait, le taux grandissant de demandes d'assistance jumelé avec un nombre insuffisant de ressources a occasionné un accroissement du nombre de groupes disponibles. En plus, le

succès des groupes auprès des membres se révèle par le développement rapide de ce vaste réseau d'aide (Larocca, 1988). De nombreuses études rendent compte des multiples apports bénéfiques pour les membres tels le bris de l'isolement social, la rencontre de semblables et l'acceptation inconditionnelle par les autres membres (Deeble & Bhat, 1991; Franko, 1987; Friedman, 1993; Goldner, 1984; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Levine, Petrie, Gotthardt, & Sevig, 1990; Malenbaum, Herzog, Eisenthal, & Wyshak, 1988; Munro & Laing, 1994; Newton, Robinson, & Hartley, 1993; Rathner, Bönsch, Maurer, Walter, & Söllner, 1993; Rice & Faulkner, 1992; Rubel, 1984; Yeary, 1987). De ces avantages, le soutien offert par les groupes représente un élément clé puisqu'il permet aux membres d'augmenter leur force personnelle (Hartley, 1988). La personne ayant un trouble lié au comportement alimentaire peut ainsi arriver à se libérer de son corps: « Je suis maintenant en contrôle de mon corps plutôt de me faire contrôler par mon corps ».<sup>1</sup> Les membres des groupes peuvent aussi apprendre qu'en acceptant les autres ayant un problème similaire, elles peuvent s'accepter elles-mêmes (Rees, 1996).

Le plus ancien des groupes pour les problèmes liés au comportement alimentaire, les Outremangeurs Anonymes (OA), a été créé en 1960 aux États-Unis d'après les 12 étapes des Alcooliques Anonymes. Au début, OA regroupait exclusivement les « outremangeurs » (*overeaters*) alors qu'aujourd'hui, ce réseau de soutien compte aussi des anorexiques et des boulimiques (Marx, 1991). La multiplication des groupes OA a fait de sorte qu'il représente à ce jour le groupe d'entraide pour les troubles alimentaires le plus utilisé en Amérique du Nord (Malenbaum, Herzog, Eisenthal, & Wyshak, 1988). En marge de l'extension des groupes OA, une multitude de groupes d'entraide et de soutien ayant certaines variantes et certaines similitudes se sont formés.

La création de groupes d'entraide et de soutien se fait souvent à partir de l'aide d'organismes d'entraide. Le premier centre d'aide pour les troubles alimentaires à voir le jour était en Grande-Bretagne en 1974, soit l'*Anorexic Aid Society* (Hartley, 1983) qui

---

<sup>1</sup> Traduction libre de l'auteur: « I am now in control of my body instead of my body controlling me » (Hartley, 1983, p. 102).

devient en 1990 l'*Eating Disorders Association (EDA)*. Les Américaines ont suivi l'exemple des Britanniques en créant à Chicago en 1976 l'*Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)*. Par la suite, d'autres groupes similaires sont apparus dont le *National Anorexic Aid Society (NAAS)* en 1977, l'*American Anorexia Nervosa Association* et l'*Anorexia Nervosa Aid Society (ANAS)* en 1978, l'*Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders (ANRED)* en 1980 et le *Bulimia Anorexia Self-Help (BASH)* en 1981 (Larocca & Kolodny, 1983). Au Canada, les réseaux d'aide sont aussi présents. L'*Anorexia Nervosa and Bulimia Foundation of Canada (ANAB Canada)* créé en 1983 à Winnipeg au Manitoba a été le premier centre d'aide au pays (Percy & Leichner, 1987). Par la suite, quelques associations l'ont suivi: l'*Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie (ANEB - Québec)* en 1984 à Montréal (C. Lord, communication personnelle, 10 décembre 1996), le *National Eating Disorder Information Center* à Toronto en 1985 (Bear & Gayle, 1993) et l'*Anorexia Nervosa and Bulimia Foundation of Canada (ANAB)* à Kingston en Ontario en 1991 (ANAB, communication personnelle, 16 avril 1996).

Malgré le nombre croissant de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire et la quantité importante d'études qui soulignent les aspects positifs de ces groupes, très peu de recherches ont donné un aperçu de leurs caractéristiques. Seuls, les auteurs Enright et al. (1986) font état de ces types de groupes à partir d'un échantillon de 43 groupes d'entraide et de soutien aux États-Unis. Pourtant, comme le mentionnent Wituk et al. (soumis), les professionnelles prennent trop souvent pour acquis que les groupes partagent tous des caractéristiques semblables. Cette généralisation simpliste ne rend malheureusement pas compte de la riche variété des groupes.

Étant donné qu'aucun rapport à notre connaissance ne donne une description de ces groupes au Canada, il semble pertinent d'examiner davantage les caractéristiques de ces modalités d'aide. Le but de cette recherche consiste donc à cerner différents aspects qui décrivent les groupes d'entraide et les groupes de soutien canadiens pour les personnes

ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Il s'avère ainsi intéressant de mettre en perspective les modes de fonctionnement de ces groupes. En fait, une compréhension explicite des groupes d'entraide et de soutien de la part des professionnelles des soins de santé apparaît utile puisqu'elle peut enrichir leur collaboration, ce qui est jugé comme favorable et nécessaire (Enright et al., 1985; Kessler et al., 1997; Ouellet, 1995; Stewart, 1990; Stewart, Banks, Crossman, & Poel, 1994). De même, une meilleure connaissance des groupes de la part des centres d'entraide pourrait favoriser les liens avec la communauté professionnelle puisque cela constitue l'une des tâches de tels centres (Todres, 1995).

La classification des groupes recensés dans le cadre de cette étude est nécessaire puisqu'elle permet des distinctions possibles entre les types de groupes. Toutefois, malgré les définitions proposées par plusieurs chercheuses, le fait de répertorier les groupes est une tâche souvent difficile. Selon Lavoie et Stewart (1995), un continuum entre les types de groupes, du groupe d'entraide au groupe de thérapie, donne un aperçu plus juste de la réalité des groupes qui existent. La diversité des groupes complexifie certes la classification groupe d'entraide - groupe de soutien. C'est pourquoi, dans le but de tenir compte de la diversité structurelle des groupes qui existent pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, nous utiliserons une troisième catégorie de groupe, soit les groupes d'entraide hybride. Ce type de groupe ne correspond pas entièrement à la définition des groupes d'entraide mais fonctionne à partir de mêmes valeurs et méthodes. Le terme hybride est emprunté de Schubert & Borkman (1991) qui décrivent cinq types de groupes d'entraide selon deux dimensions soit la dépendance externe des ressources et l'autorité au sein du groupe. Toutefois, les groupes hybrides définis dans le cadre de cette étude ne constituent pas toujours des sous-unités d'une organisation plus grande. Les groupes peuvent avoir été créés par une professionnelle ayant elle-même vécu le problème sans toutefois avoir eu recours à des ressources disponibles suffisantes. L'existence du groupe demeure toutefois entre les mains de la professionnelle. Meissen, Gleason et Embree (1991) nomment les groupes « professionally-led mutual-help groups » ceux dont la nature de l'aide offerte est l'entraide

entre les membres mais qui ont pour leader ou animatrice des professionnelles. En fait, ce terme semble correspondre aux groupes hybrides décrits dans cette recherche. Pour leur part, Enright et al. (1985) emploient une classification des groupes selon 3 types: les groupes d'entraide, les groupes de soutien et les groupes de soutien gérés par des professionnelles « professionally led support groups ». Leurs descriptions des groupes demeurent toutefois un peu floues, notamment le dernier type de groupe qui semble davantage se rapprocher des groupes de thérapie.

Afin de mieux cerner les types de groupes présentés dans ce travail, un tableau comparatif a été élaboré. Le tableau 1 présente les trois types de groupes en les distinguant selon 4 composantes: les sources du savoir, la primauté de la source de savoir, les types d'échanges interpersonnels et le contrôle du fonctionnement du groupe (Lavoie & Stewart, 1995).

---

Insérez le tableau 1 ici

---

Puisque les groupes d'entraide et de soutien représentent une source d'aide importante pour le nombre élevé de personnes souffrant d'un trouble lié au comportement alimentaire, il apparaît judicieux d'examiner de plus près leurs caractéristiques inhérentes. L'objectif de cette étude vise donc à obtenir une meilleure vue d'ensemble des groupes disponibles au Canada. Plus spécifiquement, les dimensions suivantes sont étudiées: l'histoire et le fonctionnement des groupes, le recrutement et la participation des membres, l'animation, le leadership et l'implication professionnelle, les caractéristiques des membres et enfin, les éléments positifs des groupes.

## Méthode

### Groupes participants

Les groupes retenus pour cette étude devaient répondre aux critères de sélection suivants: 1) avoir comme problème en commun un trouble lié au comportement alimentaire, soit l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, l'obésité et les autres

perturbations liées au comportement alimentaire et au poids; 2) avoir une composante d'entraide entre les membres du groupe (échanges, partage); 3) tenir des rencontres entre membres en petit groupe de façon régulière et 4) n'avoir aucun frais pour les membres, des frais minimales ou des dons. Pour leur part, les groupes strictement éducatifs, récréatifs ou de thérapie étaient exclus de l'étude ainsi que les groupes d'entraide visant spécifiquement la perte de poids tels que TOPS et Weight Watchers (Touyz, 1988).

Quarante-neuf groupes d'entraide et de soutien sont représentés dans cette recherche. Ces groupes se classent en trois types de groupes, soit les groupes de soutien (n=11), les groupes d'entraide (n=25) (dont 92% sont des groupes d'Outremangeurs Anonymes) et les groupes d'entraide hybride (n=13). Trente-quatre groupes sont de langue anglaise (69%) et quinze de langue française (31%). Les différentes problématiques des groupes sont l'obésité et l'hyperphagie boulimique (51% des groupes), l'anorexie et la boulimie (33%) et les problèmes associés au poids et à l'image du corps (16%). La provenance des groupes participant se répartit comme suit: 21 groupes du Québec (43%), 11 groupes des provinces atlantiques (22,5%), 11 groupes de l'Ontario (22,5%) et 6 groupes de l'ouest canadien (12%).

Trois provinces ou régions canadiennes ne sont pas représentées. D'abord, aucun groupe n'a été répertorié dans les Territoires du Nord Ouest et au Yukon vu le manque d'information au sujet des groupes disponibles ou l'inexistence de tels groupes au moment de l'étude. Les quelques groupes contactés dans la province de Saskatchewan, pour leur part, n'ont simplement pas répondu au questionnaire. Les groupes d'Outremangeurs Anonymes rejoints dans 2 provinces, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta, ont refusé de participer à la recherche lors du contact téléphonique ou n'ont pas répondu aux questionnaires envoyés. Ces derniers ont indiqué que participer à des recherches ne se conformait pas à leurs traditions. D'autres types de groupes de ces provinces ont toutefois participé.

## Participant

Pour participer à l'étude, les participantes devaient posséder une expérience directe avec le groupe et le connaître depuis assez longtemps afin d'être capables de fournir des renseignements exacts à son sujet et sur ses membres. Ces personnes étaient, la plupart du temps, les représentantes de groupes, c'est-à-dire les personnes déléguées à offrir l'information au sujet des activités du groupe et de ses objectifs.

Quarante-cinq femmes (92%) et 4 hommes (8%) d'un âge moyen de 28 ans (minimum = 17 ans, maximum = 67 ans) ont répondu au questionnaire. Les participantes de l'étude sont principalement des membres de groupe (71%), dont 20% des membres leaders, animatrices ou co-animatrices. Vingt-neuf pour-cent des répondantes sont des professionnelles animatrices du groupe ou des professionnelles en lien avec le groupe. Plus de la moitié sont mariées ou conjointes de fait (57%), 16% célibataires, 23% séparées ou divorcées, 2% veuves et 1 répondante a refusé de répondre à cette question. La majorité des participantes travaillent à temps plein (45%) ou à temps partiel (29%), 12% sont à la retraite, 8% sont des étudiantes et 4% sans emploi ou inaptes au travail. La plupart (66%) ont poursuivi des études universitaires, 18% collégiales alors que 16% ont l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires ou moins. La moyenne de temps associée au groupe est de 5 années et 2 mois et varie de 2 mois à 16 ans.

## Procédure

Deux procédures d'identification des groupes canadiens ont été utilisées. La première méthode consistait à répertorier les groupes à partir de listes fournies par des centres de références et d'entraide canadiens et du *National Eating Disorder Information Center* de Toronto. En ce qui concerne les groupes d'Outremangeurs Anonymes, seuls les groupes inscrits sur ces listes ont été retenus. Ainsi, en raison de leur nombre élevé au pays, tous les groupes locaux n'ont pas été rejoints. La deuxième procédure faisait appel aux groupes contactés. Ces derniers étaient invités à identifier, si possible, des personnes ressources ou des groupes dans leur région ou province.

Les groupes d'entraide et de soutien dont l'adresse postale n'apparaissait pas sur les listes de groupes ont été rejoints par téléphone. L'objectif du contact téléphonique était double. D'abord, un résumé de la recherche était présenté. Ensuite, avec l'accord de la personne, l'adresse postale était notée dans le but d'expédier le questionnaire. Les appels téléphoniques ont permis de constater que les listes de groupes disponibles n'étaient pas à jour. En fait, plusieurs groupes n'ont pu être rejoints dû à un changement d'adresse ou à l'inexistence du groupe au moment de l'étude. En ce qui a trait aux groupes dont les coordonnées apparaissaient sur les listes (n=40), le questionnaire leur était envoyé par la poste sans prise de contact téléphonique préalable.

À partir des groupes contactés, un total de 115 groupes canadiens ont été retenus. De ces groupes, 54 ont renvoyé leur questionnaire complété, pour un taux de réponse de 47%. Cinq de ces groupes ont été éliminés: quatre groupes ne correspondaient pas aux critères de groupes d'entraide et de soutien (3 groupes de thérapie et 1 groupe éducatif) et un groupe n'avait pas complété la dernière partie du questionnaire.

Tous les groupes ont reçu par la poste 5 documents : une lettre de présentation expliquant la nature de la recherche (Annexe B), un questionnaire (Annexe C), un formulaire de consentement pour la publication des coordonnées du groupe (Annexe D), une fiche permettant d'inscrire d'autres groupes de leur région (Annexe E) et une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Trois rappels postaux ont été envoyés aux groupes soit environ 2, 4 et 7 semaines après le premier envoi (Annexe F). Pour le premier rappel, quelques groupes de la région de Québec ont été rejoints par téléphone. Le dernier rappel était accompagné d'un questionnaire.

Le retour du questionnaire complété a été considéré comme l'acquiescement des groupes à participer à la recherche. Le formulaire de consentement joint permettait aux groupes de garder l'anonymat ou de voir leurs coordonnées diffusées dans un répertoire que

les chercheuses offraient de réaliser. En guise d'appréciation pour leur participation à la recherche, les chercheuses proposaient aux groupes un résumé des résultats obtenus.

### Instrument de mesure

L'outil principal de cette étude consiste en un questionnaire élaboré dans le cadre de cette recherche (Annexe C). Quatre juges expertes ont évalué la première version du questionnaire afin d'assurer la validité et la clarté du contenu. Quelques modifications ont été apportées suite à leurs recommandations. Trois leaders de groupe ont réalisé un pré-test. Puisqu'aucune modification n'a été suggérée, le contenu du questionnaire fut retenu sans changement subséquent.

Le questionnaire, divisé en trois parties, comprend un total de 52 questions. Les deux premières parties ont été construites à partir de questionnaires sur les groupes d'entraide et de soutien (Enright et al., 1986; Lavoie, 1996) et recueillent de l'information concernant l'histoire et le fonctionnement du groupe (partie 1) et des données démographiques sur les membres des groupes et les répondantes à l'enquête (partie 2). La dernière partie du questionnaire porte spécifiquement sur l'abandon des membres et a principalement été inspirée par les écrits sur ce thème. Deux questions ouvertes à la fin de la troisième partie permettent aux répondantes d'évoquer les aspects positifs du groupe ou d'ajouter d'autres éléments pertinents. Le temps requis de passation est de 25 à 30 minutes.

Afin d'examiner l'histoire et le fonctionnement des groupes, les questions suivantes ont été posées: le nombre d'année d'existence, la fréquence des rencontres, la durée de chaque rencontre et les activités offertes. Les participantes devaient choisir parmi ces activités: soutien téléphonique entre les membres, représentation du groupe dans les médias locaux, levée de fonds, ressources disponibles pour consultation, activités sociales, conférences par des experts, publications et représentations des opinions du groupe aux paliers régional, provincial et national. Les autres questions cherchaient à connaître si le groupe était associé à des groupes semblables, l'objectif principal (à choisir entre: le

soutien émotionnel des membres, l'information et l'éducation auprès des membres, l'apprentissage d'habiletés (résolution de problèmes), la thérapie/counseling, ou la défense des droits/action sociale), les règlements du groupe et le type de personne qui a démarré le groupe.

Le recrutement et la participation des membres étaient examinés à partir des questions suivantes: le nombre de membres présents à chaque rencontre, s'il y a des frais de cotisation, si les membres doivent avoir un contact préalable avant de rejoindre le groupe, si les membres peuvent se joindre au groupe en tout temps et si non, de préciser pourquoi, si les personnes qui ne partagent pas le problème peuvent assister aux rencontres, si le groupe prévoit des procédures spéciales pour les nouveaux et si oui, de préciser la forme, et si la participation des membres diminue à certaines périodes de l'année et si oui, de préciser à quel moment.

Quant au leadership du groupe et à l'implication professionnelle, les questions qui suivent ont été explorées: est-ce que les rencontres du groupe suivent un ordre du jour établi à l'avance, qui anime les rencontres du groupe et cette personne a-t-elle un trouble lié au comportement alimentaire, qui décide du contenu des rencontres et est-ce qu'il y a une ou plusieurs professionnelle(s) d'impliquées de près ou de loin dans le groupe. Si une ou plusieurs professionnelle(s) sont associées au groupe, les participantes devaient préciser le nombre de rencontre à laquelle elle(s) participent, son (leur) rôle principal et si elle(s) sont payées pour leur implication.

Pour permettre de mieux cerner les caractéristiques des membres, les groupes devaient préciser le pourcentage féminin et masculin des membres, leur groupe d'âge, le type de problème alimentaire, leur statut civil, leur revenu, et une question visant à savoir si certains membres au sein du groupe avaient surmonté leur problème alimentaire.

Enfin, à partir d'une question ouverte, les participantes avaient à préciser la caractéristique du groupe la plus importante pour les membres. Afin de procéder à

l'analyse qualitative de ces données, une grille de codification a été construite. D'abord, les réponses ont été transcrites afin d'identifier chaque élément de réponses. Les éléments de réponses ne contenaient qu'une information à être classée dans la grille de codification.

L'élaboration de la grille de codification a été faite en trois étapes. En premier lieu, une codification initiale a été établie par la chercheuse principale à partir d'un échantillon des réponses. Ensuite, la grille de codification a été vérifiée par un juge ce qui a permis d'apporter quelques modifications aux catégories et aux définitions des catégories. Finalement, la grille modifiée a été vérifiée à nouveau par le juge. Des 47 groupes qui ont répondu à cette question, un total de 149 réponses ont été analysées. Cinq types de caractéristiques positives pour les membres se dégagent de l'analyse de contenu: la qualité du lien, le soutien théorique et information, le sentiment d'appartenance, les échanges expérimentiels et l'évolution (voir tableau 2 pour catégorisation).

---

Insérez le tableau 2 ici

---

## Résultats

### Histoire et fonctionnement des groupes

Des groupes de l'étude, 36,7% existent depuis plus de 10 ans, 28,6% de un an à 5 ans et 34,7% existent depuis moins d'un an. Tous les groupes se rencontrent au moins une fois par mois mais dans l'ensemble, la majorité des groupes (65,3%) se rencontrent une fois par semaine, ou à toutes les deux semaines (20,4%). La durée moyenne des rencontres est d'une heure à une heure et demie. La presque totalité des groupes a des règlements à suivre (87,7%), environ la moitié (55,1%) est associée à d'autres groupes semblables et la plupart (78,7%) des groupes ont été fondés par des personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire.

Les groupes participants devaient choisir parmi plusieurs objectifs, l'objectif principal de leur groupe. Toutefois, un peu plus de la moitié des groupes (55,1%) a indiqué

avoir plusieurs objectifs importants. Le soutien émotionnel semble être l'objectif le plus fréquent des groupes (77,6%). L'information et l'éducation offertes aux membres (40,8%) et l'apprentissage d'habiletés (36,7%) sont aussi des éléments importants pour les groupes.

En ce qui concerne les activités proposées par les groupes, il semble qu'une diversité intéressante est présente en plus des rencontres en petit groupe (voir tableau 3). Les deux activités les plus fréquentes sont le soutien téléphonique entre les membres (77,6%) et les ressources disponibles pour consultation (77,6%) (livres, articles, vidéos, brochures). Presque la moitié des groupes (46,9%) fournit des publications tels des bulletins, feuillets ou journaux. Les activités les moins fréquentes sont la levée de fonds (10,2%) et la représentation des opinions du groupe aux niveaux régional, provincial et national (18,4%).

---

Insérez le tableau 3 ici

---

### Recrutement et participation des membres

En moyenne pour les groupes, la participation des membres aux rencontres de groupe varie entre 6 et 10 membres. La majorité des groupes (79,6%) ne sollicite pas de frais de cotisation mais encourage les membres à offrir des dons. Pour se joindre à la plupart des groupes (59,2%), les membres n'ont pas à contacter un responsable du groupe au préalable. De plus, au-delà des trois-quarts des groupes (79,6%) permettent aux membres de joindre en tout temps. Pour les autres groupes (20,4%), les membres doivent avoir suivi une formation préalable, avoir rencontré une responsable du groupe (procédure de présélection) ou être référés par une professionnelle. Presque l'ensemble des groupes (91,8%) offre aux membres la possibilité d'assister aux rencontres aussi longtemps qu'ils le souhaitent.

Les groupes participants devaient indiquer si des personnes qui ne partagent pas le problème des membres pouvaient assister aux rencontres de groupe (membres de la famille, amies, professionnelles). Un peu plus de la moitié des groupes (55,1%) indique

que oui ou parfois ils permettent à des visiteurs de participer aux rencontres de groupes. Ces groupes sont toutefois uniquement des groupes d'entraide et des groupes d'entraide hybrides puisqu'aucun des groupes de soutien ne permet cette pratique.

Lors de l'arrivée des nouveaux membres, plus de la moitié des groupes (55,1%), notamment les groupes d'entraide (65,2%; N=16), prévoient des procédures spéciales. Parmi ces dernières, les groupes mentionnent un accueil spécial avec des activités d'intégration telles la présentation des membres du groupe, la révision des règlements et des valeurs du groupe et la distribution de la documentation pertinente. Pour la grande majorité des groupes (71,4%), la participation des membres diminue à certaines périodes de l'année. En fait, l'été et le temps des fêtes de Noël apparaissent comme les moments où la participation des membres diminue le plus (voir tableau 4).

---

Insérez le tableau 4 ici

---

#### Animation, leadership et implication professionnelle

Les rencontres de groupe pour la majorité des groupes participants (79,6%) suivent un ordre du jour établi à l'avance. L'animation des groupes d'entraide se fait par les membres alors que les groupes d'entraide hybride et les groupes de soutien sont animés par un leader, une animatrice ou une co-animatrice. Dans la plupart des cas (81,6%), la personne qui anime le groupe a déjà eu un problème lié au comportement alimentaire. Le contenu et les thèmes des rencontres sont en grande partie déterminés, pour plusieurs groupes (85,7%), par les membres.

En ce qui a trait à l'implication professionnelle au sein des groupes, moins de la moitié des groupes (44,9%; N=22) a un professionnel engagé de près ou de loin avec le groupe (voir tableau 5). De ces groupes, 54,5% ont des professionnelles qui participent à toutes les rencontres alors que 36,4% participent à quelques rencontres seulement. Des 22 groupes ayant une implication professionnelle, un peu plus de la moitié (54,5%) a des professionnelles payées pour leur travail. Quant au rôle des professionnelles, la majorité

agit comme leader ou animatrice alors que les autres sont plutôt co-animatrice, conférencière ou une source de référence. Cinq groupes ont des professionnelles qui cumulent plusieurs fonctions.

---

Insérez le tableau 5 ici

---

### Caractéristiques des membres

Les membres qui composent les groupes sont davantage des femmes (94%) avec un taux assez faible d'hommes (6%). Les groupes d'entraide ont le pourcentage le plus élevé d'hommes, soit 11%. Les groupes de soutien, pour leur part, indiquent n'avoir que des femmes dans leur groupe. L'âge varie pour l'ensemble des groupes mais se situe plutôt entre 19 et 35 ans pour les groupes d'entraide hybrides et de 26 à 35 ans pour les groupes de soutien. Le statut civil ainsi que le revenu des membres sont aussi très diversifiés.

Le problème alimentaire des membres se répartit comme suit: 10% d'anorexiques, 17% de boulimiques, 18% d'anorexiques-boulimiques et 55% de personnes obèses et personnes ayant l'hyperphagie boulimique. Un nombre élevé de groupes (N=42) a des membres ayant surmonté leur problème alimentaire et ce pour tous les types de groupes (voir tableau 6).

---

Insérez le tableau 6 ici

---

### Caractéristiques positives des groupes les plus recherchées par les membres

Le dernier point du questionnaire offrait la possibilité aux participantes de nommer la caractéristique la plus importante du groupe pour les membres. Toutefois, très peu de répondantes (N=2) ont mentionné une seule caractéristique bénéfique. La tendance des groupes participants était ainsi de nommer plusieurs facteurs appréciés. Cinq catégories de caractéristiques importantes se dégagent de l'analyse qualitative (voir tableau 2). La caractéristique du groupe la plus fréquemment mentionnée (53 mentions, N=47) est la

qualité du lien. Les valeurs du groupe telles le respect, l'honnêteté, l'amour et l'acceptation inconditionnelle et la confidentialité constituent les éléments les plus recherchés par les membres. Le sentiment d'appartenance des membres au sein du groupe s'avère aussi une caractéristique très appréciée étant mentionnée 50 fois par les groupes. Le fait de briser le sentiment d'isolement par la rencontre de personnes vivant la même expérience et de se sentir bien au sein du groupe constituent des dimensions certes non-négligeables pour les membres. Les trois autres catégories d'éléments positifs obtiennent nettement moins de mentions soit le soutien théorique et l'information, 23 mentions; les échanges expérientiels, 19 mentions; et l'évolution des membres, 4 mentions. En ce qui concerne l'évolution des membres, on peut constater que cet aspect des groupes ne représente pas une caractéristique très recherchée par les membres.

### Discussion

L'objectif premier de cette recherche consistait à cerner les caractéristiques inhérentes aux groupes d'entraide et de soutien canadiens pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Plusieurs dimensions ont été examinées dont l'histoire et le fonctionnement des groupes, le recrutement et la participation des membres, l'animation, le leadership, l'implication professionnelle, les caractéristiques des membres et les éléments positifs des groupes. Étant donné le nombre croissant de ce type d'aide et les multiples bénéfices relevés, il semblait pertinent de mieux connaître le fonctionnement de ces groupes.

Les résultats démontrent que les groupes, malgré certaines variantes en ce qui a trait à leur fonctionnement, visent les mêmes objectifs dont le plus important est le soutien émotionnel. De plus, comme l'ont souligné Wituk et al. (soumis) dans leur étude, l'information offerte aux membres constitue aussi un objectif très commun chez les groupes. Quant aux activités offertes par les groupes, les plus courantes sont le soutien téléphonique entre les membres et les ressources disponibles pour consultation. Les activités offertes par les groupes concordent ainsi avec leurs objectifs. En fait, les relations

téléphoniques enrichissent le soutien entre les membres et les ressources disponibles augmentent les connaissances des membres. Les activités les moins fréquentes chez les groupes sont les levées de fonds et la représentation des opinions du groupe aux niveaux régional, provincial et national.

L'accès des nouveaux membres aux groupes paraît relativement facile pour la grande majorité des groupes. D'abord, la plupart des groupes acceptent les membres au sein du groupe sans contact préalable et à n'importe quel moment. De plus, presque la totalité des groupes offre aux membres la possibilité d'assister aux rencontres sans contraintes de temps. Enfin, très peu de groupes sollicitent des frais pour la participation des membres. Dans l'ensemble, ces données confirment que les groupes sont des modes d'aide très accessibles. Ces caractéristiques de groupes sont semblables à celles retrouvées par Enright et al. (1986) auprès de groupes aux États-Unis. La plupart des groupes de l'étude d'Enright et al. (1986) offraient aussi aux membres un accès facile aux rencontres.

Les groupes accordent une grande place aux membres en ce qui concerne le choix des thèmes des rencontres et le contenu. De plus, la majorité des groupes sont animés par des personnes ayant déjà connu un problème alimentaire et presque tous les groupes ont des membres ayant surmonté leur problème alimentaire. Un peu moins de la moitié des groupes ont une implication professionnelle. Les professionnelles occupent divers rôles dont ceux de leader, d'animatrice ou de co-animatrice, de conférencière ou de source de référence au groupe. Enright et al. (1986), de leur côté, ont trouvé un taux d'implication professionnelle plus élevé. Le rôle de ces professionnelles était davantage lié à l'animation des groupes. Pour leur part, Lotery et Jacobs (1995) ont souligné qu'au-delà des trois-quarts des groupes d'entraide recensés en Californie aux États-Unis avaient des liens professionnels quelconques. Toutefois, leur étude a démontré que les groupes d'entraide à 12 étapes entretiennent très peu de liens avec les professionnels. Les résultats de notre enquête présentent des données similaires.

La clientèle principale des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire sont les femmes. Une minorité d'hommes fait partie de ces groupes. Ces résultats vont dans le même sens des statistiques sur l'incidence des troubles qui mettent en évidence le taux beaucoup plus élevé de femmes qui souffrent de perturbations alimentaires (Jeammet, 1993). Toutefois, un pourcentage plus élevé de membres masculins se retrouve dans les groupes d'entraide. Ceci s'explique par le fait que la plupart des groupes d'entraide de cette étude sont destinés aux problèmes liés à l'obésité ou à l'hyperphagie boulimique. Les hommes ont ainsi plus tendance à souffrir de ces types de problèmes alimentaires. Pour leur part, les groupes de soutien indiquent à l'unanimité n'avoir que des femmes dans leur groupe. Ces groupes sont même parfois destinés uniquement aux femmes.

Deux facteurs principaux ont été identifiés par les représentants de groupes comme étant le plus bénéfique pour les membres. Le premier est lié à la qualité du lien à l'intérieur du groupe tels le respect, l'honnêteté, l'amour et l'acceptation inconditionnelle. Le deuxième facteur pertinent pour les membres est le sentiment d'appartenance. La rencontre de gens semblables, la création de liens et le fait de briser l'isolement sont des exemples de cette catégorie. Knight, Wollert, Levy, Frame et Padgett (1980), dans leur étude auprès de 80 membres de différents types de groupes d'entraide, ont aussi noté que l'acceptation de la part des autres membres du groupe était une caractéristique très recherchée. De même, Gottlieb (1982) a trouvé que les 87 membres de divers types de groupes d'entraide notaient le fait de rencontrer des personnes avec un problème semblable comme l'aspect le plus important dans leur participation au groupe. Schopler et Galinsky (1993) ont aussi trouvé des résultats semblables auprès de 12 leaders professionnelles de groupes de soutien. Enfin, Chesler et Chesney (1995) ont rapporté, d'après l'opinion de 65 membres de groupes d'entraide pour les parents d'enfants ayant le cancer, comme très favorable le fait de partager les expériences avec d'autres personnes dans la même situation. Les éléments positifs retirés par les membres des groupes d'entraide et de soutien s'avèrent ainsi similaires peu importe l'expérience ou le problème en commun des membres.

Wollert (1987) considère toutefois que le type d'aide offert au sein des groupes varie selon certains facteurs organisationnels. Par exemple, le niveau d'implication professionnelle aurait ou n'aurait pas d'effet sur l'aide perçue des membres (Lavoie, 1989). Les résultats de notre étude démontrent que les trois types de groupes ayant différents niveaux d'implication professionnelle identifient les mêmes facteurs aidants pour les membres. Il semblerait donc que peu importe le rôle des professionnelles au sein des groupes, les aspects aidants pour les membres sont les mêmes, notamment le soutien entre les membres. Rappelons toutefois que contrairement à d'autres recherches, nous n'avons pas eu recours à l'observation directe des groupes afin d'identifier les aspects aidants. D'ailleurs, ce n'était pas l'objectif de cette recherche.

#### Limites de la recherche et pistes pour de nouvelles recherches

Le recrutement des groupes participants à cette étude constitue une limite à considérer dans la généralisation des résultats. En fait, seuls les groupes dont les coordonnées figuraient sur les listes de groupes et les groupes connus par les personnes ressources rejointes ont été répertoriés. Par conséquent, tous les groupes ayant moins de visibilité en raison du peu de publicité ou de liens avec des centres de ressources n'ont pas été contactés. Aussi, les listes de groupes disponibles ne sont pas toujours à jour puisque certains groupes ont cessé leurs activités ou ont changé leur adresse ou leur numéro de téléphone. De plus, plusieurs groupes formés dans les milieux universitaires n'étaient pas encore établis lors des contacts téléphoniques étant donné le début de l'année scolaire. Tous ces groupes pourraient ainsi avoir des caractéristiques différentes et des modes de fonctionnement différents des groupes représentés dans le cadre de cette étude.

Une deuxième limite de cette étude est liée au taux élevé de groupes d'entraide (92%) qui font partie d'une association commune. En fait, ces groupes sont semblables puisqu'ils fonctionnent à partir des lignes directrices des Outremangeurs Anonymes (OA). Par conséquent, il est possible qu'un échantillon de groupes d'entraide différents des OA auraient donné des résultats différents. Il faut cependant noter le faible taux de groupes d'entraide canadiens pour l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique recensés dans le cadre de cette étude (N=2).

En ce qui a trait aux éléments positifs des groupes, le fait de ne pas avoir l'opinion des membres réguliers pourrait influencer les résultats. L'opinion des leaders des groupes ou des membres « vétérans », considérée dans cette étude, pourrait ainsi s'avérer différente. En fait, d'autres types de bénéfices pourraient ressortir et l'importance accordée aux différents bénéfices pourraient être particuliers. Également, il aurait été préférable d'avoir en ordre d'importance les multiples aspects positifs mentionnés par les participantes afin de mieux les évaluer. Puisque cette question s'avérait la seule occasion pour les participantes d'évoquer les éléments positifs du groupe, une étude qui porte spécifiquement sur les facteurs aidants des groupes pour les membres serait bénéfique. L'utilisation d'outils, tel le questionnaire le *Helping Processes Questionnaire (HPQ)* de Wollert et Levy (Wollert, 1987) amèneraient certes des informations davantage précises sur les dimensions positives des groupes.

Des recherches subséquentes concernant les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire sont nécessaires afin de mieux cerner la diversité de ces ressources. De plus, il paraît pertinent d'examiner davantage les types de relations qui existent entre les groupes et entre les groupes et les centres d'information. Comme le rapporte MacAulay (1995), le fait d'encourager les liens entre les groupes pourrait permettre des échanges d'idées et du soutien. Tel que souligné ailleurs (voir article 2 de ce mémoire), un problème très important pour les groupes est le manque d'information et de sensibilisation de la part des professionnelles et du public au sujet des troubles alimentaires et des ressources disponibles. Il serait donc intéressant d'analyser les liens particuliers entre les groupes et les centres d'information et de voir les possibilités d'améliorer l'information transmise au public ainsi qu'à l'ensemble de la communauté professionnelle. Les liens avec d'autres organismes communautaires pourraient aussi éclairer des avenues possibles (Lavoie & Dufort, 1995). Le fait d'élargir les réseaux d'information à l'égard des troubles liés au comportement alimentaire et les sources d'aide pertinentes dans un pays vaste et bilingue tel le Canada soulève tout un défi à relever mais entraînerait certes des conséquences positives pour les groupes et leurs membres.

## Références

Bear, M., & Gayle, A. (1993). The National Eating Disorder Information Centre: A profile. Dans C. Brown & K. Jasper (Éds.), Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders, (pp. 409-420). Toronto: Second Story Press.

Berenson, D. (1991). Powerlessness-liberating or enslaving? Responding to the feminist critique of the twelve steps. Journal of Feminist Family Therapy, 3(3/4), 67-84.

Chesler, M. A., & Chesney, B. K. (1995). Cancer and self-help: Bridging the troubled waters of childhood illness. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Deeble, E. A., & Bhat, A. (1991). Women attending a self-help group for anorexia nervosa and bulimia: Views on self-help and professional treatment. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(1), 23-28.

Dessau, L. (1992). A report on the state of self-help in Canada. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

Enright, A. B., Butterfield, P., & Berkowitz, B. (1985). Self-help and support groups in the management of eating disorders. Dans G. Garfinkel (Éd.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 491-512). New York: Guilford Press.

Franko, D. L. (1987). Anorexia nervosa and bulimia: A self-help group. Small Group Behavior, 8(3), 398-407.

Friedman, S. (1993). Decoding the « language of fat »: Placing eating-disorder groups in a feminist framework. Dans C. Brown & K. Jasper (Éds.), Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders (pp. 288-305). Toronto, ON: Second Story Press.

Goldner, V. (1984). Overeaters Anonymous. Dans A. Gartner & F. Riessman (Éds.), The self-help revolution (pp 65-72). New York: Human Sciences Press.

Gottlieb, B. H. (1982). Mutual help groups: Members' views of their benefits and roles for professionals. Prevention in Human Services, 1, 55-68.

Gottlieb, B. H., & Peters, L. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. American Journal of Community Psychology, 19(5), 651-666.

Hartley, P. (1983). The value of self-help groups in anorexia nervosa. Dans E. Karas (Éd.), Current issues in clinical psychology, (vol. 1, pp. 95-103). New York: Plenum Press.

Hartley, P. (1988). The role of self-help groups in eating disorders. Dans D. Scott (Éd.), Anorexia and bulimia nervosa: Practical approaches (pp. 177-191). New York: New York University Press.

Jeammet, P. (1993). Spécificité féminine et troubles des conduites alimentaires. Neuro-psy, 8(6), 271-277.

Jones, A. (1992). Community self-help groups for women with bulimic and compulsive eating problems. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 6(2), 63-71.

Kasl, C. D. (1992). Many roads, one journey: Moving beyond the twelve steps. New York: Harper Collins.

Kessler, R. C., Mickelson, K. D., & Zhao, S. (1997). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. Social Policy, 27(3), 27-46.

Kinoy, B. P. (1985). Self-help groups in the management of anorexia nervosa and bulimia: A theoretical base. Transactional Analysis Journal, 15(1), 73-78.

Knight, B., Wollert, R. W., Levy, L. H., Frame, C. L., & Padgett, V. P. (1980). Self-help groups: The members' perspectives. American Journal of Community Psychology, 8(1), 53-65.

Larocca, F. E. F. (1988). Self-help in anorexia and bulimia: Principle of organization and practice. Dans B. J. Blinder, B. F. Chaitin, & R. S. Goldstein (Éds.), The eating disorders: Medical and psychological bases of diagnosis and treatment (pp. 477-481). New York: PMA Publishing Corp.

Larocca, F. E. F., & Kolodny, N. J. (1983). Anorexia & bulimia facilitator's training manual a primer: The BASH approach. St-Louis, MO: Midwest Medical Publications.

Lavoie, F. (1989). L'évaluation des groupes d'entraide. Dans J.-M. Romeder, H. Balthazar, A. Ferquharso, & F. Lavoie (Éds.), Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités. (pp. 77-98). Ottawa/Montréal: Conseil canadien de développement social.

Lavoie, F. (1996). Questionnaire sur les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes âgées et leurs aidants naturels. Document inédit, Université Laval, Québec, Canada.

Lavoie, F., & Dufort, F. (1995). La recherche avec les groupes d'entraide: les difficultés méthodologiques et les défis. La Revue Canadienne du Vieillessement, 14(Suppl. 1), 177-200.

Lavoie, F., & Stewart, M. (1995). Les groupes d'entraide et les groupes de soutien: une perspective canadienne. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 14(2), 13-22.

Lee, J. A. B. (1991). Empowerment through mutual aid groups: A practice grounded conceptual framework. Groupwork, 4(1), 5-21.

Levine, M. P., Petrie, T. A., Gotthardt, J., & Sevig, T. D. (1990). A professionally led support group for males with eating disorders. Dans A. E. Andersen (Éd.), Males with eating disorders. (pp. 187-217). New York: Brunner/Mazel.

Lotery, J. L., & Jacobs, M. K. (1995). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: The self-helpers' perspective. Dans F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Éds.), Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives (pp. 279-302). New York: Haworth Press.

MacAulay, J. (1995). Self-help and support groups for parents of children with special needs in Canada: A background paper. Ottawa, ON: Canadian Association of Family Resource Programs.

Malenbaum, R., Herzog, D., Eisenthal, S., & Wyshak, G. (1988). Overeaters Anonymous: Impact on bulimia. International Journal of Eating Disorders, 7(1), 139-143.

Marx, R. (1991). It's not your fault: Overcoming anorexia and bulimia through biopsychiatry. New York: Villard Books.

Maton, K. I., Leventhal, G. S., Madara, E. J., & Julien, M. (1989). Factors affecting the birth and death of mutual-help groups: The role of national affiliation, professional involvement, and member focal problem. American Journal of Community Psychology, 17(5), 643-671.

Meissen, G. J., Gleason, D. F., & Embree, M. G. (1991). An assessment of the needs of mutual-help groups. American Journal of Community Psychology, 19, 427-442.

Munro, J., & Laing, M. (1994). Self-help groups for women with bulimia nervosa. Dans B. Dolan & I. Gitzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders (pp. 72-78). London: The Athlone Press.

Newton, T., Robinson, P., & Hartley, P. (1993). Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part II. Experiences of Treatment: A survey of members of the Eating Disorders Association. Eating Disorders Review, 1(1), 10-21.

Ouellet, J. (1995). Les relations entre les groupes d'entraide et les intervenants professionnels: la perspective des groupes d'entraide. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec

Percy, M., & Leichner, P. (1987). La création de l'Anorexia Nervosa and Bulimia Foundation of Canada. Santé mentale au Canada, 35(1), 21.

Rathner, G., Bönsch, C., Maurer, G., Walter, M. H., & Söllner, W. (1993). The impact of a 'guided self-help group' on bulimic women: A prospective 15 months study of attenders and non-attenders. Journal of Psychosomatic Research, 37(4), 389-396.

Rees, K. B. (1996). A feminist therapy application of the boundary model with obese female binge eaters. Applied and Preventive Psychology, *5*, 111-116.

Rice, C., & Faulkner, J. (1992). Support and self-help groups. Dans H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 245-258). Washington: American Psychiatric Press.

Riessman, F. (1997). Ten self-help principles. Social Policy, *27*(3), 6-11.

Romeder, J.-M. (1989). Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités. Ottawa: Conseil canadien de développement social.

Rubel, J. A. (1984). The function of self-help groups in recovery from Anorexia nervosa and bulimia. Psychiatric Clinics of North America, *7*(2), 381-394.

Schopler, J. H., & Galinsky, M. J. (1993). Support groups as open systems: A model for practice and research. Health and Social Work, *18*(3), 195-207.

Schubert, M. A., & Borkman, T. J. (1991). An organizational typology for self-help groups. American Journal of Community Psychology, *19*(5), 769-787.

Silverman, P. (1992). An introduction to self-help groups. Dans The self-help sourcebook: Finding and forming mutual aid self-help groups (4e éd.). Denville, NJ: American Self-Help Clearinghouse.

Stewart, M. (1990). Professional interface with self-help mutual aid groups: A review. Social Science and Medicine, *31*(10), 1143-1158.

Stewart, M., Banks, S., Crossman, D., & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups: meanings and mechanisms. Dans F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Éds.), Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives (pp. 199-240). New York: The Hartworth Press.

Todres, R. (1995). Self-help/mutual-aid clearinghouses and groups in Canada: Recent developments. Canadian Journal of Community Mental Health, *14*(2), 123-130.

Touyz, S. W. (1988). Self-help groups. Dans G. D. Burrows, P. J. V. Beumont, & R. C. Casper (Éds.), Handbook of eating disorders part 2: Obesity (pp. 261-268). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V. (Biomedical Division).

Wituk, S., Klamik, L., Grubb, K., Sheperd, M., Slavich, S., Warren, M., & Meissen, G. (Soumis). A topography of self-help groups: An empirical analysis.

Wollert, R. W. (1986). Psychosocial helping processes in a heterogeneous sample of self-help groups. Canadian Journal of Community Mental Health, *5*(1), 63-76.

Yeary, J. (1987). The use of Overeaters Anonymous in the treatment of eating disorders. Journal of Psychoactive Drugs, 19(3), 303-309.

Tableau 1

Typologie des groupes selon quatre composantes

Composantes fonctionnelles	Groupe de soutien	Groupe d'entraide hybride	Groupe d'entraide
Sources du savoir	- savoir profane des membres et - savoir professionnel	- savoir profane des membres et - savoir profane de l'animatrice ou savoir profane du professionnel qui a vécu le problème	- savoir profane des membres
Primauté de la source de savoir	- savoir profane des membres et/ou - savoir professionnel	- savoir profane des membres	- savoir profane des membres
Types d'échanges interpersonnels	- entraide entre les membres et - soutien de l'animatrice professionnelle	- entraide entre les membres et - soutien de l'animatrice (professionnelle ou non)	- entraide entre les membres
Contrôle du fonctionnement du groupe	- professionnelle	- professionnelle ou comité de professionnelles	- membres (entraidants)

Note. Voir Lavoie et Stewart (1995) pour la comparaison des composantes fonctionnelles de quatre types de groupes dont les groupes d'entraide, les groupes de soutien, les groupes éducatifs et les groupes de thérapie.

Tableau 2

Caractéristiques positives des groupes

Niveau	Description	Exemples
Qualité du lien	Le type d'échange entre les membres du groupe (les valeurs du groupe, « ingrédients actifs »): <ul style="list-style-type: none"> <li>- respect</li> <li>- honnêteté</li> <li>- amour inconditionnel</li> <li>- acceptation inconditionnelle</li> <li>- confidentialité (anonymat)</li> </ul>	« Compréhension et acceptation » « L'accueil de soi, tel que l'on est maintenant » « Le respect de l'anonymat » « Le respect » « L'absence de jugement » « Sympathie » « L'honnêteté » « Amour inconditionnel »
Soutien théorique et information	Les informations offertes par le groupe soit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- des informations théoriques par rapport au problème</li> <li>- de l'information pratique</li> <li>- démarche spécifique (vision, philosophie ex: spiritualité)</li> </ul>	« L'aspect spirituel qui nous amène à faire confiance à Dieu » « Les douze traditions » « Trouver de nouveaux outils pour « nourrir » son cheminement » « Éducation » « Bonne information éducative » « Élaboration de stratégies » « Résolution de problèmes »
Sentiment d'appartenance	Rencontre de gens « semblables », de personnes ayant le même vécu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- création de liens d'amitiés</li> <li>- sentiment d'appartenance à un groupe</li> <li>- briser l'isolement</li> </ul>	« Sentiment d'appartenance » « Ne pas se sentir seul à vivre des problèmes » « Ne pas se sentir seule à souffrir » « Éviter l'isolement » « L'amitié » « Il y a des personnes dans le même bateau » « Création de réseau entre les membres » « Universalité »
Échanges expérimentiels	Révélation de soi aux autres: <ul style="list-style-type: none"> <li>- parler de son vécu, ses expériences, son cheminement</li> <li>- feed-back</li> </ul>	« Toujours quelqu'un à qui pouvoir parler de notre problème » « Un lieu où nous sommes entendus » « Avoir des gens avec qui pouvoir partager nos sentiments » « Une occasion de partager notre expérience, notre force et notre espoir aux autres » « Une voix »
Évolution	Démarche positive, amélioration symptomatique ou meilleure compréhension du problème.	« Croissance personnelle à notre propre rythme » « S'améliorer » « L'opportunité à commencer à explorer le calme émotionnel »

Note. Certaines citations de la colonne « exemples » sont une traduction libre.

Tableau 3

Activités offertes par les groupes

Activité offerte	Groupes d'entraide (N=25)	Groupes d'entraide hybrides (N=13)	Groupes de soutien (N=11)	TOTAL (N=49)
Soutien téléphonique	96%	61,5%	54,5%	77,6%
Représentation du groupe dans les médias locaux	52%	46,2%	9,1%	40,8%
Levée de fonds	8%	7,7%	18,2%	10,2%
Ressources disponibles pour consultation (livres, articles, vidéos, brochures)	76%	92,3%	54,5%	77,6%
Activités sociales (repas, sorties)	44%	30,8%	18,2%	34,7%
Conférences par des experts	12%	46,2%	27,3%	24,5%
Publications (feuillet, journal, bulletin)	56%	53,8%	18,2%	46,9%
Représentation des opinions du groupe au niveau régional, provincial et national	24%	7,7%	18,2%	18,4%
Autres (conventions, sensibilisation auprès des écoles, activités physiques, café-rencontres)	28%	15,4%	27,3%	24,5%

Tableau 4

Recrutement et participation des membres

	Groupes d'entraide (N=25)	Groupes d'entraide hybrides (N=13)	Groupes de soutien (N=11)	TOTAL (N=49)
Nombre de membres présents aux rencontres de groupe (# membres/recontre):				
1-5 membres	8%	30,8%	9,1%	14,3%
6-10 membres	40%	61,5%	63,6%	51%
11-15 membres	44%	0%	18,2%	26,5%
16 membres et plus	8%	7,7%	9,1%	8,2%
Procédures préalables pour les membres avant de participer aux rencontres de groupe:				
Oui	4%	38,5%	36,4%	20,4%
Non	96%	61,5%	63,6%	79,6%
Groupe ouvert aux nouveaux en tout temps:				
Oui	96%	61,5%	63,6%	79,6%
Non	4%	38,5%	36,4%	20,4%
Gens qui n'ont pas le problème peuvent participer aux rencontres:				
Oui	32%	23,1%	0%	22,4%
Non	16%	61,5%	90,9%	44,9%
Parfois	52%	15,4%	9,1%	32,7%
Frais de cotisation pour les membres:				
Oui	4%	30,8%	45,5%	20,4%
Non	20%	53,8%	18,2%	28,6%
Dons	76%	15,4%	36,3%	51%
Diminution de la participation à certaines périodes de l'année:				
Oui	88%	66,7%	50%	74,5%
Non	12%	33,3%	50%	25,5%
Procédures spéciales pour nouveaux membres:				
Oui	64%	46,2%	50%	56,3%
Non	36%	53,8%	50%	43,7%

Tableau 5

Leadership et animation du groupe et implication professionnelle

	Groupes d'entraide (N=25)	Groupes d'entraide hybrides (N=13)	Groupes de soutien (N=11)	TOTAL (N=49)
Ordre du jour établi à l'avance:				
Oui	96%	61,5%	63,6%	79,6%
Non	4%	38,5%	36,4%	20,4%
Animation des rencontres:				
Membres	92%	7,7%	9,1%	51%
Leader / animatrice	4%	76,9%	72,7%	38,8%
Membre et leader / animatrice	4%	15,4%	18,2%	10,2%
Animation par quelqu'un qui a vécu le problème:				
Oui	100%	76,9%	45,5%	81,6%
Non	0%	15,4%	45,5%	14,3%
Pas toujours	0%	7,7%	9%	4,1%
Implication professionnelle:				
Oui	4%	84,6%	90,9%	44,9%
Non	96%	15,4%	9,1%	55,1%
Décision du contenu des rencontres:				
Membres	84%	53,8%	63,6%	71,4%
Leader / animatrice	12%	0%	18,2%	10,2%
Membres et leader / animatrice	0%	30,8%	18,2%	12,2%
Membres, leader / animatrice et professionnelle	0%	7,7%	0%	2,1%
Autres (ex: comité exécutif)	4%	7,7%	0%	4,1%

Tableau 6

Caractéristiques des membres des groupes

	Groupes d'entraide (N=25)	Groupes d'entraide hybrides (N=13)	Groupes de soutien (N=11)	TOTAL (N=49)
<b>Sexe des membres:</b>				
Féminin	89%	98%	100%	94%
Masculin	11%	2%	0%	6%
<b>Âge des membres:</b>				
12 à 18 ans	0%	0%	0%	0%
19 à 25 ans	0%	38,5%	9,1%	12,2%
26 à 35 ans	0%	23,1%	45,5%	16,4%
36 à 45 ans	20%	0%	9,1%	12,2%
Très varié	80%	38,5%	36,4%	59,2%
<b>Troubles liés au comportement alimentaire:</b>				
Anorexie	5%	15%	12%	10%
Boulimie	7%	36%	16%	17%
Anorexie et boulimie	10%	26%	26%	18%
Hyperphagie boulimique, personnes obèses et troubles associés	78%	23%	46%	55%
<b>Membres qui ont surmonté leur problème alimentaire au sein du groupe:</b>				
Oui	96%	61,5%	90,1%	85,7%
Non	4%	38,5%	9,9%	14,3%

## CHAPITRE 2

L'abandon de groupes d'entraide et de soutien  
chez les membres ayant un trouble lié au comportement alimentaire

Paula LeBlanc et Francine Lavoie

Université Laval

## Résumé

Dans cette étude, les raisons d'abandon des membres de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire sont examinées à partir du *Behavioral Model of Health Services' Use* de Ronald M. Andersen (1995). Quarante-neuf représentant(e)s de groupes ont répondu à un questionnaire. Quatre éléments sont explorés: le problème de l'abandon et ses effets, les raisons d'abandon et les stratégies employées par les groupes afin de réduire le taux d'abandon. Les résultats montrent que dans l'ensemble des problèmes rencontrés par les groupes, l'abandon n'est pas le plus important: le plus important serait le manque d'information et de sensibilisation de la part du public et des professionnel(le)s. La majorité des représentant(e)s de groupes admettent toutefois que l'abandon est nuisible et que la plupart des membres qui abandonnent le font avant six mois. La raison d'abandon la plus fréquente est liée à la perception du besoin d'aide: les membres qui abandonnent ont tendance à nier leur problème et à manifester plus de résistance, lorsqu'il s'agit de délaisser leurs comportements alimentaires problématiques. La discussion met en lumière l'importance des stratégies utilisées afin de retenir à plus long terme les membres au sein du groupe .

---

La forme féminine, utilisée tout au long de cet article pour des raisons d'ordre pratique, désigne les hommes aussi bien que les femmes.

## L'abandon de groupes d'entraide et de soutien chez les membres ayant un trouble lié au comportement alimentaire

Depuis les dernières décennies, les troubles liés au comportement alimentaire constituent un problème de « taille ». Les recherches démontrent qu'il existe au sein de la population générale un pourcentage très élevé de personnes, notamment des femmes, qui sont insatisfaites de leur corps. Celles-ci suivent des régimes amaigrissants, ont une image de leur corps perturbée et prennent tous les moyens afin d'atteindre un poids « idéal » (Ciliska, 1990; Dolan, 1994; Gordon, 1992; Jeammet, 1993; Mussel et al., 1995; Neumark-Sztainer, 1996; Rees, 1996; Shisslak, Crago, & Estes, 1995). Au Canada, en 1993, on estime qu'environ 268 135 femmes souffraient d'anorexie mentale et de boulimie, soit 10% de la population féminine âgée entre 14 et 25 ans (Lachance, 1996). À ce chiffre, il est possible d'ajouter toutes les autres personnes qui souffrent d'une perturbation alimentaire connexe.

Le taux croissant de demandes d'aide venant de personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire et la pénurie de ressources disponibles a entraîné l'émergence de nombreux groupes d'entraide et de soutien. Étant donné le nombre restreint de services de soins de santé traditionnels offerts, les groupes d'entraide et de soutien représentent une alternative plus accessible, moins coûteuse et parfois, la seule modalité d'aide disponible (Gayle, 1992; Jones, 1992; Priest, Wagner, & Waller, 1991).

D'un point de vue historique, le mouvement d'entraide et de soutien pour les troubles liés au comportement alimentaire est récent mais son succès auprès des membres a fait en sorte qu'il a beaucoup évolué et très rapidement (Larocca, 1988). On trouve d'ailleurs plusieurs études qui évoquent les effets bénéfiques des groupes d'entraide et de soutien, utilisés soit comme aide complémentaire ou comme aide alternative aux services traditionnels en santé mentale (Deeble & Bhat, 1991; Franko, 1987; Hartley, 1994b; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Levine, Petrie, Gotthardt, & Sevig, 1990; Malenbaum, Herzog, Eisenthal, & Wyshak, 1988; Munro & Laing, 1994; Newton, Robinson, & Hartley, 1993;

Priest, Wagner & Waller, 1991; Rathner, Bönsch, Maurer, Walter, & Söllner, 1993; Rice & Faulkner, 1992; Rubel, 1984; Yeary, 1987). Parmi ces avantages, nous retrouvons le soutien mutuel, le partage d'information avec des personnes vivant la même situation et la progression vers une plus grande prise en charge de soi. De plus, le bris de l'isolement social constitue une conséquence importante des groupes étant donné la nature souvent cachée des troubles liés au comportement alimentaire. Vu le caractère chronique des troubles, le soutien à long terme qu'offrent ces groupes peut aussi représenter un élément fondamental dans le cheminement thérapeutique des membres, et un facteur clé permettant d'éviter les rechutes (Slade, 1983). Enfin, certaines recherches ajoutent que les groupes d'entraide et de soutien atténuent les symptômes des membres, améliorent leur compréhension de leur problème et diminuent leurs comportements alimentaires perturbés (Friedman, 1993; Jones, 1992; Malenbaum et al., 1988; Parry-Crooke & Ryan, 1986).

Il faut noter qu'il existe aussi au sein des groupes d'entraide et de soutien pour les troubles liés au comportement alimentaire certains problèmes pratiques (Hartley, 1988; Hartley & Newton, 1991; Larocca, 1993). Parmi ces problèmes, nous retrouvons celui de l'abandon des membres (Hartley, 1988; Hartley & Newton, 1991; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Yager, 1994). Malgré le taux d'incidence élevé de l'abandon des membres au sein des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, ce problème demeure très peu étudié (Jones, 1992; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986).

La présente recherche a comme but d'examiner le phénomène de l'abandon au sein des groupes d'entraide et des groupes de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Plus particulièrement, l'étude tente de mieux cerner les raisons liées à l'abandon des membres et de les étudier à partir d'un modèle théorique sur l'utilisation des services de soins de santé, soit le *Behavioral Model of Health Services' Use* de Ronald M. Andersen (1995).

## L'ABANDON DES MEMBRES

L'action d'abandonner une modalité de traitement, c'est-à-dire quitter trop vite sans retirer de bénéfices quelconques, est un problème fort commun dans les services de soins de santé (Baekeland & Lundwall, 1975). En ce qui concerne les services traditionnels de santé mentale pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, le phénomène de l'abandon s'avère considérable et fait l'objet de plusieurs études (Blouin et al., 1995; Clinton, 1996; Freeman, Barry, Dunkeld-Turnbull, & Henderson, 1988; Hendren, Atkins, Sumner, & Barber, 1987; Love, Lewis, & Johnson, 1989; Merrill, Mines, & Starkey, 1987; Riebel, 1990; Szmukler, Eisler, Russel, & Dare, 1985; Vandereycken & Pierloot, 1983; Yager, 1994; Yager, Landsverk, & Edelstein, 1989). Les groupes d'entraide et de soutien ne font pas exception à la règle mais le problème reste peu étudié dans ce contexte d'aide (Hartley & Newton, 1991; Jones, 1992; Kinoy, 1985; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986).

La nature volontaire des groupes d'entraide et de soutien constitue un facteur essentiel pour l'émergence d'un sentiment d'appropriation (*empowerment*) chez l'individu (Lee, 1991) mais cette situation entraîne des problèmes pour les groupes quand les membres décident d'abandonner (Mondros & Wilson, 1994). En effet, la présence à court terme ou irrégulière des membres nuit au rendement des groupes puisque la stabilité constituerait un facteur important dans le fonctionnement de ces derniers (Lieberman, 1990; Yalom, 1985). Les personnes qui abandonnent le groupe ne diminuent pas seulement leur chance de bénéficier des éléments thérapeutiques d'une implication à plus long terme avec le groupe (Luke, Roberts & Rappaport, 1994) mais créent aussi un impact démoralisant pour les membres qui restent dans le groupe (Mackenzie & Harper-Giuffre, 1992) et peuvent même encourager ces derniers à faire pareil (Yalom, 1985).

Plusieurs études portant sur les groupes d'entraide pour les personnes ayant un problème lié au comportement alimentaire ont relevé la relation importante entre le temps passé dans le groupe et les effets bénéfiques pour les membres (Jones, 1992; Larocca & Kolodny, 1983; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Rathner et al., 1993). En fait, ces recherches

ont démontré qu'une période de temps critique de six mois constitue le temps nécessaire afin de générer chez les membres une amélioration au niveau de leur comportement alimentaire ainsi qu'une meilleure connaissance de soi. D'après ces résultats, il semblerait bénéfique pour les membres de rester à plus long terme au sein des groupes, c'est-à-dire au moins pendant une période de six mois.

À l'exception de Parry-Crooke et Ryan (1986) et Jones (1992), aucune étude n'a cerné les raisons d'abandon des membres de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Parry-Crooke et Ryan (1986), pour leur part, ont étudié des groupes pour des femmes ayant un problème d'hyperphagie boulimique. Deux groupes nouveaux et cinquante-huit femmes de groupes antérieurs ont été évalués. Le but de leur étude était de développer des méthodes d'évaluation des groupes et de les utiliser afin de mesurer la valeur des groupes pour les membres. Outre les effets du groupe sur les membres, les chercheuses ont trouvé un taux élevé d'abandon des membres dans les six premiers mois. De plus, les raisons d'abandon précoce, c'est-à-dire à l'intérieur du premier mois, étaient différentes des raisons d'abandon ultérieur. Ainsi, les abandons précoces étaient davantage liés à l'incompatibilité des membres et les abandons subséquents plutôt liés au groupe, notamment que le groupe ne leur était plus utile.

De son côté, Jones (1992) a examiné pendant deux années l'évolution de 77 personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. Les membres, répartis dans cinq groupes d'entraide conçus pour les fins de l'étude, étaient suivis par la chercheuse et son assistante clinique. Les résultats de l'étude ont démontré un taux élevé d'abandon des membres avant une période de six mois, soit 72% chez les personnes boulimiques et 46% pour les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique. Afin de mieux connaître les raisons de départ des membres, l'auteure s'est référée à l'opinion des membres qui manifestaient leur intention de quitter le groupe. Les raisons d'abandon les plus fréquentes étaient liées à des problèmes avec le groupe tels les problèmes avec le leadership, la difficulté à faire face aux émotions exprimées dans le groupe, et l'échec à travailler en groupe. Toutefois, les raisons d'abandon de plusieurs membres de l'étude (N=21; 27%)

restent inconnues puisque ces derniers ont quitté le groupe sans prévenir et sans aucun contact ultérieur. Jones (1992) et Parry-Crooke et Ryan (1986) relatent dans leurs études la difficulté de connaître les raisons de départ des membres qui abandonnent le groupe spontanément. C'est pourquoi il semble pertinent de se référer aux opinions des représentantes des groupes, c'est-à-dire les animatrices des groupes ou des membres « vétérans » des groupes. Ces personnes, dans leur position privilégiée au sein des groupes, connaissent bien le roulement des membres, leur présence aux rencontres, les différents problèmes rencontrés et les tentatives de solutions envisagées. De plus, contrairement à Jones (1992) et Parry-Crooke et Ryan (1986), nous avons tenté d'étudier le phénomène de l'abandon à partir d'une classification plus détaillée inspirée d'un modèle théorique du comportement de prise en charge de sa santé.

Nous connaissons davantage aujourd'hui les facteurs qui facilitent ou font obstacles à l'utilisation d'une diversité groupes d'entraide et des groupes de soutien (Chesler & Chesney, 1995; Gidron, Chesler, & Chesney, 1991; Humphreys, Mavis, & Stöfflemayr, 1991; Kessler, Mickelson, & Zhao, 1997; Lavoie, Stewart, & Landry, 1996 ; Levy & Derby, 1992; Powell, Garvin, Hill, & Kurtz, 1994). Toutefois, très peu de choses ont été élucidées en ce qui a trait à ce qui se passe une fois que la personne a joint un tel groupe.

On retrouve dans la documentation scientifique plusieurs théories servant à mieux comprendre le comportement des gens face à leur santé (*utilization research*) (Ajzen & Fishbein, 1980; Becker, 1974; Edwards, 1954; Ronis, 1992; Pescosolido & Kronenfeld, 1995; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Weinstein, 1993). Le modèle le *Behavioral Model of Health Services' Use* de R. M. Andersen (1995) est l'un des cadres d'analyse les plus employés afin d'étudier l'utilisation des services de soins de santé (Phillips, Morrison, Andersen, & Aday, sous presse). Le modèle d'Andersen (1995), en plus des facteurs psychosociaux sur lesquels mettent l'accent les autres théories, accorde de l'importance aux facteurs socio-démographiques et socioculturels (Pescosolido & Kronenfeld, 1995). Le but du modèle est de mieux connaître les conditions qui facilitent ou qui font obstacles à l'utilisation de services de soins de santé et met ainsi en valeur les multiples composantes

qui influencent l'utilisation des services de soins de santé. Il comprend quatre principaux facteurs: l'environnement, les caractéristiques de la population, le comportement de santé et les conséquences.

L'aspect le plus intéressant du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995) est sans doute le fait qu'il fasse ressortir l'interaction constante entre les variables. En effet, le modèle relève la nature dynamique et récursive de l'utilisation des services de soins de santé qui comprend les conséquences (*outcomes*) par rapport à la santé de l'individu tels la perception de son état de santé et la satisfaction vis-à-vis le mode d'aide utilisé (convenance, disponibilité, qualité). Les conséquences obtenus constituent sans aucun doute un élément non-négligeable dans toute décision à poursuivre ou non une modalité d'aide.

Le modèle de Andersen (1995), le *Behavioral Model of Health Services' Use*, a été utilisé dans le cadre de cette étude afin d'explorer le comportement de santé des gens, plus particulièrement, le comportement d'abandon des membres de groupes d'entraide ou de soutien. Ce modèle correspond, à notre avis, au modèle qui réunit le plus d'éléments pertinents dans l'étude du phénomène de l'abandon. Le modèle est ainsi utilisé comme une grille conceptuelle afin de recueillir l'opinion des représentantes de groupes sur le comportement d'abandon des membres. Le cadre d'analyse sert ainsi à l'étude qualitative des opinions permettant une meilleur compréhension du problème de l'abandon. La phase 4 du modèle ou le modèle émergent d'Andersen (1995) est retenu (voir Annexe G). Nous posons ainsi l'hypothèse que les facteurs présents lors de la décision d'une personne à recourir à un service de soins de santé sont semblables à ceux présents lors de la décision d'abandonner un groupe d'entraide ou de soutien.

En s'inspirant du modèle d'Andersen (1995), un cadre d'analyse du phénomène de l'abandon a été construit (voir figure 1). Puisque le modèle d'Andersen (1995) vise spécifiquement le comportement de maladie et l'utilisation de médication ou de soins de santé, certaines dimensions du modèle ont été modifiées afin de les adapter aux

particularités des groupes d'entraide et de soutien. L'outil conserve donc quatre grandes dimensions avec des sous-catégories aptes à expliquer l'abandon des membres. Les quatre dimensions sont: l'environnement, les caractéristiques liées au membre, les caractéristiques liées au groupe et les résultats. La première dimension concerne l'environnement externe, c'est-à-dire les autres sources d'aide disponibles. La deuxième dimension, les caractéristiques liées au membre, regroupe cinq sous-catégories: les caractéristiques personnelles, la personne dans le contexte du groupe, le réseau social hors du groupe, les difficultés pratiques et le besoin d'aide. La troisième dimension englobe les caractéristiques liées au groupe. Enfin, la dernière dimension, les conséquences, réunit trois sous-catégories: l'état de santé du membre, l'état de santé tel qu'évalué par une professionnelle et la satisfaction générale du membre face au groupe.

Afin de tenir compte de la diversité structurelle des groupes qui existent pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, trois catégories de groupe sont retenues dans le cadre de cette étude: les groupes de soutien, les groupes d'entraide et les groupes d'entraide hybride. Les groupes de soutien dépendent principalement de la source de savoir d'une personne ayant, la plupart du temps, une formation professionnelle. Les échanges entre les membres du groupe et l'existence même du groupe dépendent de cette personne (Lavoie & Stewart, 1995). De leur côté, les groupes d'entraide sont une forme de ressource communautaire caractérisée par un leadership entre les pairs où chaque membre est considéré d'importance égale au reste du groupe (Rice & Faulkner, 1992). Contrairement aux groupes de soutien qui ont une durée souvent plus courte et prédéterminée, les groupes d'entraide ont une durée indéterminée (Enright et al., 1985). Les groupes d'entraide hybrides, pour leur part, ne correspondent pas entièrement à la définition des groupes d'entraide mais fonctionnent à partir des mêmes valeurs et méthodes. Ainsi, ces groupes sont en lien direct avec une ou plusieurs professionnelles mais la primauté de la source de savoir provient du savoir profane des membres ou du savoir profane de l'animatrice, professionnelle ou non qui a connu le problème partagé par les membres.

Le terme « trouble lié au comportement alimentaire » est utilisé dans cette recherche afin d'inclure à la fois l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, l'obésité et toutes les perturbations liées au comportement alimentaire et au poids. Ce terme constitue une traduction de « eating disturbances » qui comprend toute la gamme des conduites alimentaires nuisibles à la santé (Neumark-Sztainer, 1996; Steiger, Leung, Puentes-Neuman, & Gottheil, 1992; Shisslak, Crago, & Estes, 1995).

Puisque l'objectif de cette étude est de mieux cerner le comportement d'abandon chez les membres de groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, quatre questions de recherches sont soulevées:

- 1) L'abandon est-il un problème important pour les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire?
- 2) Quels sont les effets de l'abandon sur les membres et sur le groupe?
- 3) Pourquoi certains membres des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire abandonnent-ils?
- 4) Quelles sont les stratégies entreprises par les groupes afin de réduire le taux d'abandon des membres?

## Méthode

### Identification des groupes

Deux procédures d'identification des groupes ont été utilisées afin de rejoindre les groupes d'entraide et de soutien canadiens pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. La première méthode consistait à répertorier les groupes à partir de listes fournies par des centres de références et d'entraide canadiens et du *National Eating Disorder Information Center* de Toronto. En ce qui concerne les groupes d'Outremangeurs Anonymes, seuls les groupes inscrits sur ces listes ont été retenus. Ainsi, en raison de leur

nombre élevé au pays, tous les groupes locaux de cette association n'ont pas été rejoints. La deuxième procédure faisait appel aux groupes contactés. Ces derniers étaient invités à identifier, si possible, des personnes ressources ou d'autres groupes dans leur région ou province.

Les groupes retenus pour cette étude devaient répondre aux critères de sélection suivants: 1) avoir comme problème en commun un trouble lié au comportement alimentaire, soit l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, l'obésité et les autres perturbations liées au comportement alimentaire et au poids; 2) avoir une composante d'entraide entre les membres du groupe (échanges, partage); 3) tenir des rencontres entre membres en petit groupe de façon régulière et 4) n'avoir aucun frais pour les membres, des frais minimes ou des dons. Pour leur part, les groupes strictement éducatifs, récréatifs ou de thérapie étaient exclus de l'étude ainsi que les groupes d'entraide visant la perte de poids tels que TOPS et Weight Watchers (Touyz, 1988).

### Groupes participants

Quarante-neuf groupes d'entraide et de soutien sont représentés dans cette recherche. Ces groupes se classent en trois types de groupes, soit les groupes de soutien (n=11), les groupes d'entraide (n=25) dont 92% sont des groupes d'Outremangeurs Anonymes et les groupes d'entraide hybride (n=13). Trente-quatre groupes sont de langue anglaise (69%) et quinze de langue française (31%). Les différentes problématiques des groupes sont l'obésité et l'hyperphagie boulimique (mangeurs compulsifs) (51% des groupes), l'anorexie et la boulimie (33%) et les problèmes associés au poids et à l'image du corps (16%).

La provenance des groupes participant se répartit comme suit: 21 groupes du Québec (43%), 11 groupes des provinces atlantiques (22%), 11 groupes de l'Ontario (22%) et 6 groupes de l'ouest canadien (12%). Trois provinces ou régions canadiennes ne sont pas représentées. D'abord, aucun groupe n'a été répertorié dans les Territoires du Nord Ouest et au Yukon vu le manque d'information au sujet des groupes disponibles ou

l'inexistence de tels groupes au moment de l'étude. Les quelques groupes contactés dans la province de Saskatchewan, pour leur part, n'ont simplement pas répondu au questionnaire. Les groupes d'Outremangeurs Anonymes rejoints dans 2 provinces, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta, ont refusé de participer à la recherche lors du contact téléphonique ou n'ont pas répondu aux questionnaires envoyés. Ces derniers ont indiqué que participer à des recherches ne se conformait pas à leurs traditions. D'autres types de groupes de ces provinces ont toutefois participé.

### Participant

Afin de prendre part à l'étude, les participantes devaient posséder une expérience directe avec le groupe et le connaître depuis assez longtemps afin d'être capables de donner des renseignements exacts à son sujet et sur ses membres. Ces personnes, dont la plupart sont les représentantes des groupes, sont les personnes déléguées à offrir l'information au sujet du groupe, de ses activités et de ses objectifs. Quarante-cinq femmes (92%) et 4 hommes (8%) d'un âge moyen de 28 ans (minimum = 17 ans, maximum = 67 ans) ont répondu au questionnaire.

Les quarante-neuf participantes de l'étude sont principalement des membres de groupe (71%), dont 20% des membres leaders, animatrices ou co-animatrices. Vingt-neuf pour-cent des répondantes sont des professionnelles animatrices du groupe ou des professionnelles en lien avec le groupe. Plus de la moitié sont mariées ou conjointes de fait (57%), 16% célibataires, 23% séparées ou divorcées, 2% veuves et 1 répondante a refusé de répondre à cette question. La majorité des participantes travaillent à temps plein (45%) ou à temps partiel (29%), 12% sont à la retraite, 8% sont des étudiantes et 4% sans emploi ou inaptés au travail. La plupart (66%) ont poursuivi des études universitaires, 18% collégiales alors que 16% ont l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires ou moins. La moyenne de temps associée au groupe est de 5 années et 2 mois et varie de 2 mois à 16 ans.

### Procédure

Une liste de tous les groupes dont la seule information accessible était le numéro de

téléphone a d'abord été établie. Par la suite, les représentantes de ces groupes ont été rejointes. Le but du contact téléphonique était double. En premier lieu, un résumé de la recherche était présenté. Ensuite, avec l'accord de la personne, l'adresse postale était notée afin d'expédier le questionnaire. Les appels téléphoniques ont permis de constater que les listes de groupes disponibles n'étaient pas à jour. En fait, plusieurs groupes n'ont pu être rejoints dû à un changement d'adresse ou à l'inexistence du groupe au moment de l'étude. En ce qui a trait aux groupes dont les coordonnées apparaissaient sur les listes (n=40), le questionnaire leur était envoyé par la poste sans prise de contact téléphonique préalable.

À partir de tous les groupes rejoints, un total de 115 groupes canadiens a été retenu. Chaque groupe a reçu par la poste une lettre de présentation expliquant la nature de la recherche (Annexe B), un questionnaire (Annexe C), une formule de consentement pour la publication des coordonnées du groupe (Annexe D), une fiche permettant d'inscrire d'autres groupes de leur région (Annexe E) et une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie. Trois rappels postaux ont été envoyés aux groupes soit environ 2, 4 et 7 semaines après le premier envoi (Annexe F). Pour le premier rappel, quelques groupes de la région de Québec ont été rejoints par téléphone. Le dernier rappel était accompagné d'un nouvel exemplaire du questionnaire. Cinquante-quatre questionnaires ont été retournés, pour un taux de réponse de 47%. Cinq de ces groupes ont été éliminés: quatre groupes ne correspondaient pas aux critères de groupes d'entraide et de soutien (3 groupes de thérapie et 1 groupe éducatif) et un groupe n'avait pas complété la dernière partie du questionnaire.

Le retour du questionnaire complété a été considéré comme l'acquiescement des groupes à participer à la recherche. La formule de consentement jointe permettait aux groupes de garder l'anonymat ou de voir leurs coordonnées diffusées dans un répertoire que les chercheuses offraient de réaliser. En guise d'appréciation pour leur participation à la recherche, les chercheuses proposaient aux groupes un résumé des résultats obtenus.

### Instrument de mesure

L'outil principal de cette étude consiste en un questionnaire élaboré dans le cadre

de cette recherche. Quatre juges expertes ont évalué la première version du questionnaire afin d'assurer la validité et la clarté du contenu. Suite à leurs recommandations, quelques modifications ont été faites. Trois leaders de groupe ont réalisé un pré-test. Puisqu'aucune modification n'a été suggérée, le contenu du questionnaire a été retenu sans changement subséquent.

Le questionnaire comprend un total de 52 questions réparties en trois parties. Il est construit principalement de questions fermées avec un choix de réponses avec quelques questions ouvertes. Le temps requis de passation est de 25 à 30 minutes. Les deux premières parties ont été construites à partir de questionnaires sur les groupes d'entraide et de soutien (Enright, Butterfield, & Berkowitz, 1986; Lavoie, 1996) et recueillent de l'information sur l'histoire et le fonctionnement du groupe, le recrutement et la participation des membres, le leadership du groupe, l'implication professionnelle et les caractéristiques des membres et des répondantes à l'enquête. La dernière partie du questionnaire porte sur l'abandon des membres et a principalement été inspirée par les écrits sur le thème. Deux questions à fin du questionnaire sont ajoutées afin de permettre aux répondantes d'évoquer des aspects positifs de leur groupe et aborder d'autres éléments pertinents.

Afin de mieux situer le problème de l'abandon au sein des groupes, les participantes ont d'abord considéré l'importance de six problèmes fréquemment soulevés par les groupes d'entraide et de soutien. Chaque problème était évalué sur une échelle de fréquence de 1 (problème très important) à 4 (problème pas du tout important). D'autres éléments se rapportant au comportement d'abandon ont aussi été explorés comme les effets de l'abandon. Les participantes devaient ainsi indiquer si l'abandon s'avérait nuisible pour leur groupe et si oui, de préciser comment.

En ce qui a trait aux raisons d'abandon, les participantes ont d'abord énuméré les trois principales raisons pour lesquelles certains membres abandonnent le groupe. Par la suite, elles ont évalué sur une échelle de fréquence de 1 (raison très souvent présente) à 4

(raison jamais présente) 17 raisons possibles liées à l'abandon. Enfin, à partir d'une question ouverte, les participantes ont pu décrire les moyens utilisés par leurs groupes afin de réduire le taux d'abandon.

### Analyses

Pour examiner les trois questions de recherche suivantes: 1) quels sont les effets de l'abandon, 2) quelles sont les raisons d'abandon des membres et 3) quelles sont les stratégies entreprises par les groupes afin de réduire le taux d'abandon, une analyse de données qualitatives a été menée. L'analyse de contenu de l'ensemble des réponses a permis l'élaboration de trois grilles de codification. En ce qui concerne la grille de codification des raisons d'abandon, celle-ci a largement été inspirée du modèle de R. M. Andersen (1995), le *Behavioral Model of Health Services' Use*. Un juge a évalué, à partir d'un échantillon de réponses, les trois grilles de codification. Les commentaires de ce dernier ont permis d'apporter des précisions quant à la description des catégories. À partir des trois grilles de codification retenues, la chercheuse principale et un deuxième juge ont procédé, de façon indépendante, à la classification de tous les éléments de réponses. Le pourcentage d'accord inter-juges sur l'ensemble des données était de 87% (min. 81% max. 95%) et le Kappa de Cohen était de 83% (min. 79% max. 90%). Les différences de catégorisation obtenues ont été résolues par une discussion entre les juges. Les tableaux 2, 3 et 5 présentent la typologie des effets de l'abandon, des raisons de l'abandon et des stratégies afin de réduire le taux d'abandon.

En ce qui concerne l'analyse quantitative de l'ensemble des questions fermées du questionnaire et pour vérifier s'il existe des liens entre les variables à l'étude et les caractéristiques des groupes participants (type de groupe, langue, implication professionnelle, années d'existence du groupe, association à d'autres groupes semblables, animation du groupe par une personne ayant le problème en commun avec les membres), des tableaux de fréquence et des chi-carré ont été réalisés.

## Résultats

### Le problème de l'abandon

*L'abandon est-il un problème important pour les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire?*

Parmi les problèmes rencontrés par les groupes d'entraide et de soutien, le problème de l'abandon ne semble pas s'avérer le problème le plus important pour l'ensemble des 49 groupes (voir tableau 1). En fait, il se situe en quatrième position. Le problème le plus important est le manque d'information et de sensibilisation du public et des professionnelles au sujet des problèmes alimentaires et des ressources disponibles ( $M=2.11$ ,  $ÉT=1.0$ ). La participation irrégulière est en deuxième position suivie du recrutement de nouveaux membres. Des analyses de chi-carré ont démontré des relations significatives entre le type de groupe et les problèmes rencontrés par les groupes. Les groupes d'entraide semblent ainsi plus affectés par le problème du recrutement de nouveaux membres ( $\chi^2(2, N=48) = 9,4$ ,  $p < .009$ ); le fait de ne pas savoir quoi faire ou vers qui se tourner quand les problèmes surviennent dans le groupe ( $\chi^2(2, N=49) = 5,9$ ,  $p < .05$ ); et l'abandon des membres ( $\chi^2(2, N=49) = 9,87$ ,  $p < .007$ ).

---

Insérez le tableau 1 ici

---

Malgré le fait que l'abandon se présente en quatrième position, la majorité des groupes (61,2%) le considèrent nuisible. Parmi les trois types de groupes, les groupes hybrides semblent davantage concernés. Quatre-vingt cinq pour-cent de ces derniers admettent que l'abandon nuit à leur groupe. Également, les groupes anglophones se montrent significativement plus touchés que les groupes francophones par les effets nuisibles de l'abandon,  $\chi^2(1, N=48) = 6,01$ ,  $p < .01$ . Les résultats révèlent aussi un lien significatif entre le type de groupe et l'abandon précoce des membres,  $\chi^2(4, N=48) = 17,02$ ,  $p < .002$ . En fait, les groupes d'entraide rapportent plus que les autres types de groupe l'abandon des membres suite à leur première rencontre. De plus, les groupes

d'entraide se distinguent en ce qui concerne les membres qui avertissent le groupe avant leur départ,  $\chi^2 (4, N=47) = 14,78, p < .005$ . Les membres de ces groupes signalent moins leur intention de quitter leur groupe que les membres de groupes de soutien et de groupes d'entraide hybrides.

Les membres qui abandonnent les groupes le font, selon environ les trois-quarts des groupes participants (73%), avant une période de six mois. De plus, plusieurs groupes (72,9%) discutent lors des rencontres, du départ des membres. Ces moments de discussion permettent aux membres, entre autres, de faire part de leurs inquiétudes face au départ des membres et de discuter des sentiments de rejet et de colère.

Afin de mieux situer la motivation des membres à rejoindre les groupes, les participantes devaient, à partir d'un choix de réponses, identifier la source principale qui pousse les membres vers les groupes. La plupart des répondantes (85,7%) soutiennent que les membres sont motivés d'après leur désir personnel. Les membres feraient ainsi les premiers pas vers le groupe selon leur propre volonté. Pour 40,8% des groupes, l'orientation par une professionnelle (ex: médecin, psychologue, diététiste) exerce aussi une influence importante dans la décision de participer ou non aux groupes d'entraide et de soutien.

### Les effets de l'abandon

#### *Quels sont les effets de l'abandon?*

Trois niveaux d'effets de l'abandon ont émergé de l'analyse de contenu soit les effets au niveau organisationnel, les effets au niveau du climat et les effets auprès des individus du groupe (voir tableau 2). Les participants devaient, à partir d'une question ouverte, énoncer comment l'abandon des membres nuisait au fonctionnement de leur groupe. L'effet d'abandon le plus fréquemment mentionné (45%) par les groupes (n=28) est le niveau individuel. Les membres qui restent dans le groupe

peuvent ainsi se demander s'ils devraient aussi abandonner, ils peuvent se sentir coupables pour le départ des autres, ou même vivre des sentiments de rejet ou de colère. Les effets au plan organisationnel semblent aussi très présents (36%). Par exemple, les partages lors des rencontres peuvent manquer de variété, il peut y avoir une absence de nouvelles idées ou encore les organisatrices peuvent se sentir découragées. Enfin, les effets sur le climat du groupe (19%) rassemblent des problèmes tels la difficulté à maintenir la complicité du groupe, la nuisance au sentiment d'appartenance et le bris de la continuité du soutien entre les membres.

---

Insérez le tableau 2 ici

---

### Les raisons d'abandon

*Pourquoi certains membres des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire abandonnent-ils?*

À partir d'une question ouverte, les participantes ont d'abord énoncé les trois principales raisons pour lesquelles certains membres abandonnent le groupe. Les raisons d'abandon ont été classées selon 10 catégories (voir tableau 3) inspirées du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995). La raison d'abandon qui a été le plus fréquemment mentionnée par les groupes (74%) est liée au besoin d'aide des membres. Le déni du problème et l'ambivalence à modifier les comportements alimentaires perturbés sont des exemples de cette catégorie. Une autre raison d'abandon souvent présente est l'insatisfaction générale du membre. Trente-huit pour-cent des groupes considèrent cette raison d'abandon très fréquente. Les membres sont ainsi déçus de ne pas avoir trouvé ce qu'ils recherchaient, comme une solution facile et rapide à leur problème. Les caractéristiques du groupe tels la taille du groupe (trop gros ou trop petit), la formalité du groupe et l'aspect spirituel sont d'autres types de raisons d'abandon mentionnés par plusieurs groupes (34%). Aucune relation significative n'a été relevée en ce qui concerne les raisons d'abandon et les variables mesurées. Les raisons d'abandon semblent ainsi

être semblables pour l'ensemble des groupes recensés.

---

Insérez le tableau 3 ici

---

Ensuite, les participantes ont évalué 17 raisons d'abandon, d'après une échelle de type Likert à quatre points. Des résultats semblables aux précédents ont été obtenus (voir tableau 4). La raison d'abandon la plus fréquente pour tous les groupes (n=49) est liée au besoin d'aide des membres, c'est-à-dire à leur incapacité à faire face à leur problème. Environ 76% des groupes l'ont identifiée comme une raison d'abandon très souvent présente ou souvent présente. Les difficultés associées aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire telles la résistance au changement et la difficulté à se révéler et à faire des choix, ont été classées en deuxième position (73%). Les groupes participants ont toutefois accordé aux difficultés pratiques des membres une troisième position. Soixante-sept pour-cent des groupes considèrent ainsi les horaires chargés, les difficultés de transport et les engagements personnels et familiaux comme des raisons fréquentes liées à l'abandon.

---

Insérez le tableau 4 ici

---

Quant aux 17 raisons d'abandon, des différences significatives ont été trouvées selon les types de groupe. En ce qui concerne les groupes hybrides, ces derniers attribuent davantage l'abandon des membres à la sévérité de leur trouble alimentaire et jugent moins le fonctionnement du groupe comme une raison probable de l'abandon, respectivement:  $\chi^2(2, N=46) = 8,27, p < .01$ ;  $\chi^2(2, N=45) = 6,42, p < .04$ . Pour leur part, les groupes d'entraide considèrent plus fréquemment que les autres types de groupes la rechute (perte de contrôle sur le comportement alimentaire), le fait de nier le problème et le besoin d'aide et la dimension spirituelle comme des raisons d'abandon des membres très souvent ou

souvent présentes, respectivement:  $\chi^2 (2, N=44) = 10,20, p < .006$ ;  $\chi^2 (2, N=46) = 8,43, p < .01$ ;  $\chi^2 (2, N=45) = 18,21, p < .0001$ .

### Les stratégies afin de diminuer l'abandon

*Quelles sont les stratégies entreprises par les groupes afin de réduire le taux d'abandon des membres?*

Le tableau 5 présente les six types de solutions retenues de l'analyse de contenu. Plusieurs groupes participants (59,2%) mentionnent avoir entrepris des moyens concrets afin de réduire le taux d'abandon. Parmi les types de stratégies, celles au niveau des liens en dehors du groupe sont les plus utilisées par les groupes. Les contacts téléphoniques et l'envoi de lettres aux membres sont des exemples de techniques régulièrement employées par les groupes. Les étapes préalables représentent aussi un effort fréquent des groupes. Les documents écrits, les engagements écrits et verbaux, la publicité sont tous des exemples de moyens que les groupes utilisent avant la participation des membres « potentiels ». Le type de solution le moins mentionné par les groupes est la consultation et l'évaluation.

---

Insérez le tableau 5 ici

---

Les analyses de chi-carré ont démontré un lien significatif entre le type de groupe et les types de moyens utilisés par les groupes. En effet, les groupes d'entraide utilisent davantage les liens en dehors du groupe,  $\chi^2 (2, N = 34) = 9,4, p < .009$  et font plus d'efforts que les autres types de groupes au niveau de l'accueil initial des nouveaux membres,  $\chi^2 (2, N = 34) = 11.23, p < .004$ .

## Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner le phénomène de l'abandon au sein des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Plus particulièrement, les dimensions suivantes étaient analysées: le problème de l'abandon et ses effets, les raisons d'abandon à partir du modèle le *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995), et les moyens utilisés par les groupes afin de réduire le taux d'abandon.

### L'abandon et ses effets

L'abandon chez les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire ne semble pas un problème aussi considérable que plusieurs études pourraient le laisser croire (Jones, 1992; Newton & Hartley, 1990; Parry-Crooke & Ryan, 1986). En fait, le manque d'information et de sensibilisation du public et des professionnelles au sujet des troubles liés au comportement alimentaire et des ressources disponibles s'avère le problème le plus important pour les groupes participants. Ces résultats sont en fait semblables à ceux de Meissen, Gleason et Embree (1991) qui ont trouvé, d'après des entretiens avec 90 animatrices de groupes d'entraide aux États-Unis, que le problème le plus important des groupes étaient le manque de sensibilisation du public envers les problématiques concernées.

Plusieurs études mettent en évidence l'importance du taux très élevé d'abandon dans les thérapies de groupe pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (Blouin et al., 1995; Clinton, 1996; Freeman et al., 1988; Merrill et al., 1987; Pyle, 1990; Riebel, 1990; Shisslak et al., 1986; Szmukler et al., 1985; Vandereycken & Pierloot, 1983; Yager, 1994; Yager et al., 1989). Des taux d'abandon extrêmement élevés s'observent aussi dans les groupes d'entraide visant la perte de poids, tel que TOPS (Take Off Pounds Sensibly) (Ho, Nichaman, Taylor, Lee, & Foreyt, 1995; Volkmar, Stunkard, Woolston, & Bailey, 1981). Luke et al. (1994) affirment qu'il est possible que le patron d'abandon observé dans les multiples services de soins professionnels soit similaire dans

les groupes d'entraide et de soutien. Pourtant, les résultats de la présente étude démontrent que l'abandon des membres n'est pas un problème primordial pour les groupes d'entraide et de soutien. De plus, un lien significatif a été retrouvé entre le type de groupe et l'abandon précoce. En fait, les groupes d'entraide de notre étude étaient plus affectés par l'abandon précoce que les deux autres types de groupe. Dans leur étude, Newton et Hartley (1990) rapportent aussi un taux élevé d'abandon précoce chez 2 groupes d'entraide en Grande-Bretagne. De façon générale, ces données suggèrent que les groupes d'entraide et les groupes de thérapie ont des taux d'abandon plus élevés, notamment les taux d'abandon précoce. Toutefois, des recherches de nature comparative devront être réalisées afin de confirmer cette distinction entre les types de groupes.

Malgré le fait que l'abandon ne soit pas le problème le plus important des groupes, il s'avère toutefois nuisible. Les multiples effets négatifs relevés par les groupes démontrent bien qu'une certaine stabilité des membres permet d'éviter des embûches occasionnées par l'abandon. La stabilité des groupes, une condition requise pour augmenter l'efficacité des groupes de thérapie (Yalom, 1985), pourrait ainsi être bénéfique pour les groupes d'entraide et de soutien. Les résultats démontrent, de plus, que les effets se font davantage ressentir auprès des membres du groupe. Plusieurs groupes discutent de l'abandon des membres lors des rencontres. Cette technique peut s'avérer utile puisqu'elle permet de traiter les sentiments négatifs qui peuvent survenir chez les membres qui restent dans le groupe. En fait, Love et al. (1989) suggèrent que l'abandon des membres peut être utile quand il est exploré avec les membres. Ces auteurs affirment que l'arrivée et le départ des membres constituent une bonne occasion pour les membres d'approfondir des thèmes tels que l'établissement de liens émotionnels et la capacité de dire au-revoir.

Le délai d'abandon des membres chez la majorité des groupes participants est de moins de 6 mois. Ces résultats concordent avec ceux des chercheurs Parry-Crooke et Ryan (1986) et Jones (1992). Puisque plusieurs auteurs (Jones, 1992; Larocca & Kolodny, 1983; Parry-Crooke & Ryan, 1986; Rathner et al., 1993) soulignent l'importance pour les membres de rester dans les groupes pour au moins 6 mois afin de bénéficier davantage des

effets thérapeutiques, il semble pertinent pour les groupes de sensibiliser leurs membres à rester à plus long terme au sein des groupes.

### Les raisons d'abandon

Les raisons d'abandon ont été explorées à partir d'un cadre d'analyse inspiré du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995). D'après les dix types de raisons qui ressortent du modèle, la raison d'abandon la plus fréquemment mentionnée par les groupes est liée au besoin d'aide des membres. Ainsi, les personnes qui abandonnent les groupes ont tendance à être davantage en déni face à leur problème et n'ont pas la motivation nécessaire pour une implication à plus long terme. Ces résultats sont différents de ceux de Parry-Crooke et Ryan (1986) qui avaient trouvé que les gens qui abandonnaient les groupes le faisaient pour des raisons plutôt liées à l'incompatibilité avec les autres membres. Jones (1992), de son côté, a associé le départ des membres avec des problèmes liés au groupe comme les difficultés avec le leadership et l'échec à travailler en groupe.

Les résultats de cette étude vont cependant dans le même sens que les recherches sur les services traditionnels en santé mentale pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (Blouin et al., 1995; Hall, 1985; Riebel, 1990; Shisslak et al., 1986). Effectivement, la nature privée des troubles alimentaires s'accompagne habituellement d'une ambivalence au changement et d'une forme de déni face à la sévérité du problème. De plus, les personnes souffrant d'une problématique alimentaire ont souvent tendance à éviter les conflits et les prises de décision (Franko, 1987; Hartley, 1988; Riebel, 1990). Ces caractéristiques, couramment jumelées avec d'autres problèmes tels la dépression et des troubles de personnalité, contribuent au fait que les troubles liés au comportement alimentaire sont difficiles à traiter même dans les meilleures circonstances (Yager et al., 1989). Cette ambivalence qui semble caractériser les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire se révèle aussi à un autre niveau. La majorité des groupes affirment que la motivation première des membres à rejoindre les groupes émane de leur propre désir. Cependant, ces mêmes personnes abandonnent les groupes puisqu'ils ont de la difficulté à reconnaître leur problème. Les membres vont ainsi chercher de l'aide à

partir de leur propre volonté mais abandonnent car ils ont du mal à accepter la nécessité d'obtenir cette aide.

Selon Lieberman, Yalom et Miles (1972), les personnes qui profitent le plus du contexte de groupe possèdent trois principales qualités: souhaitent changer, se voient comme ayant quelque chose à améliorer et ont des attentes élevées face au groupe. L'acceptation du problème et la motivation à changer sont sans aucun doute des caractéristiques à considérer par les groupes d'entraide et de soutien afin de retenir leurs membres à plus long terme au sein du groupe.

Une raison d'abandon qui a très peu été mentionnée est le recours à d'autres sources d'aide. Ces résultats suggèrent que même si les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire sont des consommatrices de multiples services traditionnels et non-traditionnels (Deeble & Bhat, 1991; Yager et al., 1989), ces dernières n'ont pas tendance à abandonner les groupes pour aller chercher de l'aide ailleurs.

Le modèle de Andersen (1995) a permis de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les membres de groupes d'entraide et de soutien abandonnent. Ce modèle offre une structure théorique pertinente afin d'organiser les raisons d'abandon. En fait, les raisons d'abandon mentionnées par les participantes se sont classées sans difficulté parmi les 10 catégories à l'intérieur du modèle. Toutefois deux types de raisons semblent se confondre et devraient ainsi être plus détaillés: le besoin d'aide des membres et la satisfaction générale des membres face au groupe. La nature dynamique du modèle peut expliquer cette confusion entre les deux variables. Puisque le modèle d'Andersen (1995) a été utilisé pour la première fois afin d'étudier l'abandon au sein des groupes d'entraide et de soutien, d'autres recherches sont nécessaires afin de mieux cerner sa pertinence et sa valeur prédictive face au comportement d'abandon.

### Les stratégies afin de réduire l'abandon

D'après les résultats obtenus, plusieurs groupes participants font des efforts conscients afin de retenir les membres au sein de leur groupe. Le moyen le plus utilisé par les groupes est le contact avec les membres en dehors des rencontres par téléphone ou par courrier. Wituk et al. (1997) ont aussi rapporté que les groupes utilisent des contacts en dehors du groupe afin de rejoindre les personnes qui abandonnent. Ces auteurs mentionnent également que l'accueil des nouveaux membres est une méthode très utilisée afin de maintenir les membres au sein des groupes.

Les groupes qui font le plus d'efforts afin de maintenir la présence des membres aux rencontres, les groupes d'entraide, demeurent plus à risque de l'abandon précoce des membres que les deux autres types de groupe. Pour leur part, les groupes hybrides ont entrepris moins de tentatives que les autres types de groupe afin de réduire le taux d'abandon. Pourtant, ces groupes affirment que les effets de l'abandon sont très néfastes.

Tous les moyens utilisés par les groupes afin de retenir les membres au sein de leur groupe sont certes bons et améliorent la qualité de ces derniers. Cependant, il semblerait utile pour les groupes de trouver davantage de moyens afin de permettre aux membres d'accepter leur problème et d'avoir le désir de s'améliorer. Des techniques afin d'intensifier l'engagement initial des nouveaux membres pourraient aussi s'avérer profitables. Favoriser la motivation des membres constitue certes un outil essentiel afin de réduire le taux d'abandon de membres (Yalom, 1985), et ainsi permettre une plus grande stabilité à l'intérieur du groupe et le développement d'une plus grande cohésion entre les membres (Lieberman, 1990).

### Limites de la recherche

Une limite importante de cette recherche est l'absence du point de vue des membres qui abandonnent les groupes. Malgré la difficulté méthodologique de retracer les membres qui quittent les groupes d'entraide et de soutien, il serait pertinent d'obtenir leur point de vue et de comparer les raisons d'abandon avec celles obtenues dans cette étude.

Une autre limite de cette recherche est liée au recrutement des groupes participants. Les groupes qui n'ont pas été rejoints par manque de publicité ou de liens externes pourraient avoir des problèmes différents et un niveau de fonctionnement distinct des groupes répertoriés à partir de listes. La généralisation des résultats doit ainsi se faire avec certaines réserves.

Finalement, le fait que les participantes de cette étude sont des personnes qui occupent des places particulières au sein des groupes (leader, professionnelle, membre vétéran), un biais positif envers les groupes s'impose. Nous remarquons en effet, en ce qui concerne les raisons d'abandon, très peu d'attributions liées aux caractéristiques des groupes. Les attributions causales sont plutôt externes, c'est-à-dire envers les membres qui abandonnent. Puisque le choix des membres de ne pas retourner au groupe pourrait signifier une réaction face au phénomène d'entraide, une étude avec les membres « réguliers » des groupes pourrait s'avérer utile. En fait, la participation des membres à des recherches comme celle-ci peut être bénéfique. Étant donné que le contrôle constitue une dimension déterminante chez les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire, le fait de participer activement à quelque chose qui les concerne leur donne un élément de contrôle et une « voix » (Hartley, 1994a).

## Références

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 36, 1-10.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. Psychological Bulletin, 82(5), 738-783.

Becker, M. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. San Francisco, CA: Society for Public Health Education.

Blouin, J., Schnarre, K., Carter, J., Blouin, A., Tener, L., Zuro, C., & Barlow, J. (1995). Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 323-329.

Chesler, M. A., & Chesney, B. K. (1995). Cancer and self-help: Bridging the troubled waters of childhood illness. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Ciliska, D. (1990). Beyond Dieting: Psychoeducational interventions for chronically obese women, a non-dieting approach. New York: Brunner/Mazel.

Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? Psychotherapy and Psychosomatics, 65, 29-35.

Deeble, E. A., & Bhat, A. (1991). Women attending a self-help group for anorexia nervosa and bulimia: Views on self-help and professional treatment. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(1), 23-28.

Dolan, B. (1994). Why women? Gender issues and eating disorders: Introduction. Dans B. Dolan & I. Gilzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders, (pp. 1-20). London: The Athlone Press.

Edwards, W. (1954). The theory of decision making. Psychological Bulletin, 51, 380-417.

Enright A. B., Butterfield, P., & Berkowitz, B. (1986). Self-help and support groups in the management of eating disorders. Dans G. Garfinkel (Éd.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia, (pp. 491-512). New York: Guilford Press.

Franko, D. L. (1987). Anorexia nervosa and bulimia: A self-help group. Small Group Behavior, 8(3), 398-407.

Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turbull, J., & Hendersen, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. British Medical Journal, 296, 521-525.

Friedman, S. (1993). Decoding the « language of fat »: Placing eating-disorder groups in a feminist framework. Dans C. Brown & K. Jasper (Éds.), Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders (pp. 288-305). Toronto, ON: Second Story Press.

Gayle, A. (1992). Self-empowerment through support groups. National Eating Disorder Information Centre Bulletin, 7(3), 1-4.

Gidron, B., Chesler, M. A., & Chesney, B. K. (1991). Cross-cultural perspectives on self-help groups: Comparisons between participants and nonparticipants in Israel and the United States. American Journal of Community Psychology, 19, 667-682.

Gordon, R. A. (1992). Anorexie et boulimie: anatomie d'une épidémie sociale (I. Morel, Trad.). Paris: Stock/Laurence Pernoud. (Version originale publiée en 1990)

Hall, A. (1985). Group psychotherapy for anorexia nervosa. Dans D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Éds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 213-239). New York: Guilford.

Hartley, P. (1988). The role of self-help groups in eating disorders. Dans D. Scott (Éd.), Anorexia and bulimia nervosa: Practical approaches (pp. 177-191). New York: New York University Press.

Hartley, P. (1994a). Research: Can self-help groups make a meaningful contribution? European Eating Disorders Review, 2(1), 1-5.

Hartley, P. (1994b). Self-help groups for people with eating disorders: Is there a place for men? Dans B. Dolan & I. Gilzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders (pp. 119-123). London: The Athlone Press.

Hartley, P., & Newton, T. (1991). Self-help groups for eating disorders. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(2), 65-72.

Hendren, R. L., Atkins, D. M., Sumner, C. R., & Barber, J. K. (1987). Model for the group treatment of eating disorders. International Journal of Group Psychotherapy, 37(4), 589-602.

Ho, K. S. I., Nichaman, M. Z., Taylor, W. C., Lee, E. S., & Foreyt, J. P. (1995). Binge eating disorder, retention, and dropout in an adult obesity program. International Journal of Eating Disorders, 18(3), 291-294.

Humphreys, K., Mavis, B., & Stöfflemaier, B. (1991). Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: Preliminary findings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(4), 591-593.

Jeammet, P. (1993). Spécificité féminine et troubles des conduites alimentaires. Neuro-psy, 8(6), 271-277.

Jones, A. (1992). Community self-help groups for women with bulimic and compulsive eating problems. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 6(2), 63-71.

Kessler, R. C., Mickelson, K. D., & Zhao, S. (1997). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. Social Policy, 23(3), 27-46.

Kinoy, B. P. (1985). Self-help groups in the management of anorexia nervosa and bulimia: A theoretical base. Transactional Analysis Journal, 15(1), 73-78.

Lachance, L. (1996, 12 septembre). Un problème de taille à l'université, 65 000 femmes de 14 à 25 ans souffrent d'anorexie et/ou de boulimie. Le Soleil, p. A14.

Larocca, F. E. F. (1988). Self-help in anorexia and bulimia: Principle of organization and practice. Dans B. J. Blinder, B. F. Chaitin, & R. S. Goldstein (Éds.), The eating disorders medical and psychological bases of diagnosis and treatment (pp. 477-481). New York: PMA Publishing Corp.

Larocca, F. E. F. (1993). The BASH approach. Dans A. J. Giannini & A. E. Slaby (Éds.), The eating disorders (pp. 173-184). New York: Springer-Verlag.

Larocca, F. E. F., & Kolodny, N. J. (1983). Anorexia and bulimia: Facilitator's training manual, a primer: The BASH approach. St. Louis, MO: Midwest Medical Publications.

Lavoie, F. (1996). Questionnaire sur les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes âgées et leurs aidants naturels. Document inédit, Université Laval, Québec, Canada.

Lavoie, F., & Stewart, M. (1995). Les groupes d'entraide et les groupes de soutien: une perspective canadienne. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 14(2), 13-22.

Lavoie, F., Stewart, M., & Landry, S. (1996, août). Barriers to the use of mutual aid/self-help groups by canadian senior citizens. Affiche présentée au XXVIème congrès international de Psychology, Montréal, Canada.

Lee, J. A. B. (1991). Empowerment through mutual aid groups: A practice grounded conceptual framework. Groupwork, 4(1), 5-21.

Levine, M. P., Petrie, T. A., Gotthardt, J., & Sevig, T. D. (1990). A professionally led support group for males with eating disorders. Dans A. E. Andersen (Éd.), Males with eating disorders. New York: Brunner/Mazel.

Levy, L. H., & Derby, J. F. (1992). Bereavement support groups: Who joins; who does not; and why? American Journal of Community Psychology, 20(5), 649-662.

Lieberman, M. A. (1990). Understanding how groups work: A study of homogeneous peer group failures. International Journal of Group Psychotherapy, 40(1), 31-52.

Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1972). Encounter groups: First facts. New York: Basic Books.

Love, S. Q., Lewis, L. D., & Johnson, C. L. (1989). Group therapy in the treatment of bulimia nervosa. Dans W. C. Johnson (Éd.), Advances in eating disorders: Bulimia nervosa, perspectives on clinical research and therapy (Vol. 2, pp. 175-195). Greenwich, CT: Jai Press.

Luke, D. A., Roberts, L., & Rappaport, J. (1994). Individual, group context, and individual-group fit predictors of self-help group attendance. Dans T. J. Powell (Éd.), Understanding the self-help organization: Frameworks and findings (pp. 88-114). Thousand Oaks, CA: Sage.

Mackenzie, K. R., & Harper-Giuffre, H. (1992). Introduction to group concepts. Dans K. R. Mackenzie & H. Harper-Giuffre (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 29-52). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Malenbaum, R., Herzog, D., Eisenthal, S., & Wyshak, G. (1988). Overeaters Anonymous: Impact on bulimia. International Journal of Eating Disorders, 7(1), 139-143.

Meissen, G. J., Gleason, D. F., & Embree, M. G. (1991). An assessment of the needs of mutual-help groups. American Journal of Community Psychology, 19, 427-442.

Merril, C. A., Mines, R. A., & Starkey, R. (1987). The premature dropout in group treatment of bulimia. International Journal of Eating Disorders, 6, 293-300.

Mondros, J. B., & Wilson, S. M. (1994). Organizing for power and empowerment. New York: Columbia University Press.

Munro, J., & Laing, M. (1994). Self-help groups for women with bulimia nervosa. Dans B. Dolan & I. Gitzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders (pp. 72-78). London: The Athlone Press.

Mussel, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 395-401.

Newmark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. Journal of School Health, 66(2), 64-71.

Newton, T., & Hartley, P. (1990). Self-help groups for eating disorders: An analysis of attendance. Document inédit, University College Salford, Salford, Royaume-Uni.

Newton, T., Robinson, P., & Hartley, P. (1993). Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part II. Experiences of treatment: A survey of members of the Eating Disorders Association. Eating Disorders Review, 1(1), 10-21.

Parry-Crooke, G., & Ryan, J. (1986). Evaluation of self-help therapy groups for women with compulsive eating problems. Research Report, 13.

Pescosolido, B. A., & Kronenfeld, J. J. (1995). Health, illness, and healing in an uncertain era: Challenges from and for medical sociology, Journal of Health and Social Behavior, (extra issue), 5-33.

Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., & Aday, L. A. (sous presse). Understanding the context of health care utilization: The importance of environmental and provider-related variables in operationalizing the Behavioral Model of Utilization. Health Services Research.

Powell, T. J., Garvin, C. D., Hill, G. H., & Kurtz, L. F. (1994, septembre). A model of A.A. utilization by persons with a dual diagnosis (the co-occurrence of alcoholism and severe mental illness). Document présenté à l'International Conference on Addiction and Mutual Help Movements in a Comparative Perspective, Toronto, Canada.

Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the Health Belief Model. Health Education Research, 1, 153-161.

Priest, P., Wagner, H., & Waller, G. (1991). Psychological characteristics of anorexic and bulimic women who attend self-help groups. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(2), 77-84.

Pyle, R. L. (1990). Psychotherapy. Dans A. S. Bellack & M. Hersen (Éds.), Handbook of comparative treatments for adult disorders (pp. 331-354). New York: Wiley Series on Personality Processes.

Rathner, G., Bönsch, C., Maurer, G., Walter, M. H., & Söllner, W. (1993). The impact of a 'guided self-help group' on bulimic women: A prospective 15 months study of attenders and non-attenders. Journal of Psychosomatic Research, 37(4), 389-396.

Rees, K. B. (1996). A feminist therapy application of the boundary model with obese female binge eaters. Applied and Preventive Psychology, 5, 111-116.

Riebel, L. K. (1990). The dropout problem in outpatient psychotherapy groups for bulimics and compulsive eaters. Psychotherapy, 27(3), 404-410.

Rice, C., & Faulkner, J. (1992). Support and self-help groups. Dans H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 245-258). Washington: American Psychiatric Press.

Ronis, D. L. (1992). Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. Health Psychology, 11, 127-134.

Rubel, J. A. (1984). The function of self-help groups in recovery from anorexia nervosa and bulimia. Psychiatric Clinics of North America, 7(2), 381-394.

Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. International Journal of Eating Disorders, 18(3), 209-219.

Shisslak, C. M., Crago, M., Schnaps, L., & Swain, B. (1986). Interactional group therapy for anorexic and bulimic women. Psychotherapy, 23, 298-606.

Slade, P. (1983). The role of counselling and self-help groups in the management of anorexia nervosa. Dans E. Karas (Éd.), Current issues in clinical psychology, (Vol. 1, pp. 73-82). New York: Plenum Press.

Steiger, H., Leung, F. Y. K., Puentes-Neuman, G., & Gottheil, N. (1992). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. International Journal of Eating Disorders, 11(2), 121-131.

Szmukler, G., Eisler, I., Russel, G. F. M., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. British Journal of Psychiatry, 147, 265-271.

Touyz, S. W. (1988). Self-help groups. Dans G. D. Burrows, P. J. V. Beumont, & R. C. Casper (Éds.), Handbook of eating disorders part 2: Obesity (pp. 261-268). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V. (Biomedical Division).

Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. British Journal of Medical Psychology, 56, 145-156.

Volkmar, F. R., Stunkard, A. J., Woolston, J., & Bailey, R. (1981). High attrition rates in commercial weight reduction programs. Arch Intern Med, 141, 426-428.

Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. Health Psychology, 12(4), 324-333.

Wituk, S., Klamik, L., Colgate, J., Grubb, K., & Meissen, G. (1997, mai). A topography of self-help groups: An empirical analysis. Affiche présentée au Biennial Conference of the Society for Community Research and Action, Columbia, South Carolina.

Yager, J. (1994). Psychosocial treatments for eating disorders. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 57, 153-164.

Yager, J., Landsverk, J., & Edelstein, C. K. (1989). Help seeking and satisfaction with care in 641 women with eating disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 177(10), 632-637.

Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy (3rd ed). New York: Basic Books.

Yeary, J. (1987). The use of Overeaters Anonymous in the treatment of eating disorders. Journal of Psychoactive Drugs, 19(3), 303-309.

Tableau 1

Moyennes et écarts-types de six problèmes selon les types de groupe et le total

Problème	Type de groupe			
	Entraide M (ÉT)	Soutien M (ÉT)	Hybride M (ÉT)	TOTAL M (ÉT)
Recrutement de nouveaux membres	2.04 (1.1)	3.18 (.75)	3.08 (1.1)	2.56 (1.1)
Participation irrégulière des membres aux rencontres	2.44 (.77)	2.91 (.83)	2.39 (.65)	2.53 (.77)
Ne pas savoir quoi faire ou vers qui se tourner quand des problèmes surviennent dans le groupe	3.28 (.94)	3.46 (.69)	3.62 (.51)	3.41 (.79)
Manque d'information et de sensibilisation du public et des professionnelles au sujet des problèmes alimentaires et des ressources disponibles	1.92 (1.0)	2.27 (1.1)	2.36 (1.1)	2.11 (1.0)
Difficulté avec le rôle du professionnel dans le groupe	3.83 (.64)	3.73 (.47)	3.46 (.52)	3.71 (.58)
Abandon des membres peu de temps après leur arrivée dans le groupe	2.40 (.86)	3.18 (.87)	3.00 (.82)	2.74 (.91)

Note. Chaque problème a été évalué sur une échelle de 1 à 4: 1=problème très important; 2=problème important; 3=problème quelque peu important; 4=problème pas du tout important. Le N pour les groupes d'entraide varie de 24 à 25, le N pour les groupes de soutien est de 11, le N pour les groupes hybrides varie de 11 à 13 et le N total varie de 47 à 49.

Tableau 2

Effets de l'abandon selon 3 niveaux

Niveau	Description	Exemples
Organisationnel	L'abandon des membres désorganise le groupe en ce qui concerne le contenu des rencontres et le fonctionnement général du groupe (activités, leadership, déroulement des rencontres).	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les partages manquent de variété »</li> <li>« Il manque d'idées nouvelles »</li> <li>« Découragement des organisatrices »</li> <li>« Difficile de prévoir et réaliser certaines activités qui demandent un minimum de participants pour que ce soit intéressant »</li> <li>« C'est difficile à suivre les thèmes à chaque semaine quand les gens ne viennent pas aux rencontres »</li> <li>« Ils abandonnent leurs engagements face au groupe, ce qui laisse parfois un poste dans le groupe libre ou une rencontre sans leader »</li> </ul>
Climat	L'abandon des membres bouleverse la dynamique du groupe, l'interaction entre les membres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Elle nuit au sentiment d'appartenance »</li> <li>« Le moral du groupe est diminué »</li> <li>« Nous nous demandons comment nous pouvons nous encourager et nous enthousiasmer les unes les autres »</li> <li>« Brise la continuité et l'engagement de soutien entre les membres »</li> <li>« Brise la continuité dans la construction de relations »</li> <li>« Difficile à maintenir la complicité du groupe »</li> </ul>
Individuel	Les membres qui restent dans le groupe vivent des difficultés au niveau individuel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Amène les autres membres du groupe à se demander s'ils devraient faire de même et abandonner »</li> <li>« Les membres qui restent dans le groupe peuvent se demander s'ils étaient suffisamment gentils ou s'ils étaient suffisamment utiles »</li> <li>« Les membres qui restent se sentent abandonnés »</li> <li>« Amène les autres membres à se questionner sur leur intérêt »</li> <li>« Sentiments d'abandon »</li> <li>« Sentiments de rejet et de colère »</li> </ul>

Note. Certaines citations de la colonne « exemples » sont une traduction libre.

Tableau 3

**Raisons d'abandon** (inspiré du *Behavioral Model of Health Services' Use*, Andersen (1995))

Niveau	Description	Exemples
<b>1. Environnement</b>		
1.1 Autre source d'aide	Recours à des thérapies individuelles, des groupes éducatif ou de thérapie, autre groupe d'entraide ou de soutien.	« Thérapie individuelle ou alternative » « Ils ont trouvé un autre groupe d'aide ou de soutien »
<b>2. Caractéristiques liées au membre</b>		
2.1 Caractéristiques personnelles	Caractéristiques démographiques, structure sociale, caractéristiques psychologiques.	« Esprit fermé » « Fierté » « Peur de ne pas réussir »
2.2 La personne dans le contexte du groupe	Difficultés par rapport au contexte du groupe, au climat (ne profite pas de l'expérience du groupe, du sentiment d'appartenance).	« Conflit de personnalité » « Ils n'arrivent pas à s'intégrer avec le groupe » « Difficulté avec l'interaction »
2.3 Réseau social hors du groupe	L'environnement familial, ami(e)s, collègues de travail mettent de la pression sur la personne quant à sa participation au groupe.	« Pression de la famille et des amis à joindre le groupe » « Sont venus poussés par quelqu'un d'autre »
2.4 Difficultés pratiques	Distractions de l'environnement immédiat de la personne (horaire, travail, études, famille, transport).	« Travail le soir du groupe » « Difficulté avec l'heure et la journée de la rencontre, conflits avec d'autres obligations »
2.5 Besoin d'aide	Non reconnaissance du problème, du besoin d'aide. Pas prêt à abandonner comportement alimentaire problématique.	« Dénier du problème » « Ambivalence à changer leur comportement alimentaire »
<b>3. Caractéristiques liées au groupe</b>		
3.1 Caractéristiques du groupe	Aspect spécifique du fonctionnement du groupe (philosophie, fréquence des rencontres, leadership, accueil, caractéristiques des membres) qui ne leur plaît pas.	« Trouve le groupe trop formel, ne répond pas à leurs besoins » « Taille et la composition des membres du groupe » « La dimension spirituelle »
<b>4. Conséquences</b>		
4.1 État de santé	Aucun ou peu de progrès, rechute ou pense ne plus avoir besoin du groupe.	« Peu de progrès ou absence de progrès » « Aggravation des symptômes » « Ils font une rechute »
4.2 Évaluation professionnelle	Besoin d'une prise en charge plus intense.	« Hospitalisation »
4.3 Satisfaction générale	Déception générale de ne pas avoir trouvé la recette souhaitée par ex. solution facile et rapide.	« Ne trouvent pas le « quick fix » qu'ils cherchaient » « Recherchent des « recettes miracles qui agissent vite »

Note. Certaines citations de la colonne « exemples » sont une traduction libre.

Tableau 4

Moyennes et les écarts-types des raisons d'abandon selon les types de groupes

Raison d'abandon	Type de groupe			
	Entraide	Soutien	Hybride	Total
a) Joint un autre groupe d'entraide ou de soutien	2.83 (1.1)	3.50 (.71)	3.54 (.78)	3.17 (.99)
b) Ils font une rechute	1.59 (.85)	2.60 (.84)	2.50 (1.17)	2.07 (1.0)
c) Pressions de leur entourage	2.83 (.92)	3.11 (.78)	2.73 (1.01)	2.86 (.91)
d) Difficultés pratiques	2.00 (.72)	2.30 (.82)	2.17 (.94)	2.11 (.80)
e) Ne voit pas le besoin d'avoir de l'aide	1.33 (.57)	2.2 (.79)	2.08 (1.17)	1.72 (.89)
f) Fonctionnement du groupe	2.96 (.71)	2.60 (.70)	3.50 (.52)	3.02 (.72)
g) Hospitalisation	3.46 (.78)	3.44 (.53)	3.00 (.74)	3.33 (.74)
h) Source alternative d'aide (ex: thérapie)	2.52 (.73)	2.80 (.79)	3.09 (.54)	2.73 (.73)
i) Dimension spirituelle trop présente	2.57 (.84)	4.00 (.00)	3.83 (.39)	3.22 (.93)
j) Problème alimentaire trop sévère	2.92 (.88)	2.90 (.32)	2.5 (.80)	2.80 (.78)
k) Personne dans le contexte de groupe (timide, passive)	2.88 (.90)	2.70 (.48)	2.46 (.93)	2.73 (.84)
l) Un ou plusieurs autre(s) problème(s)	2.46 (.59)	2.60 (.84)	2.91 (.94)	2.60 (.75)
m) Trop différents des autres membres	3.25 (.99)	3.00 (.67)	3.08 (.79)	3.15 (.87)

Raison d'abandon	Type de groupe			Total
	Entraide	Soutien	Hybride	
n) Pas d'accord avec les idées du groupe	2.75 (1.0)	2.80 (1.1)	3.55 (.69)	2.96 (1.0)
o) Difficultés à s'intégrer dans le groupe	2.96 (.91)	2.90 (.74)	3.00 (.95)	2.96 (.87)
p) Caractéristiques personnelles (SSE, âge, niveau d'études)	3.46 (.66)	3.30 (.48)	3.08 (.67)	3.33 (.63)
q) Difficultés présentes chez les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (ex: résistance au changement)	1.74 (.86)	2.1 (.99)	1.91 (.83)	1.86 (.88)

Note. Chaque énoncé (raison d'abandon) était évalué sur une échelle de 1 à 4: 1=raison très souvent présente; 2=raison souvent présente; 3=raison peu souvent présente; 4=raison jamais présente. Le nombre de participants constitue la moyenne pour l'ensemble des énoncés. Le N pour les groupes d'entraide varie de 22 à 24; le N pour les groupes de soutien varie de 11 à 13, le N pour les groupes hybrides varie de 9 à 10 et le N total varie de 44 à 49.

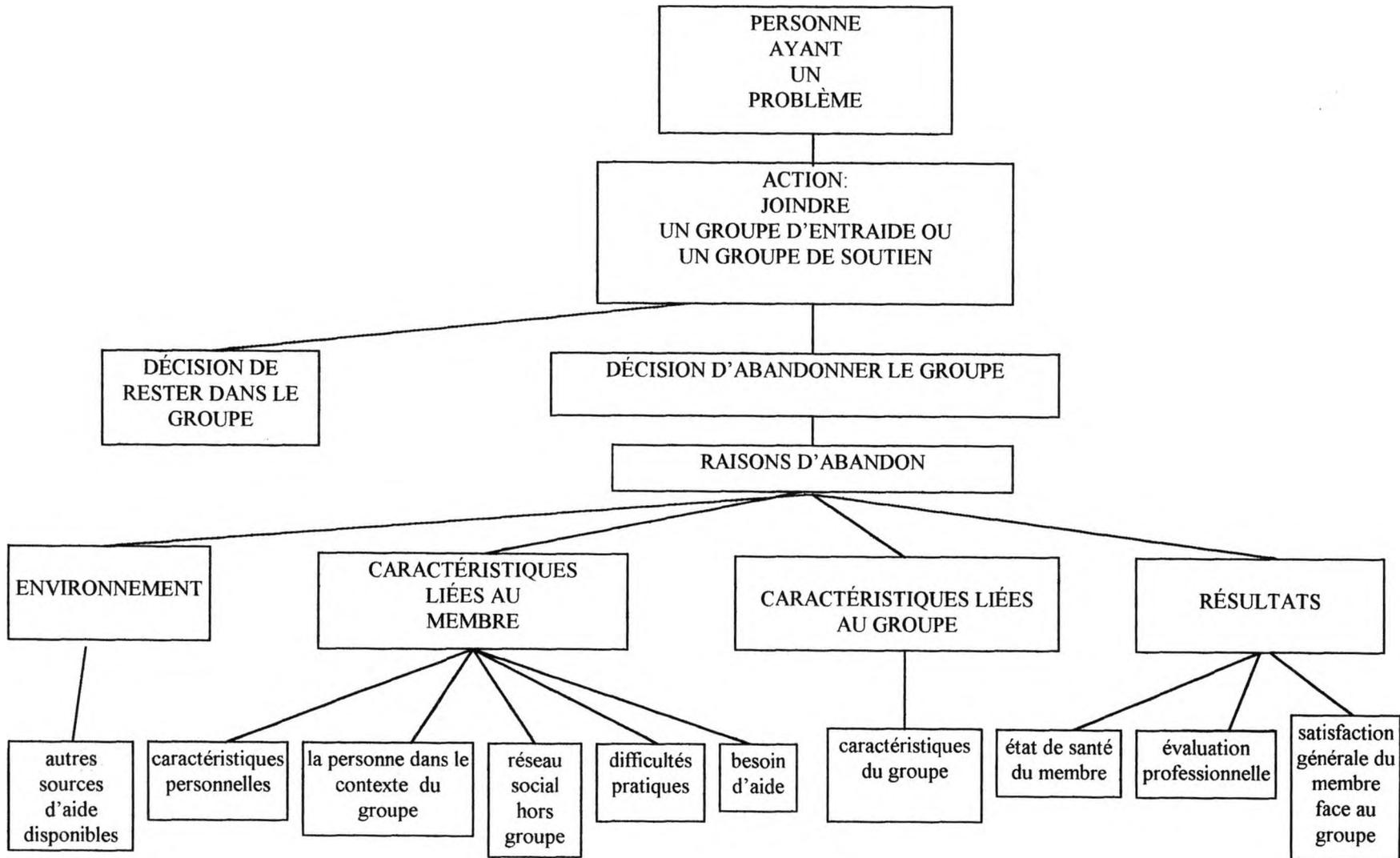
Tableau 5

Moyens utilisés par les groupes afin de réduire le taux d'abandon des membres

Niveau	Description	Exemples
Organisationnel	Le fonctionnement du groupe (structure, fréquence et durée des rencontres, activités du groupe, règlements, philosophie, etc.).	« Changer l'heure et la journée des rencontres pour les rendre plus accessibles » « Changer le format » « Le groupe est très flexible et permet et encourage la participation au groupe même après plusieurs absences »
Étapes préalables	Les étapes avant la participation du membre « potentiel » aux rencontres du groupe (publicité, documents écrits, recrutement, techniques de pré-sélection, engagement écrit, verbal ou financier, etc.).	« La seule chose que nous (les animateurs) ont fait c'est de mettre plus d'emphase sur l'engagement et la présence des membres au groupe lors d'une rencontre préalable avec chaque membre » « Au moment de l'évaluation individuelle, une entente est conclue afin que la personne s'engage à téléphoner si elle ne peut venir » « Avoir des bonnes techniques de pré-sélection »
Accueil initial	Toutes les démarches qui permettent une meilleure intégration du nouveau membre dans le groupe (accueil spécial, disponibilité des membres pour répondre aux questions, assigner petites tâches, groupe pour les nouveaux membres, etc.).	« Améliorer l'accueil dans un groupe » « On est ouvert et tolérant face aux attitudes du nouveau » « Nous avons une rencontre pour les nouveaux ce qui nous évite de mettre l'accent sur les nouveaux à chacune de nos rencontres » « On essaie d'intégrer les nouveaux en leur suggérant de petites tâches » « Nous nous montrons disponibles à les (nouveaux) écouter, à répondre à leurs questions »
Climat	Les échanges divers à l'intérieur du groupe (encouragements, récompenses) et l'implication des membres.	« Ils (les membres) s'encouragent mutuellement » « Nous essayons d'encourager les membres à s'engager davantage dans le groupe et dans les tâches du groupe »
Liens en dehors	Les contacts à l'extérieur des rencontres du groupe (téléphone, courrier).	« Appels personnels aux membres qui ont démissionné pour mieux comprendre les raisons » « Nous écrivons des cartes »
Consultation et évaluation	Faire le point sur les aspects positifs du groupe et les dimensions qui peuvent être améliorées (par ex. comment faire afin de diminuer l'abandon).	« Élaboration de questionnaires d'évaluation des activités » « Une fois l'an nous faisons un inventaire de groupe, c'est-à-dire le bilan de nos forces et des choses que nous pourrions améliorer afin que les nouveaux se sentent à l'aise dans notre groupe » « Sondage pour mieux cerner les besoins »

Note. Certaines citations de la colonne « exemples » sont une traduction libre.

Figure 1. Les raisons d'abandon des membres de groupes d'entraide et de soutien (inspiré du *Behavioral Model of Health Services' Use* (Andersen, 1995).



## Conclusion Générale

Les groupes d'entraide et les groupes de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire ont été examinés dans le cadre de ce mémoire. L'analyse de ces groupes représente un intérêt particulier compte tenu du taux élevé de gens touchés par un problème alimentaire et de l'insuffisance de ressources disponibles. Ce travail comportait trois parties principales: l'introduction générale, l'étude 1 et l'étude 2.

L'introduction générale a d'abord présenté les principales notions traitées dans le mémoire. Premièrement, les groupes d'entraide et les groupes de soutien ont été définis et des distinctions entre eux ont été établies. Deuxièmement, les troubles liés au comportement alimentaire ont été précisés, soit l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et l'obésité. Ensuite, l'historique des groupes d'entraide et de soutien pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire et leurs effets bénéfiques ont été présentés. Enfin, l'éclaircissement de ces concepts a permis de mettre en contexte les questions de recherche analysées à partir de deux études.

La première étude, présentée dans le chapitre 1, a donné un aperçu des caractéristiques des groupes d'entraide et de soutien canadiens destinés aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Du fait qu'aucun rapport ne fait état de cette modalité d'aide au Canada, il semblait utile d'examiner de plus près les différents aspects de ces groupes. Les dimensions suivantes ont été explorées: l'histoire et le fonctionnement des groupes, le recrutement et la participation des membres, l'animation, le leadership et l'implication professionnelle, les caractéristiques des membres et les éléments positifs des groupes.

Les résultats ont démontré que malgré certaines divergences des trois types de groupes, les objectifs, les activités et les aspects positifs pour les membres sont essentiellement les mêmes. De plus, l'accès à ces groupes s'avère généralement facile ce qui donne une très grande flexibilité aux membres. En général, les groupes accordent une

place importante à l'opinion des membres facilitant ainsi l'expression de leurs besoins et leur permettant de choisir les thèmes et le contenu des rencontres. L'animation des groupes est, pour la plupart des groupes, prise en charge par des personnes ayant connu un problème alimentaire. Le fait d'avoir des professionnelles associées aux groupes ne diminue pas cependant l'importance accordée au savoir profane des membres. Au contraire, la presque totalité des groupes valorisent ce savoir et encouragent le soutien entre les membres. De plus, les différents types de liens entretenus avec des professionnelles ne semblent pas interférer avec les objectifs des groupes et les bénéfices retirés par les membres.

Il semblerait toutefois pertinent d'examiner les effets bénéfiques des groupes en analysant l'opinion de plusieurs membres « réguliers », c'est-à-dire les membres qui n'occupent pas un rôle particulier au sein du groupe. De plus, des recherches subséquentes seraient nécessaires afin d'explorer plus précisément les relations qui existent entre les groupes et celles entre les groupes, les professionnelles et les autres ressources communautaires. Une coordination entre ces types d'aide paraît essentielle puisque chacun a une valeur particulière à apporter aux individus (Powell, 1989).

La deuxième étude, articulée dans le chapitre 2, a cerné le phénomène de l'abandon des membres au sein des groupes. Plus particulièrement, le travail visait à connaître les raisons de l'abandon des membres et de les étudier à partir d'un modèle théorique sur l'utilisation des services de soins de santé, le *Behavioral Model of Health Services' Use* de R. M. Andersen (1995). Étant donné qu'une meilleure compréhension des raisons d'abandon peut permettre aux groupes de répondre davantage aux besoins des membres et de leur offrir la possibilité de bénéficier d'une implication à plus long terme, il paraissait conséquent d'examiner cette problématique de manière plus approfondie. De plus, les effets de l'abandon et les stratégies utilisées par les groupes afin de réduire le taux d'abandon des membres ont été examinés.

Les résultats de l'étude 2 ont montré que l'abandon ne représente pas le problème le plus important rencontré par les groupes. En fait, le manque d'information et de sensibilisation du public et des professionnelles à l'égard des troubles alimentaires et des ressources disponibles s'avère plus nuisible pour les groupes. Toutefois, même si l'abandon n'est pas le problème le plus important, ce dernier entraîne des effets défavorables, notamment pour les membres qui demeurent dans le groupe. La raison d'abandon des membres la plus fréquemment mentionnée par les groupes est liée au besoin d'aide des membres, à leur déni face à leur problème et à leur manque de motivation. Cette information est toutefois paradoxale puisque la motivation première des membres à rejoindre le groupe vient de leur propre intention. L'ambivalence qui caractérise souvent les personnes ayant un trouble alimentaire peut expliquer ce déni face au problème et cette tendance à éviter les conflits.

Afin de réduire le taux d'abandon, les stratégies utilisées par les groupes ont été mises en lumière. Ces efforts doivent ainsi faciliter la présence à plus long terme de la part des membres puisque celle-ci peut entraîner des effets positifs autant pour les membres que pour les groupes. De plus, il paraît favorable pour les groupes de prévoir des moyens afin de permettre aux membres, dès leur arrivée au sein du groupe, de s'impliquer activement dans leur cheminement thérapeutique et de maintenir une motivation constante.

D'autres recherches s'avèrent essentielles afin de mieux cerner le phénomène de l'abandon de groupes d'entraide et de soutien chez les membres ayant un trouble lié au comportement alimentaire. Puisque le modèle de Andersen (1995) a été utilisé pour la première fois dans ce contexte d'aide, des études subséquentes seraient nécessaires afin d'évaluer sa pertinence à démystifier l'abandon. Il serait intéressant, par exemple, d'isoler un élément du modèle et de l'étudier plus intensément. Malgré les difficultés méthodologiques, il serait aussi avantageux d'obtenir l'opinion des membres qui quittent les groupes et de la comparer à celle des représentantes des groupes de cette étude.

Étant donné que les groupes soulignent avoir comme problème le manque d'information et de sensibilisation de la part du public et des professionnelles à l'égard des troubles alimentaires et des ressources disponibles (étude 2) mais qu'en même temps, très peu des groupes font connaître leurs opinions et leurs inquiétudes aux niveaux régional, provincial ou national (étude 1), il semblerait judicieux d'évaluer les moyens pouvant améliorer cette situation. En fait, un travail d'équipe avec la communauté professionnelle, les groupes d'entraide et de soutien et les centres d'entraide pourrait être une solution envisagée afin de mettre en évidence la valeur de ces ressources auprès du grand public. Les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire ont tendance à être des consommatrices de multiples services traditionnels et non-traditionnels (Deeble & Bhat, 1991; Yager, Landsverk, & Edelstein, 1989). C'est pourquoi une collaboration accentuée entre les différentes sources d'aide contribuerait certainement à préciser l'apport de chacun dans le cheminement thérapeutique de ces personnes.

## Bibliographie générale

Adam, D., & Hoehne, D. (1989). Mutual aid in remote areas: Addressing the obstacles. Canada's Mental Health, 37, 18-21.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

American Psychiatric Association (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.). Paris: Masson.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 36, 1-10.

Apfeldorfer, G. (1991). Je mange, donc je suis: surpoids et troubles du comportement alimentaire. Paris: Payot.

Apfeldorfer, G. (1995). Anorexie, boulimie, obésité. Paris: Flammarion.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. Psychological Bulletin, 82(5), 738-783.

Balthazar, H. (1989). Le mouvement d'entraide en Amérique du Nord. Dans J.-M. Romeder, H. Balthazar, A. Farquharson, & F. Lavoie (Éds.), Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités (pp. 99-114). Ottawa: Conseil canadien de développement social.

Bear, M., & Gayle, A. (1993). The National Eating Disorder Information Centre: A profile. Dans C. Brown & K. Jasper (Éds.), Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders, (pp. 409-420). Toronto: Second Story Press.

Beck, M. (1996). A spirited journey: Wholistic healing from eating problems. National Eating Disorders Information Centre Bulletin, 11(3), 1-3.

Becker, M. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. San Francisco, CA: Society for Public Health Education.

Berenson, D. (1991). Powerlessness-liberating or enslaving? Responding to the feminist critique of the twelve steps. Journal of Feminist Family Therapy, 3(3/4), 67-84.

Block, E., & Llewelyn, S. (1987). Leadership skills and helpful factors in self-help groups. British Journal of Guidance and Counselling, 15(3), 257-270.

Blouin, J., Schnarre, K., Carter, J., Blouin, A., Tener, L., Zuro, C., & Barlow, J. (1995). Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 323-329.

Bruch, H. (1994). Les yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique. (I. Verne & M. Manin, trad.). Paris: Payot. (Version originale publiée en 1973)

Burgard, D., & Lyons, P. (1994). Alternatives in obesity treatment: Focusing on health for fat women. Dans P. Fallon, M. A. Katzman, & S. C. Wooley (Éds.), Feminist perspectives on eating disorders, (pp. 212-230). New York: Guilford Press.

Castonguay, L. G., Eldredge, K. L., Agras, W. S. (1995). Binge eating disorder: current state and future directions. Clinical Psychology Review, 15(8), 865-890.

Chesler, M. A., & Chesney, B. K. (1995). Cancer and self-help: Bridging the troubled waters of childhood illness. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Ciliska, D. (1990). Beyond Dieting: Psychoeducational interventions for chronically obese women, a non-dieting approach. New York: Brunner/Mazel.

Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? Psychotherapy and Psychosomatics, 65, 29-35.

Crisp, A. (1980). Anorexia nervosa: Let me be. London: Academic Press.

DeAngelis, T. (1997, mars). Do online support groups help for eating disorders? APA Monitor, p. 43.

Deeble, E. A., & Bhat, A. (1991). Women attending a self-help group for anorexia nervosa and bulimia: Views on self-help and professional treatment. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(1), 23-28.

Dessau, L. (1992). A report on the state of self-help in Canada. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

Dessureault, L., & Daigneault, D. (1991). L'obsession de la minceur: un guide d'intervention. Verdun, QC: Centre des Femmes de Verdun.

Dolan, B. (1994). Why women? Gender issues and eating disorders: Introduction. Dans B. Dolan & I. Gilzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders, (pp. 1-20). London: The Athlone Press.

Edwards, W. (1954). The theory of decision making. Psychological Bulletin, 51, 380-417.

Enright, A. B., Butterfield, P., & Berkowitz, B. (1985). Self-help and support groups in the management of eating disorders. Dans G. Garfinkel (Éd.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 491-512). New York: Guilford Press.

Ferguson, K. J., & Spitzer, R. L. (1995). Binge eating disorder in a community-based sample of successful and unsuccessful dieters. International Journal of Eating Disorders, 18(2), 167-172.

Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S., & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. Journal of Adolescent Health, 16(6), 420-437.

Flores, P. J. (1988). Group psychotherapy with addicted populations. London: Haworth Press.

Franko, D. L. (1987). Anorexia nervosa and bulimia: A self-help group. Small Group Behavior, 8(3), 398-407.

Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turbull, J., & Hendersen, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. British Medical Journal, 296, 521-525.

Friedman, S. (1993). Decoding the « language of fat »: Placing eating-disorder groups in a feminist framework. Dans C. Brown & K. Jasper (Éds.), Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders (pp. 288-305). Toronto, ON: Second Story Press.

Gayle, A. (1992). Self-empowerment through support groups. National Eating Disorder Information Centre Bulletin, 7(3), 1-4.

Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. Clinical Psychology Review, 11(6), 729-780.

Gartner, A. (1990). A typology of women's self-help groups. Dans A. H. Katz & E. I. Bender (Éds.), Helping one another: Self-help groups in a changing world (35-45). Oakland, CA: Third Party Publishing.

Gartner, A. J., & Riessman, F. (1982). Self-help and mental health. Hospital Community Psychiatry, 33, 631-635.

Gidron, B., Chesler, M. A., & Chesney, B. K. (1991). Cross-cultural perspectives on self-help groups: Comparisons between participants and nonparticipants in Israel and the United States. American Journal of Community Psychology, 19, 667-682.

Goldner, V. (1984). *Overeaters Anonymous*. Dans A. Gartner & F. Riessman (Éds.), The self-help revolution (pp 65-72). New York: Human Sciences Press.

Gordon, R. A. (1992). Anorexie et boulimie: anatomie d'une épidémie sociale (I. Morel, Trad.). Paris: Stock/Laurence Pernoud. (Version originale publiée en 1990)

Guay, J. (1987). Les groupes d'entraide au Canada: un profil des bénévoles tiré de l'Enquête nationale sur le bénévolat de 1987. Profil n°34.

Gottlieb, B. H. (1982). Mutual help groups: Members' views of their benefits and roles for professionals. Prevention in Human Services, 1, 55-68.

Gottlieb, B. H., & Peters, L. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. American Journal of Community Psychology, 19(5), 651-666.

Hall, A. (1985). Group psychotherapy for anorexia nervosa. Dans D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Éds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 213-239). New York: Guilford.

Halmi, K. A., Falk, U. R., & Schwarz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. Psychological Medicine, 11, 697-706.

Harper-Giuffre, H. (1992). Overview of the eating disorders. Dans H. Harper-Giuffre & K. R. Mackenzie (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 3-28). Washington: American Psychiatric Press.

Hartley, P. (1983). The value of self-help groups in anorexia nervosa. Dans E. Karas (Éd.), Current Issues in Clinical Psychology, (vol. 1, pp. 95-103). New York: Plenum Press.

Hartley, P. (1988). The role of self-help groups in eating disorders. Dans D. Scott (Éd.), Anorexia and bulimia nervosa: Practical approaches (pp. 177-191). New York: New York University Press.

Hartley, P. (1994a). Research: Can self-help groups make a meaningful contribution? European Eating Disorders Review, 2(1), 1-5.

Hartley, P. (1994b). Self-help groups for people with eating disorders: Is there a place for men? Dans B. Dolan & I. Gilzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders (pp. 119-123). London: The Athlone Press.

Hartley, P., & Newton, T. (1991). Self-help groups for eating disorders. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(2), 65-72.

Hendren, R. L., Atkins, D. M., Sumner, C. R., & Barber, J. K. (1987). Model for the group treatment of eating disorders. International Journal of Group Psychotherapy, 37(4), 589-602.

Ho, K. S. I., Nichaman, M. Z., Taylor, W. C., Lee, E. S., & Foreyt, J. P. (1995). Binge eating disorder, retention, and dropout in an adult obesity program. International Journal of Eating Disorders, 18(3), 291-294.

Humphreys, K., Mavis, B., & Stöfflemaier, B. (1991). Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: Preliminary findings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(4), 591-593.

Jeammet, P. (1993). Spécificité féminine et troubles des conduites alimentaires. Neuro-psy, 8(6), 271-277.

Jones, A. (1992). Community self-help groups for women with bulimic and compulsive eating problems. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 6(2), 63-71.

Kasl, C. D. (1992). Many roads, one journey: Moving beyond the twelve steps. New York: Harper Collins.

Katz, A. H. (1993). Self-help in America: A social movement perspective. New York: Twayne Publishers.

Katz, A. H., Hedrick, H. L., Isenberg, D. H., Thompson, L. M., Goodrich, T. & Kutscher, A. H. (Éds.) (1992). Self-help: Concepts and applications. Philadelphia: Charles Press.

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Weiss, S. R., & Jimerson, D. C. (1986). Relationship of mood alterations to bingeing behaviour in bulimia. British Journal of Psychiatry, 149, 479-485.

Kessler, R. C., Mickelson, K. D., & Zhao, S. (1997). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. Social Policy, 27(3), 27-46.

Kinoy, B. P. (1985). Self-help groups in the management of anorexia nervosa and bulimia: A theoretical base. Transactional Analysis Journal, 15(1), 73-78.

Knight, B., Wollert, R. W., Levy, L. H., Frame, C. L., & Padgett, V. P. (1980). Self-help groups: The members' perspectives. American Journal of Community Psychology, 8(1), 53-65.

Kurtz, L. F. (1989). Twelve-step programs. Dans T. J. Powell (Éd.), Working with self-help (pp. 93-119). Silver Springs, MD: National Association of Social Workers.

Kurtz, L. F. (1997). Self-help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Lachance, L. (1996a, 24 mars). 13 000 jeunes femmes souffrent d'anorexie: la situation est désespérée. Le Soleil, pp. 1, A2.

Lachance, L. (1996b, 12 septembre). Un problème de taille à l'université, 65 000 femmes de 14 à 25 ans souffrent d'anorexie et/ou de boulimie. Le Soleil, p. A14.

Larocca, F. E. F. (1988). Self-help in anorexia and bulimia: Principle of organization and practice. Dans B. J. Blinder, B. F. Chaitin, & R. S. Goldstein (Éds.), The eating disorders: Medical and psychological bases of diagnosis and treatment (pp. 477-481). New York: PMA Publishing Corp.

Larocca, F. E. F., & Kolodny, N. J. (1983). Anorexia & bulimia facilitator's training manual a primer: The BASH approach. St-Louis, MO: Midwest Medical Publications.

Lavoie, F. (1989). L'évaluation des groupes d'entraide. Dans J.-M. Romeder, H. Balthazar, A. Ferquharso, & F. Lavoie (Éds.), Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités. (pp. 77-98). Ottawa/Montréal: Conseil canadien de développement social.

Lavoie, F. (1996). Questionnaire sur les groupes d'entraide et de soutien pour les personnes âgées et leurs aidants naturels. Document inédit, Université Laval, Québec, Canada.

Lavoie, F., & Dufort, F. (1995). La recherche avec les groupes d'entraide: les difficultés méthodologiques et les défis. La Revue Canadienne du Vieillessement, 14 (Suppl. 1), 177-200.

Lavoie, F., & Stewart, M. (1995). Les groupes d'entraide et les groupes de soutien: une perspective canadienne. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 14(2), 13-22.

Lavoie, F., Stewart, M., & Landry, S. (1996, août). Barriers to the use of mutual aid/self-help groups by canadian senior citizens. Affiche présentée au XXVIth International Congress of Psychology, Montréal, Canada.

Lee, J. A. B. (1991). Empowerment through mutual aid groups: A practice grounded conceptual framework. Groupwork, 4(1), 5-21.

Levine, M. P., Petrie, T. A., Gotthardt, J., & Sevig, T. D. (1990). A professionally led support group for males with eating disorders. Dans A. E. Andersen (Éd.), Males with eating disorders. New York: Brunner/Mazel.

Levy, L. H., & Derby, J. F. (1992). Bereavement support groups: Who joins; who does not; and why? American Journal of Community Psychology, 20(5), 649-662.

Lieberman, M. A. (1990). Understanding how groups work: A study of homogeneous peer group failures. International Journal of Group Psychotherapy, 40(1), 31-52.

Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1972). Encounter groups: First facts. New York: Basic Books.

Lotery, J. L., & Jacobs, M. K. (1995). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: The self-helpers' perspective. Dans F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Éds.), Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives (pp. 279-302). New York: Haworth Press.

Love, S. Q., Lewis, L. D., & Johnson, C. L. (1989). Group therapy in the treatment of bulimia nervosa. Dans W. C. Johnson (Éd.), Advances in eating disorders: Bulimia nervosa, perspectives on clinical research and therapy (Vol. 2, pp. 175-195). Greenwich, CT: Jai Press.

Luke, D. A., Roberts, L., & Rappaport, J. (1994). Individual, group context, and individual-group fit predictors of self-help group attendance. Dans T. J. Powell (Éd.), Understanding the self-help organization: Frameworks and findings (pp. 88-114). Thousand Oaks, CA: Sage.

MacAulay, J. (1995). Self-help and support groups for parents of children with special needs in Canada: A background paper. Ottawa, ON: Canadian Association of Family Resource Programs.

Mackenzie, K. R., & Harper-Giuffre, H. (1992). Introduction to group concepts. Dans K. R. Mackenzie & H. Harper-Giuffre (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 29-52). Washington, DC: American Psychiatric Press.

MacManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. Clinical Psychology Review, 15(8), 845-863.

Malenbaum, R., Herzog, D., Eisenthal, S., & Wyshak, G. (1988). Overeaters Anonymous: Impact on bulimia. International Journal of Eating Disorders, 7(1), 139-143.

Marcelli, D. (1993). Psychopathologie de l'enfant (4e éd.). Paris: Masson.

Marx, R. (1991). It's not your fault: Overcoming anorexia and bulimia through biopsychiatry. New York: Villard Books.

Maton, K. I., Leventhal, G. S., Madara, E. J., & Julien, M. (1989). Factors affecting the birth and death of mutual-help groups: The role of national affiliation, professional involvement, and member focal problem. American Journal of Community Psychology, 17(5), 643-671.

Matzat, J. (1993). Away with the experts? Self-help groupwork in Germany. Groupwork, 6(1), 30-42.

Meissen, G. J., Gleason, D. F., & Embree, M. G. (1991). An assessment of the needs of mutual-help groups. American Journal of Community Psychology, 19, 427-442.

Merril, C. A., Mines, R. A., & Starkey, R. (1987). The premature dropout in group treatment of Bulimia. International Journal of Eating Disorders, 6, 293-300.

Mondros, J. B., & Wilson, S. M. (1994). Organizing for power and empowerment. New York: Columbia University Press.

Munro, J., & Laing, M. (1994). Self-help groups for women with bulimia nervosa. Dans B. Dolan & I. Gitzinger (Éds.), Why women: Gender issues and eating disorders (pp. 72-78). London: The Athlone Press.

Mussel, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 395-401.

Newmark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. Journal of School Health, 66(2), 64-71.

Newton, T., & Hartley, P. (1990). Self-help groups for eating disorders: An analysis of attendance. Document inédit, University College Salford, Salford, Royaume-Uni.

Newton, T., Robinson, P., & Hartley, P. (1993). Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part II. Experiences of Treatment: A survey of members of the Eating Disorders Association. Eating Disorders Review, 1(1), 10-21.

Ouellet, J. (1995). Les relations entre les groupes d'entraide et les intervenants professionnels: la perspective des groupes d'entraide. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec.

Parry-Crooke, G., & Ryan, J. (1986). Evaluation of self-help therapy groups for women with compulsive eating problems. Research Report No. 13. London: Health Education Council.

Percy, M., & Leichner, P. (1987). La création de l'Anorexia Nervosa and Bulimia Foundation of Canada. Santé mentale au Canada, 35(1), 21.

Pescosolido, B. A., & Kronenfeld, J. J. (1995). Health, illness, and healing in an uncertain era: Challenges from and for medical sociology, Journal of Health and Social Behavior, (extra issue), 5-33.

Peterkin, A. (1993). Self-help movement experiencing rapid growth in Canada. Canadian Medical Association Journal, 148(5), 817-818.

Pellet, J., Lang, F., Estour, B., Chazot, L., & Lafond, F. (1993). Les troubles du comportement alimentaire (Tome 1). Paris: Masson.

Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., & Aday, L. A. (sous presse). Understanding the context of health care utilization: The importance of environmental and provider-related variables in operationalizing the Behavioral Model of Utilization. Health Services Research.

Powell, T. J. (1989). Self-help, professional help, and informal help: Competing or complementary systems? Dans T. J. Powell (Éd.), Working with self-help (pp. 31-49). Silver Springs, MD: National Association of Social Workers.

Powell, T. J., Garvin, C. D., Hill, G. H., & Kurtz, L. F. (1994, septembre). A model of A.A. utilization by persons with a dual diagnosis (the co-occurrence of alcoholism and severe mental illness). Document présenté à l'International Conference on Addiction and Mutual Help Movements in a Comparative Perspective, Toronto, Canada.

Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. Health Education Research, 1, 153-161.

Priest, P., Wagner, H., & Waller, G. (1991). Psychological characteristics of anorexic and bulimic women who attend self-help groups. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5(2), 77-84.

Pyle, R. L. (1990). Psychotherapy. Dans A. S. Bellack & M. Hersen (Éds.), Handbook of comparative treatments for adult disorders (pp. 331-354). New York: Wiley Series on Personality Processes.

Rathner, G., Bönsch, C., Maurer, G., Walter, M. H., & Söllner, W. (1993). The impact of a 'guided self-help group' on bulimic women: A prospective 15 months study of attenders and non-attenders. Journal of Psychosomatic Research, 37(4), 389-396.

Rees, K. B. (1996). A feminist therapy application of the boundary model with obese female binge eaters. Applied and Preventive Psychology, 5, 111-116.

- Rice, C., & Faulkner, J. (1992). Support and self-help groups. Dans H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie (Éds.), Group psychotherapy for eating disorders (pp. 245-258). Washington: American Psychiatric Press.
- Riebel, L. K. (1990). The dropout problem in outpatient psychotherapy groups for bulimics and compulsive eaters. Psychotherapy, 27(3), 404-410.
- Riessman, F. (1997). Ten self-help principles. Social Policy, 27(3), 6-11.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. Dans T. B. Sonderegger (Éd.), Nebraska symposium on motivation, 1984: Psychology and gender (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Romedier, J.-M. (1989). Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités. Ottawa: Conseil canadien de développement social.
- Ronis, D. L. (1992). Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. Health Psychology, 11, 127-134.
- Room, R., & Greenfield, T. (1993). Alcoholics Anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990. Addiction, 88(4), 555-562.
- Rubel, J. A. (1984). The function of self-help groups in recovery from anorexia nervosa and bulimia. Psychiatric Clinics of North America, 7(2), 381-394.
- Salem, D. A., Bogat, G. A., & Reid, C. (1997). Mutual help goes on-line. Journal of Community Psychology, 25(2), 189-207.
- Sanchez-Cardenas, M. (1990). Le comportement boulimique. Paris: Masson.
- Santé et Bien-être social Canada (1988). La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Schopler, J. H., & Galinsky, M. J. (1993). Support groups as open systems: A model for practice and research. Health and Social Work, 18(3), 195-207.
- Schubert, M. A., & Borkman, T. J. (1991). An organizational typology for self-help groups. American Journal of Community Psychology, 19(5), 769-787.
- Self-Help Clearinghouse of Metropolitan Toronto. (1994). A directory of self-help/mutual aid groups in metropolitan Toronto. Toronto, ON: S.-H. Clearinghouse of Metropolitan Toronto.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. International Journal of Eating Disorders, 18(3), 209-219.

Shisslak, C. M., Crago, M., Schnaps, L., & Swain, B. (1986). Interactional group therapy for anorexic and bulimic women. Psychotherapy, *23*, 298-606.

Silverman, P. (1992). The self-help sourcebook: Finding and forming mutual aid self-help groups (4e éd.). Denville, NJ: American Self-Help Clearinghouse.

Sinaikin, P. M. (1993). The treatment of obesity. Dans A. J. Giannini & A. E. Slaby (Éds.). The eating disorders. New York: Springer-Verlag.

Slade, P. (1983). The role of counselling and self-help groups in the management of anorexia nervosa. Dans E. Karas (Éd.), Current issues in clinical psychology, (Vol. 1, pp. 73-82). New York: Plenum Press.

Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: It's further validation in a multisite study. International Journal of Eating Disorders, *13*, 137-153.

Steiger, H., Leung, F. Y. K., Puentes-Neuman, G., & Gottheil, N. (1992). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. International Journal of Eating Disorders, *11*(2), 121-131.

Stewart, M. (1990). Professional interface with self-help mutual aid groups: A review. Social Science and Medicine, *31*(10), 1143-1158.

Stewart, M., Banks, S., Crossman, D., & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups: Meanings and mechanisms. Dans F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (Éds.), Self-Help an mutual aid groups: International and multicultural perspectives (pp. 199-240). New York: The Hartworth Press.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. Clinical Psychology Review, *14*(7), 633-661.

Strober, M. (1986). Anorexia nervosa: History and psychological concepts. Dans K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Éds.) Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia. (pp. 231-246). New York: Basic Books.

Székely, É. (1988). Never too thin. Toronto, ON: The Women's Press.

Szmukler, G., Eisler, I., Russel, G. F. M., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. British Journal of Psychiatry, *147*, 265-271.

Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? International Journal of Eating Disorders, 15(1), 53-61.

Todres, R. (1995). Self-help/mutual-aid clearinghouses and groups in Canada: Recent developments. Canadian Journal of Community Mental Health, 14(2), 123-130.

Touyz, S. W. (1988). Self-help groups. Dans G. D. Burrows, P. J. V. Beumont, & R. C. Casper (Éds.), Handbook of eating disorders part 2: Obesity (pp. 261-268). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V. (Biomedical Division).

Vandereycken, W. (1990). The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography. International Journal of Eating Disorders, 9(1), 95-101.

Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. British Journal of Medical Psychology, 56, 145-156.

Van Wormer, K. (1994). « Hi, I'm Jane: I'm a compulsive overeater ». Dans P. Fallon, M. A. Katzman, & S. C. Wooley (Éds.), Feminist perspectives on eating disorders (287-298). New York: Guilford Press.

Volkmar, F. R., Stunkard, A. J., Woolston, J., & Bailey, R. (1981). High attrition rates in commercial weight reduction programs. Arch Intern Med, 141, 426-428.

Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. Health Psychology, 12(4), 324-333.

Williamson, D. A. (1990). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. New York: Pergamon Press.

Wilson, G. T. (1991). The addiction model of eating disorders: A critical analysis. Advances in Behaviour Research and Therapy, 13, 27-72.

Wilson, J. R., & Wilson, J. A. (1995). Comprendre les dépendances: dictionnaire des termes et concepts utilisés dans les programmes douze étapes. Montréal, QU: Éditions sciences et culture.

Wituk, S., Klamik, L., Colgate, J., Grubb, K., & Meissen, G. (1997, mai). A topography of self-help groups: An empirical analysis. Affiche présentée au Biennial Conference of the Society for Community Research and Action, Columbia, South Carolina.

Wituk, S., Klamik, L., Grubb, K., Sheperd, M., Slavich, S., Warren, M., & Meissen, G. (Soumis). A topography of self-help groups: An empirical analysis.

Wollert, R. W. (1986). Psychosocial helping processes in a heterogeneous sample of self-help groups. Canadian Journal of Community Mental Health, 5, 63-76.

Yager, J. (1994). Psychosocial treatments for eating disorders. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 57, 153-164.

Yager, J., Landsverk, J., & Edelstein, C. K. (1989). Help seeking and satisfaction with care in 641 women with eating disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 177(10), 632-637.

Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy (3e éd). New York: Basic Books.

Yeary, J. (1987). The use of Overeaters Anonymous in the treatment of eating disorders. Journal of Psychoactive Drugs, 19(3), 303-309.

## ANNEXES

### Note de l'auteur

Les documents en anglais utilisés dans le cadre de cette étude peuvent être obtenus sur demande à l'auteur. Ces documents sont présentés en français dans la section des annexes (Annexe B: lettre de présentation; Annexe C: questionnaire; Annexe D: le formulaire de consentement pour publication; Annexe E: formulaire pour autres groupes disponibles et Annexe F: lettre de rappel).

ANNEXE A

LES DOUZE ÉTAPES DES OUTREMANGEURS ANONYMES

Les douze étapes des Outremangeurs Anonymes

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant la nourriture - que nous avions perdu la maîtrise de nos vies.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et nos vies aux soins de Dieu *tel que nous Le concevions*.
4. Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral, minutieux de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu éliminât tous ces défauts de caractère.
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et consenti à leur faire amende honorable.
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes, partout où c'était possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous pouvions leur nuire ou faire tort à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message aux outremangeurs compulsifs et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Note. Les douze étapes des Outremangeurs Anonymes ont été tirées de Un programme de rétablissement: Ce que OA offre, Intergroupe OA de Montréal, Québec.

ANNEXE B

LETTRE DE PRÉSENTATION

(Nom du groupe et adresse postale)

(date)

Madame / Monsieur,

Nous vous invitons à participer à notre étude portant sur les groupes qui offrent du soutien et de l'entraide aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, obésité et troubles connexes). Cette étude vise à mieux comprendre le fonctionnement de ces groupes et à favoriser leur promotion au sein de la population.

Comme participant(e), votre tâche consiste simplement à remplir le questionnaire ci-joint (ce qui devrait prendre environ 25 minutes). Les questions portent principalement sur le fonctionnement du groupe auquel vous êtes associé. Soyez assuré(e) que vos réponses seront traitées de façon confidentielle et que les résultats de l'étude seront publiés sous forme globale.

En guise de reconnaissance de votre participation:

- nous vous enverrons un document résumant les résultats de cette recherche (remis à l'automne 1997);
- nous vous offrons la possibilité (si votre groupe le désire) d'inscrire votre groupe dans un répertoire qui sera distribué à différents groupes et centres de ressources canadiens.

Comme vous le savez probablement, les ressources disponibles pour les personnes ayant un trouble lié à l'alimentation sont limitées. C'est pourquoi votre collaboration est très importante. De plus, votre participation vous donne l'occasion de réfléchir sur différents aspects de votre groupe.

Si vous souhaitez obtenir d'autres informations, n'hésitez pas à nous rejoindre par:

- téléphone à frais virés  
0 - (418) 656-3083

- courrier électronique:  
aad869@agora.ulaval.ca

- voie postale: **F. Lavoie & P. LeBlanc**  
**École de psychologie**  
**Université Laval**  
**Ste-Foy (Québec)**  
**G1K 7P4**

En espérant que vous accepterez de participer à cette étude, veuillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Paula LeBlanc, B.Ps.  
étudiante / chercheure

Francine Lavoie, Ph.D.  
professeure / chercheure

## ANNEXE C

### QUESTIONNAIRE

Note. Le questionnaire a été réduit de sa forme originale afin de respecter les normes de présentation du mémoire.



**Les groupes pour les personnes ayant un trouble lié à l'alimentation:  
Un aperçu du fonctionnement des groupes et de la participation des membres**

Le présent questionnaire s'adresse aux gens qui possèdent une expérience avec un groupe qui offre du soutien aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (anorexiques, boulimiques, mangeuses compulsives<sup>2</sup> et obèses). La consultation de dossiers ou d'archives n'est pas nécessaire afin de répondre aux questions. **Fiez-vous simplement à votre expérience personnelle avec le groupe.** Il est important de répondre à toutes les questions. Vos réponses sont confidentielles. Une fois le questionnaire complété, veuillez l'inclure dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie et le retourner le plus tôt possible.

Nous vous remercions du temps que vous accordez à cette étude.

**Nom du groupe auquel vous êtes associé:** (lettres moulées S.V.P.)

\_\_\_\_\_

**Ville:** \_\_\_\_\_

**Province:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La reproduction de ce questionnaire est autorisée avec la permission de l'auteure principale.

<sup>2</sup> Pour alléger le texte, le féminin inclut le masculin.

## PARTIE 1

**Premièrement, nous aimerions avoir quelques renseignements au sujet de l'organisation et du fonctionnement du groupe.**

### **HISTOIRE ET FONCTIONNEMENT DU GROUPE**

1. Quel est le problème partagé par les membres du groupe? \_\_\_\_\_
  
2. Depuis combien de temps le groupe existe-t-il? \_\_\_\_\_ (mois/années)
  
3. Combien de fois par mois le groupe se rencontre t-il? \_\_\_\_\_
  
4. Combien de temps les rencontres de groupe durent-elles? \_\_\_\_\_
  
5. Voici une liste d'activités. Cocher celles offertes par le groupe au cours de la dernière année:
 

<input type="checkbox"/> rencontres des membres	<input type="checkbox"/> activités sociales (repas, sorties)
<input type="checkbox"/> soutien téléphonique entre les membres	<input type="checkbox"/> conférences par des experts
<input type="checkbox"/> représentation du groupe dans les médias locaux	<input type="checkbox"/> publications (feuilleton, journal, bulletin)
<input type="checkbox"/> levée de fonds	<input type="checkbox"/> représentation des opinions du groupe au niveau régional, provincial et fédéral
<input type="checkbox"/> ressources disponibles pour consultation (livres, articles, vidéos, brochures)	
<input type="checkbox"/> autre (préciser) _____	
  
6. Le groupe est-il associé d'une manière quelconque à des groupes semblables? (ex: chapitre d'un organisme national)       Oui     Non
  
7. Quel est le but principal du groupe?
  - soutien émotionnel des membres
  - information et éducation auprès des membres
  - apprentissage d'habiletés (résolution de problèmes)
  - thérapie (counseling) pour les membres
  - défense des droits / action sociale
  - autre (préciser) \_\_\_\_\_
  
8. Le groupe a-t-il des règlements ou des procédures fixes, écrites ou informelles? (ex: code de fonctionnement, anonymat)     Oui     Non
  
9. La personne qui a démarré le groupe avait-elle (ou avait-elle eu dans le passé) un trouble lié à l'alimentation?       Oui     Non     Je ne sais pas

## RECRUTEMENT ET PARTICIPATION DES MEMBRES

1. Combien de membres, en moyenne, sont présents aux rencontres de groupe? (#membres/rencontre) \_\_\_\_\_
  
2. Les membres du groupe ont-ils des frais de cotisation à payer?  Oui  Non  Dons
  
3. Pour se joindre au groupe, les gens doivent-ils avoir un contact avec un responsable du groupe?  
(ex: rencontre individuelle, entretien au téléphone)  Oui  Non
  
4. Les nouveaux membres peuvent-ils se joindre au groupe en tout temps?  Oui  Non  
Si non, préciser: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Les membres du groupe peuvent-ils assister aux rencontres aussi longtemps qu'ils le souhaitent?  
 Oui  Non Si non, préciser: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Est-ce que les personnes qui ne partagent pas le problème peuvent assister aux rencontres de groupe? (ex: membre de la famille, amis, professionnels)  Oui  Non  Parfois
  
7. Qu'est-ce qui motive la plupart des membres à joindre le groupe?
 

<input type="checkbox"/> leur propre désir <input type="checkbox"/> sont encouragés par leur entourage (famille, amis) <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/> connaissent quelqu'un qui fait partie du groupe <input type="checkbox"/> sont orientés par un professionnel (ex: médecin, psychologue, travailleuse sociale) <input type="checkbox"/> seule ressource disponible dans la région
--	--
  
8. Votre groupe prévoit-il des procédures spéciales lorsque des nouveaux membres se joignent au groupe?  Oui  Non Si oui, préciser: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
9. La participation des membres diminue-t-elle à certaines périodes de l'année?  Oui  Non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_

## LEADERSHIP DU GROUPE ET IMPLICATION PROFESSIONNELLE

1. Les rencontres du groupe suivent-elles un ordre du jour établi à l'avance?
  - Oui    Non
  
2. a) Qui anime les rencontres du groupe?
  - les membres
  - leader / animatrice ou co-animatrice
  - autre (préciser) \_\_\_\_\_
  
- b) La personne qui anime les rencontres a-t-elle (ou a-t-elle déjà eu) le même problème que les membres du groupe?    Oui    Non
  
3. Qui décide du contenu et des thèmes des rencontres du groupe?
  - les membres
  - leader / animatrice ou co-animatrice
  - des professionnelles associées au groupe
  - autre (préciser) \_\_\_\_\_
  
4. Est-ce qu'il y a un (ou des) professionnel(le)s impliquée(s) de près ou de loin dans le groupe? (ex: travailleuse sociale, infirmière, psychologue, diététicienne, médecin)    Oui    Non

Si oui, répondez aux questions suivantes, si non, passez à la **partie 2** du questionnaire.

- a) La(les) professionnel(le)s participe(ent) à combien de rencontres du groupe?
  - Toutes les rencontres    Quelques rencontres    Aucune rencontre
  
- b) Quel est le rôle principal de la (des) professionnel(le)s impliquée(s) avec le groupe?
  - membre du groupe
  - leader ou animatrice
  - co-animatrice avec une autre professionnelle
  - co-animatrice avec un membre du groupe
  - source de référence pour les membres
  - thérapeute
  - éducatrice / conférencière
  - autre (préciser) \_\_\_\_\_
  
- c) La(les) professionnel(le)s est-elle (sont-elles) payée(s) pour son (leur) implication dans le groupe? (par un employeur ou par le groupe)    Oui    Non    Je ne sais pas

## PARTIE 2

Afin d'avoir un aperçu global des membres du groupe auquel vous êtes associé et des répondantes de cette étude, nous aimerions obtenir quelques renseignements démographiques.

### CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DU GROUPE

1. Quel pourcentage des membres du groupe sont? (chiffres approximatifs)
 

	% féminin
	% masculin
100	% Total
  
2. Dans quel groupe d'âge appartiennent la majorité des membres?
 

<input type="checkbox"/> moins de 12 ans	<input type="checkbox"/> 19 à 25 ans	<input type="checkbox"/> 36 à 45 ans	<input type="checkbox"/> 56 ans et plus
<input type="checkbox"/> 12 à 18 ans	<input type="checkbox"/> 26 à 35 ans	<input type="checkbox"/> 46 ans à 55 ans	<input type="checkbox"/> très varié
  
3. Quel pourcentage des membres du groupe sont? (chiffres approximatifs)
 

	% anorexiques
	% boulimiques
	% anorexiques-boulimiques
	% mangeuses compulsives et obèses
= 100	% total
  
4. La majorité des membres du groupe sont?
 

<input type="checkbox"/> mariées (conjointes de fait)	<input type="checkbox"/> célibataires	<input type="checkbox"/> séparées (ou divorcées)	<input type="checkbox"/> veuves	<input type="checkbox"/> très varié
---	---------------------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------------
  
5. En ce qui a trait au revenu, la majorité des membres du groupe (pour les mineurs, le revenu des parents):
 

<input type="checkbox"/> ont un revenu très faible	<input type="checkbox"/> ont un revenu moyen	<input type="checkbox"/> sont de tous les niveaux
<input type="checkbox"/> ont un revenu faible	<input type="checkbox"/> ont un revenu élevé	<input type="checkbox"/> c'est difficile à dire
  
6. Le groupe comprend t-il des membres qui ont surmonté leur problème alimentaire? (Amélioration symptomatique et meilleure compréhension de leur problème alimentaire)
 

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

### CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTES À L'ENQUÊTE

1. Quel est votre sexe?     Féminin     Masculin
  
2. Quel est votre âge?    \_\_\_\_\_ ans
  
3. Quel est votre statut civil?
 

<input type="checkbox"/> mariée (conjointe de fait)	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> séparée (divorcée)	<input type="checkbox"/> veuve
---	--------------------------------------	---	--------------------------------

4. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?
- école secondaire ou moins       études universitaires (1er cycle)  
 collège technique ou professionnel       études universitaires (2e ou 3e cycle)
5. Quel est votre statut d'employé?
- temps plein     temps partiel     retraitée     sans emploi (inapte au travail)     étudiante
6. Quel est votre lien avec le groupe?
- membre       membre leader/ animatrice ou co-animatrice  
 professionnelle associée au groupe     professionnelle leader/animatrice/co-animatrice  
 autre (préciser) \_\_\_\_\_
7. Depuis combien de temps êtes-vous associée au groupe? \_\_\_\_\_

### PARTIE 3

**Dans le but de mieux comprendre les problèmes que peuvent rencontrer les groupes pour les personnes ayant des troubles liés à l'alimentation, la partie 3 du questionnaire porte davantage sur les difficultés des groupes. Toutefois, les deux dernières questions vous permettront d'évoquer les aspects positifs.**

#### PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LE GROUPE

1. La liste qui suit contient des problèmes souvent rencontrés par des groupes. Évaluez l'importance de chacun pour le groupe auquel vous êtes associé en encerclant le chiffre correspondant:

	<i>problème très important</i>	<i>problème important</i>	<i>problème quelque peu important</i>	<i>problème pas du tout important</i>
a) recrutement de nouveaux membres?	1	2	3	4
b) participation irrégulière des membres aux rencontres de groupe?	1	2	3	4
c) ne pas savoir quoi faire ou vers qui se tourner quand des problèmes surviennent dans le groupe?	1	2	3	4
d) manque d'information et de sensibilisation du public et des professionnelles au sujet des problèmes alimentaires et des ressources disponibles?	1	2	3	4
e) difficulté avec le rôle de la (des) professionnelle(s) dans le groupe?	1	2	3	4
f) abandon des membres peu de temps après leur arrivée dans le groupe?	1	2	3	4

## PARTICIPATION IRRÉGULIÈRE ET ABANDON DES MEMBRES

Pour les besoins de cette étude, « l'abandon » signifie le fait de quitter le groupe trop vite, sans avoir pu retirer des bénéfices du groupe.

1. Pendant combien de temps (en moyenne) un membre doit-il participer au groupe avant de vivre des changements positifs vis-à-vis son problème alimentaire? \_\_\_\_\_
2. Y a-t-il beaucoup de personnes qui participent à une seule rencontre de groupe et ne reviennent plus jamais?      Oui     Non
3. Les membres qui abandonnent le groupe le font, en moyenne, après combien de temps? \_\_\_\_\_
4. Est-ce qu'il y a des membres qui quittent le groupe parce qu'ils ont surmonté leur problème alimentaire? (Amélioration symptomatique et une meilleure compréhension de leur problème alimentaire)
   
 Oui     Non
   
 Si oui, quel est le pourcentage de ces membres? (chiffres approximatifs) \_\_\_\_\_ %
5. Les membres qui abandonnent le groupe sont plutôt?
   
 anorexiques             anorexiques-boulimiques             tous les problèmes alimentaires
   
 boulimiques             mangeuses compulsives et obèses
6. Les raisons d'abandon sont-elles les mêmes pour tous les membres? (peu importe la nature du problème alimentaire)      Oui     Non     Je ne sais pas
7. Les membres qui abandonnent le groupe avaient-ils des relations d'amitié avec les autres membres?
   
 Oui     Non     Je ne sais pas
8. Diriez-vous que les membres qui abandonnent le groupe ont recours à d'autres sources d'aide?
   
 Oui     Non     Je ne sais pas
9. Les membres qui abandonnent le groupe sont-ils différents des membres réguliers?
   
 Oui     Non     Si oui, comment? \_\_\_\_\_
   
 \_\_\_\_\_
   
 \_\_\_\_\_
10. Trouvez-vous que la participation irrégulière ou l'abandon des membres nuit au fonctionnement du groupe?     Oui     Non    Si oui, comment? \_\_\_\_\_
   
 \_\_\_\_\_
   
 \_\_\_\_\_

11. En général, les membres qui abandonnent avertissent-ils quelqu'un du groupe avant leur départ?  
 Oui  Non

12. Le groupe discute t-il du départ des membres qui abandonnent le groupe?  Oui  Non  Parfois

13. Selon votre expérience, quelles seraient les 3 principales raisons pour lesquelles certains membres abandonnent le groupe?

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

14. La liste qui suit contient diverses raisons pouvant expliquer l'abandon des membres. Selon votre expérience, veuillez indiquer pour chacune des raisons suivantes à quelle fréquence elle s'applique en encerclant le chiffre correspondant: 1 = raison très souvent présente; 2 = raison souvent présente; 3 = raison peu souvent présente; 4 = raison jamais présente

<i>raison très souvent présente</i>	<i>raison souvent présente</i>	<i>raison peu souvent présente</i>	<i>raison jamais présente</i>
---	--	--	---------------------------------------

LES MEMBRES QUI ABANDONNENT LE GROUPE LE FONT PARCE QUE:

a) ils joignent un autre groupe d'entraide ou de soutien	1	2	3	4
b) ils font une rechute (perdent contrôle de leur comportement alimentaire)	1	2	3	4
c) ils ont des pressions de leur entourage (ex: famille, amies)	1	2	3	4
d) ils ont des difficultés pratiques (ex: déménagement, horaire chargé, transport)	1	2	3	4
e) ils ne voient pas le besoin d'avoir de l'aide (pas prêts à faire face à leur problème; veulent perdre du poids)	1	2	3	4
f) ils sont insatisfaits du fonctionnement du groupe (ex: méthodes, buts, leadership)	1	2	3	4
g) ils sont hospitalisés pour leur problème alimentaire	1	2	3	4
h) ils vont chercher une source alternative d'aide (ex: thérapie individuelle, club de diète, counseling nutritionnel)	1	2	3	4
i) ils trouvent la dimension spirituelle trop présente dans le groupe	1	2	3	4

	<i>raison très souvent présente</i>	<i>raison souvent présente</i>	<i>raison peu souvent présente</i>	<i>raison jamais présente</i>
j) leur problème alimentaire est trop sévère pour pouvoir fonctionner adéquatement dans le groupe	1	2	3	4
k) le contexte de groupe leur est difficile dû à leur personnalité (ex: membres timides, passifs, repliés sur soi)	1	2	3	4
l) ils ont un (ou plusieurs) autre(s) problème(s) plus urgent(s) que leur problème alimentaire	1	2	3	4
m) ils sont trop différents des autres membres du groupe (ex: âge, la nature du problème alimentaire, besoins spécifiques)	1	2	3	4
n) ils ne sont pas d'accord avec les idées du groupe (ex: philosophie, idéologie vis-à-vis le problème alimentaire)	1	2	3	4
o) ils ont des difficultés à s'intégrer et à travailler avec le groupe (ex: attitude négative ou autoritaire; absence de liens d'amitié)	1	2	3	4
p) les caractéristiques personnelles des membres les rendent susceptibles à abandonner (ex: statut socio-économique, éducation, âge)	1	2	3	4
q) ils ont des difficultés qui sont souvent présentes chez les personnes ayant des problèmes alimentaires (ex: résistance au changement, difficulté à se révéler, à faire des choix)	1	2	3	4

15. Le groupe auquel vous êtes associé a-t-il utilisé des moyens afin de remédier à la participation irrégulière ou à l'abandon des membres du groupe?  Oui  Non

Si oui, donner des exemples. Si non, quels aspects selon vous incitent les membres à rester dans le groupe à long terme?

---



---



---



---



---



---



---



---

(utiliser le verso si nécessaire)

## ÉLÉMENTS POSITIFS DU GROUPE

Selon vous, quelle est la caractéristique la plus importante du groupe pour ses membres?

---



---



---



---



---

Avez-vous quelque chose que vous aimeriez préciser ou ajouter concernant votre groupe?

---



---



---



---



---

\*\*\*\*\*

# Merci !

Existe t-il un document qui décrit les objectifs ou les activités de votre groupe? Si oui, pourriez-vous en inclure un dans l'enveloppe de retour avec le questionnaire?

Nous vous remercions d'avoir mis vos connaissances à contribution. Votre expérience et vos opinions sont très importantes!

Si vous avez des points à clarifier n'hésitez pas à nous rejoindre par un des moyens suivants:

- voie postale: **Francine Lavoie**

**Paula LeBlanc**

**École de psychologie**

**Université Laval**

**Ste-Foy (Québec)**

**G1K 7P4**

- téléphone à frais virés,

**0 - (418) 656-3083**

- courrier électronique:

**aad869@agora.ulaval.ca**

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PUBLICATION

## PERMISSION DE PUBLICATION - RÉPERTOIRE

**Objet:** Publication d'un répertoire de groupes canadiens pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire dans le but de faciliter l'accès à ces ressources.

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_ (lettres moulées)  
avec l'accord concerté des membres de notre groupe, consens à ce  
que les informations suivantes soient inscrites dans un répertoire qui  
sera diffusé par les chercheures.

**Veillez compléter les informations que votre groupe consent à publier dans le répertoire (ne pas indiquer ce que vous ne voulez pas voir publié).**

Nom du groupe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Personne ressource: \_\_\_\_\_

Problème commun  
ou but du groupe: \_\_\_\_\_

Information  
additionnelle:  
(s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Nous acceptons que ces informations concernant notre groupe soient inscrites dans un répertoire qui sera diffusé aux groupes participant à cette étude, dans des groupes communautaires et des centres de ressources canadiens:	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/>
---	---

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne représentant le groupe

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante graduée

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la superviseure de recherche

\_\_\_\_\_  
Date

ANNEXE E

FORMULAIRE POUR AUTRES GROUPES DISPONIBLES

### Autres groupes dans votre région ?

Connaissez-vous, dans votre région (ou province), d'autres groupes pour les personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire ou des lieux pour des ressources? Si oui, nous aimerions les connaître afin de rejoindre le plus de groupes possible. Soyez assuré que tout renseignement inscrit sur cette fiche ne sera pas publié sans le consentement du groupe. S.V.P. indiquez le plus d'information possible et remettez cette fiche avec le questionnaire dans l'enveloppe pré-affranchie. Merci!

-----

**Nom du groupe:** \_\_\_\_\_

**Personne contact:** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Code postal:** \_\_\_\_\_ **Province:** \_\_\_\_\_

**Problème en commun des membres:** \_\_\_\_\_

-----

**Nom du groupe:** \_\_\_\_\_

**Personne contact:** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Code postal:** \_\_\_\_\_ **Province:** \_\_\_\_\_

**Problème en commun des membres:** \_\_\_\_\_

-----

**Nom du groupe:** \_\_\_\_\_

**Personne contact:** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Code postal:** \_\_\_\_\_ **Province:** \_\_\_\_\_

**Problème en commun des membres:** \_\_\_\_\_

ANNEXE F

LETTRE DE RAPPEL

(Nom du groupe et adresse postale)

(date) 1996

Chère madame,  
Cher monsieur,

Vous avez reçu récemment un questionnaire concernant les groupes qui offrent de l'entraide et du soutien aux personnes ayant un trouble lié au comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, obésité et troubles connexes). Cette étude vise à mieux comprendre le fonctionnement de ces types de groupes et à favoriser leur promotion en mettant en valeur les bénéfices pour les membres.

Si vous avez déjà répondu et retourné le questionnaire ou que vous comptez y répondre sous peu, nous vous en remercions. Dans le cas contraire, sachez qu'il est toujours temps d'y répondre et que votre contribution est très importante. Si vous désirez un nouveau questionnaire ou que vous avez des questions, n'hésitez pas à nous téléphoner à frais virés au: **0-(418)-656-3083**.

Nous apprécions grandement votre collaboration!

Veuillez recevoir nos salutations distinguées,

Paula LeBlanc, B.Ps.  
étudiante/chercheure

Francine Lavoie, Ph.D.  
professeure/chercheure

**École de psychologie  
Université Laval  
Ste-Foy, Québec  
G1K 7P4**

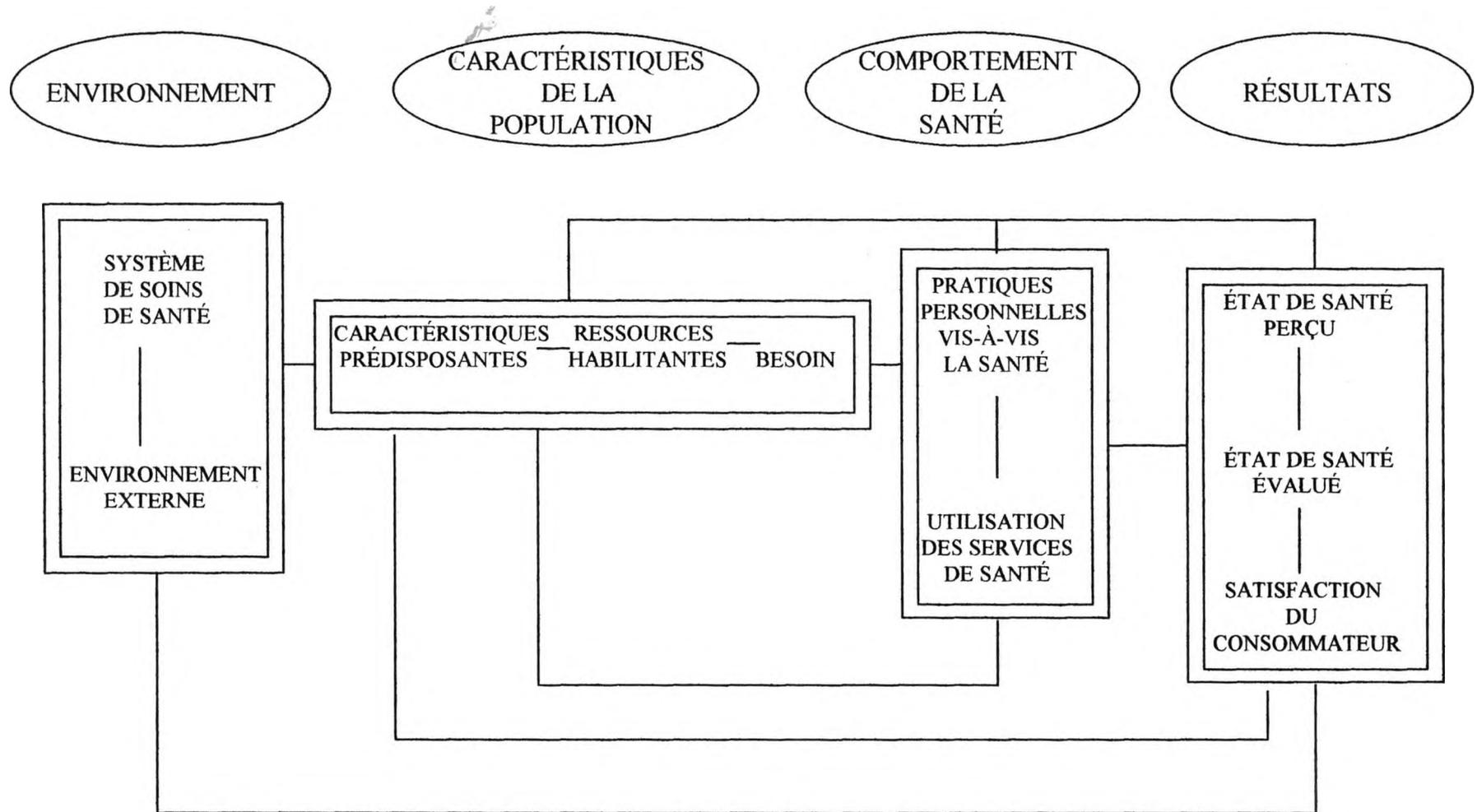
Téléphone (à frais virés): **0-(418)-656-3083**  
Courrier électronique: **aad869@agora.ulaval.ca**

ANNEXE G

LE BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH SERVICES' USE

DE R. M. ANDERSEN (1995)

Le Behavioral Model of Health Services' Use de Ronald M. Andersen (1995): la phase 4, le modèle émergent.



Note. Tiré de Andersen (1995), p. 8 (traduction libre).