

Université de Montréal

Le processus de pardon dans le traitement des troubles alimentaires

par

Nathalie Viens

École de service social

Faculté des Arts et des Sciences

Rapport d'analyse de pratiques présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en service social

Octobre 2005

© Nathalie Viens, 2005

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport d'analyse de pratiques intitulé :

Le processus de pardon dans le traitement des troubles alimentaires

présenté par :
Nathalie Viens

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Andrée Poirier, directrice de recherche
Lourdès Rodriguez Del Barrio, membre du jury

Table des matières

Identification du jury.....	ii
Tables des matières.....	iii
Liste des abréviations.....	v
Dédicace.....	vi
Remerciements.....	vii
 Introduction.....	 1
 Chapitre 1: Troubles des conduites alimentaires.....	 11
1.1 Problématique des troubles alimentaires.....	12
1.2 Milieu de stage: Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas.....	23
1.3 Activités de stage.....	27
 Chapitre 2: Spiritualité et processus de pardon.....	 30
2.1 Spiritualité en intervention.....	32
2.2 Processus de pardon.....	44
 Chapitre 3: Expérience clinique d'un processus de pardon.....	 57
3.1 Présentation de Marianne.....	57
3.2 Description de l'intervention.....	64
3.3 Bilan de l'intervention et suivi post-traitement.....	68
3.4 Processus de pardon: réflexion critique de l'expérience clinique.....	72
 Conclusion.....	 86
 Bibliographie.....	 97

Annexe 1: Organigramme de l'Hôpital Douglas.....	I
Annexe 2: Organigramme de la Division des Services ultraspécialisés pour adultes.....	II
Annexe 3: Projet spécial, ateliers d'introspection.....	III
Annexe 4: «Méditation-repas», buts et commentaires des patientes.....	VII
Annexe 5: Les 12 étapes des Alcooliques Anonymes.....	IX
Annexe 6: Contrat de stage.....	X
Annexe 7: Cadre conceptuel de Joanne Coyle.....	XXII

Liste des abréviations

AA	Alcooliques Anonymes
AN	Anorexia nervosa
ANEB	Association des personnes anorexiques et boulimiques du Québec
BN	Bulimia nervosa
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
OA	Outremangeurs Anonymes
OPTSQ	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
PTA	Programme des troubles de l'alimentation
TANOS	Trouble alimentaire non spécifié

Ce rapport d'analyse de pratiques est dédié

à...

...Solange, ma mère,

pour son éternel amour inconditionnel.

C'est sur ce chemin-là que se trouve le pardon.

Il est aussi co-dédié

à...

... Carlo C. et Natasha S.,

qui m'ont mis, chacun à leur façon, sur la piste de ce sujet passionnant.

*« Puissions-nous tous et toutes,
cueillir en abondance et plénitude,
les Fruits de la Grâce du Pardon. »*

N.V.

Remerciements

Merci à Solange Lafrance, pour son soutien moral, logistique et financier. Merci à ma famille et à mes ami-e-s, d'avoir cru malgré vents et marées, en la réussite de mon projet. Merci à Lisa Boucher pour son appui soutenu : je me suis finalement rendue au pied des pyramides! Merci spécial à marraine, d'avoir tenu ma main tout au long de cette aventure.

Merci à Sophie Chartrand et Jasminka Délic, collègues précieuses et stimulantes. Merci à France Viens et Marie-Renée Picard, d'avoir pris le temps de me lire et de corriger les fautes. Merci France pour ta sollicitude et ta discipline depuis le début !

Merci à Johanne Plante, de m'avoir prêté son havre de paix, tellement compatible avec le travail de rédaction. Merci aux professionnelles qui ont pris soin de ma santé globale.

À la défunte « Communauté » et actuelle « Coopérative d'habitation Au pied du Courant », qui m'avez mis au monde de la conscientisation sociale, l'être humain au cœur du projet, merci de continuer, chacune à votre manière, à vivre dans la cohérence et la joie.

Merci à toute l'équipe du PTA de l'Hôpital Douglas, pour le stimulant mélange de travail clinique et de recherche. Merci particulier à : Dr.Vincenzo Di Nicola, Hélène Gauthier, inf., Dr. Mimi Israël et Dorita Shemie, ts, pour leurs suggestions et leurs encouragements à terminer la rédaction. Grand merci à Marianne, pour sa confiance et son humour.

Merci à ma directrice, Marie-Adrée Poirier, pour son efficacité, sa clarté et sa bonne humeur. Et surtout, merci à la Vie de m'avoir accordée la persévérance d'aller jusqu'au bout.

« Profonde gratitude pour tous les pardons reçus, et surtout, pour tous ceux accordés. »

N.V.

Introduction

*« Les paradoxes du pardon.
Facile mais souvent inaccessible
Disponible mais souvent oublié
Libérateur pour l'autre et davantage pour soi
Sur toutes les lèvres et pourtant mal compris
Congénital au cœur humain et pourtant illusoire
Vital pour les humains mais si souvent craint
Accordé à l'âme et cependant menaçant
Mystérieux et pourtant quotidien
Si divin et pourtant si humain. »*

(Monbourquette, 2001, p.41)

Le présent rapport d'analyse de pratiques, ultime étape de la maîtrise en service social, programme de qualification professionnelle, s'articule autour d'une réflexion résultant du stage effectué. Ce dernier a été réalisé au Programme des troubles de l'alimentation (PTA) de l'Hôpital Douglas. Le stage a comme finalité de fournir aux étudiantes¹ l'opportunité d'expérimenter différents modes d'intervention dans un champ de pratique spécifique. Le rapport d'analyse de pratiques, quant à lui, certifie qu'une démarche intellectuelle rigoureuse découle de l'expérience de stage.

L'Hôpital Douglas², où s'est déroulé le stage, a défini sa mission comme suit :

L'Hôpital est un institut pour l'avancement des connaissances et des pratiques en santé mentale. Affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la Santé, il est reconnu, tant à l'échelle nationale qu'internationale, comme un centre d'excellence intégré de soins spécialisés et ultraspécialisés, d'enseignement et de recherche. (Hôpital Douglas, Rapport annuel 2002-2003, 2003, p.1)

¹ Le féminin est utilisé dans le texte afin de respecter la vaste majorité de femmes en service social ainsi que parmi la clientèle.

² Voir Annexe 1 : Organigramme de l'Hôpital Douglas.

Le PTA³, programme « ultraspécialisé »⁴ de l'Hôpital Douglas, offre des services bilingues destinés aux adultes qui souffrent d'un trouble de l'alimentation tel que l'anorexie, la boulimie ou autres troubles similaires. Les services sont disponibles aux individus résidant partout au Québec. La philosophie du PTA s'appuie sur les nombreuses études cliniques qui ont démontré que divers facteurs sont impliqués dans le développement des troubles de l'alimentation. Ces facteurs sont biologiques, psychologiques et sociaux, et chacun contribue, à divers degrés, dans l'étiologie et le maintien d'un trouble de l'alimentation (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000). Le PTA offre donc un traitement individualisé qui tient compte de ces facteurs dans le but d'éliminer les symptômes alimentaires et d'améliorer l'attitude à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle. Pour ce faire, l'équipe traitante se compose de professionnelles de la santé de diverses disciplines (psychologie, ergothérapie, psychiatrie, soins infirmiers, travail social, médecine et nutrition), travaillant conjointement au mieux-être physique, psychologique et social de la clientèle.

Les troubles alimentaires sont apparus comme entité médicale au début des années '70 et constituent une maladie fortement inquiétante. Les troubles de l'alimentation sont des syndromes complexes qui se caractérisent par d'intenses préoccupations pour l'alimentation, le poids et l'image corporelle ainsi que par des conduites alimentaires dangereuses (refus de s'alimenter, vomissements provoqués, orgies alimentaires, abus de purgatifs, etc.). « Les troubles alimentaires sont aussi caractérisés par de graves symptômes psychiatriques concomitants : la dépression, l'anxiété, le suicide, l'abus d'alcool et de substances psychoactives, l'impulsivité, l'automutilation. » (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000, p.1). Tel que décrit dans le document interne du Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas, la prévalence chez les

³ Voir Annexe 2 : Organigramme de la Division des Services ultraspécialisés pour adultes.

⁴ « Ultraspécialisé », puisque le PTA est considéré comme un service de troisième et quatrième ligne dans le réseau de la santé.

femmes âgées de 12 à 30 ans est de 1% pour une forme complète⁵ d'anorexie mentale, 2 à 4% pour une forme complète de boulimie et 10% pour une forme partielle d'un ou l'autre des troubles alimentaires. Ces statistiques québécoises sont cohérentes avec celles de Pomerleau et collaboratrices (2001), basées sur des échantillons provenant de l'ensemble des pays industrialisés.

Bien que des principes de base pour le traitement des troubles alimentaires aient été établis, les pronostiques de rétablissement demeurent encore faibles. En effet, selon Yager, Andersen, Devlin, Mitchell, Powers, Yates (1993), le recensement d'études longitudinales d'au moins quatre années démontre que 44% des sujets présentant un trouble anorexique conservent un bon état de santé, 24% n'ont pas approché leur poids santé, 28% des patients obtiennent des résultats intermédiaires et 5% des sujets sont décédés prématurément. De plus, environ 2/3 de ces personnes continuent d'avoir d'intenses préoccupations pour le poids et la nourriture, tandis que 40% ont des symptômes de boulimie, dysthymie, phobie sociale, obsession-compulsion et/ou abus de substances. Toujours selon ces auteurs et en ce qui a trait aux résultats à court terme de la boulimie, environ 70% des patientes ayant complété leur programme de traitement rapportent une réduction de 50% à 90% des orgies alimentaires et des vomissements. Les résultats des traitements à long terme sont moins connus, sinon que, ceux recensés par ces auteurs démontrent que : « *Those treated as outpatients seem to maintain symptomatic improvement over follow-up periods of up to 6 years; however, some symptoms often persist* » (Yager et al., 1993, p.219). Ces symptômes peuvent être : une forte préoccupation pour le poids ou la nourriture, une alimentation restrictive ou épisodiquement compulsive, l'utilisation occasionnelle de moyens compensatoires, etc. Il est à noter que ces études considèrent principalement comme critères de rétablissement, l'aspect physique de la personne ainsi que les symptômes du trouble alimentaire. Des recherches seraient souhaitables sur les résultats à court et long terme des aspects psychosociaux entourant la maladie.

⁵ C'est-à-dire qui rencontre tous les critères diagnostiques.

À l'occasion du stage de maîtrise en service social, programme de qualification professionnelle, j'ai eu l'opportunité de présenter une série de quatre ateliers d'introspection (respiration, relaxation physique, relaxation mentale et intériorisation)⁶, ainsi que deux « Méditations-repas »⁷ avec des patientes du PTA. Ces différentes activités ont déclenché quelques discussions sur la dimension spirituelle dans le rétablissement d'un trouble alimentaire. Parmi ces échanges, des thèmes comme le pardon, les valeurs, les croyances, la différence entre la spiritualité et la pratique religieuse, etc., sont apparus. Par la suite, à l'intérieur d'un suivi individuel avec une patiente au prise avec un trouble alimentaire de type boulimique, un processus de pardon a été expérimenté afin de tenter de dénouer les fardeaux du passé que la patiente portait sur ses épaules. Cette démarche a semblé être un point tournant dans le traitement de cette patiente et a suscité plusieurs questions motivant le sujet de la présente démarche. Suite à l'ensemble des activités énumérées préalablement, des questions sont demeurées en suspens : (1) Comment la dimension spirituelle des patientes contribue-t-elle à leur rétablissement ? (2) Il m'a semblé que les patientes ayant une implication spirituelle étaient plus susceptibles d'entrer dans un processus de pardon. Quel est le lien entre les deux, et en quoi une démarche de pardon peut-elle contribuer au rétablissement d'une personne au prise avec un trouble alimentaire ? (3) Quel est le rôle des travailleuses sociales par rapport à la spiritualité et le pardon dans le rétablissement d'une maladie ?

Les recherches démontrent généralement que la spiritualité a des effets bénéfiques sur la santé physique et mentale des personnes et serait aussi un élément favorisant le rétablissement d'une maladie physique et mentale (Longo & Peterson, 2002 ; Coyle, 2002 ; Hodge, 2001). Byrd (1988, dans Longo & Peterson, 2002) a étudié l'effet positif de prières effectuées, à leur insu, sur des sujets d'une unité de soins coronariens, par comparaison à d'autres sujets qui ne recevaient pas de prière. Propst, Ostrom, Watkins, Dean, Mashburn

⁶ Voir Annexe 3 : Projet spécial, ateliers d'introspection.

⁷ Voir Annexe 4 : « Méditation-repas », buts et commentaires des patientes.

(1992, dans Longo & Peterson, 2002) rapportent que des individus traités en psychothérapie chrétienne se sont rétablis de la dépression plus rapidement que des individus traités avec psychothérapie séculière. De plus, Lindgren et Coursey (1995, dans Longo & Peterson, 2002) ont exploré comment la spiritualité peut affecter positivement les pensées, l'ensemble de la vie et la santé mentale des personnes. Longo & Peterson (2002) mentionnent aussi que Pederson (1998) a trouvé que les individus qui avaient une identité spirituelle forte démontraient aussi une meilleure estime de soi, une meilleure santé et de faibles niveaux de névroses.

Dans le domaine de l'alcoolisme, Morgenstern, Bux, Labouvie, Blanchard, Margan (2002) constatent l'efficacité du traitement utilisant l'approche spirituelle des douze étapes des Alcooliques Anonymes (AA) (Morgenstern et al., 2001 ; Crits-Christoph et al., 1999 ; Ouimette et al., 1997 ; McKay et al., 1997 ; Projet MATCH Research Group, 1997, dans Morgenstern et al., 2002). Miller (1998) remarque : (1) qu'un engagement spirituel ou religieux est un important facteur de protection contre les abus et dépendances à l'alcool et aux drogues, (2) que les gens au prise avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies ont un faible niveau d'engagement spirituel, et (3) qu'une ré-implication spirituelle est associée au rétablissement.

De plus, Pargament (1997) observe que, malgré un apparent déclin de religiosité dans les sociétés industrialisées, certains indices suggèrent que la dimension spirituelle demeure une force potentielle dans la vie des gens. Citant une étude de Gallup et Castelli (1989), Pargament constate qu'en 1988, neuf américains sur dix disaient n'avoir jamais douté de l'existence de Dieu, 82% croyaient que Dieu opère des miracles aujourd'hui, 79% rapportaient être parfois très conscient de la présence de Dieu dans leur vie et que 71% croyaient en la vie après la mort. La popularité des nouveaux courants spirituels et religieux en provenance des États-Unis, des pays de l'Orient et du Moyen-Orient semble aussi témoigner de l'intérêt et de la demande de la population pour la dimension spirituelle.

Le pardon, réalité psycho-spirituelle, est au coeur du discours théologique depuis fort longtemps (Monbourquette, 2001; McCullough, Pargament & Thoresen, 2000 ; Kaminer, Stein, Mbanga & Zungu-Dirwayi, 2000). Il est encouragé par nombre de religions depuis des milliers d'années et les membres de ces religions soutiennent que le pardon apporte quantité de bienfaits émotionnels et spirituels pouvant même aller jusqu'à changer drastiquement la vie d'un être humain (McCullough et al., 2000). McCullough et al. (2000) énumèrent trois raisons pour examiner et comprendre la perspective religieuse dans la conceptualisation du pardon. D'abord, la perspective religieuse sur le pardon peut contribuer à éclairer la manière dont les religions influencent le processus psychologique en jeu dans le pardon. Deuxièmement, la considération de la perspective religieuse peut permettre de constater la diversité du phénomène du pardon, au lieu de le voir comme un construit homogène. Finalement, les cliniciennes risqueraient d'être insensibles au potentiel thérapeutique des valeurs religieuses de leurs clientes (tout autant qu'à la variété des conceptions selon la tradition religieuse), si elles ne connaissent pas cet aspect du pardon et n'y sont donc pas préparées. D'ailleurs, dans une étude de 774 adultes vivant en Italie, Mullet, Barros, Frongia, Usaï, Neto, Shafighi (2003) ont observé que: « *what made the difference in the willingness to forgive was mainly the social commitment to religion, not mere personal beliefs.* » (p.1). Dans un contexte dominé par la tradition catholique, avec des sujets croyants et non-croyants ainsi que pratiquants et non-pratiquants, cela laisse supposer que l'engagement religieux favorise la tendance au pardon. S'il s'avère vrai que la religiosité en milieu catholique prédispose au pardon, il serait souhaitable de connaître l'incidence des autres religions, tout autant que les raisons pour lesquelles une personne étrangère à la pratique religieuse soit moins disposée au pardon.

La littérature scientifique en psychologie s'est attardée au pardon depuis peu. McCullough et al. (2000) énumèrent quatre raisons pouvant expliquer cet état de fait. D'abord, la communauté scientifique en général ne s'est intéressée au pardon que récemment, donc il ne s'agit pas d'une exception du champ de la psychologie. Par ailleurs,

le pardon a été historiquement perçu comme étant lié aux croyances religieuses. Ces dernières étant prises en aversion par les sciences sociales, le pardon ne recevait pas leur attention. De plus, rassembler des données sur un sujet comme le pardon, dans un contexte où la psychologie traditionnelle insiste sur l'analyse de comportements observables, demeure une aventure ardue. Il faut également prendre en considération que le contexte du :

...20th century has been the bloodiest and probably the most unforgiving century in human history, perhaps leading people to conclude that forgiveness constituted little more than a nice sentiment. (McCullough et al., 2000, p.3).

Ces auteurs mentionnent aussi que, malgré l'effervescence pour le sujet depuis une quinzaine d'années seulement, certaines prospections avaient déjà été entreprises auparavant. Voici certains exemples d'études ayant contribué à nourrir l'éruption des recherches sur le pardon des années '80 :

- en 1932, premières recherches de Piaget sur le corollaire entre la capacité de pardonner et le développement du jugement moral;
- en 1952, Andras Angyal étudie l'expérience du pardon de Dieu en psychothérapie comme antidote à la culpabilité pathologique;
- en 1964, études d'Emerson sur l'association entre le pardon et le bien-être psychologique;
- en 1958, Heider étudie le pardon comme dépassement de la vengeance lors de transgression dans les relations interpersonnelles;
- en 1967, tenue de la « *Rokeach Value Survey* » sur la nature des valeurs humaines (dont le pardon fût l'une des dix-huit valeurs utilisées comme instrument de mesure);

- en 1968-1969, essais de conceptualisation de Tedeschi sur le pardon comme forme de réponse coopérative dans un contexte de prisonniers.

En ce qui concerne le service social et la dimension spirituelle, la pratique du service social est apparue au Québec dans un contexte où l'Église catholique était omniprésente. La dimension religieuse était donc inhérente à toute action sociale. C'est dans les années '60 que le divorce entre l'État et l'Église est consacré (Mayer, 2002). Par la suite, la religion a été reléguée à la sphère privée et la dimension spirituelle a été complètement évacuée des pratiques sociales. Quelques exceptions à cette règle : les groupes d'Action Catholique⁸ et le traitement de l'alcoolisme, par le biais de l'approche des 12 étapes des Alcooliques Anonymes⁹. Dans les années '80, les soins palliatifs ont commencé à renouer avec la dimension spirituelle. Plus récemment, aux États-Unis, les personnes au prise avec un problème de santé mentale réclament aussi d'être traitées en tenant compte de l'ensemble de leur réalité, y compris la dimension spirituelle.¹⁰ Outre ces milieux spécifiques, la spiritualité ne semble pas faire partie des préoccupations du travail social contemporain. Pourtant, selon Savoie (2002), le travail social est une discipline qui s'intéresse prioritairement à l'ensemble de la vie d'un individu :

Les valeurs chères au travail social sont la justice, l'égalité, l'autodétermination, l'*empowerment*, la dignité, la valeur de chaque personne, etc., tels que décrits dans les Codes de déontologie des travailleurs sociaux du Québec et du Canada. Bref, ce sont des valeurs qui placent la personne humaine, peu importe qui elle est, au centre du dialogue et des préoccupations. (Savoie, 2002, p.49)

⁸ Mouvement de conscientisation et d'actions sociales ayant gardé la dimension spirituelle comme partie intégrante de leur démarche. Leur méthode du « VOIR-JUGER-AGIR » témoigne de l'importance accordée à la spiritualité, même si cette dernière fût l'objet de nombreuses redéfinitions à travers le temps.

⁹ Voir Annexe 5 : Les 12 étapes des Alcooliques Anonymes.

¹⁰ Lourdes Rodriguez Del Barrio, professeur à l'Université de Montréal, 2004, communication personnelle avec l'auteur.

Pour cet auteur, les travailleuses sociales sont les spécialistes du système global des patientes et elles ont comme rôle de défendre leurs droits et besoins. Les travailleuses sociales devraient donc être en mesure de comprendre et tenir compte de la dimension spirituelle avec leurs clientes. En marge du courant principal, certaines thérapeutes incluent déjà le pardon dans leur pratique, c'est le cas de Gottlieb (2004), de Cavell (2003) et d'Aponte (2001). Alors que Gottlieb (2004) et Cavel (2003) abordent le pardon comme un enjeu thérapeutique de guérison ou d'élargissement de l'espace de liberté de la personne, Aponte (2001) tente de démontrer que « la spiritualité du thérapeute influence son travail, qu'il le souhaite ou non, et qu'il est préférable qu'il l'utilise en connaissance de cause, quelque soit sa formation. » (p.337) Ce dernier utilise d'ailleurs ses propres convictions spirituelles, dont le pardon, qu'il présente pour approbation aux familles, en thérapie familiale, afin que tous s'entendent sur une base spirituelle du travail à accomplir sur leurs relations.

Considérant que les troubles alimentaires sont des troubles mentaux graves et que les gens qui en sont atteints bénéficieraient grandement de toute démarche pouvant contribuer à améliorer l'efficacité des traitements ; considérant que selon la littérature scientifique actuelle, la spiritualité semble être un facteur de protection contre les maladies physiques et mentales tout autant qu'un facteur contribuant à leur rétablissement ; considérant que le pardon serait aussi associé à des dénouements positifs dans différentes problématiques (sans constituer une panacée) ; il paraît logique de croire que les patientes aptes au pardon envers elles (ou envers d'autres personnes ou situation de leur passé, selon le cas) maintiendraient davantage leur capacité à se rétablir du trouble alimentaire que celles qui demeurent dans un cercle de culpabilité/honte/autodestruction. De plus, le service social et la spiritualité peuvent véhiculer des valeurs et finalités communes, comme par exemple : protection de la santé physique et mentale des personnes, rétablissement de la santé physique et mentale, meilleure estime de soi, stratégies de « *coping* » face aux maladies ou événements de la vie, importance de la personne au centre des préoccupations,

etc. Il s'avère donc pertinent de documenter les liens qui les unissent et de collaborer à faire connaître le potentiel thérapeutique d'une démarche de pardon.

Compte tenu de ce qui précède, le présent rapport d'analyse de pratiques a pour but d'explorer la pertinence d'un processus de pardon dans le traitement des troubles alimentaires, tout en rendant compte de l'expérience de stage effectuée en ce sens au PTA de l'Hôpital Douglas. Afin de parvenir à cet objectif, ce rapport d'analyse de pratiques est divisé en trois chapitres. Le premier chapitre aborde les troubles des conduites alimentaires. La problématique des troubles alimentaires est abordée par son historique, son incidence et ses conséquences biopsychosociales, par sa réalité d'entité médicale et diagnostique et en tant que champ d'intervention. Ce chapitre décrit aussi le milieu de stage au Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas et expose les activités de stage, en particulier celles à l'origine de ce rapport. Le chapitre deux porte sur la spiritualité et le processus de pardon. Il présente la portion théorique, à partir d'une recension d'écrits, les notions de spiritualité et de pardon. Concernant la spiritualité, sa définition et ses mécanismes d'action sont abordés. En ce qui a trait au pardon, des définitions, des perspectives religieuses et des difficultés de recherches sont traitées. La dernière tranche du deuxième chapitre est consacrée à l'explication du processus de pardon en tant que tel ainsi qu'aux bénéfices et barrières reliés au pardon. Peu de recherches abordent spécifiquement le pardon ou la dimension spirituelle, dans la problématique des troubles alimentaires. Celles existantes portent principalement sur les groupes d'entraide utilisant les douze étapes des Outremangeurs Anonymes. Elles sont introduites avec les études portant sur les AA. Le chapitre trois expose une expérience clinique de pardon, avec la présentation de Marianne, la description de l'intervention et le bilan post-traitement. Le chapitre trois se termine par une réflexion critique de l'expérience de pardon effectuée avec Marianne. Des liens entre spiritualité, pardon et troubles alimentaires sont commentés. La conclusion de ce rapport d'analyse de pratiques s'effectue autour du rôle des travailleuses sociales à l'égard de la spiritualité dans l'intervention, ainsi qu'autour des enjeux découlant de ce genre d'interventions.

Chapitre 1 : Troubles des conduites alimentaires

« Il n'y a pas de réel plaisir dans les faux appétits. »

Mary Baker

« Il y a beaucoup de rejet, de souffrance et de blessures parmi nous, mais une fois qu'on a choisi de trouver la joie cachée dans toute souffrance, la vie devient une célébration. La joie ne nie jamais la tristesse, mais la transforme en un sol fertile où germe encore plus de joie. »

(Nouwen, 1995, p. 157)

L'alimentation est au cœur de l'expérience humaine. Ses insuffisances et ses dérèglements peuvent avoir de graves conséquences sur la santé mentale tout autant que physique des individus qui en souffrent. Le présent chapitre sur les troubles alimentaires est divisé en trois sections. D'abord, une description de la problématique, où un historique de cette maladie, les types diagnostiques, quelques données sur l'incidence de la maladie, les conséquences biopsychosociales, ainsi que différentes approches d'intervention seront introduites. La deuxième section portera sur le milieu de stage au Programme des troubles de l'alimentation (PTA) de l'Hôpital Douglas. L'historique du PTA, la philosophie et le déroulement de l'intervention ainsi que les services offerts sont exposés. En troisième partie, les activités générales de stage sont décrites, ainsi que le projet spécial des ateliers d'introspection et de l'activité de la « Méditation-repas » réalisés.

1.1 Problématique des troubles alimentaires

Historique des troubles alimentaires

L'histoire des troubles alimentaires est relativement récente pour la communauté scientifique. En ce qui a trait à l'anorexie, Pomerleau et collaboratrices (2001) identifient Richard Morton, à Londres en 1689, comme étant le premier à décrire un cas d'anorexie mentale. Par la suite, Lasègue, en France, en 1873, parlera d'anorexie hystérique tandis que Gull, en Angleterre introduira le terme d'« *Anorexia nervosa* » pour décrire cette « maladie rare survenant chez les jeunes filles à la puberté. » (Pomerleau et coll., 2001, p.31). Freud, au début du vingtième siècle, aurait confondu l'anorexie à un trouble de l'hypophyse, puisque la maigreur résulte des deux maladies. C'est vers les années '50 et '60, avec la pionnière Hilde Bruch, que l'entité de l'anorexie mentale a été reconnue et décrite plus amplement. Au niveau médical, les Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux I et II, (DSM I et II) réfèrent à l'anorexie mentale comme étant une réaction gastro-intestinale à des perturbations alimentaires. C'est en 1980, dans le DSM III, que le trouble alimentaire d'« *Anorexia nervosa* » est apparu pour la première fois comme un trouble mental à proprement dit.¹¹

Il est à noter que le jeûne fût utilisé depuis fort longtemps et à différentes fins. Au Moyen-âge, de l'an 410 et jusqu'au 15^{ième} siècle, on retrouve d'extrêmes mortifications chez certaines femmes. Selon Fraise (2000), voulant prendre leur place dans les mouvements religieux qui sont alors des instances politico-sociales décisionnelles réservées aux hommes, elles vont utiliser leurs corps qu'elles vont « mortifier à l'extrême dans le but de prouver leur dévotion à Dieu en imitant ses souffrances sur la croix (...) elles utilisent la privation alimentaire comme moyen pour prendre la parole » (Fraise, 2000, p.17-18). L'exemple de Catherine de Sienne est l'un des plus connu. Le jeûne, sous une forme moins

¹¹ Dr. Mimi Israël, psychiatre au PTA Hôpital Douglas, 2005, communication personnelle avec l'auteure.

drastique, est d'ailleurs encore conservé comme prescription périodique par les principales grandes religions du monde. Que la privation soit utilisée comme moyen d'obtenir une voix et de l'influence ou comme rite religieux, quelle soit employée plus tard dans l'histoire comme traitement médical, comme moyen de protestation politique ou comme moyen de faire de l'argent, elle ne relève pas du trouble alimentaire de type anorexie mentale proprement dit. Par contre, cela n'exclut pas les liens possibles entre le jeûne mystique du Moyen-âge et l'anorexie mentale, comme le souligne Fraise (2000) :

Nous voyons donc ici émerger un profil relativement spécifique de ces femmes souvent influentes du Moyen Age, et qui n'ont souvent pas d'autre choix que d'obéir à la symbolique culturelle les concernant et de la pousser à l'extrême pour forcer l'admiration. C'est seulement à ce prix que certaines, et en tout cas toutes celles que nous évoquons dans cette étude, vont parvenir à obtenir des libertés importantes pour leur époque et qu'elles vont réussir à se faire entendre. (p.44)

Pour ce qui est de la boulimie, son histoire est encore plus récente que celle de l'anorexie mentale. Toujours selon Pomerleau et coll. (2001), il revient à Russell, en Angleterre en 1979, d'avoir décrit l'entité de « *Bulimia nervosa* ». Il est à noter que le comportement boulimique comme tel est beaucoup plus ancien et connu depuis l'Antiquité. Les orgies romaines avec les « *vomitoriums* » en sont un exemple. Plus récemment¹², Pierre Janet en 1903, rapporte plusieurs cas de boulimie dans son ouvrage « Les obsessions et la psychasthénie ». Freud en 1925 qualifie la boulimie de défense hystérique et parle du vomissement comme une défense hystérique contre l'alimentation. En 1932, Wulff décrit un syndrome particulier caractérisé par l'alternance de périodes d'ascétisme et de voracité insatiable. En 1959, Stunkard rapproche la boulimie et l'obésité en proposant une classification de cette dernière en fonction de trois sous-groupes. Stunkard avait déjà décrit ce qu'il a nommé le « *night-eating syndrome* ». En 1970, Kornhaber, parle d'un « *stuffing*

¹² Les informations qui suivent sont tirées d'un texte issu d'un travail universitaire de M.Giraud à Reims, sur le site internet boulimie.com (2000, 2002) et distribuées lors d'un cours sur les troubles des conduites alimentaires SME-2055VA, à l'automne 2003, de la Faculté d'Éducation Permanente de l'Université de Montréal.

syndrome » chez des sujets obèses déprimées, seules et stressées. Bruch, en 1973, attire l'attention sur une catégorie de personnes qu'elle qualifie de « *thin-fat people* », qui sont d'anciens obèses parvenus à un poids normal à force de privation sans aucun changement au niveau de la perception de l'image corporelle. En 1975, grâce à Rau et Green, la description de conduite boulimique impulsive verra le jour, sans référence à l'obésité ni à l'anorexie. En 1977, Bosking-Lodhal et Sirlin parlent d'un syndrome dominé par les épisodes de suralimentation qu'ils nommeront « boulimarexie » et Palmer, en 1979, décrit un « syndrome de chaos alimentaire ». En tant qu'entité médicale pourtant, la boulimie apparaîtra, dans la troisième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IIIR), qu'en 1987.

Types diagnostiques des troubles alimentaires

Bien qu'un grand nombre de personnes évaluent leur relation à la nourriture comme étant problématique, certains critères précis doivent être rencontrés avant de conclure à la présence d'un trouble alimentaire. D'abord, il faut que le trouble alimentaire crée une souffrance cliniquement significative et affecte le fonctionnement de la personne. Ensuite, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 1996), deux entités cliniques distinctes sont définies, soit l' « *Anorexia nervosa* » et la « *Boulimia nervosa* ». Il existe aussi une troisième catégorie : « Trouble des conduites alimentaires non spécifié » (TANOS). Cette catégorie regroupe les troubles alimentaires ne rencontrant pas tous les critères de l'anorexie mentale ou de la boulimie, et inclut un diagnostique encore à l'étude : l'hyperphagie boulimique.

Selon le DSM-IV (1996), quatre critères doivent être remplis pour émettre un diagnostique d'anorexie :

- refus de maintenir un poids normal ;
- peur intense de prendre du poids malgré le faible poids ;

- altération de la perception du poids ou négation de la sévérité de la perte de poids ou influence excessive du poids sur l'évaluation de soi ;
- absence de menstruations pour au moins trois cycles menstruels consécutifs.

Le trouble d'anorexie se divise en deux types : a) restrictif ; b) avec crises de boulimie, vomissements, ou prise de purgatifs.

Toujours selon le DSM-IV, cinq critères permettent d'avancer un diagnostic de boulimie :

- épisodes récurrents d'orgies alimentaires, c'est-à-dire une absorption d'une grande quantité de nourriture dans un court laps de temps avec un sentiment de perte de contrôle ;
- présence de comportements compensatoires pour prévenir la prise de poids, c'est-à-dire vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices excessifs, jeûnes, etc. ;
- crises de boulimie et les moyens compensatoires survenant, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois ;
- estime de soi influencée excessivement par le poids et l'image corporelle ;
- trouble ne survenant pas uniquement dans le cours de l'anorexie mentale.

Le trouble de boulimie se divise aussi en deux types : a) avec vomissements ou prise de purgatifs, c'est-à-dire avec une forme ou une autre de purge ; b) sans vomissement ni prise de purgatif, mais exercices excessifs ou jeûnes.

Cette manière de classer les troubles alimentaires permet de définir deux tangentes de symptômes des troubles alimentaires, associées respectivement soit à l'anorexie soit à la boulimie. Par contre, cette nomenclature comporte plusieurs limites, surtout pour la catégorie TANOS. D'abord il faut savoir qu'à l'origine, les catégories de trouble non spécifiées du DSM avaient comme objectif de regrouper les cas atypiques et résiduels des troubles ne remplissant pas les critères habituels (Fairburn & Bohn, 2005).

Selon ces auteurs, deux principaux problèmes découlent de cette classification pour les troubles alimentaires spécialement. Premièrement, la réalité est que les troubles alimentaires non spécifiés constituent en fait la grande majorité des cas cliniques et non pas des cas résiduels. Cela porte à supposer une lacune au niveau de la classification comme telle. Deuxièmement, la portion des troubles alimentaires non spécifié (comme plusieurs autres catégories non spécifié à travers le DSM) se retrouve négligée par les recherches, malgré son importance en nombre. Fairburn & Bohn (2005) proposent trois solutions potentielles afin de contrer les déficiences diagnostiques chez les troubles alimentaires. La première solution est d'assouplir les critères pour les catégories d'anorexie mentale et de boulimie, ce qui diminuerait en quantité la portion TANOS. La deuxième solution est d'ajouter un troisième diagnostique comme « *Mixed Eating Disorder* » ou « *Binge Eating Disorders* », qui ne relèverait pas de l'élimination des deux autres mais aurait ses critères propres. La dernière solution des auteurs, plus radicale, consiste en une solution « transdiagnostique », qui suppose de complètement revoir la manière d'identifier les troubles alimentaires. Au lieu de les diviser en catégories selon leurs différences de symptômes, anorexie versus boulimie, il s'agirait de se baser sur un seul diagnostique de trouble alimentaire qui engloberaient les différentes manifestations du trouble, en mettant l'accent sur les points communs. Ces derniers se retrouvent bien plus souvent au niveau cognitif, qu'au niveau behaviorale d'ailleurs.

Incidence des troubles de l'alimentation

À l'époque de Mme Bruch, cette dernière s'appuyait sur une douzaine de cas d'anorexie pour effectuer ses observations. À la même époque, le *Presbyterian Hospital* de New York, n'aurait rapporté que 30 cas entre 1930 et 1960 (Pomerleau et coll., 2001). L'incidence de l'anorexie mentale serait actuellement de 1% chez la population adolescente et jeune adulte des sociétés industrialisées. De ce nombre, 10% seraient des jeunes hommes et 90% des jeunes femmes (Crisp, Palmer & Kalucy, 1976 ; Szmukler, 1985 ; dans Pomerleau et coll., 2001). Par ailleurs, selon ces auteurs, si l'on ne tenait compte que de

trois critères sur quatre, le taux de personnes rencontrant le diagnostic d'anorexie mentale augmenterait à 5%.

Pomerleau et coll. (2001), évaluent à 2% environ l'incidence du trouble de boulimie chez les jeunes femmes (citant Garfinkel et coll., 1995 ; Kendler et coll., 1991). Les différentes sources consultées s'entendent pour dire que le nombre de personnes atteintes pourrait être de deux à trois fois plus élevé si les critères du DSM-IV étaient élargis. De plus, l'ensemble des troubles alimentaires, incluant les troubles atypiques, affectent environ 10% des adolescentes et des jeunes femmes. Selon l'Association des personnes anorexiques et boulimiques du Québec (ANEB, 2000), la boulimie toucherait de 3 à 5% des femmes entre 14 et 25 ans en Amérique du Nord. De plus, toujours chez les femmes, 40% s'adonneraient à la pratique de régimes « yoyo », 70% seraient préoccupées par leur poids et 90% seraient insatisfaites de certaines parties de leur corps. Bien que ces dernières données ne peuvent à elles seules constituer un trouble alimentaire au sens du DSM-IV, ces facteurs sont à considérer puisqu'ils font partie des éléments prédisposant, déclenchant et perpétuant des troubles alimentaires.

Conséquences biopsychosociales d'un trouble alimentaire

Plusieurs effets peuvent survenir à cause d'un trouble alimentaire. Ces conséquences se manifestent selon l'état de santé de la personne ainsi que selon la gravité et la fréquence des différents symptômes énumérés dans les critères diagnostiques : privations de nourriture, vomissements, orgies alimentaires, abus de laxatifs ou diurétiques, exercices excessifs, etc.

Au niveau physique, les troubles alimentaires peuvent provoquer de nombreuses difficultés. En voici des exemples : difficulté de concentration, étourdissement, perte de mémoire, mal de tête, hypothermie (parfois lanugo : type de poils qui poussent comme défense pour maintenir la chaleur corporelle), infertilité, anémie, oedème, déséquilibre électrolytique, déshydratation, aménorrhée ou irrégularité dans les périodes menstruelles,

atrophie de la masse musculaire, ostéoporose, perte des cheveux, érosion de l'émail des dents, hypertrophie des glandes parotides, ainsi que divers problèmes digestifs, intestinaux, rénaux, cardiaques ou hépatiques. Il est à noter que la privation de nourriture à l'extrême peut aller jusqu'à provoquer la détérioration des organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Au niveau psychologique, il peut s'agir de honte, d'automutilation (pour faire taire les voix ou comme forme d'autopunition), d'irritabilité, de repli sur soi, de troubles dissociatifs (affect plat, transe). Au niveau social, les conséquences se remarquent principalement par l'isolement social, les conflits avec les pairs, les tensions familiales, ou l'absentéisme au travail ou à l'école.

Il est fréquent d'observer certaines pathologies spécifiques chez les personnes atteintes d'un trouble alimentaire : 40 à 50% souffriraient en plus d'un trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité de type évitant, dépendant ou obsessionnel seraient associés à l'anorexie alors que le trouble de la personnalité de type limite serait plutôt associé à la boulimie (Pomerleau et coll., 2001). Toujours selon ces auteurs, d'autres problèmes psychiatriques seraient associés aux troubles alimentaires : la dépression (reliée à l'état de dénutrition), la phobie sociale et les troubles obsessionnels-compulsifs. De plus, il faudrait ajouter la présence de troubles anxieux chez 34% des sujets boulimiques ainsi que la présence d'abus d'alcool ou de drogues chez 41% des sujets boulimiques (Fichter & Quadflieg, 1997, cité par Pomerleau et coll., 2001). Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters (2004), quand à eux, évaluent à environ 60-70% le taux de co-morbidité de troubles anxieux autant chez les personnes présentant un trouble de boulimie que d'anorexie.

Approches d'intervention en troubles alimentaires

En ce qui a trait aux approches d'intervention et considérant que l'étiologie des troubles alimentaires se situe à trois niveaux : biologique (la malnutrition et les problèmes biologiques), psychologique (les déficits psychologiques et comportementaux), social (les

déficits sociaux et le contexte culturel), les interventions se situent donc à ces trois différents niveaux (Yager et al., 1993).

Ces auteurs relèvent plusieurs consensus existants sur les symptômes physiques et psychologiques produits par la restriction alimentaire, par exemple :

... food preoccupation, food hoarding, abnormal taste preferences, binge eating and other disturbances of appetite regulation, symptoms of depression, obsessionality, apathy, irritability, and other personality changes.» (Yager et al., 1993, p.214).

Tous ces effets sont réversibles avec la re-nutrition et l'obtention d'un poids santé chez la personne, mais il peut s'écouler beaucoup de temps avant que tout redevienne normal. Il est important de savoir qu'une reprise de poids est parfois préalablement nécessaire aux efforts que demande un processus thérapeutique. En même temps, la démarche thérapeutique doit être entamée afin que la personne accepte de recommencer à se nourrir. Bien entendu, le retour au poids santé, ne constitue pas le seul facteur de rétablissement, ni d'ailleurs sa garantie.

Au niveau des déficits psychologiques, comportementaux et sociaux, les observations proviennent des théories psychodynamiques, psychanalytiques, cognitives, des systèmes familiaux, éducatives, socioculturelles et féministes qui ont étudié le sujet. Selon Yager et al. (1993), il semble y avoir une cohésion dans la présentation psychologique des personnes au prise avec un trouble alimentaire : sentiment d'inefficacité qui se traduit par un effort de contrôler la sphère du poids, difficulté à interpréter les sensations intérieures, incluant le sentiment de faim et de satiété, et difficulté à interpréter et tolérer plusieurs états affectifs. Les auteurs en soulignent l'ampleur :

Deficits in self-structure, self-esteem, self-coherence and self-regulation, and incomplete and ambivalent object relations may leave these patients ill-equipped for the developmental tasks of separation/individuation and result in a weak sense of personal and gender identity and in a pervasive sense of ineffectiveness and helplessness. (Yager et al., 1993, p.214)

Quand au contexte culturel, les normes et valeurs sociales attachées aux diètes, au contrôle du poids, à la minceur ainsi qu'à l'image corporelle dans les sociétés occidentales, doivent aussi être adressées. En même temps, il semble difficile de travailler sur cet aspect avant d'avoir au préalable établis des jalons individuels de l'estime de soi.

Conséquemment, les objectifs de traitement, selon Yager et al. (1993) :

...are first aimed at nutritional rehabilitation and the restoration of normal eating patterns to correct the biological and psychological sequelae of malnutrition that may perpetuate eating-disordered behavior. The concurrent longer-term goals are to diagnose and help resolve the associated psychological, family, social, and behavioural problems so that relapse does not occur. (p.214.)

L'ensemble des auteurs consultés s'entendent pour une compréhension biopsychosociale du phénomène. Diverses approches sont donc utilisées en intervention, souvent conjointement, telles que les thérapies cognitive, comportementale, interpersonnelle, psychoéducative et pharmacologique.

Pomerleau et coll. (2001), privilégient l'approche psychoéducative de concert avec une psychothérapie. L'approche psychoéducative s'articule autour de 10 éléments principaux dont :

- la peur d'engraisir ;
- la théorie de la restriction ;
- la rééducation nutritionnelle ;
- les éléments de physiologie digestive ;
- la théorie du poids naturel ;
- l'inefficacité des comportements compensatoires ;
- les complications médicales ;
- la reconnaissance de stimuli déclencheurs et acquisition de comportements de rechange ;

- le journal quotidien ;
- la gestion des crises.

En parallèle, la psychothérapie pour vaincre les difficultés psychologiques peut être d'orientation cognitive, interpersonnelle, psychodynamique ou familiale. À l'intérieur de la psychothérapie, certains éléments spécifiquement reliés aux troubles alimentaires doivent être abordés, comme par exemple : les relations interpersonnelles, l'estime et l'affirmation de soi, les pensées automatiques négatives, la capacité de poser des limites, la gestion des conflits et les responsabilités du monde des adultes (Pomerleau et coll., 2001).

Dans un autre ordre d'idée et sans proposer d'approche d'intervention en particulier, Corcos, Girardon, Nezelof, Bizouard, Venisse, Loas, Lang, Halfon, Flament, Jeammet, (2000), suggèrent que les troubles alimentaires puissent faire partie du champ des dépendances :

Ce qui nous fait regrouper des conduites différentes repose sur des constatations cliniques apparaissant très voisines dans les différents troubles : début à l'adolescence avec réactivation de l'histoire événementielle de l'enfance ; compulsivité avec obsessions idéatives concernant l'objet et la conduite *addictive* ; sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet *addictif* ; substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable ; vécu de dépersonnalisation, sorte d'état second hypnotique puis honte et culpabilité mêlées lors des crises ; dépressivité et lutte anti-dépressive lors des intervalles libres, manifestations somatiques lors du sevrage, maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales. (Corcos et coll., 2000, p.B53)

Considérant l'importance du contexte dans le développement d'une dépendance, s'il existe effectivement une parenté entre cette dernière et les troubles alimentaires, les enjeux sociaux sont ici très importants. En effet, en regard des connaissances recensées par Nadeau et Biron (1998) sur l'alcoolisme et la toxicomanie :

... il faut prendre en compte que les prédispositions liées à la personnalité s'inscrivent dans un contexte familial et social qui agit soit comme catalyseur soit comme inhibiteur de la dépendance. (p.53)

Puisque les sociétés occidentales portent une éminente attention à la nourriture, dans les buts paradoxaux de contrôle de l'image corporelle tout autant que de consommations d'abondantes nourritures de tout acabit (« *junk food* », etc.), ce contexte social pourraient avoir joué un rôle dans l'émergence si rapide des troubles alimentaires. Weiner (1998), en accord avec Corcos (2000) sur le fait que les troubles alimentaires puissent être une dépendance, mentionne d'ailleurs que « *Food is abundant in our society, and eating has taken on a variety of functions beyond normal nutritional requirements.* » (p.163). De plus, la publicité qui encourage la consommation de plus en plus grandes quantités de nourriture, persiste à exiger la maigreur à outrance, particulièrement chez les femmes. Nadeau et Biron (1998) remarquent que :

Les prédispositions biologiques et psychologiques s'inscrivent dans un contexte culturel qui en façonne la manifestation. (...) Il est vraisemblable que ce soit un agrégat de facteurs qui exercent entre eux des effets de potentialisation. (p.60)

Si l'on ajoute le fait que la nourriture est associée depuis la tendre enfance aux mécanismes de punition/récompense et de recherche de plaisir, et que le culte de la minceur multiplie le déclenchement de régimes de toutes sortes, les ingrédients majeurs pour nourrir la vulnérabilité individuelle de certaines personnes se trouvent rassemblés.

Corcos et coll. (2000), s'appuyant sur différentes études (Wiseman, 1999; Holderness, 1994; Hudson, 1992), suggèrent en plus que la chronologie de la fréquence de co-morbidité entre troubles alimentaires et abus de substances, reflète bien une problématique commune qui a ses variantes en fonction des profils psychopathologiques sous-jacents. À partir d'une recension de 51 études effectuées entre 1971 et 1991, Holderness et al. (1994, dans Corcos et coll., 2000), ont comparé la co-morbidité entre les

troubles du comportement alimentaire et les abus de substances. Il en ressort que 20-25% de personnes boulimiques auraient eu une histoire de dépendance à l'alcool ou à une drogue et que 20% des femmes dépendantes à une substance auraient connu ou connaissent un épisode plus ou moins sévère de boulimie. Les personnes anorexiques seraient associées à un taux moindre aux abus de substances. Bulik, Klump & Thornton (2004), quand à eux, mentionnent un taux d'abus de substances d'environ 15% chez les personnes présentant un trouble d'anorexie et d'environ 45% chez les personnes présentant un trouble de boulimie. Corcos et coll. (2000), citent une étude de Wiederman et Pryor (1996) sur 454 sujets (134 anorexiques restrictives pures ou anorexiques boulimiques et 320 boulimiques) pour relever :

... qu'indépendamment du diagnostic, la sévérité de la restriction calorique était corrélée positivement avec l'utilisation d'amphétamines, la gravité des conduites boulimiques avec la prise de tranquillisants et les purges avec la prise d'alcool, de cocaïne et de cigarettes. (Corcos et al., 2000, p.B56)

Si le lien entre dépendance et trouble alimentaire s'avère patent, il est primordial d'inclure cet aspect dans le traitement afin de déjouer un potentiel transfert de dépendance dans le processus de rétablissement ; et ainsi éviter une alternance de réactivation et rémission des symptômes des deux troubles. Dans la prochaine section, il est question d'un milieu d'intervention en trouble alimentaire au Québec.

1.2 Milieu de stage : Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas

Historique du Programme des troubles de l'alimentation

C'est en 1986 que le Programme des troubles de l'alimentation (PTA) a vu le jour. La mission de départ, toujours en vigueur, était de lier la pratique clinique à la recherche et

à l'enseignement dans le traitement des troubles alimentaires, en vue d'exporter l'expertise à la communauté.

L'origine du PTA est le résultat de l'identification des besoins de traitements spécialisés pour les troubles alimentaires. Un canevas fût alors présenté à l'administration de l'Hôpital Douglas. Bien qu'à l'époque, certaines personnes ne croyaient pas le projet nécessaire, l'histoire témoigne aujourd'hui de la pertinence du programme. Le Programme des troubles de l'alimentation s'inscrit dans la Division des Services ultraspécialisés¹³ pour adultes de l'Hôpital Douglas, qui relève de la Direction générale et la Direction de l'Ensemble des Divisions.

Philosophie et déroulement de l'intervention du PTA

Concrètement, le PTA a établi ses activités cliniques sur les consensus développés internationalement par l'expérience clinique et la recherche de praticiennes et chercheuses impliquées dans le traitement des troubles alimentaires. Les professionnelles du PTA intègrent les principes contemporains d'une conception multidimensionnelle, biopsychosociale, des troubles alimentaires dont l'étiologie des problèmes prescrit une approche interdisciplinaire (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000). Plusieurs approches de traitements et modes de thérapies co-existent dans l'intervention. Les approches les plus utilisées sont : cognitive-behaviorale, psychoéducative, interpersonnelle, psychodynamique, systémique, biologique, motivationnelle avec des modes d'intervention individuelle, de groupe, de couple et familiale. La philosophie et les modes d'interventions respectent donc les principes de base des traitements reconnus par la communauté scientifique.

Le PTA peut compter sur la collaboration d'une équipe composée de 17 professionnelles de différentes disciplines : une secrétaire, une commis senior en

¹³ Voir Annexe 2 : Organigramme de la Division des Services ultraspécialisés pour adultes.

administration, deux psychiatres, trois psychologues, deux travailleuses sociales, une nutritionniste, une ergothérapeute, cinq infirmières (ajouter celles non officiellement rattachées au PTA) et une agente de relations humaines. L'équipe de travail accueille plusieurs stagiaires de différentes disciplines (travail social et psychologie) durant une année complète, en plus d'autres étudiantes (nutrition, ergothérapie et psychiatrie) effectuant des stages de plus courtes durées.

Un consensus semble se dégager sur le fait que le PTA est perçu comme un service de pointe ultraspécialisé, dont la recherche est véritablement intégrée à la clinique, et reconnue internationalement. Au niveau de la communauté, le PTA bénéficierait d'une très bonne notoriété et serait reconnu pour être « l'endroit » où l'on aide les gens ayant un trouble alimentaire. De plus, des statistiques internes portant sur l'évaluation du taux de satisfaction des clientes révèlent « une haute satisfaction et... [professionnelles du PTA] sont perçus comme des gens qui savent ce qu'ils font » (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000, p.2). La présence de stagiaires, bien que cela puisse occasionnellement créer des problèmes (patientes qui refusent d'être suivies par une étudiante), contribue à la responsabilité de l'Hôpital de former une nouvelle génération de professionnelles et permet aussi de garder une atmosphère vivante et stimulante pour les intervenantes en place. Au niveau international, le PTA,

... jouit d'un renom incontestable dans le milieu international des spécialistes des TA. Les membres de l'équipe du PTA font partie (sur invitation) de divers comités spécialisés internationaux, par exemple de la *Eating Disorders Research Society*, l'*Academy for Eating Disorders*, du comité d'examen de l'*International Journal of Eating Disorders* et d'autres. (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000 p.3).

Il apparaît donc que le PTA est perçu comme un service sérieux et compétent.

Services offerts

Les activités du Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas sont réparties en quatre volets de services (Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation, 2000) :

1. La clinique externe est constituée d'un ensemble de services offerts en considération des besoins individuels de la clientèle (thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale ou de couple, réadaptation nutritionnelle et thérapie pharmacologique).
2. Le programme de jour offre un traitement de groupe structuré, qui se déroule sur plusieurs jours de la semaine. Ce service s'adresse à une clientèle qui nécessite un encadrement plus serré et une attention particulière aux composantes comportementales et psychologiques du trouble de l'alimentation.
3. L'hôpital de jour s'adresse aux individus avec un trouble alimentaire sévère nécessitant un traitement hautement supervisé, mais avec une capacité de s'organiser pour pouvoir passer la nuit à la maison. Ce programme vise à éviter certaines hospitalisations et à en raccourcir d'autres.
4. L'hospitalisation offre un traitement ultraspécialisé et intensif dans un environnement sécuritaire. Il s'adresse aux personnes présentant des complications médicales dues à la malnutrition, ou pour celles dont le traitement externe n'est pas un outil suffisant pour dénouer les symptômes du trouble de l'alimentation.

1.3 Activités de stage

Activités cliniques effectuées

Trente objectifs spécifiques¹⁴ étaient ambitionnés durant la réalisation du stage au PTA, de l'Hôpital Douglas. Ces objectifs sont liés au savoir, savoir-faire, savoir-dire et savoir-être énoncés dans le manuel de stage (École de service social, 2001), du programme de qualification professionnelle. Pour parvenir aux objectifs d'apprentissage visés, la participation à l'ensemble des activités du Programme des troubles de l'alimentation a été favorisée. Concrètement, au niveau clinique, il a été question : de compléter des évaluations téléphoniques pour des personnes demandant un service ; d'observer et conduire des évaluations professionnelles, incluant la rédaction des rapports d'évaluation biopsychosociale ; de suivre en individuel des patientes ayant un trouble de l'alimentation, incluant la coordination de leur plan de traitement ; de co-animer et animer un groupe de thérapie pour des patientes hospitalisées ; d'observer, co-animer et animer une journée de thérapie de groupe sur l'image corporelle au Programme de jour pour des patientes à l'externe, incluant l'écriture du rapport de la journée.

Au niveau organisationnel, il faut ajouter la participation aux deux réunions d'équipe hebdomadaires : l'une pour le fonctionnement de la clinique externe et l'autre pour les interventions cliniques des patientes hospitalisées. Des conférences mensuelles de formation pour l'ensemble des stagiaires en service social de l'Hôpital Douglas ont aussi eu lieu. Finalement, la supervision à chaque semaine a permis d'assurer la concrétisation des objectifs d'apprentissage sur l'ensemble du processus d'intervention, la logistique des activités cliniques effectuées, l'approfondissement des connaissances visées, ainsi que la mise à profit de l'expérience de stage dans le milieu.

¹⁴ Voir Annexe 6 : Contrat de stage.

J'ai ajouté en cours d'année, une journée de formation sur le thème : « *Mindfulness in Therapy* »¹⁵, à Toronto; puisqu'il s'agit d'un sujet ayant une proche parenté avec la dimension spirituelle en intervention. Ce séminaire de formation avait comme objectif de (1) présenter les concepts de base (d'origine bouddhiste) de l'approche de « *Mindfulness* », et (2) d'enseigner quelques techniques d'intervention reliées au « *Mindfulness* ».

Projet spécial : ateliers d'introspection et activité de la Méditation-repas

Suite à des observations faites au cours de différentes activités de stage, et à la demande de la superviseure, un projet spécial de quatre ateliers d'introspection¹⁶ et l'animation de deux « Méditations-repas » a été réalisé. Le but des ateliers d'introspection était d'offrir une expérience et des outils de relaxation aux patientes du Programme de jour du PTA. Quelques constats avaient motivé la préparation des ces ateliers : des patientes avaient beaucoup de difficulté à sentir ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même, à gérer l'anxiété, à identifier leurs émotions et plusieurs disaient ne pas savoir comment, voir même, être incapables de relaxer. Les ateliers d'introspection visaient donc à graduellement permettre aux patientes d'expérimenter dans un contexte sécuritaire des outils de relaxation et de méditation. Chaque atelier incluait un temps d'explication, un temps d'expérience sur une base volontaire ainsi qu'un retour en groupe pour les questions, commentaires ou partage de l'expérience. L'atelier un portait spécifiquement sur la respiration, l'atelier deux avait comme titre la relaxation physique, l'atelier trois était accordé à la relaxation mentale et spirituelle, tandis que l'atelier quatre constituait une expérience plus profonde d'intériorisation.

Suite aux commentaires positifs reçus par les patientes sur les quatre ateliers d'introspection, deux « Méditation-repas » ont été organisées. Après chacune des deux

¹⁵ Cette formation, parrainée par The Hincks-Dellcrest Center-Gail Appel Institute, Toronto, a été donné par Diane R. Gehart, Ph.D., LMFT.

¹⁶ Voir Annexe 3 : Projet spécial, ateliers d'introspection.

expériences de « Méditation-repas », une discussion se tenait pour cueillir les commentaires et apprentissages des patientes par rapport à l'activité.¹⁷ La « Méditation-repas » est une expérience d'intériorisation, en groupe, durant un repas. Elle permet à chaque participante de centrer son attention sur la relation qu'elle entretient avec la nourriture, tout autant que sur la dynamique qui se joue à l'intérieur d'elle-même. Au niveau spirituel, la « Méditation-repas » permet d'entretenir une relation de respect et d'amour avec soi et de favoriser le développement d'un contact conscient avec sa dimension intérieure.

La première « Méditation-repas » s'est déroulée au Programme de jour et les patientes n'avaient pas le choix d'y participer. J'ai animé la « Méditation-repas » en présence de la nutritionniste. Les patientes dans l'ensemble, malgré leur compréhension du but de l'activité, ont trouvé l'expérience difficile, car cela les obligeait à être vraiment conscientes de leur relation avec la nourriture, souvent perçue comme un ennemi. La deuxième « Méditation-repas » que j'ai animé, en présence d'une psychologue, s'est déroulée à l'Hôpital de jour, sur une base volontaire. Bien que les patientes de l'Hôpital de jour présentent habituellement un trouble alimentaire plus sévère, elles semblent, par leurs commentaires, avoir davantage apprécié l'activité. Cette expérience laisse donc à penser qu'une démarche d'intériorisation a tout avantage à être vécue sur une base volontaire.

Le présent chapitre avait comme objectif d'exposer la problématique des troubles alimentaires ainsi que le milieu et les activités de stage. Le prochain chapitre constitue le cœur de ce rapport d'analyse de pratiques, puisqu'il présente une revue de la littérature sur les thèmes de la spiritualité et du pardon.

¹⁷ Voir Annexe 4 : « Méditation-repas », buts et commentaires des patientes.

Chapitre 2 : Spiritualité et processus de pardon

« L'affirmation la plus radicale que Jésus ait faite est peut-être celle-ci : Montrez-vous miséricordieux comme votre Père est miséricordieux (Luc 6,36). La compassion de Dieu est décrite par Jésus, non seulement pour me montrer combien Dieu désire prendre soin de moi, ou me pardonner mes péchés et m'offrir une vie nouvelle remplie de bonheur, mais aussi pour m'inviter à devenir comme Dieu et à témoigner aux autres la même compassion que lui me témoigne. »

(Nouwen, 1995, p.166-167)

Tel qu'énoncé dans l'introduction de ce rapport, la littérature scientifique s'entend généralement pour dire que la spiritualité a des effets bénéfiques sur la santé physique et mentale ainsi que sur le rétablissement de maladies (Longo & Peterson, 2002 ; Coyle, 2002 ; Hodge, 2001). Le pardon, bien que moins étudié jusqu'à maintenant, semble aussi insuffler un potentiel thérapeutique en intervention (McCullough et al., 2000).

Ce chapitre est constitué de deux parties. La première traite de la spiritualité en intervention. Pour ce faire et bien que la spiritualité soit difficile à décrire spécifiquement, des définitions de spiritualité et de religion sont présentées. Par la suite, des concepts en jeu dans la dimension spirituelle sont introduits. Finalement, des hypothèses de mécanismes d'action, qui amènent différentes auteures à révéler que la spiritualité soit avantageuse en intervention, sont exposées. Peu d'études étayent la dimension spirituelle¹⁸ spécifiquement dans l'intervention auprès d'une clientèle au prise avec une problématique de troubles alimentaires. Celles que j'ai recensées, portent sur l'approche spirituelle des Outremangeurs Anonymes (OA). Elles sont présentées avec l'approche spirituelle des Alcooliques Anonymes. La deuxième partie du chapitre porte sur le pardon comme réalité psycho-

¹⁸ Il existe par ailleurs des recherches qui abordent la dimension spirituelle ou religieuse, en tant qu'interprétations étiologiques ou sociologiques (Griffin & Berry, 2003 ; Fraise, 2000 ; Morgan, Marsden, Lacey, 2000; Banks, 1997 ; Garrett 1997), ou qui s'intéressent à la prévalence des troubles alimentaires selon l'affiliation religieuse (Gluck & Geliebter, 2002 ; Huline-Dickens, 2000).

spirituelle. Les définitions, les perspectives religieuses, les limites des connaissances, le processus de pardon ainsi que les bénéfices et barrières sur le pardon sont traités. Les aspects cliniques et pratiques du pardon sont abordés au chapitre suivant.

Au niveau méthodologique, la recension des écrits a été faite à partir de banques de données informatisées, principalement Medline et Francis. Les articles devaient être accessibles de l'Université de Montréal et postérieurs à 2000. Les trois recensions de littératures consultées ont été choisies pour leur complémentarité. La littérature écrite avant 2000 a été couverte à l'aide du livre : « *Forgiveness : Theory, Research, and Practice* » de McCullough, Pargament et Thoresen (2000). Quelques exceptions : un livre de Pargament (1997) et certains articles antérieurs à 2000 ont été utilisés afin de documenter la dimension spirituelle; et ont été choisis pour leur pertinence directe avec le sujet. Deux livres, un de théologie (Nouwen, 1995) et un de psychologie pastorale (Monbourquette, 2001) ont été ajoutés à la liste, pour la qualité de leur contenu et l'apport notoire de ces auteurs sur le thème du pardon.

Pour les fins de ce rapport d'analyse de pratiques, les articles scientifiques recensés sur le pardon devaient être en rapport avec la dimension spirituelle du phénomène, puisque c'est l'angle choisi pour traiter le sujet. Par ailleurs, les recherches actuelles sur le pardon sont beaucoup plus vastes et vont dans plusieurs autres directions, aussi diverses que : les caractéristiques développementales ou cognitives requises pour être capable de pardonner, les différents modèles sur le pardon, ou encore l'impact dans le cerveau de l'acte de pardonner.¹⁹

¹⁹ À cet égard, et pour celles qui voudraient aller plus loin sur une vue d'ensemble du pardon, consulter l'article de Kaminer et al. (2000) ou l'ouvrage de référence de McCullough et al. (2000).

2.1 Spiritualité en intervention

Il est difficile de cerner théoriquement le concept de spiritualité et d'évaluer son impact dans un processus de rétablissement. La spiritualité ne peut se résumer à un ensemble de techniques et ses expressions sont multiples et personnelles. La spiritualité relève aussi d'une manière d'être et de comprendre le monde. Elle peut également être considérée comme un mode de vie. Il s'agit donc d'une dimension essentielle à la personne et il est logique de s'y intéresser lorsqu'une personne vient demander de l'aide. Par ailleurs, puisque la spiritualité peut prendre différentes formes, il est avantageux d'en comprendre la dynamique afin de respecter le système de valeurs de la personne qui consulte.

Dans cette partie sur la spiritualité en intervention, je commence par présenter les définitions de la spiritualité et de la religion, qui sont souvent confondues, et j'expose les concepts inhérents à la dimension spirituelle. Ensuite, je présente différentes hypothèses concernant les mécanismes d'action de la dimension spirituelle, puisque ce sont ces mécanismes qui vont permettre de canaliser cette force potentielle de changement dans l'intervention.

Définitions et concepts de la dimension spirituelle

La racine latine du mot spirituel est « *spiritualis* », de « *spiritus* », qui veut dire esprit. La spiritualité est donc ce qui relève de la vie de l'esprit. La vie spirituelle d'une personne peut être vue comme un contenu, ou comme embrassant les différentes manifestations de l'expression de sa spiritualité. Worthington, Kurusu, McCullough, Sandage (1996) prennent soin de distinguer la spiritualité de la religion:

Religious should be differentiated from spiritual, which generally is taken to mean believing in, valuing, or devoted to some higher power than what exists in the corporeal world. In this sense, a person may be spiritual but not religious (believing in and valuing, e.g., a universal human spirit or an élan vital without holding religious beliefs to be true) or both spiritual and

religious (believing in and valuing a higher power that is acceptable to and consistent with some organized religion). (p.449)

Cette définition est compatible avec les écrits de Coyle (2002) et de Savoie (2002) qui définissent la spiritualité comme une entité touchant l'âme d'une personne, subjective, reliée à des valeurs personnelles, immatérielle et incorporelle. Cette vie de l'esprit peut s'exprimer différemment selon les individus et se modifier au fil du temps et des expériences de la personne. Cette conception rejoint également la définition donnée par Dyson et al. (1997), qui conçoivent la spiritualité comme une vaste dimension, ne devant pas être réduite à la seule référence à une religion.

Le terme religion quant à lui provient du latin « *religare* » qui signifie : se relier à. Il véhicule la notion d'appartenance à un groupe. Worthington et al. (1996), ont utilisé la définition suivante pour leur recension de littérature :

... religious applies to any organized religion. Religious beliefs are propositional statements (in agreement with some organized religion) that a person holds to be true concerning religion or religious spirituality. (p.449)

Ces auteurs, précisent que le degré de religiosité peut varier sur un large continuum. Cette définition concorde avec les travaux de Dyson et al. (1997) ainsi que de Coyle (2002) qui associent la religion avec une institution sociale dans laquelle un individu est engagé, par un système de pratiques et de croyances. Savoie (2002), quand à lui, propose une définition plus complète de la religion :

... un système de croyances sur l'humain et les aspects de la vie, de la mort et de l'après-mort. Ce système est reconnu par un groupe de personnes et appuyé par des textes et autres sources fondateurs comme étant sacrés et révélés par Dieu, à travers les hommes. La religion est ainsi un cadre défini, avec ses références au temps, à l'espace, avec ses lieux de culte ou d'expression et fournit des réponses porteuses de sens et de valeurs. (p.48)

Il en résulte donc qu'une personne peut témoigner d'une vie spirituelle de différentes façons. Certaines personnes vont l'exprimer par la mise en pratique de valeurs

humaines ou sociales (par exemple : le respect, l'honnêteté, l'amour, la solidarité, la justice sociale, l'altruisme, etc.) dans leur quotidien. D'autres personnes vont participer à des activités, qui sont religieuses ou non (par exemple : méditation, lecture, écriture, bénévolat, ressourcement, etc.). D'autres encore vont choisir de s'affilier à une religion ou s'associer à un groupe religieux et de faire leurs, les valeurs ainsi que les activités du groupe d'appartenance. À l'inverse, probablement plus rarement de nos jours, une personne peut appartenir à une religion, participer aux activités sociales, sans nourrir sa vie spirituelle. D'autres réalités sont aussi possibles. Une personne, vivant sa spiritualité, peut choisir de s'allier à un groupe religieux spécifique, afin de nourrir son besoin d'appartenance à une communauté. À l'inverse, une personne ne s'étant jamais intéressée à la spiritualité ou novice sur le sujet, peut s'intégrer à un groupe religieux en mettant en pratique le projet spirituel proposé par cette religion. Il peut aussi advenir qu'une personne se reconnaisse comme n'étant ni religieuse, ni spirituelle. Il est précieux ici de ne pas juger ni d'apposer une connotation morale aux divers comportements humains, mais de plutôt chercher à les saisir.

Lors de la lecture d'études sur la religiosité ou la spiritualité, il est avantageux d'être alerte avec les conclusions de recherche, en vérifiant les variables utilisées. Par exemple, certaines auteures se concentrent spécifiquement sur la religiosité des individus (Pargament, Koenig, Perez, 2000; Pargament, 1997; Worthington, 1996). Des variables telles que la participation à un lieu de culte, la lecture de livres saints, la prière, etc. sont alors utilisées pour ces études. D'autres auteures vont étudier la spiritualité en général (Coyle, 2002; Dyson et al., 1997), en prenant soin d'inclure ou de spécifier la différence entre religion et spiritualité. Des variables telles que la connexion à un Dieu ou une puissance supérieure, la foi, le sens à la vie, les valeurs, etc., sont les plus souvent utilisées pour exprimer la dimension spirituelle. Ces catégories ne sont évidemment pas exclusives. D'une façon générale, dans la littérature consultée, les auteurs définissent rigoureusement le sujet et les variables de leur étude. Par contre, il peut arriver que certaines auteures associent les deux termes, postulant qu'ils puissent être interchangeables. Cela rend

ambiguë l'évaluation des mécanismes d'action spécifiques à la spiritualité et à la religion; ce qui ne veut pas dire que les grandes religions ne propose pas à leurs membres un projet spirituel. Différents biais peuvent donc compromettre la validité des résultats des études dans ce domaine. Par exemple, utiliser la variable de fréquentation d'un lieu de culte peut être tout à fait approprié pour évaluer la religiosité d'un sujet et inapproprié pour évaluer la spiritualité d'un autre. La prudence est donc suggérée lors de la lecture des conclusions de recherches.

D'ailleurs, considérant que la dimension spirituelle est une partie importante d'une approche globale de soins, mais que les définitions et cadres conceptuels des intervenantes sur le sujet sont souvent inadéquats, Dyson et al. (1997), ont fait une recension de la littérature sur le sens de la spiritualité. Les auteurs avaient comme objectif de mieux identifier les thèmes relatifs à la spiritualité et les liens entre ces thèmes; afin de pouvoir offrir aux thérapeutes intéressées une méthode d'évaluation des besoins en matière de spiritualité. Ils ont identifié trois pôles autour desquels s'articulent les diverses expressions de la dimension spirituelle : le soi, les autres et Dieu. Selon ces auteurs, les relations qu'une personne établit avec et entre ces trois éléments-clé constituent l'exploration de la dimension spirituelle. D'autres thèmes s'ajoutent à ce noyau central, soit: le sens (but et sens à la vie), l'espoir, la connexion (être reliée à soi, aux autres et à Dieu²⁰), les valeurs et le système de croyances et finalement, l'expression de la spiritualité. Ce dernier volet peut prendre une variété de formes, telles que la pratique religieuse ou l'appréciation des éléments de la vie (musique, nourriture, sexualité, etc.). L'expression de la spiritualité peut aussi se vivre dans une variété de contextes (individuel, communautaire ou institutionnel) permettant de prendre soin de la relation à soi, aux autres et à Dieu (défini selon le système de croyance de la personne).

²⁰ Selon Dyson et al. (1997), le pardon serait un élément de cette connexion à une entité plus grande que soi, dans l'harmonie ou l'acceptation inconditionnelle.

Au niveau des méthodes de psychothérapies religieuses, Worthington et al. (1996) ont recensé 148 articles scientifiques parus entre 1984 et 1994, dont l'objet devait porter sur « *religion and clients, religion and counselors, or religious counseling* ». Pour les fins de cet inventaire, la religion a été l'angle d'approche. Les recherches portant sur la spiritualité en général ont donc été exclues. Les auteurs avaient comme objectif de résumer et d'analyser les informations connues sur le sujet, ainsi que de dégager des pistes de recherches futures. Trois types de « *counseling* » religieux sont ressortis de cette recension. Il peut s'agir : (1) d'une conseillère religieuse qui utilise des théories et techniques séculières de « *counseling* » pour influencer la vision religieuse ou spirituelle d'une cliente; (2) d'une conseillère qui utilise des techniques dérivées d'une religion; ou (3) d'une conseillère qui utilise une approche séculière pour un contenu religieux. Dans leur inventaire, les auteurs ont trouvé que les techniques typiquement religieuses les plus utilisées étaient, en ordre décroissant : la prière, les enseignements sur des concepts religieux, les références aux écritures sacrées, le pardon, l'utilisation du soi, les devoirs religieux et l'utilisation d'une ressource extérieure (exemple : un prêtre).

Afin d'intégrer l'ensemble des concepts enchâssés dans la dimension spirituelle, Coyle (2002) propose un cadre conceptuel²¹ pouvant être utilisé pour explorer la relation entre la spiritualité et la santé. Ce modèle de concepts-indicateurs a été construit à partir d'une revue de littérature, entre 1990 et 2000, dont les mots-clés étaient : « *spirit* », « *spirituality* », « *religion* » et « *religiousity* ». Grâce à ce cadre conceptuel, l'auteure a pu identifier les similitudes et les différences des différentes définitions et conceptions de la spiritualité, parmi les textes consultés. Il en ressort trois manières de concevoir l'expérience spirituelle chez une personne. Bien qu'il n'est pas possible d'explorer en profondeur toute la richesse de ce cadre conceptuel, il est utile d'en connaître l'existence, d'en saisir la pertinence ainsi que de comprendre la direction des trois approches proposées par l'auteure.

²¹ Voir Annexe 7 : Cadre conceptuel de Joanne Coyle.

Une des raisons de la pertinence de ce cadre conceptuel est que cette façon d'organiser les différents concepts en jeu permet de distinguer les notions de spiritualité et religion qui sont si souvent confondues. De plus, cette conceptualisation permet de nuancer ce qui peut être compris sous le vocable de « Dieu ou absolu », dans le sens d'entité supérieure, versus une conception plus laïque orientée vers les valeurs. Bien que ces trois approches permettent d'exprimer une diversité d'expériences, elles ne sont pas mutuellement exclusives. Ce qui diffère dans ces trois approches est le fondement de la spiritualité considéré par l'individu.

Les trois approches de la dimension spirituelle contenues dans le cadre conceptuel de Coyle sont : (1) « *The Transcendant approach* »; (2) « *The value guidance approach* »; et (3) « *The structural-behaviourist approach* ». Dans la première approche (« *The Transcendant approach* »), l'élément fondamental est la transcendance; c'est-à-dire que la relation à une entité au-delà du monde matériel est primordiale pour fournir un sens à la vie. La relation de la transcendance peut être trans-personnelle : située à l'extérieur (Dieu, Puissance Supérieure, univers, etc.) ou être intra-personnelle : située à l'intérieur (potentialité du soi) de la personne. Dans la deuxième approche (« *The value guidance approach* »), l'élément fondamental est la relation à des valeurs, principes, idéaux ou croyances. Ce sont les convictions et le contenu du système de valeurs qui vont donner un sens et une direction à la vie des personnes décrites dans cette approche. Dans la troisième approche (« *The structural-behaviourist approach* »), l'élément fondamental est l'engagement religieux. Pour cette troisième approche, l'emphasis est mise sur les pratiques associées à une communauté de foi organisée (présence à l'église, prière, soutien social de la communauté de foi). Pour Coyle (2002), l'important est de clarifier comment ces différentes catégories sont inter-reliées et comment elles peuvent influencer le bien-être des gens; ce qui est l'objet de la prochaine section. Ce cadre conceptuel peut aussi servir d'outil de référence pour mieux distinguer la diversité d'expérience des gens qui demandent de l'aide.

Hypothèses des mécanismes d'action de la spiritualité

La dimension spirituelle des clientes rencontrées en thérapie représente un élément de contexte culturel ou religieux important. En tant que travailleuse sociale, il est important de comprendre cette réalité, qui peut s'exprimer différemment selon les personnes, et surtout d'en concevoir les mécanismes d'action. Ainsi, l'intervenante se trouve à même de comprendre et de discerner les aspects avantageux à soutenir en intervention, tout autant que de prévenir les utilisations défavorables pour la personne. Dans cette section, l'objectif est de mieux comprendre comment fonctionne la spiritualité chez les personnes. Ces observations vont aussi introduire la notion de pardon, qui peut être une dimension de la spiritualité potentiellement utile dans divers processus thérapeutiques.

Coyle (2002) confirme que la spiritualité fournit des bénéfices sur la santé en termes de prévention, d'amélioration de l'état de santé, d'aide à la guérison et rend les gens en meilleure position pour faire face à l'adversité et à la maladie. Avec son cadre conceptuel des trois approches, il est possible de situer les notions inhérentes à la spiritualité ainsi que les différents éléments à l'œuvre. L'auteure remarque trois attributs de la dimension spirituelle qui peuvent conduire à des conséquences positives chez la personne. Premièrement, le sens et les buts dans la vie (« *meaning and purpose* ») seraient communs aux trois approches. Avoir un sens à sa vie, engendre un état d'esprit positif qui encourage les comportements sains. Par exemple, une recherche démontre que même lorsque des individus s'engagent dans des comportements à risque, ils pourraient être protégés par le sens produit par leur dimension spirituelle. Des auteurs (Larson et al., 1989, cité dans Coyle, 2002), ont effectué une recherche où des fumeurs dits « religieux » rapportaient sept fois moins de taux de pression diastolique anormaux que des fumeurs dits « non-religieux ». Coyle (2002) suggère que le sens à la vie apporte un état de paix intérieure qui proviendrait de la relation à une puissance supérieure ou un système de valeurs internes. Cette connexion avec quelque chose de plus grand que soi aiderait à contrer l'incertitude et

à donner un sens aux événements. La confiance qu'une force, peu importe son origine, soit à l'œuvre, permet de faire face aux situations les plus difficiles. Le deuxième attribut provient du rôle de la foi ; défini comme une profonde croyance en quelque chose sans disposer de preuves, une conviction de la vérité d'une doctrine, ou complète confiance dans une personne ou un remède. L'auteure constate que la foi dans l'expérience spirituelle est un processus actif:

A consistent theme in a number of studies of chronic illness is a growing recognition that patients' sense of transcendence, belief in God or Higher Power and their religiosity is an active-cognitive process rather than a passive submissive one. (Coyle, 2002, p.595)

Le troisième point en jeu est l'espoir. Évidemment, dans l'approche des valeurs, cela dépend du contenu de ces valeurs. Généralement, l'espoir, indistinctement de sa provenance, aide les gens à s'adapter et à faire face à une situation ou à la maladie. Il permet de concentrer ses énergies dans la pensée et l'action d'un résultat positif.

Dans un autre domaine, l'approche spirituelle des 12 étapes des AA, utilisée depuis plus de soixante ans dans le traitement de l'alcoolisme et conséquemment pour le traitement d'autres formes de dépendances, a démontré son efficacité à contribuer au rétablissement d'individus au prise avec un trouble de dépendance (Morgenstern et al., 2002). Selon certaines études, cette efficacité serait comparable et parfois supérieure à des traitements d'approche cognitive-behaviorale (Ouimette et al., 1997 et Project MATCH Research Group, 1997, cités dans Morgenstern, 2002). Concernant les mécanismes à l'œuvre dans cette approche, Miller (1994) est d'avis que les éléments-clés du succès de l'approche des AA relèvent justement de la dimension spirituelle proposée. Dans les douze étapes²², seulement la première de ces étapes mentionne le mot alcool. Le reste concerne la croissance personnelle ou des outils pour négocier avec la vie : relation à une puissance supérieure, examen minutieux de soi, confession, ouverture à s'améliorer, amendes

²² Voir Annexe 5 : Les 12 étapes des Alcooliques Anonymes.

honorables, prière ou méditation, recherche de la volonté de Dieu à son égard et transmettre le message aux autres qui souffrent de la maladie. Suivre ce mode de vie signifie que la personne s'engage dans un processus de changement personnel par des valeurs d'honnêteté, d'humilité, d'action et d'espoir. Pour Miller (1994), il s'agit d'une approche qui englobe le modèle biopsychosocial, puisqu'elle inclut ces trois dimensions en plus de l'aspect spirituel. Pargament (1997) ajoute que ces groupes de support mutuel deviennent d'ailleurs une forme de plus en plus populaire d'aide auprès de millions de personnes, en proposant une démarche spirituelle pour effectuer des changements majeurs dans la vie de ses membres.

Wasson & Jackson (2004), ont fait une analyse qualitative du rôle du groupe de soutien des Outremangeurs Anonymes (OA), dans l'expérience de traitement de 26 femmes rétablies d'un trouble de boulimie depuis au minimum six mois. Cette étude révèle que cinq composantes favorisent et soutiennent le maintien du rétablissement : (1) la présence et la participation régulières aux réunions ; (2) l'interaction avec une marraine ; (3) les activités d'introspection (écriture, etc.) ; (4) le développement spirituel ; (5) l'adhésion à un plan alimentaire. Ces auteures mentionnent une étude indiquant que deux caractéristiques du programme des OA, l'abstinence de la compulsion alimentaire et la spiritualité, sont statistiquement associées au rétablissement (Westphal et Smith, 1996, dans Wasson & Jackson, 2004). D'autres éléments, relevant de la dimension spirituelle du mode de vie proposé par les OA (calqué sur les 12 étapes des AA), contribuent au rétablissement : (1) le fait que les membres puissent être libres de leurs croyances respectives, (2) la pratique spirituelle implique un processus d'être à l'intérieur de soi, (3) la prière et la méditation favorisent la réduction du stress, une plus grande acceptation de soi, ainsi qu'une meilleure santé mentale en générale. Wasson & Jackson (2004) ajoutent:

Nearly all of the respondents described the spiritual foundation of OA as helpful for satisfying the spiritual hunger that gives rise to compulsive eating and purging. It is noteworthy that the OA program does not suggest a

specific spiritual belief, but rather urges each member to develop a personal concept of a "higher power" that works for her. (p.348)

Les auteurs précisent qu'une des clés spirituelles des OA, consiste à encourager ses membres à admettre leur impuissance devant la nourriture, et à s'allier une puissance supérieure, telle qu'elles la conçoivent. Là-dessus, Wasson & Jackson (2004) se réfèrent à Jung (1933, dans Wasson & Jackson, 2004), qui a été un des premiers à soutenir que les problèmes humains ont aussi une nature spirituelle : « *...he believed that a spiritual awareness was imperative because intellect or moral reasoning alone is not sufficient to address many human dilemmas.* » (p.352)

Worthington et al. (1996) ont recensé 148 études (publiées entre 1984 et 1994) portant sur des processus psychothérapeutiques religieux. Les résultats de ces études tendent généralement à démontrer que la religion a une influence positive sur la santé mentale. Les auteurs relèvent sept points, qui demeurent à valider, pour expliquer les mécanismes d'action de la religion (traduction libre de l'auteure) :

1. donne un sens à la vie;
2. stimule l'espoir;
3. apporte un sentiment de contrôle de la part d'un Dieu bienfaisant, qui compense pour un contrôle personnel limité;
4. encourage un style de vie plus sain d'où résultent un état d'esprit positif et une meilleure santé mentale;
5. met en place des normes sociales positives qui font naître approbation, échange et acceptation des autres;
6. fournit un réseau de soutien social;
7. donne à la personne un sens du supranaturel, qui est une impulsion psychologique et qui peut être un dépassement de soi spirituel ne pouvant être mesuré phénoménologiquement.

Pargament (1997), quant à lui, a effectué une recension de la littérature sur la psychologie de la religion et les stratégies de « *coping* ». Les résultats des recherches semblent démontrer qu'il y aurait des formes utiles de spiritualité et d'autres nuisibles. En ce qui a trait aux formes profitables de « *coping* » religieux, l'auteur relève trois éléments majeurs. Premièrement, être en collaboration avec Dieu (« *partnership with God* ») est un des meilleurs prédictors de résultats positifs. Parce que les sujets perçoivent de l'appui et une direction de la part de Dieu, ils se sentent rassurés émotionnellement, ressentent une relation de proximité spirituelle ainsi qu'une direction dans la résolution des problèmes. Cela a comme conséquence de meilleurs ajustements aux crises de la vie. Le deuxième élément est le soutien de la congrégation. Pour plusieurs sujets, la communauté de leur Église est décrite comme une seconde famille, dans laquelle les membres ou les officiers prennent soin d'eux et sont disponibles dans les situations de crise. La troisième forme salutaire de « *coping* » réside dans un cadre religieux bienveillant. Selon les études, il semble que les événements négatifs sont plus faciles à négocier s'ils sont compris à l'intérieur d'un cadre religieux bienfaisant où les événements, les pertes, les maladies sont attribués à la volonté philanthropique de Dieu ou à son amour. Par contre, selon Pargament (1997), deux formes de « *coping* » seraient associées à des effets néfastes. Un mécontentement avec la communauté ou avec Dieu est associé à un sentiment d'être abandonnée ou déçue par ces derniers dans les pires moments, et produirait découragement, désespoir et ressentiment. Une deuxième forme dommageable est l'attribution religieuse négative. C'est-à-dire que le fait d'interpréter une situation ou un événement comme étant une punition de Dieu produirait culpabilité et peur, et conséquemment des effets négatifs sur la façon d'y faire face.

Les résultats de recherches suggèrent donc que la religiosité et la spiritualité peuvent généralement représenter une ressource profitable pour les individus en traitement. Les auteurs présentés précédemment ont permis de connaître les différents éléments en jeu dans la dimension spirituelle. Je vais maintenant présenter des auteurs ayant travaillé sur un

outil concret pour évaluer, cliniquement, la dimension spirituelle d'une personne. Pargament et al. (2000) ont développé et validé une stratégie d'évaluation qui englobe les stratégies religieuses de « *coping* » (*RCOPE*)²³. Dans leur outil, ces auteurs ont identifiés cinq fonctions importantes de la religion :

1. Le sens (« *Meaning* ») : La religion offre un cadre d'interprétation et de compréhension par rapport à la recherche de sens devant la souffrance ou certaines situations.
2. Le contrôle (« *Control* ») : Confronté à des événements qui poussent l'individu au-delà de ses ressources personnelles, la religion offre plusieurs avenues pour atteindre un sens de la maîtrise et du contrôle, inhérente à l'être humain.
3. Le confort de la spiritualité (« *Comfort/Spirituality* ») : La religion est conçue pour réduire les appréhensions d'un individu devant les catastrophes de la vie. Il peut s'agir aussi du désir de connecter avec une force plus grande que soi.
4. L'intimité de la spiritualité (« *Intimacy/Spirituality* ») : La religion peut servir de mécanisme de stimulation à la solidarité ou d'identité sociale, puisqu'elle favorise la vie en groupe.
5. Changements dans la vie (« *Life Transformation* ») : Bien que la religion soit souvent vue comme étant conservatrice, elle peut aussi assister les individus dans des changements de vie majeurs.

Le questionnaire permet autant de recenser les aspects positifs que négatifs de l'utilisation de la religion pour négocier avec la vie. Dans le *RCOPE*, le pardon est inclus

²³ L'outil d'évaluation (« *the RCOPE* ») a été soumis à 450 étudiantes (93% blancs ; 99% célibataires ; 69% femmes) de collège, sur une base volontaire, âgées entre 18 et 38 ans. De ces personnes, 45% étaient catholiques et 41% protestantes. L'ensemble des sujets avaient vécu un ou plusieurs événements négatifs dans les dernières trois années tel que : mort d'un membre de la famille ou d'une amie, problèmes amoureux, maladie d'un proche ou de soi-même, séparation, divorce ou autre conflit interpersonnel. Malgré les limites de l'étude, les résultats suggèrent que le *RCOPE* puisse être utile aux chercheuses et aux praticiennes intéressées à mieux comprendre les stratégies de « *coping* » religieux et à les intégrer dans un processus d'intervention.

dans la fonction du « confort de la spiritualité » pour son sens de purification. Le pardon a aussi été inclus dans la fonction de « changements dans la vie », pour le « *coping* » spirituel face à la colère, les blessures et la peur associées à une offense.

Tel que vu précédemment, le pardon (sous différentes formes) est évoqué comme un élément de la spiritualité (Dyson et al., 1997; Miller, 1994), de la religiosité (Worthington et al., 1996; Pargament, 2000) et peut être un facteur contribuant aux effets bénéfiques de la dimension spirituelle; malgré qu'il ait été peu étudié jusqu'à maintenant.

2.2 Le pardon

Le pardon, comme réalité psycho-spirituelle, est tout aussi difficile à cerner que la spiritualité (Monbourquette, 2001). Il présente également une diversité de sens et d'expériences chez les gens. Le pardon véhicule un potentiel thérapeutique de croissance rarement exploité en intervention. Dans l'histoire, la science et la spiritualité sont devenues des idéologies dichotomiques (Clark et al., 1991, dans Dyson et al., 1997). Il n'est pas surprenant de constater qu'une proportion élevée de thérapeutes aient délaissé la dimension spirituelle dans leurs interventions. Par ailleurs, il semble que les personnes vivant une dimension spirituelle, religieuse ou non, sont plus susceptibles de pardonner (Mullet et al., 2003; Carone & Barone, 2001; McCullough et al., 2000). Il est bien entendu qu'une démarche de pardon n'est pas exclusive aux personnes ayant une vie religieuse structurée, ni à celles ayant une spiritualité active. Loin de moi l'idée de vouloir exclure les personnes athées ou agnostiques, ni d'ailleurs de promouvoir une quelconque forme de prosélytisme.

Il est non négligeable de savoir que les grandes religions du monde font la promotion du pardon, ce qui suppose que plusieurs personnes susceptibles de venir en thérapie aient déjà une conception plus ou moins précise du pardon. Selon moi, il est donc urgent que les travailleuses sociales soient familiarisées à ce qu'est un processus de pardon

et comment cela peut s'intégrer dans un traitement. Elles ont aussi avantage à connaître les valeurs religieuses de leurs clientes qui sont impliquées dans une organisation religieuse, ce qui leur permettrait d'avoir accès à des éléments de leur contexte culturel, et à articuler leurs interventions aux autres stratégies que la personne met déjà en place pour faire face à ses difficultés.

Dans cette section, je débute par présenter quelques définitions du pardon, malgré qu'aucune ne fasse l'unanimité, ainsi qu'une énumération de ce que le pardon n'est pas. Ensuite, j'introduis des perspectives religieuses en résumant la conception du pardon de trois religions. Troisièmement, j'expose les limites des recherches sur le pardon. Quatrièmement, j'introduis les différentes étapes d'un processus de pardon selon deux sources. Je termine le chapitre en exposant les bénéfices et barrières d'un processus de pardon.

Définitions du pardon

Bien que le pardon soit associé à des conséquences thérapeutiques positives (Kaminer et al., 2000), à ce jour, aucune définition du pardon n'est acceptée par l'ensemble des chercheurs (McCullough et al., 2000; Kaminer et al., 2000). Ayant recensé les différentes définitions utilisées antérieurement, McCullough et al. (2000) ont constaté un point commun entre elles : le pardon serait associé à une réponse envers la personne, l'événement ou le contexte considéré comme offenseur, plus positive et moins négative. Suite à cette observation, ils ont proposé la définition suivante du pardon : « ... *forgiveness as intraindividual, prosocial change toward a perceived transgressor that is situated within a specific interpersonal context.* » (McCullough et al., 2000, p.9). Cette définition a le désavantage d'exclure le pardon à soi.

Kaminer et al. (2000) quand à eux proposent d'utiliser la définition d'Enright et al. (1991, dans Kaminer et al., 2000), qui inclut la partie cognitive et comportementale du pardon :

...forgiveness as the absence of negative affect, judgement, and behaviour toward and the presence of positive affect, judgement, and behaviour toward the offender, in the face of a deep, unfair hurt. (p.346)

Monbourquette (2001), énumère certaines fausses conceptions du pardon, qui banalisent le terme et qui font en sorte que : « trop de gens pressés de pardonner se retrouvent dans des impasses psychologiques et spirituelles. » (p.12). Pour cet auteur, pardonner (1) n'est pas oublier; (2) ne signifie pas nier qu'il y a eu offense; (3) exige plus qu'un acte de volonté instantané (accomplissement plus ou moins long selon : la blessure, les réactions de l'offenseuse et les ressources de l'offensée); (4) ne peut pas être commandé (importance du choix libre et volontaire); (5) ne veut pas dire se retrouver comme avant l'offense (réconciliation n'est pas synonyme de pardon); (6) n'exige pas qu'on renonce à ses droits (le vrai pardon combat l'injustice); (7) ne veut pas dire excuser l'autre; (8) n'est pas une démonstration de supériorité morale; et (9) ne consiste pas à se décharger sur Dieu (assumer son existence). Pour cet auteur, le pardon est une aventure humaine et spirituelle. La dimension humaine du pardon tient au fait qu'il s'agit bien pour la personne offensée de décider de ne pas se venger, d'accepter le travail de l'introspection et de rechercher une nouvelle vision du rapport humain en cause. C'est d'ailleurs là, un des bienfaits du pardon : « Délivré de ses liens douloureux avec le passé, celui qui pardonne peut se permettre de vivre pleinement le présent et prévoir l'avenir des rapports nouveaux avec son offenseur » (Monbourquette, 2001, p.47). La dimension spirituelle du pardon, quant à elle, proviendrait d'un abandon du contrôle personnel sur la situation pour être en état de réception de la plénitude du pardon. L'auteur exprime la dynamique sous-jacente à la dimension spirituelle du pardon en ces termes :

À ce moment-là, le travail psychologique patient et volontaire cède la place à l'attente décontractée et pleine d'espérance d'un pardon qui ne vient pas de soi mais d'un Autre. (...) Mes recherches là-dessus m'ont persuadé que, pour réussir l'acte de pardonner, on doit se détacher même de sa volonté de pardonner. (Monbourquette, 2001, p.51)

Suite à ces définitions et réflexions, il me semble que le pardon soit d'abord une démarche de changement à l'intérieur de la personne ayant subi l'offense, ou qui effectue la démarche de pardon. Ce processus de changement doit respecter l'intégrité des personnes concernées et viser une forme de libération chez la personne qui pardonne. De plus, la dimension spirituelle du pardon semble ouvrir une porte pour recevoir l'aide d'une puissance supérieure (ou de Dieu) pour l'acte de pardonner, ainsi que pour favoriser une forme d'harmonie (ou de ré-harmonie) avec quelque chose de plus grand que soi.

Quelques perspectives religieuses sur le pardon

Je viens de présenter quelques définitions du pardon et d'introduire la dimension spirituelle du pardon. Je vais maintenant présenter rapidement les conceptions du pardon présentes à l'intérieur de certaines religions. Comme il a été mentionné, la religion fait partie du contexte socioculturel des personnes et peut constituer une force de changement.

Dans le but de familiariser les chercheuses et praticiennes aux perspectives sur le pardon soutenues par différentes religions, McCullough et al. (2000) ont interrogé cinq spécialistes de leur religion respective. Le choix des répondants a reposé sur deux critères. Les experts devaient avoir une production écrite suffisante sur leur propre religion et avoir manifesté de l'intérêt sur le sujet du pardon. Les auteurs ont ainsi demandé aux spécialistes, les cinq questions suivantes concernant le concept du pardon :

1. *« How is forgiveness defined according to your tradition?*
2. *What is the theological basis for forgiveness according to your tradition? Please include examples of major references pertaining to forgiveness in sacred texts.*
3. *How important or central is forgiveness to your tradition?*
4. *According to your tradition, should forgiveness be contingent upon repentance by the offender? If so, why? If not, why? Are there other conditions placed on forgiveness?*

5. *Does forgiveness necessitate reconciliation? In other words, is it possible to forgive while deciding not to reconcile with the offender? »*

(McCullough et al., 2000, p.20)

Bien qu'il soit impossible de retransmettre l'ensemble de ces données pour les cinq religions, dans le présent rapport, les principaux éléments de réponses sont résumés pour trois religions,²⁴ soit le Christianisme, le Judaïsme et l'Islam.

1. Christianisme. Selon l'expert consulté, James G. William, le pardon est généralement considéré comme « *an act of pardon or release from an injury, offense, or debt.* » (McCullough et al., 2000, p.20). Le pardon est le noyau central de la théologie, de l'éthique et de la religion de la tradition chrétienne. Il représente la potentialité de changement et de transformation d'un individu dans ses relations interpersonnelles. Le Dieu des personnes chrétiennes cherche à inspirer aux être humains le pardon et l'amour, à travers le Christ. Puisqu'il s'agit d'un élément fondamental du Christianisme, les références au pardon sont multiples dans le Nouveau Testament. Plusieurs histoires dans le Nouveau Testament imagent d'ailleurs la notion d'amour inconditionnel et du pardon (« Pardonne-nous nos offenses, comme nous pardonnons aussi à ceux qui nous ont offensés » : Mt 6,12; « pardonner 77 fois 7 fois » : Mt 18, 21-22; « la parabole du fils prodigue » : Lc 15,11-32; etc.). La plus éloquente est celle de Jésus sur la croix qui demande à son père de pardonner à ses bourreaux (Lc 23,34). Concernant la nécessité que l'offenseuse reconnaisse sa faute, William explique que selon le modèle du Christ sur la croix, le pardon ne dépend pas du repentir de l'offenseuse. Par ailleurs, d'autres passages mettent aussi en garde contre un pardon accordé mécaniquement, ou provenant d'une justification martyre (orgueil spirituel). Il n'y a donc pas de condition au pardon, sinon que le pardon soit une condition à la réconciliation. « *Christians should never close themselves off from the possibility of*

²⁴ Pour celles intéressées par le sujet, McCullough et al. (2000) ont aussi interrogé des spécialistes du Bouddhisme et de l'Hindouisme.

reconciliation, even though they should be realistic in recognizing that sometimes reconciliation may not occur. » (McCullough et al., 2000, p.36)

2. Judaïsme. Pour Elliot N. Dorff, spécialiste du Judaïsme, il est important de distinguer trois niveaux de pardon dans la tradition hébraïque. Le premier niveau (« *excuse me* », « *pardon* ») s'applique lorsqu'aucune punition n'est attendue comme conséquence de l'acte fautif, qui peut encore avoir lieu. Le second niveau (« *forgiveness* ») implique que la violation initiale est enlevée et que l'offensée, si elle pardonne, accepte une possible reprise de la relation avec l'offenseur. Le troisième niveau, (« *reconciliation* ») se produit lorsque l'offenseuse est réintégrée dans la relation, la famille ou la communauté à nouveau. Dans ces différents paliers, il y a possibilité de réconciliation sans pardon et de pardon sans réconciliation. Pour les personnes juives, il est important d'obtenir le pardon de l'offensée, afin d'être en état de recevoir le pardon de Dieu à leur égard. Plusieurs passages de la Torah expriment la signification d'une convocation à suivre les traces de Dieu ainsi que des lois concrètes sur la réparation des dommages à la victime. Les personnes juives doivent pardonner pour imiter Dieu et aussi dans le but de respecter les lois de Dieu. D'ailleurs, une offensée qui refuserait de pardonner après trois demandes de pardon de l'offenseuse, deviendrait elle aussi en état de péché. Dans la tradition hébraïque, la victime est obligée de pardonner seulement si l'agresseuse passe à travers un processus de pardon (« *process of return* », « *teshuvah* »). D'autre part, les pardons « gratuits » ne sont pas non plus encouragés afin de protéger d'éventuelles victimes du sujet agresseur. Ce processus de pardon est expliqué dans le chapitre deux de la « *Maimonides's Laws of Forgiveness* » et implique huit étapes.

3. Islam. M. Amir Ali, répondant pour l'Islam, précise que sa religion n'est pas une tradition, dans le sens que la « Révélation » originale faite par Allah à son Messager Mohammed et inscrit dans Le Coran, existe dans sa forme authentique en arabe et que la seconde source (« *The Hadith* ») demeure aussi intacte. Il est possible d'avoir accès à la révélation d'Allah par une traduction, mais il s'agit alors du monde de la traduction et non

du monde d'Allah. Dans le texte sacré du Coran, le concept du pardon est exprimé par trois termes : « *afw* », qui veut dire pardonner ou excuser une offense, une faute ou un avertissement de punition ou amnistie; « *safhu* », qui exprime l'idée de se tourner du péché, d'une offense ou ignorer; et « *ghafara* », qui signifie couvrir, pardonner et remettre. Pour les personnes musulmanes, Allah est le seul qui peut finalement pardonner puisque c'est un de ses 99 attributs (« *The Forgiving One* »). Le sens du pardon est de terminer une offense contre Dieu ou Sa création. Le pardon doit nécessairement rencontrer le critère de la sincérité. La base théologique se trouve dans le Coran, où il est écrit des indications sur le pardon dans différents contextes. Pour l'Islam, sans être central, le pardon est pertinent pour deux raisons. D'abord, il est très important pour l'après vie. La recherche de pardon est un signe d'humilité et pardonner aux autres est un signe de magnanimité. Deuxièmement, le pardon apporte la joie en ce monde-ci et améliore les relations avec les autres, en apportant une bonne réputation et du respect. Le repentir de l'offenseuse n'est pas nécessaire pour accorder le pardon, bien qu'il apporte un meilleur lien entre les parties. Par contre, lorsque le pardon d'Allah est demandé, la repentance est requise. Par ailleurs, Ali défend que la réalité ne soit pas aussi clairement définie en termes d'offensée et offenseuse et que l'arbitration et la résolution de conflit soit alors nécessaire. Finalement, la réconciliation est souhaitable mais pas nécessaire au pardon.

McCullough et al. (2000) concluent que le pardon est important (et dont la portée peut varier selon la religion) pour chacune des traditions religieuses et est considéré en cohérence avec leur conception respective de Dieu et du monde. Comme ces auteurs le mentionnent, ce bref aperçu permet seulement d'envisager la richesse de conceptualisations sur le pardon des religions consultées et l'intérêt d'en découvrir davantage : « *We believe there is wisdom in the perspectives of religious traditions, which were considering important questions long before psychology existed as a formal science.* » (McCullough et al., 2000, p.39)

Limites des connaissances sur le pardon

Les recherches sur le pardon rencontrent de nombreux défis. McCullough et al. (2000) divisent les enjeux des recherches en trois groupes. D'abord, un premier groupe qui consiste en des problèmes d'ordre conceptuel et méthodologique. Dans cette catégorie, il y a bien sûr la variété de définitions sur le concept lui-même. S'en suit un flou au niveau de comment opérationnaliser le pardon dans les différentes études. En plus, il faut ajouter le manque de compréhension du rôle de la religion, de la culture et de la situation de vie des personnes dans leur expérience de pardonner. Si les recherches sur le pardon n'en tiennent pas compte, un grand fossé peut se creuser entre la théorie sur le pardon et les pratiques cliniques d'un processus de pardon.

Un deuxième groupe de problèmes se trouvent dans le peu de chercheurs ayant offert des évaluations critiques du concept de pardon. Peu de perspectives ont été identifiées afin d'incorporer cette notion dans les champs des connaissances neurobiologiques, sociales, développementales et de la personnalité.

Le troisième ensemble de difficultés correspond à l'application pratique du pardon en psychothérapie, relation d'aide ou prévention. Peu d'études ont exploré comment intégrer le pardon en intervention, et encore moins ont porté sur les retombées négatives du pardon.

Comme le souligne McCullough et al. (2000), il est important d'adresser ces enjeux de recherche afin que le pardon ne soit pas marginalisé du champs de la recherche et de la pratique : « *...if such initial field-building steps are taken, the concepts of forgiveness could have a rich future in the fields of scientific and professional psychology* » (McCullough et al., 2000, p.11).

Je viens de présenter quelques définitions larges du pardon en tant que réalité psycho-spirituelle, trois conceptions spécifiquement religieuses sur le sens du pardon, ainsi

que les difficultés concernant les recherches. La prochaine section introduit les étapes concrètes d'un processus de pardon.

Processus de pardon

Trois différents genres de recherche ont été utilisées pour étudier le pardon en tant que processus de changement : (1) les connaissances basées sur des expériences cliniques; (2) les études phénoménologiques; et (3) les recherches ayant pour but de fournir un support empirique à une théorie ou hypothèse spécifique relative au pardon. Bien qu'il existe plusieurs débats sur les meilleurs moyens d'actualiser le pardon, McCullough et al. (2000), dégagent de la littérature cinq éléments constituant un processus de pardon. Monbourquette (2001), quant à lui, a développé une méthode en 12 étapes pour élaborer une démarche de pardon qui tient compte de l'ensemble des éléments psychologiques et spirituels en jeu.

Les étapes du processus de pardon de ces auteurs sont placés, à la page suivante, dans un tableau en deux colonnes pour en faciliter la compréhension et permettre de comparer les deux perspectives en identifiant les points communs. J'ai arbitrairement mis en parallèle les deux typologies de processus de pardon à partir des définitions de la recension de littérature et de mon expérience personnelle.

McCullough et al. (2000)	Monbourquette (2001)
	1. Ne pas se venger
1. Acceptation de la conscience de fortes émotions telles que la colère et la tristesse	2. Reconnaître sa blessure et sa pauvreté 3. Partager sa blessure avec quelqu'un 5. Accepter la colère et l'envie de se venger
2. Laisser aller des besoins antérieurs non répondus	4. Bien identifier sa perte pour en faire son deuil
	6. Se pardonner à soi-même
3. Un changement de perception de l'offenseur chez la personne qui pardonne 4. Le développement d'empathie pour l'offenseur	7. Comprendre son offenseur
5. La construction d'une nouvelle compréhension sur soi et les autres	8. Trouver dans sa vie un sens à l'offense
	9. Se savoir digne de pardon et déjà pardonné 10. Cesser de s'acharner à vouloir pardonner 11. S'ouvrir à la grâce de pardonner
	12. Décider de mettre fin à la relation ou de la renouveler

À la lecture du tableau, je relève quelques éléments essentiels. D'abord, quatre points principaux sont communs aux auteurs. L'importance d'accepter les émotions fortes reliées à l'offense et de reconnaître sa blessure. Il s'agit ici de reconnaître sa vulnérabilité et d'accepter d'entrer dans le processus de guérison. Deuxièmement, l'importance d'identifier la perte et d'en faire le deuil. Il s'agit d'accepter les besoins non-répondus, ou en d'autres mots, l'impossibilité de refaire le passé. Troisièmement, le processus de pardon doit comprendre un changement de perception de l'offenseuse avec nécessairement un sentiment d'empathie, pour tenter de comprendre l'état dans lequel se situait cette offenseuse. Le quatrième point commun réside dans l'importance de construire une nouvelle compréhension de soi ou des autres, ce qui revient à chercher le sens que l'offense peut représenter dans sa vie.

Monbourquette (2001) ajoute quelques étapes supplémentaires afin de rendre plus accessible le difficile chemin menant au pardon. Il prend la peine de spécifier au début du processus de pardon (Étape #1) que l'offense doit avoir cessée, pour être habilitée à pardonner. En effet, une personne ne pourrait être en mesure de pardonner si elle envisage de poursuivre l'escalade de l'agression par la vengeance, tout autant que si l'offense est encore en cours, réduisant ainsi la liberté de l'offensée. Monbourquette (2001) ajoute aussi l'étape #6, qui consiste à se pardonner à soi-même. Cette étape constitue l'étape décisive du processus puisqu'elle permet de rétablir l'harmonie et la paix à l'intérieur de la personne offensée; ce qui permet la possibilité de pardonner à l'offenseuse. Les étapes #9-10-11 de Monbourquette (2001), constituent la dimension spirituelle du processus de pardon, puisqu'elles supposent l'aide d'une puissance supérieure ou d'un Dieu qui accorde le pardon ou aide la personne à recevoir complètement le pardon à l'intérieur d'elle. Finalement, Monbourquette (2001) distingue le processus de pardon, de la réconciliation. Ainsi, à la toute fin du processus, la personne offensée, ayant complété sa démarche de pardon, choisie la réconciliation ou de mettre fin à la relation avec l'offenseuse. Il semble

donc que la finalité du pardon soit davantage orientée sur la reprise de pouvoir de l'offensée, que sur la réconciliation comme telle.

Barrières et bénéfices du pardon

McCullough et al. (2000), ont recensé dans la littérature les barrières et les bénéfices du pardon. La colère, l'amertume, la douleur de la blessure, le dépit ou le fait de ne pas vouloir exprimer son pardon ou repentir sont les raisons habituellement invoquées comme barrières au pardon. En plus de ces dernières, d'autres facteurs entrent en jeu. Au niveau d'exprimer le repentir, le désaccord sur l'intensité de la faute, la peur d'une punition associée et la honte font en sorte qu'une personne soit réticente à se repentir. Au niveau du pardon, la peur que l'offenseuse répète l'offense, la peur d'apparaître faible, la croyance que la justice ne sera pas rendue et la perte des bénéfices liés au statut de victime sont des facteurs qui contribuent à restreindre l'acte de pardonner. Concernant le dernier élément, les auteurs donnent quelques exemples des bénéfices potentiels liés au statut de victime tels que : sentiment de pouvoir personnel ou relationnel, capacité d'induire la culpabilité chez l'autre ou de demander des réparations (parfois monétaires), utilisation de l'ancienne faute pour justifier des contre-transgressions ou pour perpétuer le soutien et la sympathie de l'entourage, etc.

Quant aux bénéfices potentiels d'exprimer du repentir ou du pardon, les études recensées par McCullough et al. (2000) démontrent que :

1. au niveau relationnel, exprimer du repentir favorise le pardon de l'offensée, puisque cette dernière serait plus encline à pardonner si l'offenseuse reconnaît sa faute (les études n'ont pas établi l'inverse jusqu'à maintenant);
2. au niveau personnel, les individus qui expriment le pardon ou le repentir récolte une meilleure santé physique et mentale (même si l'autre partie ne répond pas positivement à la démarche);

3. au niveau personnel, le pardon et le repentir réduisent la culpabilité et augmentent la confiance dans la restauration d'une relation d'harmonie;
4. l'expression du pardon et du repentir peut permettre d'effacer symboliquement les rôles de victimes et d'offenseuse en enlevant les sentiments de faiblesse ou de manquement;
5. d'autres bénéfices peuvent aussi provenir des conséquences du dévoilement, par exemple dans l'écriture, ou encore résulter de stratégies de pardon superficiel pour gagner du pouvoir ou pour s'auto-protéger.

Dans ce chapitre, des données théoriques sur la spiritualité en intervention ainsi que sur le processus de pardon ont été exposées. Dans le chapitre suivant, une expérience pratique de pardon avec une patiente du Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas est présentée.

Chapitre 3 : Expérience clinique d'un processus de pardon

« Il est souvent beaucoup plus difficile d'accepter vraiment d'être aimé, pardonné, guéri, que d'aimer, pardonner ou de guérir ; or il s'agit ici de dépasser le salaire, le mérite et la récompense pour accéder à l'abandon et à la confiance totale. »

(Nouwen, 1995, p. 23)

Ce chapitre porte sur l'expérience pratique d'un processus de pardon effectuée en milieu de stage, avec une patiente²⁵ au prise avec un trouble de boulimie. Quatre points sont abordés afin de rendre compte de l'intervention : la présentation de la patiente, la description de l'intervention, le bilan de cette intervention avec le suivi post-traitement, et finalement, la réflexion critique de l'expérience clinique de pardon effectuée.

Afin de présenter la patiente, le rapport d'évaluation biopsychosociale rédigé durant le stage sera utilisé. Il est entendu que les dates, les noms, les lieux et certaines informations, qui ne sont pas cliniquement significatives, ont été modifiés afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat.

3.1 Présentation de Marianne

C'est avec Marianne que j'ai eu le privilège de conduire ma première évaluation biopsychosociale au Programme des troubles de l'alimentation (PTA) de l'Hôpital Douglas, en présence de ma superviseure et d'une autre stagiaire en service social. Marianne est une femme de 43 ans, divorcée, au foyer, mère de deux filles. Heureusement, Marianne était volubile et coopérante. L'entrevue d'évaluation se déroula fort bien, au dire de ma superviseure.

²⁵ Le mot patiente est conservé afin de refléter le langage utilisé dans le milieu médical.

Au PTA, l'évaluation biopsychosociale comprend les points suivants : identification, motif de consultation actuel, données physiques, historique du motif de consultation, histoire personnelle, histoire familiale, histoire psychiatrique et médicale personnelle et familiale, impressions cliniques et formulation biopsychosociale. Ces points sont conformes avec l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ), (Fortier, J.A. ; Bryniawsky, Z. ; Lechasseur, G. ; Boulanger, L. ; Houle, H., 1996); même si les formulations et catégories employées sont parfois différentes.

Par exemple, compte tenu de la nature des troubles alimentaires et des services offerts au PTA de l'Hôpital Douglas, le questionnaire d'évaluation biopsychosociale requiert spécifiquement, et nécessairement, la description du comportement alimentaire actuel (schéma des repas moyens, fréquence et quantité de nourriture lors des crises de boulimie, fréquence et durée des exercices, fréquence des vomissements, perception de l'image corporelle) et certaines données physiques (la grandeur et les poids actuel, le plus bas, le plus élevé, l'idéal; état des menstruations). De plus, deux points, soit les conditions matérielles et l'accessibilité des ressources du milieu, ne font pas l'objet de points spécifiques au PTA, mais sont plutôt intégrés à l'historique du motif de consultation ou à l'histoire personnelle selon le cas. Pour présenter l'évaluation psychosociale de la patiente, je respecterai la nomenclature du Programme des troubles de l'alimentation, en omettant les parties non essentielles pour ce rapport (l'identification et les données physiques).

Motif de consultation actuel

Marianne consulte pour un problème d'alimentation. Elle décrit ne pas manger normalement, en plus de faire des orgies alimentaires et des vomissements. Elle ne se sent pas belle ni bien dans sa peau, a peur d'engraisser et aimerait retrouver un poids de 115 livres. Elle rapporte débiter sa journée par une douzaine de tasses de café. Elle prend uniquement une pomme pour dîner et boit une autre douzaine de tasses de café durant l'après-midi. Le repas du soir est habituellement constitué de légumes avec du poisson ou

du poulet. Durant la soirée, elle mange quatre ou cinq « *Mr. Freeze* » pour s'enlever la faim. Les jours où elle a davantage faim, elle mange fréquemment de petites portions, ce qui lui déclencherait des crises alimentaires. Pour elle, une orgie alimentaire peut être constituée de seulement quelques tranches de pain et peut aller jusqu'à un pain complet, avec confiture (ou autre aliment sucré tel que le sucre à la crème), en alternance avec du salé (ou du froid, tels que des sacs de croustilles et d'un à deux litres de crème glacée). Jusqu'à récemment, les crises alimentaires se produisaient en moyenne de trois à cinq fois par semaine (parfois aucune crise durant une semaine et parfois jusqu'à quatre ou cinq crises par jour) et sont toujours suivies de vomissements.

Marianne dit ne pas utiliser de laxatif (malgré de fréquentes périodes de constipation), ni diurétique et ne pas faire d'exercice. Elle utilise café, eau, « *Mr. Freeze* » pour masquer sa faim. Elle a ses menstruations mensuellement, aux vingt-deux à trente et un jours.

Historique du motif de consultation

Il y a six ans, Marianne traversait une étape difficile dans sa vie de couple. Des vomissements non volontaires ont commencé et elle a perdu rapidement dix livres. Un an plus tard, en utilisant la médication durant un mois, les vomissements ont cessés. Par la suite, dans le but de perdre davantage de poids, elle a commencé les vomissements volontaires et la restriction alimentaire. Marianne souhaite présentement se débarrasser de ces comportements qui entravent sa santé physique et mentale, ainsi que sa vie de couple. Elle sent qu'elle n'y arrivera pas seule et s'interroge sur les raisons qui maintiennent son trouble de boulimie. Elle est disponible en tout temps pour recevoir des services.

Histoire personnelle

Marianne dit être originaire de la Gaspésie. Elle rapporte venir d'une famille de taille moyenne. Elle dit avoir toujours eu l'impression d'être différente du reste de sa

famille. Elle décrit son père comme un homme agressif et perfectionniste. Elle exprime s'être souvent sentie rejetée par lui, dû à ses nombreuses absences et au manque de communication. Il est actuellement retraité (70 ans). Selon Marianne, la relation avec son père s'est améliorée dans les dernières années, et elle le considère maintenant plus mature, juste et cohérent. Marianne décrit sa mère comme une femme accaparante, dominatrice, qui ne sait pas comment aimer, et avec qui elle a toujours été proche. Marianne dit avoir le sentiment que sa mère aurait voulu vivre sa vie. Cette dernière, infirmière de profession, est aussi retraitée (68ans). Marianne ajoute qu'elle habite présentement le logement en-dessous de celui de ses parents.

Marianne informe qu'elle a un frère, Maurice, qui habite dans la région de Québec. Elle aurait aussi deux sœurs : Martine, 44 ans, qui habite dans les Cantons de l'Est avec sa famille, et Mireille, 39 ans, qui habite au Nouveau-Brunswick, avec son mari. Marianne exprime ne pas entretenir de liens avec son frère ni avec ses sœurs. Elle les rencontre seulement lors de rares événements familiaux, comme à Noël ou durant l'été. Selon Marianne, la relation avec Martine a été conflictuelle dans le passé, puisque cette dernière l'aurait accusé de rendre leur père malade; suite à une crise cardiaque dont il aurait été victime. Marianne considère que Martine est jalouse de son lien de proximité avec leurs parents.

Marianne se décrit comme une enfant rebelle, tannante et le mouton noir de la famille. Elle raconte qu'à quatre ans, on lui a demandé de convaincre son grand-père, avec qui elle avait une relation privilégiée, de prendre ses médicaments. La nuit suivante, son grand-père décédait. Cet événement lui a laissé un fort sentiment de culpabilité, exprimant avoir eu l'impression d'avoir causé sa mort.

Marianne révèle que dès l'âge de cinq ans, elle se sauvait de la maison durant quelques jours. Elle rapporte qu'elle avait besoin de changer d'air et marchait alors durant plusieurs heures. Elle subvenait à ses besoins grâce à des personnes inconnues qu'elle

rencontrait. Ses fugues se sont reproduites environ une fois par année jusqu'à l'âge de quatorze ans. Elle mentionne que ses parents ont appelé la police à plusieurs reprises.

Marianne dévoile qu'à l'âge de neuf ans, elle a été agressée sexuellement par un ami de son père. Lorsqu'elle en a parlé à ce dernier, il aurait insinué que Marianne racontait des histoires. Marianne ajoute qu'il arrivait souvent que ses parents ne croient pas ses propos.

À 16 ans, en revenant tardivement d'une soirée avec son amoureux de 20 ans, son père l'aurait sortie brusquement du véhicule. Elle se serait retrouvée sur le sol avec une blessure à la tête. Elle exprime avoir vécu beaucoup de honte à ce moment. À 19 ans, elle rapporte avoir eu un accident d'automobile. Son copain, qui conduisait la voiture, est décédé. Le deuil a été long, environ 10 ans, selon Marianne.

Marianne dit avoir tenté à deux reprises de réussir son secondaire quatre, sans succès et avoir ensuite abandonné les études. Elle aurait travaillé une dizaine d'années pour son père. Elle s'occupait de tâches variées telles que fabriquer des lampes, s'occuper du secrétariat et faire la comptabilité. En 1998, elle aurait débuté un nouvel emploi dans lequel elle effectuait de l'entrée de données. Elle a travaillé à cet endroit durant une année. Elle a ensuite travaillé par période, chez « *Canadian Tire* », durant quatre ans. Elle dit être actuellement sans emploi.

Présentement, Marianne mentionne entretenir des relations proches avec des couples d'amis, ce qui n'était pas le cas avant sa relation avec Roger, son conjoint actuel. Ses amis seraient au courant du trouble alimentaire. Marianne exprime que depuis cinq ans, elle a changé. Elle dit être enjouée, plus drôle et chialer moins. Elle estime être une personne qui cherche toujours à comprendre le pourquoi des choses.

Histoire familiale

Marianne raconte s'être mariée à 20 ans, à un homme dont le métier était plombier. Son mari, au prise avec un problème d'alcoolisme, est devenu violent psychologiquement au début, puis physiquement par la suite. Vers la fin, il était agressif envers les enfants aussi. Elle s'est séparée en 1996 et a obtenu le divorce à la fin de 1997.

De cette union, sont nées deux filles. Arianne, 19 ans, est actuellement aux études collégiales et habite avec sa mère. Marianne dit ne pas avoir une bonne communication avec sa fille Arianne et ne pas s'en troubler. Lorraine, 17 ans, est actuellement en foyer supervisé suite aux démarches de sa mère qui la décrit comme une enfant hyperactive, rebelle et agressive, puisqu'elle se battait avec les gars. Marianne dit se reconnaître beaucoup dans sa cadette. La relation avec Lorraine se serait améliorée, depuis qu'elles n'habitent plus sous le même toit. Les deux filles voient leur père régulièrement.

Depuis quatre ans, Marianne fréquente Roger. Leur relation se porte très bien, selon elle. Marianne décrit son conjoint comme un homme compréhensif, qui l'aide dans son trouble alimentaire. Roger a deux enfants. Rita, 21 ans, habite avec eux et s'accorde très bien avec Arianne. Rolland, 18 ans, est au prise avec un problème de toxicomanie et de délinquance. Ce dernier n'habite pas chez son père.

Histoire psychiatrique /médicale personnelle/ familiale

Marianne rapporte prendre un antidépresseur depuis trois ans et un anticoagulant pour phlébites, en plus des vitamines et du fer. Elle aurait eu une première phlébite à 17 ans, suite à l'accident d'auto (en plus d'avoir eu la colonne et le bassin fêlés), et une deuxième phlébite lors de sa première grossesse. En 1996, un psychiatre de Montréal, l'aurait suivie pendant un an pour la boulimie. Elle a interrompu les rencontres à cause d'un conflit d'horaire. Pourtant, selon elle, la thérapie l'aurait beaucoup aidée. L'an passé, elle

mentionne avoir consulté une travailleuse sociale dans un CLSC, pour l'aider dans ses relations avec ses filles. Elle a rapidement cessé de la consulter parce que selon ses dires, elle a choisi de laisser la place à ses filles qui rencontraient aussi la travailleuse sociale.

Impressions cliniques

Marianne se présente comme une femme expressive, loquace et plutôt dramatique. Elle pleure à plusieurs reprises durant l'entrevue. Elle semble très centrée sur sa personne et en état de besoin. Elle démontre peu d'empathie pour les personnes autour d'elle (ses sœurs, son frère, ses filles et les enfants de son conjoint). S'occuper de ses enfants semble une corvée pour elle. La rage et la colère refoulées sont des sentiments qui reviennent souvent dans ses propos. Durant ces épisodes, elle se retire, soit parce qu'elle n'est pas capable de parler, ou soit parce qu'elle va vomir. Marianne mentionne plusieurs fois qu'elle cherche à comprendre les événements, en particulier l'origine de toute cette rage qu'elle a à l'intérieur d'elle. Elle décrit plusieurs difficultés dans ses relations interpersonnelles. Elle dit dormir environ six heures par nuit et faire des siestes d'une heure en avant-midi, en après-midi et parfois après le souper. Elle ne semble pas avoir de comportements compulsifs, à part ceux reliés au trouble alimentaire.

La première fois qu'elle aurait songé au suicide, elle avait sept ans. Elle a rapporté avoir déjà imaginé les moyens qu'elle pourrait prendre (pendaison, accident d'auto, drogue) pour mettre fin à ses jours. Un jour, elle aurait avalé une bouteille d'aspirines et averti sa mère tout de suite après. Elle dit ne pas vouloir passer à l'acte, par peur de se faire mal. Durant son mariage avec le père de ses filles, Marianne rapporte avoir eu une période d'abus d'alcool et de drogue, pendant un mois environ, dans le but de se venger de la violence de son mari. Elle mentionne ne plus prendre d'alcool ni de drogues depuis huit ans et signale avoir fréquenté les AA durant environ trois ans.

Marianne semble rencontrer les critères du DSM IV pour la boulimie²⁶ de type avec purges.

3.2 Description de l'intervention

Puisque le PTA de l'Hôpital Douglas utilise des plans d'interventions individualisés standardisés pour la problématique des troubles de l'alimentation, j'aborde ici les problématiques spécifiques à Marianne. Ces difficultés ont été identifiées par l'évaluation biopsychosociale en début de traitement. Elles ont aussi été discutées avec Marianne. Il était donc entendu que le traitement porterait principalement sur ces six aspects. J'indique aussi les moyens offerts par le PTA pour le traitement.

Difficultés de Marianne

1. Trouble alimentaire (restriction excessive, alimentation compulsive, purges)
2. Distorsion de l'image corporelle
3. Impulsivité
4. Anxiété et inhibition
5. Symptômes post-traumatisques
6. Relations familiales conflictuelles

Les moyens mis à la disposition de Marianne pour se rétablir du trouble alimentaire sont : (1) la thérapie individuelle, à raison d'une fois par semaine ; (2) la thérapie de groupe, une fois par semaine durant 16 semaines ; (3) les consultations nutritionnelles au besoin ; et (4) les rencontres avec la psychiatre au besoin aussi.

²⁶ Pour une description des critères de la boulimie, voir chapitre 1.1 Problématiques des troubles alimentaires, la section sur les critères diagnostiques.

Comme le rétablissement d'un trouble alimentaire est un processus à moyen et à long terme, la durée du traitement n'est pas déterminée à l'avance. La durée minimale de l'ensemble du traitement est de 16 semaines, ce qui correspond à la durée de la thérapie de groupe. Cette dernière est renouvelable une fois. Vers la fin de la première thérapie de groupe (tout autant que vers la deuxième), la thérapeute principale évalue avec la patiente l'état des symptômes ainsi que le besoin d'intensifier le traitement ou d'y mettre fin, selon le cas. Il est à noter que l'approche multidisciplinaire d'intervention, préconisée au PTA, suppose que la cliente participe nécessairement à l'un ou l'autre des processus de groupe suivant. Pour la clientèle en externe, il peut s'agir d'une thérapie de groupe d'une durée d'une heure et demie, une fois par semaine, ou du programme de jour à raison de quatre jours par semaine ou de l'hôpital de jour à la même fréquence que le programme de jour, mais avec deux repas pris au PTA. Concernant Marianne, une seule thérapie de groupe de 16 semaines fût nécessaire.

Déroulement de l'intervention individuelle auprès de Marianne

Marianne et moi avons eu 22 rencontres. Le contenu des rencontres a porté sur son vécu hebdomadaire dans les différentes dimensions de sa vie. Une variété de sujets ont été discutés : les relations interpersonnelles (mère, père, enfants, famille, conjoint, amis), le rôle de mère (et de belle-mère), la violence conjugale, la gestion des émotions et de l'anxiété, le pardon, l'image corporelle, le retour éventuel au travail, les finances et la pauvreté, le processus de la thérapie de groupe, le rétablissement d'un trouble alimentaire, etc. Chaque rencontre a débuté par un « comment ça va » général, suivi d'une mise à jour des progrès par rapport aux symptômes alimentaires. Le reste de la séance était consacré à l'approfondissement d'un ou de plusieurs thèmes selon les besoins de Marianne, ainsi qu'à l'établissement d'un objectif pour la semaine à venir. Lorsque le trouble alimentaire était abordé, les interventions répondaient à une approche psychoéducative ou concernaient les dimensions de la vie de la patiente.

Les premières rencontres permettent à la patiente de ventiler et de se raconter. Son débit verbal est très rapide et enflammé. Les émotions de colère, d'envahissement, d'impuissance et de déprime sont souvent présentes. Elle dit être très intolérante aux problèmes de son entourage et se sentir rapidement dépassée par les événements. Elle a de la difficulté à concentrer son attention sur un seul sujet à la fois et semble pourtant vouloir démontrer qu'elle est en contrôle de la situation. Au fil des semaines, la cliente ralentie son expression verbale, accepte d'aller plus en profondeur dans l'analyse des situations. Elle semble aussi plus disponible à mettre en pratique les outils proposés, qui ont comme objectif de l'aider à concrétiser des changements. Une indéniable sobriété commence à apparaître dans ses émotions. Marianne entame la thérapie de groupe et bénéficie des séances de psychoéducation sur les troubles alimentaires. Elle commence à manger plus régulièrement.

Deux interventions semblent avoir été particulièrement bénéfiques pour la patiente. J'explique ici la première intervention et présenterai la deuxième dans la section sur le processus de pardon. La première intervention a eu lieu à la mi-décembre. Une participante de la thérapie de groupe provoque la peur chez Marianne (la participante de la thérapie de groupe s'exprime avec agressivité et semble peu coopérante dans la dynamique de groupe). En décortiquant l'événement, nous faisons des liens avec l'agressivité de son père, de l'abuseur lorsqu'elle avait neuf ans, et de son ex-conjoint qui générerait aussi le même genre de peur. Cette peur se traduisait par un fort sentiment d'impuissance qui la faisait réagir soit par de l'impulsivité ou de l'agressivité, ou soit par de la colère contenue, souvent extériorisée par des vomissements. De plus, Marianne remarque qu'au fond d'elle, il y a beaucoup de peine : de ne pas avoir été protégée, de ne pas avoir été prise au sérieux, de ne pas avoir été respectée et de ne pas avoir reçu l'attention souhaitée. Nous avons déjà abordé les relations avec le père et l'ex-conjoint à plusieurs reprises. Cependant,

l'utilisation de ce transfert²⁷ sur la participante de la thérapie de groupe (un événement moins chargé émotionnellement), a permis à Marianne de voir plus clairement l'impact que l'agressivité des gens produisait chez elle. Nous prenons aussi le temps de discerner quelle attitude elle souhaite avoir envers cette participante à la thérapie de groupe. Marianne se permet alors d'expérimenter un comportement différent du pattern habituel, devant son sentiment de peur. Au lieu de se replier sur elle, de refouler son émotion et de risquer un geste impulsif en groupe (ou destructif à son égard), elle choisit simplement d'adresser la parole à la participante, afin de confronter sa peur. À la rencontre suivante, Marianne dit réaliser, d'une part, que la participante est « parlable », et, d'autre part, qu'elle a du pouvoir sur ses comportements. Suite à cet événement, Marianne accepte de rencontrer le conjoint de sa fille aînée, âgé de vingt et un ans de plus que sa fille; et qu'elle soupçonne d'être un homme contrôlant. Par ce choix, Marianne accepte de confronter une seconde fois sa peur devant une personne potentiellement agressive.

Plus tard, Marianne mentionne qu'elle se rétablit à la même vitesse qu'elle apprend à s'aimer et à se respecter elle-même. Elle dit observer que ce processus de rétablissement diminue ses liens de dépendance face à certaines personnes de son entourage. Deux semaines plus tard, bien que Marianne avait déjà annoncé le contraire, elle accepte de participer à la célébration familiale de Noël afin d'affronter ses peurs relationnelles et celles envers la nourriture. Cette intervention a surtout permis à la patiente d'expérimenter qu'elle a du pouvoir (« *empowerment* ») sur ses actions et qu'elle peut utiliser sa capacité de faire des choix pour se libérer de ses chaînes. Dans les semaines qui ont suivies, j'ai pu observer des effets bénéfiques sur les symptômes alimentaires : diminution des vomissements et de la consommation de café, et début du sentiment de faim. Durant la période des fêtes, elle n'aura qu'un vomissement et aucune orgie alimentaire.

²⁷ Avec Marianne, j'ai souvent utilisé un outil de l'approche psychodynamique (les deux triangles), suggéré par ma superviseure. Pour plus de détails, consulter Malan (1979).

La deuxième intervention a lieu à la fin janvier. Cette intervention est le processus de pardon fait avec Marianne, qui fait l'objet du présent rapport. L'intervention est explicitée en détail à la dernière section (3.4) portant sur la réflexion critique de cette démarche de pardon.

3.3 Bilan de l'intervention et suivi post traitement

L'ensemble de l'intervention avec cette patiente s'avère très positif. D'abord, il est très peu fréquent au PTA qu'une patiente participe à une seule thérapie de groupe et qu'elle termine son traitement en si peu de temps (six mois). De plus, la patiente n'a plus de symptômes du trouble alimentaire et a atteint l'ensemble des objectifs de traitement.

Bilan

Lors de notre avant dernière rencontre, Marianne et moi avons fait le bilan des améliorations face aux difficultés identifiées en début de traitement, et qui constituaient le centre de l'intervention. Je les ai repris une par une en lui demandant d'évaluer le progrès effectué sur une échelle de zéro à dix. Voici les résultats obtenus :

1. Trouble alimentaire (restriction excessive, alimentation compulsive, purges) : 10/10;
2. Distorsion de l'image corporelle : 8/10;
3. Impulsivité : 8/10;
4. Anxiété et inhibition : 5/10;
5. Symptômes post-traumatiques : 10/10;
6. Relations familiales conflictuelles : 9/10.

Globalement, Marianne dit être fière d'avoir atteint ses objectifs et surprise d'avoir autant amélioré son image corporelle et ses comportements impulsifs. Elle ajoute que le point central a été de mieux comprendre les symptômes post-traumatiques qui influençaient certaines dimensions de sa vie et aussi sa manière de réagir avec les membres de son entourage. Pour elle, cela signifie faire face à la violence subie par son père et son ex-conjoint, en plus d'accepter la mort de personnes qu'elle aimait durant la première partie de sa vie. Concernant l'anxiété, la patiente dit ne pas se sentir en danger puisqu'elle considère qu'il s'agit d'un travail à long terme et qu'elle possède maintenant des outils pour y faire face. D'ailleurs, Marianne dit être consciente qu'il va survenir d'autres problèmes dans sa vie et se sentir prête à les gérer sans comportements autodestructeurs. Selon elle, les points à améliorer après le traitement sont : la gestion des émotions par rapport à ses filles, apprendre à mettre ses limites, répondre elle-même à ses besoins et réintégrer l'exercice dans ses activités.

D'un point de vue professionnel, plusieurs changements ont été observés durant l'intervention. Au niveau des symptômes, il y a eu : diminution graduelle puis absence de vomissement, régularité dans les prises alimentaires (trois repas par jour plus deux collations), amélioration de la fréquence des selles, augmentation de la capacité de concentration, diminution de la consommation de café (de vingt-quatre cafés à trois-quatre cafés par jour), diminution des siestes durant la journée, apprivoisement de la capacité à reconnaître et à respecter la faim et la satiété, et refus d'utiliser les régimes ou moyens compensatoires pour gérer l'inconfort de l'image corporelle.

Au niveau, psychosocial, la cliente a expérimenté progressivement :

- une meilleure compréhension du trouble alimentaire et des effets des traumatismes passés sur la gestion de sa vie;

- un renforcement de ses capacités à identifier et à exprimer ses émotions, à faire des choix, à être présente aux gens sans les prendre en charge, à se protéger, à répondre à ses besoins sainement et avec maturité;
- une plus grande tolérance face à son corps (désir occasionnel d'être coquette), face au sentiment d'impuissance lorsqu'il survient (le reconnaître et le gérer) et face aux imperfections relationnelles (limiter les implications destructives) ;
- une diminution de l'impulsivité lorsqu'elle ressent de la colère ;
- une meilleure affirmation de soi dans sa relation de couple et une remontée de sa libido;
- un désir d'être active et utile, soit par un travail rémunéré ou par du bénévolat.

Suivi post-traitement

Sept mois après la fin du traitement de Marianne, j'ai appelé cette dernière pour lui demander si elle acceptait de participer à une recherche sur les troubles alimentaires. J'en ai profité pour lui demander de ses nouvelles. Elle m'a raconté qu'elle allait bien en général depuis la fin du traitement. Elle a déménagé avec son conjoint dans un nouvel appartement, sans les enfants de l'un ni de l'autre. Elle dit être amoureuse de son conjoint et la communication est bonne entre eux. Roger et elle semblent davantage capables de conserver leur intimité de couple, tout en demeurant présents à leurs enfants. Marianne dit avoir terminé le sevrage de l'antidépresseur il y a trois jours. Le processus avait déclenché quelques crises de boulimie, suivies de vomissements qui auraient cessés deux semaines avant mon appel. Marianne mentionne être satisfaite et reconnaissante de l'aide reçue au PTA. Elle ajoute que le point tournant a été de se « libérer du fardeau du passé », entre autre dans la relation avec son père.

Deux semaines plus tard, Marianne appelle pour prendre rendez-vous, en expliquant qu'elle vient d'apprendre que sa mère a un cancer généralisé. J'accepte évidemment de la recevoir. Marianne rapporte alors avoir terminé les médicaments depuis trois semaines et ne pas avoir l'intention de les reprendre. Aucune orgie alimentaire ni vomissement depuis l'arrêt des médicaments, mais Marianne dit qu'elle a sauté quelques repas et qu'elle est plus attirée vers le sucre à la crème. Malgré un moment de panique suscité par le cancer de sa mère, Marianne constate qu'elle a mûri et qu'elle est plus apte à négocier avec ses émotions. C'est d'ailleurs l'objet de sa visite, puisqu'elle ne veut pas rechuter dans la boulimie. Marianne raconte qu'elle a senti un intense sentiment d'impuissance, suivi de colère et de tristesse. Elle ajoute être inquiète de ce qui pourrait arriver après la mort de sa mère. Elle exprime porter souvent le rôle de sauveuse dans sa famille et ne pas concevoir devoir s'occuper de son père à temps plein. Je félicite Marianne d'avoir permis à la peine de s'exprimer et reviens sur le pattern « impuissance-colère-tristesse », travaillé durant le traitement. Nous établissons l'importance qu'elle prenne soin d'elle au niveau physique et affectif avant toute chose. Ensuite, elle pourra être utile à sa famille, selon ce qu'elle choisira d'offrir comme soutien. Nous discutons aussi du sens de l'amour de soi versus l'amour des autres, et de comment cela peut s'appliquer concrètement dans sa vie actuellement. À la fin de l'entrevue, Marianne reconnaît qu'elle avait besoin d'être rassurée et exprime être satisfaite de la rencontre. Elle m'informe qu'elle a rencontré une intervenante au CLSC pour être accompagnée dans la préparation du deuil et les implications de la mort de sa mère. Elle ajoute croire que ce suivi sera suffisant. Marianne est informée qu'elle peut rappeler si les symptômes du trouble alimentaire réapparaissent.

Éléments à considérer

Premièrement, la relation thérapeutique entre la patiente et moi fut excellente. En termes de transfert et contre-transfert, les deux furent dynamiquement positifs. Marianne, dès le début, a témoigné une grande confiance en sa thérapeute. Elle a d'ailleurs déjà dit en

thérapie de groupe qu'elle ne changerait pas « sa stagiaire » pour une professionnelle de la clinique! En contrepartie, j'ai investi la relation avec tout autant d'intensité. Marianne était ma première patiente au PTA. J'étais animé du désir de lui fournir tous les meilleurs outils qui pourraient lui être profitables. De plus, je n'avais aucun doute sur le succès de sa démarche.

Nos rencontres, à raison d'une fois par semaine, ont aussi contribué à maintenir un rythme actif de rétablissement. Je mentionne que cette fréquence est une pratique favorisée pour les stagiaires principalement, alors que les professionnelles rencontrent leurs patientes, selon la situation évidemment, en moyenne une fois aux deux semaines. De son côté, Marianne n'a annulé aucun rendez-vous, en ce qui concerne les suivis individuels. Elle a commencé et terminé le traitement avec moi, sans effectuer de transfert avec une autre thérapeute après le stage. Le traitement moyen au PTA s'échelonne habituellement sur une année.

La motivation est aussi un élément important de réussite. À cet égard, la patiente était très motivée à se rétablir et à aller mieux dans sa vie. Elle semblait puiser sa détermination, à effectuer les modifications requises dans sa vie, dans son désir de changement. Elle ne perdait pas son temps ni son énergie à remettre en question son but de se rétablir, sa volonté ou sa capacité de changer.

3.4 Processus de pardon : réflexion critique de l'expérience clinique

Tel qu'annoncé précédemment, je présente ici le processus de pardon réalisé avec Marianne. Cette démarche a eu lieu au cours du stage fait au Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas. Dans cette section, je commence par présenter l'intervention faite avec Marianne, je poursuis avec des liens entre la théorie exposée dans

le chapitre deux et l'expérience concrète présentée dans cette section, et je termine avec une analyse critique de l'intervention.

Dans ce processus de pardon, il est important de considérer que mon intervention a été faite de façon intuitive. À cette époque, je n'avais évidemment pas les connaissances dont je dispose actuellement. La rédaction de ce rapport d'analyse de pratiques me permet de procéder à une réflexion structurée de mon intervention auprès de Marianne et d'évaluer les implications professionnelles d'une telle démarche de pardon. Je serai plus à même d'identifier si une telle pratique de pardon est souhaitable, auprès d'autres clientes dans le futur. Si tel est le cas, peut-être que ce rapport contribuera à susciter l'intérêt d'explorer davantage cette notion de pardon, chez d'autres travailleuses sociales.

Deux éléments motivaient ma démarche de pardon auprès de Marianne. D'abord, cette dernière paraissait vivre beaucoup de culpabilité par rapport à ses erreurs et à son passé. Il m'a semblé qu'une démarche de pardon pourrait l'aider à faire la paix, avec elle-même du moins, et peut-être aussi avec son histoire personnelle. Cette démarche pourrait contribuer à départager les responsabilités des actions de son père, sa mère, son ex-conjoint, de sa responsabilité à elle. Deuxièmement, elle m'avait déjà mentionné croire en Dieu et avoir fréquenté la fraternité des AA durant quelques années. Elle avait donc été introduite à la notion de puissance supérieure et probablement aussi à la notion d'inventaire de soi-même²⁸. Dans son dossier, il était indiqué qu'elle était de religion catholique. Considérant ses origines, son âge et sa culture, j'avais quand même la crainte qu'une démarche de pardon soit associée à une forme d'obligation morale ou religieuse de pardonner; étant donné le contexte catholique québécois à une certaine époque.

²⁸ Voir la quatrième étape dans Annexe 5 : Les douze étapes des Alcooliques Anonymes.

Présentation du processus de pardon avec Marianne

Puisque Marianne semblait être paralysée par un fort sentiment de culpabilité qui trouve sa source dans certaines idées sur son passé, je lui demande comme tâche de faire la liste de tous les remords et ressentiments qu'elle entretient. Nous sommes à la onzième rencontre. Marianne bénéficie d'une semaine pour réfléchir aux éléments qui génèrent en elle du ressentiment. Au suivi individuel suivant, elle en fait la lecture. Le contenu de sa liste comprend majoritairement des motifs de ressentiment à son égard et, en moindre quantité, des pointes dirigées envers des membres de sa famille. Une discussion sur le pardon s'enclenche. La patiente convient qu'elle ne peut changer le passé. Entretenir un sentiment de culpabilité envers elle-même est dès lors inutile, tout autant que d'entretenir le blâme envers ses parents. Marianne dit voir plus clairement les responsabilités de ses parents, celles de son ex-conjoint, les siennes propres, et refuser de porter la honte de tous les événements de son histoire. Je suggère alors à Marianne d'admettre simplement que son passé ne sera jamais remplacé et qu'elle n'a aucun pouvoir de le changer. Cette admission ne signifie aucunement une approbation ni une légitimation des violences subies, dont elle n'est en rien responsable. Il ne s'agit pas non plus d'une perte de pouvoir sur sa vie actuelle, puisqu'il était tout à fait légitime qu'elle ait eu besoin de protection, de respect, de soutien, de communication de la part de ses parents. En fait, l'état neutre d'acceptation peut être le chemin vers la libération des « *patterns* » répétitifs du passé et vers une liberté de choix et d'actions dans son présent. Nous discutons de ce que signifie pour Marianne le pardon envers soi et envers les autres. Cette dernière exprime qu'elle trouve plus facile de pardonner aux autres qu'à elle-même. Pour elle, le pardon signifie arrêter de se punir et de se tuer à petit feu avec le trouble alimentaire. À la fin, elle dit repartir avec un sentiment de déculpabilisation face à son passé et exprime se sentir moins coupable d'avoir développé une maladie mentale comme la boulimie. Elle mentionne avoir l'impression de perdre « 25 livres » et se libérer d'un lourd fardeau.

La semaine suivante (treizième rencontre), Marianne rapporte avoir mangé une barre de chocolat sans culpabilité ni compulsion. Un autre aspect abordé dans cette rencontre, fût une dispute avec sa fille aînée. Nous revenons sur les émotions d'impuissance et de colère en faisant des liens avec d'autres relations (père, abuseur à neuf ans, ex-conjoint). Marianne réagit émotionnellement par des pleurs, et un long silence s'installe. C'est Marianne qui brisera le silence en disant prendre conscience de la violence physique et verbale que lui a fait subir son père, qu'elle refusait de voir avant; et dont les impacts, pourtant, se répercutent dans d'autres relations actuelles. Marianne dit trouver difficile d'admettre la réalité sur son père parce qu'elle l'aime profondément. Je discute avec Marianne du fait qu'elle n'est pas obligée de rompre la relation avec son père. Par la suite, nous abordons la capacité de faire des choix dans les relations interpersonnelles. Par exemple, Marianne peut mettre ses limites dans la relation avec son père, tout en continuant de le fréquenter, au lieu d'accumuler des frustrations qui risquent de provoquer une rupture impulsive de la relation.

La quatorzième rencontre, Marianne m'informe qu'il y a eu résurgence de cinq vomissements « non-volontaires » et l'omission de plusieurs déjeuners. Marianne relie ces symptômes aux émotions de colère et de tristesse vécue en lien avec sa fille. Cette dernière, qui vient d'emménager chez son conjoint, exige de Marianne qu'elle entrepose sa voiture devant chez elle, alors qu'un règlement municipal en interdit le stationnement. Marianne se sent impuissante, en même temps qu'en colère parce que sa fille ne tient pas compte de ce qu'elle lui dit. Nous faisons des liens entre les vomissements et la gestion des émotions.

Trois semaines après avoir discuté du pardon (quinzième rencontre), Marianne constate que ses relations avec les gens ont changé et qu'elle expérimente davantage de détachement envers sa fille (dont la relation est souvent conflictuelle), et envers ses parents (être plus capable de mettre ses limites). Pour ce faire, elle utilise l'image de « couper le cordon ombilical ». Elle ajoute remarquer être moins impulsive lorsqu'elle ressent de la

colère. Dans la partie suivante, des liens entre la théorie sur la spiritualité et le pardon, et l'expérience pratique de pardon avec Marianne sont présentés.

Liens entre la spiritualité, le processus de pardon et les troubles alimentaires

Tel que vu dans le chapitre deux, il y a des mécanismes d'action à l'œuvre à travers la spiritualité, qui contribuent à la santé physique et mentale des gens ainsi qu'au rétablissement de certaines maladies physiques ou mentales. Les mécanismes les plus souvent relevés dans la littérature sont : le sens à la vie, la foi, l'espoir, la relation à un Dieu ou une puissance supérieure, le mode de vie sain ou engagement dans un processus de changement et le soutien social (Coyle, 2002; Pargament et al., 2000; Worthington, 1996). Le pardon est aussi mentionné comme un élément contribuant aux effets bénéfiques de la spiritualité (Kaminer et al., 2000). De plus, depuis plusieurs millénaires, la majorité des religions du monde font la promotion du pardon (McCullough et al. 2000).

Tout au long de notre démarche thérapeutique, Marianne et moi avons rarement abordé le thème de la spiritualité. Marianne avait mentionné en évaluation initiale avoir déjà participé à la fraternité des Alcooliques Anonymes. Par la suite, elle avait exprimé croire en Dieu et qu'il s'agissait d'une foi significative dans sa vie. De mon côté, je n'ai pas cherché à explorer le sujet. Pourtant, la littérature souligne que les personnes vivant une dimension spirituelle seraient plus enclines à pardonner (Mullet et al., 2003; Carone & Barone, 2001; McCullough et al., 2000;). Cela veut donc dire que même si Dieu ou la spiritualité n'est pas directement abordé en thérapie, les patientes qui intègrent une forme ou l'autre de spiritualité dans leur vie pourraient être davantage préparées à une démarche de pardon. Lorsque j'ai proposé de faire la liste de ressentiments pour introduire un processus de pardon, Marianne n'a pas semblé surprise par la démarche et a réagi avec une grande collaboration. Cela peut laisser supposer qu'effectivement, Marianne avait déjà un préjugé favorable sur le pardon; lié à sa dimension spirituelle.

Carone et Barone (2001), appuient la pertinence de tenir compte des valeurs religieuses des personnes. Ces auteurs considèrent la religion comme une importante source culturelle d'attitudes, de théories et de croyances spécifiques pour les personnes. Ces mêmes auteurs ajoutent que les intervenantes ont besoin de prendre en compte comment ces attitudes et croyances affectent, positivement ou négativement, la vie de leurs clientes. SeungJa Doe (2004) va même plus loin en affirmant que la spiritualité « *...is seen as an asset from which the client system draws its innate strengths to empower itself,...* » (p.45). Ainsi, elle suggère que les travailleuses sociales qui visent à augmenter le pouvoir d'agir de leurs clientes, doivent intégrer la dimension spirituelle dans leur pratique.

L'expérience vécue avec Marianne semble démontrer que le pardon est effectivement un processus (Monbourquette, 2001; McCullough et al., 2000). En début de traitement, les interventions ont permis de reconnaître les émotions fortes que Marianne vivait. L'écriture de sa liste de ressentiments a été l'occasion de faire ressortir les griefs qu'elle avait accumulés. La discussion sur le pardon semble avoir fait débloquent les sentiments de culpabilité et de remords que la patiente avait entretenus depuis longtemps. Suite au pardon, d'autres prises de conscience ont été faites par Marianne sur la relation avec son père, qui ont coïncidées avec une résurgence de vomissements. Marianne a exprimé avoir ressenti l'apaisement du pardon trois semaines après avoir lu et discuté sa liste de ressentiments. Les bienfaits de la démarche de pardon auprès de Marianne ne sont donc pas dus uniquement à la rencontre sur le pardon en tant que tel, mais bien à l'ensemble du processus.

Carone & Barone (2001), rappellent que la fonction principale du pardon est de permettre à quelqu'un de remplacer les émotions négatives envers l'offenseuse, par des émotions positives, comme l'empathie ou l'amour. Citant une étude de McCullough et al. (1998), Carone & Barone (2001) mentionnent que le pardon a une corrélation négative avec un comportement d'évitement et une corrélation positive avec un comportement de conciliation. Pour Cavell (2003), bien que le pardon ne puisse exister sans le libre-arbitre,

la capacité de pardonner permet à son tour d'accroître cette capacité de faire des choix. De plus, pour Cavell (2003), le pardon n'est pas l'oubli de l'offense ou sa négation mais plutôt l'acceptation du passé, comme un passé qu'on ne peut refaire. À cet égard, c'est comme faire un deuil.

Dans l'histoire de Marianne, le processus de pardon lui a permis d'accepter que son passé ne pourra jamais être changé. Il est clair qu'elle n'oubliera jamais les événements malheureux, la violence et ses besoins non comblés. Mais le fait de reconnaître la vérité sur elle-même et sur son passé, a semblé la libérer de son besoin de reproduire dans sa vie actuelle, ce qu'elle aurait souhaité dans son enfance. La démarche de pardon était évidemment un processus libre et volontaire, dont le but était d'atténuer les émotions fortes telles que la culpabilité et la colère. La libération face au passé, a offert à Marianne la possibilité de modifier ses relations avec son entourage, ses parents et ses filles surtout. En ce sens, le pardon a augmenté sa capacité d'agir sur sa vie actuelle. Par exemple, après le processus de pardon, Marianne a dit trouver difficile d'admettre la réalité sur son père, parce qu'elle l'aime profondément. Au lieu d'éviter le conflit intérieur, la démarche a permis à Marianne de réaliser qu'elle avait envie de poursuivre la relation avec son père, malgré qu'il ait eu, par le passé, des comportements violents à son égard. Ainsi, il devient plus réaliste pour Marianne de prendre la responsabilité de ses besoins et de mettre ses limites, tout en bénéficiant de la relation d'affection avec son père. En conséquence, le but du processus de pardon a été atteint, en offrant l'opportunité à Marianne de ressentir des émotions plus « positives » ainsi que de l'amour envers son père, d'une part, et envers elle-même d'autre part, tout en augmentant son pouvoir de décision dans la relation avec son père.

Dans le cas de Marianne, le pardon envers elle-même semble avoir été plus significatif que le pardon envers les autres. En effet, une grande partie de la culpabilité et de la honte qu'elle portait, provenait : (1) de sa vulnérabilité d'être humain et d'un profond sentiment d'impuissance, (2) de ce qu'elle croyait être sa responsabilité dans son histoire

passée de violence, (3) de la reproduction de la violence qu'elle avait imposée à ses filles en demeurant avec un conjoint violent, et (4) d'avoir développé un trouble de boulimie. Sa liste de ressentiments, dirigés principalement contre elle, en témoignait. Marianne a été capable de compassion à son égard et le processus de pardon a permis de contribuer à renouveler sa relation avec elle-même. Cavell (2003) reconnaît que le pardon requiert la capacité d'aimer et d'éprouver de la compassion, en particulier en ce qui a trait au pardon de soi. Cet auteur ajoute que le narcissisme diminue la possibilité du pardon à soi, puisque ce dernier suppose la compréhension des limites humaines, tout autant que « *our interdependence with other persons in an uncertain world that is, in good measure but not entirely, out of our hands* » (p.529). Par ailleurs, considérant que les traumatismes et les abus subis durant l'enfance sont souvent associés à des sentiments de trahison, d'humiliation, de perte du respect de soi et de culpabilité, est-ce que la démarche de pardon de Marianne aurait été aussi efficiente si elle n'avait pas eu ce passé de violence et d'abus sexuel.

En troubles alimentaires, le pardon à soi pourrait être particulièrement utile. Plusieurs patientes formulent des exigences très élevées envers elles et le perfectionnisme (canalisé dans l'obsession du corps) n'est pas rare. Il en résulte que ces personnes en viennent à cumuler des échecs réels, ou fictifs, ou se blâment de ne pas avoir atteint le niveau de perfection envisagé (accompagné d'autopunitions). De plus, bien que les troubles alimentaires soient reconnus comme une maladie, plusieurs patientes portent la culpabilité, voir la honte dans certains cas, de s'auto infliger des comportements destructeurs et de ne pas en avoir le contrôle. Selon Cavell (2003), la honte rend plus difficile le pardon à soi, parce qu'elle rejaillie sur l'ensemble de la personne et non seulement sur une action en particulier. Gottlieb (2004), s'est intéressé aux clientes qui refusent d'être guéries. En reprenant le Philoctète de Sophocle²⁹, l'auteur a étudié des problèmes cliniques rencontrés,

²⁹ Pièce de théâtre dramatique datant de 409 avant J.C., dont le héros, Philoctète, est un homme qui refuse la guérison et qui, à travers sa maladie et ses misères, a pour but de tirer vengeance envers ceux qui l'ont maltraité.

tels que le dépit préjudiciable pour soi, la honte profonde, le sentiment de détresse et le refus de se pardonner. Pour cet auteur, ces comportements autodestructeurs constituent souvent une réplique des comportements de maltraitance subis antérieurement, et représentent le chemin opposé d'une démarche de pardon (Gotlieb, 2004). Si l'on considère le nombre important de patientes qui connaissent plusieurs rechutes du trouble alimentaire, ou dont la chronicité de la maladie défie l'équipe de thérapeutes, cette hypothèse revêt une grande pertinence pour le traitement. Il se pourrait que des mécanismes de honte, de dépit préjudiciable pour soi, de sentiment de détresse ou de refus de se pardonner soient en jeu dans le maintien du trouble alimentaire. À ce moment, le pardon à soi peut devenir éminemment opportun, bien qu'il soit alors encore plus laborieux³⁰ à atteindre. Le pardon à soi, pourrait permettre de réconcilier deux élans contradictoires présents dans les troubles alimentaires, soit la recherche de la perfection (construction) et les comportements de punitions (destruction).

Réflexion critique de l'intervention

Dans cette partie de réflexion critique, j'indique les étapes du processus de pardon qui ont été faites, ou non, avec Marianne, et je présente des recommandations et des précautions à tenir compte lors d'une démarche de pardon.

Bien que la démarche avec Marianne ait débutée intuitivement, les cinq éléments du pardon relevés par la recension de McCullough et al. (2000) ont été rencontrés. En effet, avec Marianne, nous avons beaucoup discuté des émotions de colère, de tristesse, d'impuissance suscitées par les événements difficiles de sa vie actuelle et passée. Nous avons pris le temps nécessaire aux prises de conscience et à l'acceptation de la réalité (1. Acceptation de la conscience de fortes émotions telles que la colère et la tristesse). Deuxièmement, lorsque Marianne a lu sa liste de ressentiments, la discussion a permis

³⁰ Pour celles qui veulent en savoir davantage sur les implications de la honte chez les patientes, Gottlieb (2004) présente une réflexion intéressante sur les enjeux et les pistes d'intervention à ce sujet.

d'aborder le fait que le passé ne sera pas refait. De plus, lors de cette discussion, il a été mentionné que faire le deuil de ce qu'elle aurait souhaité durant son enfance pouvait lui permettre une plus grande liberté dans sa vie actuelle (2. Laisser aller des besoins antérieurs non répondus). Le processus de pardon avec Marianne a permis qu'elle change sa manière de considérer son père et sa relation avec lui. Marianne a réalisé qu'elle avait du pouvoir dans cette relation et qu'elle n'était pas à la remorque des attentes de son père. Elle a exprimé son amour et son affection pour lui, tout en souhaitant des changements (3. Un changement de perception de l'offenseur chez la personne qui pardonne; et 4. Le développement d'empathie pour l'offenseur). Finalement, Marianne a réalisé que le trouble de la boulimie avait été le symptôme d'un mal être plus profond à l'intérieur d'elle. Dans son rétablissement du trouble alimentaire, elle avait acquis des outils lui permettant de négocier avec ses émotions, les gens et les événements sans avoir recours aux vomissements, aux crises de boulimies ou autre forme d'autodestruction (5. La construction d'une nouvelle compréhension sur soi et les autres). Ces étapes de pardon constituent l'aspect psychologique de la démarche.

Pour ce qui est des étapes de Monbourquette (2001), la démarche de pardon était axée sur le pardon envers elle, ce qui a eu comme conséquence une sorte de « bascule intérieure » afin de libérer Marianne du passé (6. Se pardonner à soi-même). En ce qui a trait aux étapes relevant de la dimension spirituelle du pardon présentées par Monbourquette (2001), telles que : 9. Se savoir digne de pardon et déjà pardonner; 10. Cesser de s'acharner à vouloir pardonner; 11. S'ouvrir à la grâce de pardonner; elles n'ont pas été adressées explicitement avec Marianne. Cela ne veut pas dire que ces étapes n'ont pas été vécues par cette dernière. Il se peut qu'indirectement, ses croyances spirituelles aient servies le processus de pardon sans que ça n'ait été nommé. Dernière étape (12. Décider de mettre fin à la relation ou de la renouveler), Marianne a choisi de poursuivre la relation avec son père. Par ailleurs, le pardon a permis que Marianne puisse mettre des limites dans cette relation, en même temps qu'elle pouvait continuer à donner et recevoir de l'affection de lui.

Différentes précisions nécessitent d'être abordées avant d'entreprendre une démarche de pardon. Ces remarques sont le résultat de la confrontation de la théorie à la pratique, et vice-versa. Ainsi, suite à l'intervention sur le pardon avec Marianne et suite aux éléments découverts dans la littérature, je relève cinq recommandations et trois précautions à connaître avant d'entamer une démarche de pardon. Une telle démarche de pardon peut être effectuée dans un contexte de trouble alimentaire, tout autant que dans le cadre d'une relation d'aide en général.

Premièrement, au niveau des recommandations, il est évident qu'une démarche de pardon ne peut être imposée (Aponte, 2001; Monbourquette, 2001; Kaminer et al., 2000). Une thérapeute peut proposer une méthode de pardon à la patiente, mais elle devra être à l'écoute du consentement verbal et surtout non-verbal de la patiente. En certaines circonstances, une patiente pourrait acquiescer à un processus de pardon par peur de paraître malintentionnée ou de sentir la désapprobation de la thérapeute. Dans cette éventualité, il serait mieux avisé, soit d'explorer les barrières et perceptions qui peuvent fausser le pardon véritable, ou soit, de reporter la démarche à un moment plus propice. Un processus de pardon relève donc d'un choix libre et volontaire, et il est fondamental de reconnaître que parfois, et pour différentes raisons qui ne doivent pas être banalisées, les conditions ne soient pas favorables au pardon. Par ailleurs, pour qu'une démarche de pardon s'effectue de façon libre et volontaire, le pré-requis suppose que l'offense soit terminée (Il ne saurait être question, par exemple, de pardonner à un conjoint qui perpétue des comportements de violence. À cette étape, il s'agit de faire cesser l'offense).

Deuxièmement, la relation de confiance doit être établie entre la thérapeute et la patiente afin d'assurer que cette dernière puisse vraiment « vider son sac ». Selon moi, si la relation thérapeutique n'est pas suffisamment solide, il peut être difficile pour la patiente d'avouer ouvertement la liste de ses ressentiments ou de ses remords les plus importants. Ces griefs peuvent être justement ce qui oppresse la patiente et l'empêche de connaître la libération ou encore, les bienfaits du pardon.

D'ailleurs, troisièmement, je suggère que le processus de pardon ne soit pas réalisé en début de traitement. D'une part parce qu'il faut du temps à la relation thérapeutique de s'installer, et d'autre part, parce que la patiente doit avoir pu exprimer des émotions fortes (telles que la colère, la tristesse, etc.) qui l'habitent. L'expression des émotions fortes peut permettre la reconnaissance et la compréhension de « *patterns* » répétitifs et servir de base à la démarche de pardon ultérieurement.

Quatrièmement, il n'y a pas de temps spécifique alloué à un processus de pardon, sinon qu'il peut difficilement être bousculé (Monbourquette, 2001). Dans certaines circonstances, il peut être rapide, voir instantané, selon la nature et l'ampleur de l'offense. En d'autres cas, le pardon peut réclamer plusieurs mois, voir années avant de se compléter. Le pardon n'est pas une panacée, et n'a rien de magique. Le pardon n'est pas non plus une démarche uniquement cognitive ou intellectuelle, au contraire. Le pardon se récolte à la jonction entre la compréhension « de la tête » et la guérison « du cœur ». Là-dessus, l'intégrité professionnelle prend de l'importance afin de ne pas donner de fausses attentes aux patientes à qui un processus de pardon est présenté.

Finalement, selon mes observations, il faut beaucoup d'honnêteté et d'humilité, chez la personne qui pardonne, pour entamer véritablement un processus de pardon. Les étapes menant au pardon, qui ne sont pas toujours linéaires, nécessitent que la personne pose un regard honnête sur elle-même, sur les autres personnes en cause dans la situation ainsi que sur l'événement vécu. Ce regard sincère sur la réalité peut mener dans différentes directions, mais il requiert forcément d'entrer à l'intérieur de soi pour y sentir sa propre vulnérabilité. Il est possible aussi que le pardon fasse ressurgir une nouvelle perception de soi-même ou un soi transformé par l'offense pardonnée. Ensuite, il n'y a qu'un pas à franchir pour réaliser humblement que cette fragilité est partagée par les autres membres de la communauté humaine, y compris l'offenseuse. Rendu à ce point, l'égo est demeuré sur le seuil. Il ne s'agit plus d'une relation offenseuse-offensée, gagnante-perdante, mais bien d'êtres humains, imparfaits, ayant regagnés chacun leur dignité.

Suite aux éléments théoriques et empiriques ressortis de ce rapport d'analyse de pratiques, je relève trois précautions à prendre lors d'une démarche de pardon. D'abord, au début d'un processus de pardon, il est souhaitable de vérifier les intentions et la conception du pardon de la personne accompagnée. En effet, le pardon ne peut servir à éviter de ressentir les blessures de l'offense, ni à nier que cette dernière ait eu lieu (Monbourquette, 2001; Aponte, 2001). Il s'agit aussi de s'assurer que la personne qui souhaite entreprendre la démarche de pardon n'entretient pas de connotation fausse sur le sujet (par exemple que le pardon soit une obligation morale ou qu'il soit un acte qui libère instantanément des souffrances existantes, etc.). Cette discussion peut en plus permettre de prendre note des barrières qui freineraient la démarche de pardon, telles que : la peur de la répétition de l'offense, la peur d'être perçue comme faible, la peur de perdre des bénéfices liés au statut de victime, ou encore l'idée que la justice ne pourra être rendue (McCullough et al., 2000).

Deuxièmement, il est généralement admis qu'un processus de pardon nécessite chez une personne la capacité d'empathie; puisque cette dernière sera amenée à se décentrer d'elle-même pour admettre ou concevoir la réalité de l'offenseuse (Gottlieb, 2004; Cavell, 2003; Carone & Barone, 2001; McCullough et al., 2000). Même lors du pardon à soi, la patiente doit avoir la capacité de prendre du recul face à elle-même pour s'avouer ses limites et ses imperfections, ce qui suppose un minimum de maturité affective. Ainsi, entreprendre une démarche de pardon avec quelqu'un ne possédant pas une capacité d'introspection suffisante pourrait conduire cette personne à une impasse psychologique. Cette remarque doit être reçue avec prudence et demeure à explorer, puisque d'autres auteurs remettent en doute la nécessité du préalable d'empathie, dans une démarche de pardon (Kaminer et al., 2000).

Troisièmement, tel qu'introduit précédemment, si une personne démontre des comportements d'autodestruction à répétition, si elle est envahit par la honte, la haine d'elle-même ou une profonde détresse, le processus de pardon ne sera pas une tâche aisée. En effet, les mécanismes de honte/destruction sont à l'opposé de ceux du pardon/amour de

soi (Gottlieb, 2004). D'une part, entrer dans une démarche de pardon risque de faire ressurgir des comportements de sabotage chez la personne qui refuse de s'accorder le droit à la vulnérabilité, à « l'imperfection », au pardon. D'autre part, aider cette personne à s'introduire à un processus de compassion à son égard, peut devenir un outil majeur, voir même l'enjeu du traitement. En troubles alimentaires par exemple, une démarche de pardon peut permettre de réconcilier des forces auparavant opposées, telles que la recherche de perfection et la destruction. Il est à noter que dans un cas semblable, la démarche de pardon aura débuté alors que l'individu continu de perpétrer des gestes offensants à son égard. À mon avis, cette particularité ne devrait pas être niée, et aurait avantage à être abordée avec la personne; puisque le processus de pardon ne pourra être complété tant les comportements destructeurs n'auront cessés.

Après avoir présenté le processus de pardon effectué avec une patiente au prise avec un trouble alimentaire ainsi qu'une réflexion sur la démarche, la conclusion permettra d'introduire le rôle des travailleuses sociales dans une intervention qui tient compte de la dimension spirituelle.

Conclusion

*Compassion pour soi-même.
« Je veux me pardonner...
de rechercher l'inaccessible étoile
d'être fragile
d'avoir honte de ma douleur
de m'accuser dans mon malheur
d'entretenir le désir d'une perfection inaccessible
de m'être fait complice de mon persécuteur
de m'être mis en dehors de mon cœur
d'avoir ressassé des accusations blessantes à mon
égard
de n'avoir pas été capable de tout prévoir
de me haïr sans compassion
de me sentir impuissant à accorder le pardon aux
autres.
Bref, je veux me pardonner d'être humain. »*

(Monbourquette, 2001, p.143)

Suite à une intervention concrète de pardon effectuée durant le stage au Programme des troubles de l'alimentation de l'Hôpital Douglas, le but de ce rapport d'analyse de pratiques était d'envisager l'utilité d'un tel processus dans le traitement des troubles de l'alimentation. Le chapitre un a permis de présenter succinctement la problématique spécifique des troubles alimentaires, le milieu de stage (PTA) et les activités de stage. Au chapitre deux, un résumé de la littérature scientifique sur l'incidence de la spiritualité en intervention ainsi qu'un autre sur le pardon vu dans une perspective spirituelle ont été présentés pour constituer le segment théorique de ce rapport. Au chapitre trois, une analyse critique d'expérience pratique d'intervention sur le pardon auprès d'une patiente présentant un trouble alimentaire a été exposée.

Cette démarche a permis de répondre à deux des trois questions à l'origine de ce rapport. Tel que formulé dans l'introduction, la première question portait sur la contribution de la dimension spirituelle des patientes dans leur rétablissement. Les écrits consultés ont d'abord permis de confirmer que la spiritualité a des effets bénéfiques sur la santé physique

et mentale des gens. De plus, ces recherches démontrent que les mécanismes d'action les plus souvent identifiés pour expliquer les effets positifs de la spiritualité se retrouvent dans : le sens à la vie, la foi, l'espoir, la relation à un Dieu ou une puissance supérieure, le mode de vie sain ou engagement dans un processus de changement, le soutien social, et, le pardon. À l'inverse, il y aurait deux éléments, reliés à la spiritualité, qui nuiraient au bien-être d'une personne. Le premier est le mécontentement avec Dieu ou la communauté d'appartenance. Ce mécontentement serait associé à un sentiment d'abandon, qui produirait du désespoir et du ressentiment. Le deuxième élément est l'attribution religieuse négative. Cette attribution négative serait associée à une punition provenant de Dieu et qui produirait un sentiment de culpabilité et de peur. Au niveau empirique, puisque la dimension spirituelle n'a pas été abordée avec Marianne durant l'intervention, l'expérience pratique ne peut infirmer ni confirmer les démonstrations de la littérature.

La deuxième question portait sur le pardon, son lien avec la dimension spirituelle et sa pertinence dans un processus de rétablissement d'un trouble alimentaire. Selon la littérature consultée, il semble qu'effectivement, les personnes vivant une dimension religieuse ou spirituelle sont plus enclines à pardonner (Mullet et al., 2003; Carone & Barone, 2001; McCullough et al., 2000). D'abord, le pardon est un élément contribuant aux effets bénéfiques de la spiritualité ou de la religiosité sur la santé physique et mentale des personnes (Dyson et al., 1997; Miller, 1994; Worthington et al., 1996; Pargament, 2000). Paloutzian & Park (2005), dans leur récent ouvrage, confirment que le pardon est l'un des facteurs recensés comme étant à l'œuvre dans la dimension spirituelle, bien qu'il ait été l'objet d'études que récemment. De plus, les grandes religions du monde accordent toutes une importance au pardon et l'intègrent dans leur vision du monde réciproque (McCullough et al., 2000). Plusieurs bénéfices potentiels contribuent à suggérer une démarche de pardon dans le rétablissement d'une personne. Une meilleure santé physique et mentale, une diminution de la culpabilité, une augmentation de la confiance à restaurer la relation ainsi qu'une réduction des sentiments de faiblesse et de manquements sont parmi les gains possibles du pardon et du repentir (McCullough et al., 2000). Au niveau des troubles

alimentaires, l'expérience avec Marianne contribue à soutenir les bienfaits d'une démarche de pardon auprès de personnes ayant un trouble alimentaire. Pour cette clientèle, il semble que le pardon à soi puisse être particulièrement approprié, puisqu'il s'agit de personnes ayant des exigences élevées envers elles-mêmes (donc de plus fréquentes possibilités de déceptions, d'échecs, de sentiment d'impuissance, de conflits avec soi, etc.), et qu'il s'agit d'une maladie autodestructrice. L'intervention auprès de Marianne permet aussi de relever certains points importants dans un processus de pardon. Une démarche de pardon ne peut que s'effectuer sur une base libre et volontaire (Aponte, 2001; Monbourquette, 2001; Kaminer et al., 2000). Une intervention sur le pardon est nécessairement un processus qui s'échelonne dans le temps et non pas un événement ponctuel (Monbourquette, 2001; McCullough et al., 2000). Lorsque effectué en contexte thérapeutique, le processus de pardon requiert une relation de confiance entre la thérapeute et la patiente, ainsi que la capacité d'empathie chez cette dernière (Gottlieb, 2004; Cavell, 2003; Carone & Barone, 2001; McCullough et al., 2000). Finalement, je suggère qu'un processus de cette envergure ne se fasse pas en début de traitement et que la conception du pardon soit explorée avec la patiente.

La dernière question faisait référence au rôle des travailleuses sociales par rapport à la spiritualité et le pardon. Cette réflexion, n'ayant pas encore été abordée dans ce rapport, est l'objet de cette conclusion. Pour ce faire, je vais (1) reprendre les valeurs du service social telles que présentées par l'OPTSQ, afin de vérifier si une intervention à caractère spirituelle entre en contradiction avec les valeurs de la profession, et (2) introduire quelques enjeux découlant de l'intervention avec la dimension spirituelle. Finalement, tenant compte des limites de ce rapport d'analyse de pratiques, je conclus en présentant des pistes de réflexions à poursuivre.

Rôle du service social

Valeurs en jeu dans la pratique du service social

Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ, 2005), les valeurs inspirant la pratique des travailleuses sociales sont :

1. Le respect de la dignité de tout être humain;
2. La croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;
3. La reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changement;
4. Le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;
5. Le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination;
6. La reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins;
7. La promotion des principes de justice sociale.

J'expose ici différents éléments concernant la manière dont les valeurs de l'OPTSQ peuvent éclairer le rôle des travailleuses sociales, par rapport à la dimension spirituelle en intervention. D'abord, qui dit valeurs, dit prise de position. Effectivement, le service social n'est pas neutre. Depuis ses origines, le service social se réclame d'une option préférentielle pour la personne. Les activités du service social visent donc l'épanouissement et le développement de la personne tout autant que des collectivités.

Deuxièmement, à la lecture des valeurs inspirant la pratique des travailleuses sociales, il est impossible de manquer la fréquence du mot respect. Ce développement de la personne s'effectue donc dans la considération de l'intégrité, de la dignité et de l'autodétermination de la personne. Cette option pour l'évolution de la personne se conçoit

aussi en lien avec son environnement ou son milieu de vie. Ainsi, la personne n'est jamais isolée de sa réalité ou découpée en morceaux. Les travailleuses sociales, en tant que professionnelles, gardent constamment en tête qu'une difficulté dans un domaine de la vie peut avoir des répercussions sur les autres domaines. Elles sont aussi celles qui comprennent que les gens ne peuvent être détachés de leur réalités familiale, financière, sociale, etc.

Troisièmement, puisque le service social reconnaît « la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changement » (OPTSQ, 2005, p.7), il ne devrait pas y avoir de contradiction entre la dimension spirituelle d'une personne et la pratique du service social. En effet, chaque personne se situe dans différents systèmes (familles, réseaux d'ami-e-s, groupes d'appartenance, équipes de travail, etc.) qui sont reliés les uns aux autres. Une communauté de foi, un groupe religieux ou un mouvement spirituel représentent aussi un système, en interdépendance avec les autres systèmes, et peut constituer un important potentiel de changement. Ce système spécifique véhicule d'ailleurs des valeurs existentielles qui guident bien souvent les actions d'une personne. Comme il a été mentionné précédemment, la spiritualité relève des valeurs, d'une manière d'être et de comprendre le monde, voir même d'un mode de vie. La religion, qui véhicule entre autre la notion d'appartenance à un groupe, est souvent un moyen de soutenir la dimension spirituelle chez une personne. La spiritualité, ou la religiosité n'est donc aucunement séparée des autres dimensions ou systèmes de la personne. De plus, tel que démontré par la littérature, un des mécanismes d'action de la dimension spirituelle est justement de favoriser l'engagement dans un processus de changement. Selon cette logique, les travailleuses sociales qui abordent la dimension spirituelle ou religieuse en intervention, dans certaines situations ou avec certaines clientes, ne sont pas en contradiction avec les valeurs de l'OPTSQ.

En pratique, à partir de mes expériences professionnelles dans le domaine du traitement des troubles alimentaires, je constate que peu de travailleuses sociales ou autres professionnelles se risquent à mettre un pied sur ce terrain. Au Québec, la libération de l'emprise de l'Église Catholique et la laïcisation des services publics ont fortement contribué à installer ce fossé entre la spiritualité et le travail social. L'idée n'est pas ici de remettre en question la pertinence historique de cette séparation, mais bien de contextualiser cet état de fait. Longo & Peterson (2002) proposent trois barrières à l'acceptation de la spiritualité comme un outil de traitement en santé mentale : (1) l'histoire des traitements en santé mentale (folie considérée comme l'œuvre du diable et, plus tard, séparation entre la science et la religion); (2) les stéréotypes des professionnelles (religiosité perçue comme une névrose); et (3) la confusion et les peurs par rapport au sens de la spiritualité (passage d'une société judéo-chrétienne à une société pluri-religieuses et séparation entre la religion et la spiritualité). Selon mes observations, j'émet l'hypothèse que ces trois barrières sont aussi valables pour le Québec. Malgré l'actuel fossé qui les sépare, Longo & Peterson (2002) favorisent la réintroduction de la spiritualité dans le traitement des maladies mentales afin que « *Healthy aspects of a person's spiritual belief system should then be utilized in the recovery process and integrated with other positive aspects of the self.* » (p.337).

Loin de moi l'idée de proposer la spiritualité comme une panacée, ou le pardon comme une réponse magique à tous les maux. D'ailleurs, comme l'histoire, passée et actuelle, nous le démontre, le fanatisme religieux³¹ ainsi que certaines applications fondamentalistes (et très souvent politiques) de textes religieux, vont totalement à l'encontre de l'épanouissement des personnes. Il y a donc possibilité que des aspects de la religiosité entrent en contradiction avec les valeurs de l'OPTSQ et les travailleuses sociales ont le devoir de dénoncer toute forme d'oppression ou de discrimination individuelle et

³¹ Pour celles intéressées à en savoir plus sur le fondamentalisme religieux, consultez le chapitre 21 du récent livre de Paloutzian & Park (2005).

collective. Pourtant, considérant les bénéfices de la spiritualité chez les personnes, n'est-il pas temps de départager les potentiels bienfaits de la dimension spirituelle versus les effets néfastes du prosélytisme, qu'il soit chrétien, juif, islamique ou autre?

D'ailleurs, Aponte (2001) est d'avis que puisque la spiritualité du thérapeute influence de toute façon son travail, il est préférable de l'utiliser en connaissance de cause. Cet auteur va même jusqu'à affirmer que la spiritualité (en tant que référence au sens, au but et aux valeurs de la vie humaine) constitue l'accomplissement de la psychothérapie. Pour Aponte (2001), « Nos présupposés philosophiques à propos des liens entre fonctionnement quotidien et santé spirituelle organisent nos thérapies. » (p.338). Selon Aponte (2001), l'amour et le pardon ont un lien indispensable et sont nécessaires à une guérison de blessures émotionnelles et relationnelles. Ces valeurs rejoignent d'ailleurs celles du service social : « ... la thérapie, qui encourage amour et pardon, favorise la croissance, la force individuelle et la liberté. » (Aponte, 2001, p.340). Dans ma pratique, j'ouvre parfois la porte à des discussions sur les croyances des patientes. J'ai remarqué que certaines patientes souhaitent vivement aborder les questions de valeurs ou de sens à la vie. D'autres expriment être au prise avec un vide intérieur qui les laisse dépourvues lorsqu'elle parviennent à l'étape du maintien, dans le rétablissement. D'autres encore disent ne pas se sentir rejointes par ces discussions. À mon sens, la notion de respect est une priorité lors de ces échanges.

En regard des valeurs de l'OPTSQ, il ne semble pas y avoir d'objection à aborder la dimension spirituelle en intervention; dont le pardon en est un des aspects. Les critères pouvant guider les interventions en ce sens sont justement les valeurs énoncées par l'Ordre, telles que : le respect de la personne et des groupes, l'épanouissement de la personne à travers ses réseaux d'appartenance, l'autonomie et l'autodétermination, ainsi que la justice sociale.

Enjeux pour la pratique

Selon ce qui vient d'être exposé, il n'y aurait pas de contradiction entre les valeurs du service social et le fait d'aborder la dimension spirituelle en intervention. Par ailleurs, cela ne suggère aucunement qu'aucun enjeu ne se posent. Dans la présente section, j'aborde justement trois des enjeux découlant de l'utilisation de la spiritualité en intervention : (1) le libre choix; (2) l'éthique d'intervention; et (3) la formation en service social.

Premièrement, le libre choix des clientes est fondamental à respecter. La plupart des articles consultés sur la spiritualité s'entendent sur le fait qu'il faille commencer là où la cliente se situe (Sheriden, 2004; Gottlieb, 2004; Cavell, 2003; Aponte, 2001; Hodge, 2001). Certaines clientes ne veulent pas discuter de spiritualité ou de pardon, tandis que d'autres souhaitent élaborer sur l'un ou l'autre sujet. Il s'agit d'être à l'écoute et disponible. Le libre choix des travailleuses sociales doit aussi être pris en compte. Hodge (2001) mentionne même que certaines intervenantes, ayant des valeurs contradictoires avec leurs clientes, peuvent reconnaître leur limite et se retirer de l'intervention.

Deuxièmement, au niveau de l'éthique d'intervention, il est fondamental de ne pas imposer ses valeurs ou croyances personnelles aux clientes (Sheriden, 2004; Longo & Peterson, 2002; Hodge, 2001; Aponte, 2001). Longo & Peterson (2002) expliquent qu'une ouverture d'esprit est un pré-requis afin d'aborder la spiritualité avec les gens. Certains éléments de leur spiritualité peuvent parfois être connus et évident de la thérapeute et en d'autres occasions apparaître étranges ou non familiers. Le bien-être de la patiente devrait servir de guide dans l'intervention. Longo & Peterson (2002) suggèrent même de consulter un spécialiste au besoin, afin d'être en mesure de comprendre la patiente. Aponte (2001) croit qu'il est possible pour des professionnelles : « d'apprendre à penser et à parler clairement de notre spiritualité comme référence et travailler avec elle de façon responsable, éthique et efficace. » (p.338)

Troisièmement, afin de pouvoir intervenir de façon éthique et professionnelle, il est nécessaire de comprendre les concepts en jeu dans la dimension spirituelle en général ou avec le pardon en particulier. À cet égard, la formation devient un outil privilégié pour former des travailleuses sociales ayant été sensibilisées à cet aspect de la vie des clientes. D'ailleurs, Longo & Peterson (2002) signalent qu'aux États-Unis, *l'Association of Medical Colleges*, supporte activement l'introduction de cours sur la spiritualité. En 1999, 61 écoles de médecine offrent un cours sur la spiritualité comparativement à quatre écoles en 1994. Nelson-Becker (2005) a examiné l'intégration professionnelle de la spiritualité et de la religion de deux groupes de diplômées de niveau maîtrise. Un des deux groupes de diplômées avait une maîtrise en travail social accompagnée d'un autre diplôme de deuxième cycle (en religion ou en spiritualité), et l'autre groupe de diplômées avait uniquement une maîtrise en travail social. L'auteur constate la pertinence d'une formation appropriée, lors d'intervention au niveau de la dimension spirituelle. Entre autre résultat, l'étude révèle que les travailleuses sociales ayant un deuxième diplôme en religion ou en spiritualité sont davantage au courant des différents rôles que la religion et la spiritualité peuvent jouer dans la vie des gens (autant dans la capacité de guérir que de nuire). Leurs conceptions de la spiritualité et de la religion sont plus complexes. De plus, elles seraient aussi plus spécifiques, en ce qui concerne l'intégration des thèmes reliés à la spiritualité, dans leurs interventions auprès des clientes. Il semble donc que la formation joue un rôle facilitant dans l'intégration de la spiritualité en intervention.

Limites et pistes de réflexion à poursuivre

La réflexion suggérée dans ce rapport d'analyse de pratiques mérite d'être reçue en tenant compte des limites qu'elle comporte. D'abord, la recension de littérature n'étant pas exhaustive, il est possible que des morceaux permettant de juger adéquatement de la pertinence du pardon et de la spiritualité en intervention soit ignorés. De plus, malgré

l'ampleur de cette rédaction, plusieurs aspects investis auraient mérités d'être davantage analysés. À cet égard, le choix d'explorer deux sujets aussi vastes que la spiritualité et le pardon (bien que les deux soit fortement liés) a rendu audacieux l'approfondissement de l'un et l'autre. Finalement, puisque l'expérience clinique de pardon a été effectuée avec une seule personne, il ne saurait être possible de généraliser les conséquences obtenues avec Marianne, à l'ensemble des personnes au prise avec un trouble alimentaire.

Malgré les limites de ce rapport d'analyse de pratiques, la démarche effectuée appuie l'importance d'un processus de pardon dans le rétablissement d'un trouble alimentaire. Par ailleurs, puisque ce rapport n'avait aucunement la prétention d'être un point final mais bien un ajout à la réflexion, il est souhaitable de poursuivre les recherches sur la dimension spirituelle en intervention, ainsi que sur le processus de pardon.

À cet égard, considérant que le pardon est une réalité psycho-spirituelle et qu'il peut aussi s'effectuer dans un contexte séculier, il serait intéressant de connaître l'efficacité du pardon perçu comme provenant de Dieu versus le pardon simplement accordé par soi. Paloutzian & Park (2005) mentionne que la littérature n'a pas encore étudié l'efficacité d'une démarche de pardon séculaire versus une démarche de pardon intégrant la dimension spirituelle.

Un autre aspect qui n'a pas été abordé est jusqu'où les institutions d'enseignement peuvent et doivent aller dans la formation à la spiritualité. Est-il possible d'envisager des ententes avec des facultés de théologie? Quels seront les critères utilisés pour faire la promotion d'une utilisation saine de la spiritualité tout en décourageant toute forme de prosélytismes? Quelle part d'autonomie professionnelle est-il acceptable d'accorder aux travailleuses sociales, individuellement, dans ce domaine? Quelles sont les responsabilités de l'OPTSQ?

Afin de mieux identifier les finalités et les moyens de rapprocher la spiritualité et le service social, il pourrait aussi être intéressant d'étudier l'histoire de ce champs d'expertise

afin d'en dégager des apprentissages. Nelson-Becker (2005) rappelle d'ailleurs que le service social trouve ses racines dans les activités religieuses et philanthropiques organisées par la *Charity Organization Society* et dans le *settlement house movement*. Pourtant, il est récent que le service social renoue avec « *what may be described in Jungian terms as a shadow attribute : its religious sensibility.* » (Nelson-Becker, 2005, p.112).

Bien d'autres directions de recherches mériteraient l'attention des chercheuses. Et, en dernière analyse, il reste que sans le pardon personne ne pourrait survivre longtemps à sa filiation, nécessairement humaine et imparfaite, à la communauté des mortelles.

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-III ; Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 3^{ième} édition, (Version Internationale, Washington DC, 1980), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1983, 535p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-III R ; Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 3^{ième} édition révisée, (Version Internationale, Washington DC, 1987), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1989, 624p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV ; Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^{ième} édition, (Version Internationale, Washington DC, 1995), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 1056p.

ANEB. (2000). « Introduction aux problèmes concernant l'alimentation et le poids », Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie, 18p.

Aponte, H.J. (2001). L'amour, source spirituelle du pardon: un exemple de spiritualité en thérapie. Thérapie Familiale, 22 (4), 337-359.

Bank, C.G. (1997). The imaginative use of religious symbols in subjective experiences of Anorexia nervosa. Psychoanal Rev, 84 (2), 227-236.

Bulik, C., Klump, K. Thornton, L., et al. (2004) Alcohol Use Comorbidity In Eating Disorders: A Multicenter Study. Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1000-1006.

Carone, D.A. Jr. & Barone, D.F. (2001). A Social Cognitive Perspective on Religious Beliefs: their Functions and Impact on Coping and Psychotherapy. Clinical Psychology Review, 21 (7), 989-1003.

Cavell, M. (2003). Freedom and forgiveness. International Journal of Psychoanalysis, 84, 515-531.

Corcos, M., Girardon, N., Nezelof, S., Bizouard, P., Venisse, J.-L., Loas, G., Lang, F., Halfon, O., Flament, M., Jeammet, P. (2000). Pertinence du concept d'addiction dans les troubles des conduites alimentaires. Annales de Médecine Interne, 151 (Suppl B), B57-B60.

Coyle, J. (2002). Spirituality and health : towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. Journal of Advanced Nursing, 37 (6), 589-97.

Dyson J, Cobb M & Forman D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 26 (6), 1183-1188.

École de service social. (2001). Manuel de stage : Maîtrise en service social, Programme de qualification professionnelle. Montréal, Université de Montréal, 44p.

Fairburn, C.G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome « not otherwise specified » (NOS) category in DSM-IV. Behaviour Research and Therapy, 43 (6), 691-701.

Fortier, J.A., Bryniawsky, Z., Lechasseur, G., Boulanger, L., Houle, H. (1996) Normes pour la tenue des dossiers des travailleurs sociaux. OPTSQ, 19p.

Fraise, N. (2000). L'anorexie mentale et le jeûne mystique du Moyen Âge. Montréal, Harmattan inc., 252p.

Garret, C.J. (1997). Recovery from Anorexia nervosa: A sociological Perspective. International Journal of Eating Disorders, 21, 261-272.

Gluck, M.E., Geliebter, A. (2002) Body image and eating behaviors in Orthodox and Secular Jewish women. Journal of Gender Specific Medicine, 5 (1), 19-24.

Gottlieb, R.M. (2004). Refusing the cure: Sophocles's Philoctetes and the clinical problems of self-injurious spite, shame and forgiveness. International Journal of Psychoanalysis, 85, 669-690.

Griffin, J. & Berry, E.M. (2003) A modern day holy anorexia? Religious language in advertising and Anorexia nervosa in the West. European Journal of Clinical Nutrition, 57, 43-51.

Hodge, D.R. (2001). Spiritual assessment: A review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. Social Work, 46 (3), 203-214.

Hôpital Douglas, Programme des troubles de l'alimentation (2000). Un programme supra régional ultra spécialisé. Document interne. Montréal : Hôpital d'enseignement de l'université McGill, 5p.

Hôpital Douglas, Rapport annuel 2002-2003 (2003). Ensemble nous donnons vie à la qualité. Service des communications et des affaires publiques de l'Hôpital Douglas, 34p.

Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. British Journal of Medicine Psychology, 73 (Pt 1), 67-76.

Kaminer, D., Stein, D.J., Mbanga, I., Zungu-Dirwayi, N. (2000). Forgiveness: Toward an Integration of Theoretical Models. Psychiatry, 63 (4), 344-357.

Kaye, W.H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, L., Masters, K. (2004) Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. American Journal of Psychiatry, 161, 2215-2221.

Longo, D.A. & Peterson, S.M. (2002). The role of spirituality in psychosocial rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25 (4), 333-340.

Malan, D.H. (1979) The Dialogue of Psychotherapy and the Two Triangles. In Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. Toronto : Butterworths, p.75-94.

Mayer, R. (2002). Évolution des pratiques en service social. Québec : Gaëtan Morin, 487p.

McCullough, M.E., Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (2000). Forgiveness: Theory, Research, and Practice. New-York: The Guilford Press, 334p.

Miller, W.R. (1994). Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. Journal of Studies on Alcohol, 55 (2), 159-166.

Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction, 93 (7), 979-990.

Monbourquette, J. (2001). Comment Pardonner?: Pardonner pour guérir, guérir pour pardonner. Québec : Novalis, 223p.

Morgan, J.F., Marsden, P., Lacey, J.H. (2000). Spiritual Starvation? : A Case Series Concerning Christianity and Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 28, 476-480.

Morgenstern J., Bux D., Labouvie E., Blanchard K.A., Margan T.I. (2002). Examining mechanisms of action in 12-step treatment: the role of 12 step cognitions. Journal of Studies on Alcohol, 63 (6), 665-672.

Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., Shafighi, S.R. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. Journal of Personality, 71 (1), 1-19.

Nadeau, L. et Biron, C. (1998). Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 142p.

Nelson-Becker, H.B. (2005). Does un Dual Degree Make a Difference in Social Work: An Empirical Study. Social Work and Divinity, 111-124.

Nouwen, H. J.M. (1995). Le retour de l'enfant prodigue : revenir à la maison. (traduction de : The Return of the Prodigal Son : A Story of Homecoming.) Québec: Bellarmin, 191p.

OPTSQ (Juin 2005). Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux. Montréal, OPTSQ, 31p.

Paloutzian, R.F. & Park, C.L. (2005). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. New-York: The Guilford Press, 590p.

Pargament, K.I. (1997). The Psychology of Religion and Coping. New-York: The Guilford Press, 548p.

Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology, 56 (4), 519-543.

Pomerleau, G. et collaboratrices. (2001). Anorexie et Boulimie, comprendre pour agir. Québec : Éd. Gaëtan Morin, 212p.

Savoie, E. (2002). Réflexion sur le rôle du travailleur social en soins palliatifs : l'émergence de la spiritualité et l'influence des valeurs dans l'intervention. Intervention, 117, 44-54.

SeungJa Doe, S. (2004). Spirituality-Based Social Work Values for Empowering Human Service Organizations. Journal of Religion & Spirituality in Social Work, 23 (3), 45-65.

Sheridan, M.J. (2004). Predicting the Use of Spiritually-Derived Interventions in Social Work Practice: A Survey of Practitioners. Journal of Religion & Spirituality in Social Work, 23 (4), 5-25.

Wasson, D.H. & Jackson, M. (2004). An Analysis of the Role of Overeaters Anonymous in Women's Recovery from Bulimia Nervosa. Eating Disorders, 12, 337-356.

Weiner, S. (1998). The Addiction of Overeating: Self-Help Groups as Treatment Models. Journal of Clinical Psychology, 54 (2)163-167.

Worthington, E.L., Kuru, T.A., McCullough, M.E., Sandage, S.J. (1996). Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic Processes and Outcomes: A 10-Year Review and Research Prospectus. Psychological Bulletin, 119 (3), 448-487.

Yager, J., Andersen, A., Devlin, M., Mitchell, J., Powers, P., Yates, A. (1993). Practice Guideline for Eating Disorders. American Journal of Psychiatry, 150 (2), 207-228.

Annexe 1 : Organigramme de l'Hôpital Douglas

Conseil d'administration

Direction générale	Direction de l'Ensemble des Divisions
Direction des Services professionnels et hospitaliers	Division de Pédiopsychiatrie
Direction des Soins infirmiers	Division des Services sectorisés aux Adultes
Direction des Ressources humaines	Division des Services ultraspécialisés aux Adultes
Direction des Services financiers et techniques	Division de Gériopsychiatrie
Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas	Direction de l'Enseignement et de la Formation

Annexe 2 : Organigramme de la Division des Services ultraspécialisés pour Adultes

Division des Services ultraspécialisés aux Adultes

Programme pour premier épisode de psychose (PEPP)	Programme de troubles graves et persistants	Programme des services aux handicapés intellectuels avec problèmes	Programme des troubles alimentaires (PTA)
--	---	--	--

Unité d'admission

Clinique externe

Programme et
Hôpital de jour

Annexe 3 : Projet spécial, ateliers d'introspection

Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas, Programme et Hôpital de jour

Semaine # 1 : la respiration.

Respirer : du latin « *respirare* » : revenir à la vie.

Importance de la respiration :

calme le système nerveux

fait éprouver un sentiment de détente, calme, paix

accroît la force de résistance

favorise la digestion

aide les troubles cardiaques et pression artérielle élevée

Trucs :

douceur et lenteur...

aller à son rythme...

ne jamais se fatiguer...

persévérance...

pratique... (exercice quotidien)

Principaux facteurs qui bloquent la respiration :

le stress

la peur

la douleur

la violence

Exercice :

la respiration abdominale. Elle est destinée à remplir la partie inférieure des poumons à la hauteur du diaphragme, il va s'agir de repousser les muscles abdominaux en avant, tout en laissant naturellement pénétrer l'air dans cette région. L'expiration se fera par la contraction des muscles de cette partie, ce qui produira un mouvement inverse à celui de l'inspiration. Centrez votre attention sur le nombril pendant la durée de l'exercice.

Par Nathalie Viens, stagiaire en travail social. Hiver 2004.

Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas

Programme et Hôpital de jour

Semaine # 2 : la relaxation physique.

Intro... commencer par 3-5 respirations profondes.

Relaxer signifie :

- diminuer ou éliminer une tension
- ensemble des phénomènes par lesquels un système dont l'équilibre a été rompu, revient à son état d'équilibre initial

Trois formes de relaxation... physique (sem#2), mentale et spirituelle (sem #3).

Relaxation physique...

- relaxation du corps, la plus facile à atteindre, détente des muscles et des nerfs
- il suffit de lancer des messages de calme et détente à chaque partie du corps en s'arrêtant le temps nécessaire
- doit se faire des pieds à la tête pour que le mouvement de relaxation circule de bas en haut parce que les pieds sont la terminaison de tout le système nerveux.)

Bref échange :

- quels sont les moyens que vous connaissez pour relaxer ?
- quels sont ceux que vous utilisez ?

Exercice :

- Relaxation physique (tiré de l'outil de la Méditation-repas)

Discussion

Par Nathalie Viens, stagiaire en travail social. Hiver 2004.

Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas

Programme et Hôpital de jour

Semaine # 3 : la relaxation mentale et spirituelle.

Intro... commencer par 3-5 respirations profondes.

Trois formes de relaxation... physique (sem #2), mentale et spirituelle.

relaxation mentale :

- relaxation mentale plus difficile à atteindre
- s'atteint lorsque vous arrivez à fixer votre mental sur un point quelconque de façon à le ralentir et le calmer
- plus simple si au début, simplement amener la concentration mentale sur chaque partie du corps, ou sur la respiration et son rythme
- se concentrer sur sa respiration calme le mental et donne un sentiment de beauté de la vie, de joie, de respect de soi

relaxation spirituelle :

- il s'agit de s'arrêter pour seulement « regarder » ce qui se passe en nous
- important d'observer sans intervenir et sans juger (le jugement n'entraîne que de nouvelles crispations)
- cette forme de relaxation s'atteint lorsque l'on perd le sens de « contrôle » et que l'on devient témoin des mouvements qui se déroulent en nous, quels qu'ils soient
- pratique la capacité d'obtenir une écoute de soi, de l'intérieur, sans aucune intervention ; augmente le sens du détachement et lâcher prise sur l'extérieur

Bref échange :

- Connaissez-vous des moyens qui vous conviennent pour relaxer mentalement? Spirituellement?

Exercice :

- Visualisation d'un voyage intérieur (annexe)

Retour

Nathalie Viens, stagiaire en travail social. Hiver 2004.

Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas

Programme et Hôpital de jour

Semaine # 4 : l'intériorisation.

Intro... commencer par 3-5 respirations profondes.

Lâcher prise :

- Faire une liste des émotions, comportements, pensées, événements que vous voulez vous débarrasser, dans le sens de ne plus traîner ces fardeaux sur vos épaules.

Exercice d'intériorisation :

- Intériorisation (réflexion sur la mort et renaissance)

Retour...

Nathalie Viens, stagiaire en travail social. Hiver 2004.

Annexe 4 : « Méditation-repas », buts et commentaires des patientes

« Méditation-repas » : buts

(Adaptation autorisée du « Divine Dîne » du Dr.Judi Hollis, É.U., par Nathalie Viens)

Description de l'activité:

La Méditation-repas est une expérience d'intériorisation, en groupe, durant un repas. Elle permet à chaque participante de centrer son attention sur la relation qu'elle entretient avec la nourriture, tout autant que sur la dynamique qui se joue à l'intérieur d'elle-même.

La première étape est une relaxation physique (10 min) avant l'ingestion d'aliments, suivie d'une méditation guidée (35 min). Après le repas, les participantes sont invitées à prendre un temps personnel d'écriture (15 min) suivi d'un retour en groupe sur l'ensemble de l'expérience (30-60 min).

L'activité peut être expérimentée de façon ponctuelle ou sur une base régulière. Dans le deuxième cas, pratiquée une fois semaine elle permet de constater l'évolution du rétablissement. Les patientes sont encouragées à poursuivre l'expérience chez elle afin de maintenir les acquis et prévenir les rechutes.

Objectif général:

- Intégrer les différentes composantes d'un rétablissement alimentaire : physique, psychologique, social et spirituel.

Objectifs spécifiques :

Physique :

- Développer des comportements alimentaires sains qui favorisent et maintiennent le rétablissement d'un trouble alimentaire.

Psychologiques :

- Prendre conscience des cognitions (pensées et croyances), des besoins affectifs (émotions sous-jacentes) et des comportements (punition-récompense, renforcement) associés à la prise de nourriture.
- S'initier à choisir une réponse adéquate face à un besoin, situation ou émotion.
- Apprendre à se faire confiance, se respecter et cultiver l'estime de soi.

Sociaux :

- Briser l'isolement résultant du trouble alimentaire.
- Bénéficier de la compréhension et du support des membres du groupe.

Spirituels :

- Entretenir une relation d'amour avec soi.
- Favoriser le développement d'un contact conscient (« partnership ») avec sa dimension intérieure

« Méditation-repas » : commentaires des patientes

Programme de jour : dîner du 03-02-2004

Nathalie Viens, stagiaire TS et Linda Falcon, nutritionniste

Commentaires des patientes :

très difficile, trop long

dégoût de la nourriture dans la bouche

génère beaucoup d'émotions (tristesse, anxiété, frustration, stress, culpabilité) et ça coupe la faim

s'est sentie contrôlée et obligée de manger

l'activité oblige à être en contact avec la relation avec la nourriture, au lieu de juste manger

difficile d'associer alimentation avec respect de soi, dignité, geste d'amour envers soi

Prises de conscience :

- « la nourriture est encore un ennemi »
- « je me sens coupable d'avoir droit à la nourriture »
- « les autres méritent de manger mais moi non : double standard »
- « j'ai l'impression que c'est mal de me faire plaisir »
- « I don't like focus on eating »
- « j'ai réalisé à quel point je suis fermée sur moi-même »
- « je réalise que je dois m'aimer pour me rétablir du trouble alimentaire »

1 personne a vraiment apprécié l'activité et aimerait la refaire

3 personnes ont trouvé l'activité difficile mais voient la pertinence

4 personnes ne voudraient pas le refaire

NB : Les participantes n'ont pas eu le choix de faire la Méditation-repas. L'activité s'est fait avec la première version du texte. Durée : 40 minutes.

Hôpital de jour : dîner du 10-02-2004

Nathalie Viens, stagiaire TS et Jasmine Joncas, psychologue

Commentaires des patientes :

beaucoup aimé l'activité (2/4)

se sentait en accord, consentante à faire l'activité et à manger

l'activité a permis d'être plus calme, plus positive par rapport aux bénéfices de manger et plus positive de l'importance de prendre soin de son corps. En même temps, il n'y avait plus de place pour la « calculatrice » des calories et cela a fait taire les « voix ».

difficile (2/4)

se sentait coupable de ne pas être capable de suivre mais l'activité a augmenté le niveau de stress pas suivi parce que difficulté à se concentrer mais n'a pas augmenté son stress (1er repas à l'H.Jr)

Prises de conscience :

- « j'ai honte de ne pas prendre soin de mon corps »
- « j'ai mangé lentement parce que je voulais apprécier la nourriture pas pour restreindre comme je le fais à d'autres moments »

NB : Les participantes avaient le choix de faire la Méditation-repas ou d'aller manger avec le Programme de Jour. L'activité s'est fait avec une version abrégée du texte pour permettre plus de silences et raccourcir la durée (30 minutes). La Méditation-repas semble donner de meilleurs résultats lorsque vécue sur une base volontaire et avec la version allégée.

Annexe 5 : Les 12 étapes des Alcooliques Anonymes

(Tiré du Gros Livre des Alcooliques Anonymes)

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool – que nous avons 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 élimine 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 à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Annexe 6 : Contrat de stage

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

CONTRAT DE STAGE

ENTRE

Nom de l'étudiante (Nathalie Viens)

Nom de la superviseure (Dorita Shemie, T.S.)

Nom de la professeure (Lyse Soucy, T.S.)

Nom de l'organisme d'accueil

Date

DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE :

Le stage s'effectue à la Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas à raison de trois jours semaine durant 28 semaines. L'Hôpital Douglas est un institut qui a pour mission l'avancement des connaissances et des pratiques en santé mentale. Affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la Santé, il est reconnu, tant à l'échelle nationale qu'internationale, comme un centre d'excellence intégré de soins spécialisés (deuxième ligne) et ultraspécialisés (troisième et quatrième lignes), d'enseignement et de recherche. La Clinique des Troubles de l'Alimentation est un programme qui existe depuis 1986 et offre des services bilingues destinés aux adultes qui souffrent d'un trouble de l'alimentation tel que l'anorexie nerveuse, la boulimie ou un autre trouble analogue. Les services sont disponibles aux individus qui résident partout au Québec. La philosophie de la Clinique des Troubles de l'Alimentation s'appuie sur les nombreuses études cliniques qui ont démontré que divers facteurs sont impliqués dans le développement des troubles de l'alimentation. Ces facteurs sont biologiques, psychologiques et sociaux, chacun contribuant à divers degrés dans l'étiologie et le maintien d'un trouble de l'alimentation. La Clinique des Troubles de l'Alimentation offre donc un traitement individualisé qui tient compte de ces facteurs dans le but d'éliminer les symptômes alimentaires et d'améliorer l'attitude à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle. Pour ce faire, l'équipe traitante se compose de professionnelles de la santé de diverses disciplines (psychologues, ergothérapeute, psychiatres, infirmières, travailleuses sociales, médecin et nutritionniste), qui travaillent conjointement au mieux-être physique, psychologique et social de la clientèle. Dans le cadre de mon stage de qualification professionnelle, je participerai à l'ensemble des activités de la Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas. Ces activités sont réparties en trois volets de services :

1. La clinique externe : est constituée d'un ensemble de services offerts en considération des besoins individuels de la clientèle (thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale / de couple, réadaptation nutritionnelle, thérapie pharmacologique).
2. Le programme de jour : offre un traitement de groupe structuré, qui se déroule sur plusieurs jours de la semaine. Ce service s'adresse à une clientèle qui nécessite un encadrement plus serré et une attention particulière aux composantes comportementales et psychologiques du trouble de l'alimentation.
3. L'hospitalisation : offre un traitement ultraspécialisé et intensif dans un environnement sécuritaire. Il s'adresse aux personnes présentant des complications médicales sévères dues à la malnutrition, ou pour celles dont le traitement externe n'est pas un outil suffisant pour dénouer les symptômes du trouble de l'alimentation.

SUPERVISION :

Formule privilégiée :

Supervision mixte : en groupe lorsque les disponibilités d'autres stagiaires en service social le permettent, sinon en individuel.

Temps alloué à la préparation de la supervision et attentes / exigences particulières de la superviseure :

Environ 1/2 heure, excluant les lectures.

La stagiaire apporte les points à discuter.

Fréquence et durée des rencontres de supervision :

Sur une base hebdomadaire, habituellement le mardi, d'une durée de 2hres. La durée peut varier selon les besoins.

Matériel utilisé :

Il y aura diversité du matériel utilisé. Formes privilégiées : écoute d'enregistrements d'interventions individuelles, réflexions ou questions du journal de bord, lectures sur les pratiques d'interventions et spécificités de la problématique de la clientèle, jeux de rôle, événements concrets dans l'expérience du stage.

1. OBJECTIFS LIÉS AU SAVOIR :

	OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS D'ATTEINTE	ÉCHÉANCIERS
1.1 Connaissances liées au contexte organisationnel du stage.	1.1a) Être au courant des différents départements de l'hôpital Douglas et de son organigramme.	-Lectures de documents. -Enquête	-Je peux expliquer brièvement les différents services de l'hôpital Douglas.	Automne 2003
	1.1b) Connaître l'historique, le fonctionnement ainsi que les services offerts par la clinique des troubles alimentaires de l'hôpital Douglas.	-Lectures de documents. -Supervision. -Discussions avec autres membres du personnel.	-Je suis en mesure de présenter clairement la clinique des troubles alimentaires.	Automne 2003
	1.1c) Cerner le rôle spécifique de la travailleuse sociale à l'intérieur de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire.	-Observations. -Supervision/discussions. -Lectures. -Cours SVS 6004-6005.	-Je suis capable de situer mes interventions dans le fonctionnement général de la clinique.	Hiver 2004
1.2 Connaissances liées à la problématique principale du lieu de stage.	1.2a) Approfondir mes connaissances des troubles alimentaires : - critères diagnostiques - médications souvent utilisées - réalités bio-psycho-sociales des clientes - troubles associés	-Lectures DSM-IV.	-Je peux expliquer les critères diagnostiques d'un trouble alimentaire.	Tout au long de l'année
		-Lectures d'articles scientifiques, en particulier ceux de l'équipe de recherche de la clinique. -Cours SME 2055V.	-Je me suis introduite aux médications les plus fréquemment prescrites.	Hiver 2004
		-Participation aux réunions d'équipe.	-Je me suis introduite à la notion de fonction du tr. alimentaire dans la dynamique familiale.	Tout au long de l'année

	1.2b) Connaître la législation et les procédures concernant une hospitalisation non-volontaire.	-Lectures. -Observations et discussions avec les membres du personnel impliqué.	-Je suis en mesure de dépister un désordre de la personnalité. -Je suis apte à nommer les articles de loi et de justifier mes actions en regard de cette dernière s'il y a lieu.	Hiver 2004 Hiver 2004
	1.2c) Connaître différents modèles et approches d'intervention utilisés dans le traitement des troubles alimentaires.	-Lectures préparatoires au rapport d'analyse. -Cours SVS 6515. -Cours SME 2055V. -Pratique du modèle et formulation biopsychosociale utilisés à la Clinique.	-Je suis en mesure d'utiliser et d'expliquer la pertinence du modèle biopsychosocial utilisé en milieu de stage. -Je peux présenter les 5 étapes du changement de l'approche de Prochaska. -Je peux nommer d'autres types d'approches utilisées en troubles alimentaires.	Automne 2003 Automne 2003 Hiver 2004
1.3 Connaissances liées au milieu desservi.	1.3) Augmenter ma connaissance des ressources disponibles pour les troubles alimentaires.	-Tenir une liste à jour des coordonnées de ressources.	-Je peux rapidement référer une cliente à une ressource.	Tout au long de l'année

2. OBJECTIFS LIÉS AU SAVOIR-ÊTRE :

	OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS D'ATTEINTE	ÉCHÉANCIERS
2.1 Développement personnel et professionnel de la stagiaire.	2.1a) Apprendre à différencier mes valeurs personnelles de celles de la profession, du milieu de stage ainsi que des clientes.	-Mettre en pratique la syntonisation avant mes rencontres individuelles	-Je suis consciente des valeurs en jeu et je démontre une attitude d'objectivité professionnelle.	Tout au long de l'année
	2.1b) Développer une attitude de responsabilité professionnelle en intervention (conforme au Code de déontologie de l'OPTSQ et de l'Hôpital Douglas).	-Équilibrer la pratique des habiletés d'empathie, d'authenticité, d'assurance et du sens de la compétence. -Observer autres thérapeutes. -Lectures.	-Je suis capable de susciter la confiance en même temps que de proposer une direction à l'intervention. -J'ai lu le code de déontologie de l'OPTSQ et de l'Hôpital Douglas et je peux m'y référer en cas de besoin.	Hiver 2004 Automne 2003
	2.1c) Intégrer une attitude de respect de la confidentialité et du secret professionnel.	-Lectures OPTSQ. -Pratiquer les bases de la confidentialité avec les autres thérapeutes.	-J'observe les règles de rangement des dossiers-clients. -Je garde les informations des clients confidentielles.	Tout au long de l'année Tout au long de l'année
	2.1d) Augmenter ma capacité d'auto évaluation concernant mes apprentissages professionnels.	-Journal de bord à jour. -Demander du « feed-back » à ma superviseure et autres professionnelles.	-Je démontre un esprit critique envers mes interventions. -J'accepte la critique et en dégage les apprentissages.	Tout au long de l'année Tout au long de l'année
	2.1e) Intégrer une gestion du temps efficace.	-Planifier le temps requis pour mes tâches et garder	-Je suis ponctuelle. -Je suis à jour hebdomadairement	Tout au long de l'année

		de l'espace pour contretemps. -Inclure les activités de stage dans mon agenda, incluant les préparations, rédactions, lectures. -Diminuer perfectionnisme	dans mes tâches.	Tout au long de l'année
--	--	--	-------------------------	--------------------------------

3. OBJECTIFS LIÉS AU SAVOIR-FAIRE :

	OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS D'ATTEINTE	ÉCHÉANCIERS
3.1 Évaluation d'une situation problème.	3.1.a) Intégrer les informations pertinentes à une évaluation psychosociale complète.	-Faire des entrevues d'évaluation.	-Je suis capable de diriger une entrevue pour rassembler les informations requises.	Automne 2003
	3.1.b) Apprendre à formuler une opinion professionnelle bio-psychosociale découlant de l'évaluation.	-Supervision. -Grille bio-psycho-sociale. -Lectures de rapports.	-Je suis en mesure de formuler une opinion professionnelle.	Hiver 2004
3.2 Élaboration d'un plan d'intervention.	3.2) Être en mesure de rédiger un plan d'intervention qui tient compte de l'évaluation et des objectifs de la cliente.	-Supervision. -SVS 6004-6005. -Écoute active en entrevue.	-Je rédige un plan d'intervention pour chaque cliente.	Automne 2003
3.3 Réalisation d'un plan d'intervention.	3.3a) Mettre en pratique un plan d'intervention.	-Utiliser P.I.I. de la clinique -Supervision	-J'ai 6 clientes en suivi individuel. -Je connais les objectifs de traitement de mes clientes.	Hiver 2004 Hiver 2004
	3.3b) Apprendre à utiliser les diverses habiletés d'intervention individuelle (en particulier : donner de l'info / avis, la rationalisation /discussion logique, le soutien et la métaphore / allégorie)	-Utiliser les stratégies d'intervention et habiletés les plus appropriées selon le plan d'intervention. -Supervision.	-J'expérimente différentes habiletés d'intervention (en particulier celles énumérées dans l'objectif). -J'ajuste mes interventions en fonction des besoins des clientes.	Automne 2003 Tout au long de l'année

	3.3c) Prendre contact avec mon style personnel d'intervention.	-Utiliser des images et l'humour pour expliquer ce que je veux dire. -Observer les autres thérapeutes.	-Ma superviseure est en mesure de nommer 3 caractéristiques de ma pratique.	Hiver 2004
3.4 Terminaison d'un plan d'intervention.	3.4) Réaliser la fin de l'intervention ou le transfert de dossier selon le cas.	-Effectuer un bilan avec la cliente. -Aborder les sentiments suscités par la fin de l'intervention ou transfert de dossier. -Supervision pour les transferts de dossiers.	-Les clientes peuvent nommer 2-3 éléments qui ont été travaillés et les défis qui restent à travailler. -Je suis capable de me détacher de mes clientes et de les aider à se détacher de moi pour aller vers un autre thérapeute (s'il y a lieu).	Hiver 2004 Hiver 2004

4. OBJECTIFS LIÉS AU SAVOIR-DIRE :

	OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS D'ATTEINTE	ÉCHÉANCIERS
4.1 Capacité d'expression orale et écrite, de l'opinion professionnelle.	4.1a) Apprendre à rédiger selon les normes de tenue de dossiers de l'hôpital Douglas et connaître les normes de l'OPTSQ (rapport d'évaluation psychosociale, notes évolutives, plan d'intervention)	-Lectures de rapports. -SVS 6004. -Rédaction de rapports psychosociaux.	-Mes rapports d'évaluation psychosociale, notes évolutives et plans d'intervention sont conformes aux exigences de la clinique. -Je connais les normes de l'OPTSQ.	Automne 2003
	4.1b) Développer une expression orale adéquate selon le contexte (exemples : rencontre individuelle avec cliente, thérapie de groupe, équipe multidisciplinaire).	-Ajuster mes interventions au cadre dans lequel elles s'effectuent. -M'assurer que je me fais bien comprendre en demandant du « feedback ».	-Je suis capable de m'exprimer clairement et de façon adaptée à mes interlocutrices (clientes, groupes, équipe thérapeutique).	Hiver 2004
	4.1c) Amorcer l'expérience d'intervention en anglais.	-Communiquer le plus possible avec les autres stagiaires en anglais. -Faire des interventions en anglais (ind. ou groupe), lorsque la situation s'y prête, clientes ou équipe de travail.	-Je suis en mesure de saisir le contenu de ce que mon interlocutrice exprime, sinon, je lui demande de préciser.	Hiver 2004

5. OBJECTIFS LIÉS À LA CIBLE MINEURE-GROUPE :

La cible mineure de groupe va s'effectuer au programme de jour de la Clinique des Troubles de l'Alimentation de l'Hôpital Douglas. Le programme de jour est un traitement semi-intensif (à mi-chemin entre un traitement en externe et l'hospitalisation). Les participantes viennent à la Clinique quatre jours par semaine, du mardi au vendredi, de 9h30 à 15h30, durant huit semaines. La journée du mardi est animée par la nutritionniste, le mardi par un des psychologues, le jeudi par l'ergothérapeute et le vendredi par une travailleuse sociale. Je participe au programme de jour, à raison d'une journée semaine (le jeudi ou le vendredi), depuis le début du stage. Au début, en observation, je m'intègre graduellement à l'animation du groupe.

	OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS D'ATTEINTE	ÉCHÉANCIERS
5.1 Savoir	5.1a) Connaître les différents aspects à aborder dans la thérapie de groupe pour la clientèle des troubles alimentaires.	-Lectures sur psycho-éducation en troubles alimentaires. -Participation au programme de jour.	-Je suis en mesure de présenter les principaux aspects à adresser auprès de la clientèle ayant un trouble alimentaire.	Automne 2003
	5.1b) Connaître des moyens pertinents à l'atteinte des objectifs de l'intervention de groupe.	-Discussion avec animatrices. -Lectures.	-Je connais 5-10 activités à effectuer en thérapie de groupe.	Hiver 2004
	5.1c) Apprendre les bases de la dynamique de groupe.	-Lectures sur la dynamique de groupe. -Supervision. -Participation au programme de jour -Participation à la thérapie de groupe à l'unité interne.	-Je suis en mesure d'identifier les éléments importants dans une dynamique de groupe.	Hiver 2004

		-Observation en réunion d'équipe thérapeutique à l'unité interne.		
5.2 Savoir-être	5.2) Apprendre à susciter un climat de confiance propice à la participation active des clientes.	-Discussions informelles. -Me faire confiance. -Expérimenter.	-Les participantes se sentent à l'aise d'exprimer ce qu'elles ont à dire.	Automne 2003
5.3 Savoir-faire	5.3a) Développer des habiletés d'animation en groupe.	-Observations. -Intervenir dans la démarche de groupe. -Feedback de l'animatrice.	-Je suis en mesure de stimuler des prises de conscience chez les participantes. -Je suis capable de susciter l'expression des personnes qui parlent peu.	Tout au long de l'année Automne 2003
	5.3b) Apprendre à utiliser les ressources du groupe.	-Demander l'opinion des membres du groupe. -Favoriser l'entraide, saine, mutuelle des participantes.	-Je favorise la prise de parole des membres du groupe. -Je favorise l'autonomie du groupe.	Tout au long de l'année Tout au long de l'année
	5.4b) Apprendre à remplir la fonction d'autorité dans le groupe.	-Utiliser la confrontation lorsque la situation le demande. (ex : au repas)	-Je suis capable de faire respecter les règlements du programme de jour.	Hiver 2004
5.4 Savoir-dire	5.4a) Être capable de m'exprimer à titre d'intervenante à l'intérieur d'un groupe.	-Participation active au programme de jour. -Participation à la thérapie de groupe de l'unité interne.	-Je suis capable d'exprimer mon opinion dans le groupe. -Les participantes comprennent ce que je veux dire.	Automne 2003 Automne 2003

Annexe 7 : Cadre conceptuel de Joanne Coyle

(traduction libre)

Approche 1: « *The transcendent approach* »

Élément fondamental : la transcendance.

(A) Transpersonnelle :

Relation à Dieu/Puissance Supérieure/
conscience/univers, etc.

(B) Intrapersonnelle :

Potentialités du soi

Savoir :

Dieu /Puissance Supérieure

Savoir :

Contemplation des ressources intérieures

Vérité :

Relation au sacré

Vérité :

Relation : à soi, aux autres et au divin

Frontières :

Dieu/Puissance Supérieure=
« *All encompassing* »
Soi (l'individu)=limité

Frontières :

Soi=potentiel, toujours augmenté

Foi (sens et but) :

- espoir
- motivation, « *empowerment* »
- guidance
- relations significatives
- « *self-identity* »
- règles

Foi (sens et but) :

- espoir
- motivation, « *empowerment* »
- guidance
- relations significatives
- « *self-identity* »

Approche 2: « *The “value guidance” approach* »

Élément fondamental: la relation à des valeurs/principes, idéaux, croyances.

Sens et but :

- motivation, « *empowerment* »
- « *self-identity* »
- relations significatives

- acquisition de connaissances
- règles, orientation, direction
- espoir (selon le système de croyances)

Approche 3: « *The structural-behaviorist approach* »

Élément fondamental: l'engagement religieux.

Pratiques associées à une communauté de foi organisée :

- | | |
|-----------------------|---|
| - présence à l'église | - affiliation religieuse |
| - prière | - réseau/soutien social dans la communauté de foi |