

Université de Montréal

Analyse logique et d'implantation d'une formation sur les attitudes et comportements  
alimentaires fonctionnels grâce à une démarche de coconstruction reconnaissant le savoir  
expérientiel

*par*

Joanie Thériault

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine  
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée

en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)

en sciences biomédicales

Janvier 2024

© Joanie Thériault, 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.



Université de Montréal

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine  
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

---

*Cette thèse intitulée*

**Analyse logique et d'implantation d'une formation sur les attitudes et comportements  
alimentaires fonctionnels grâce à une démarche de coconstruction reconnaissant le savoir  
expérientiel**

*Présentée par*

**Joanie Thériault**

*a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Valérie Poulin**

Présidente-rapporteuse

**Catherine Briand**

Directrice

**Johana Monthuy-Blanc**

Co-directrice

**Josep Omer Dyer**

Membre du jury

**Emanuelle Careau**

Examinatrice externe



## Résumé

**Contexte.** Près de 50% de la population présente des attitudes et comportements alimentaires (ACA) dysfonctionnels qui ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19 (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Phillipou et al., 2020; Scarmozzino & Visioli, 2020). Afin d'outiller la population face aux ACA dysfonctionnels, les ressources dans la collectivité et les initiatives de promotion et d'éducation à la santé liées aux ACA fonctionnels sont recommandées par plusieurs experts, mais peu sont déployées (Bell et al., 2017; Levine & Smolak, 2016; Mond, 2016). De telles ressources et initiatives ont le potentiel de favoriser le développement de connaissances et de compétences concernant: la valorisation de la diversité corporelle; la reconnaissance et la connexion à ses signaux corporels de faim et de satiété; et l'autocompassion (Levine, 2022; Linardon, 2021; Voica et al., 2021). Une des initiatives en matière d'éducation à la santé mentale qui s'est rapidement développée dans le monde est le modèle « *Recovery College* » (RC) (Hayes et al., 2023; King & Meddings, 2019). Le modèle RC propose des formations sur le bien-être et la santé mentale, accessibles à tous et offertes dans la collectivité (Perkins & Repper, 2017). Plusieurs études empiriques confirment des retombées sur le développement de connaissances et de compétences pour prendre soin de sa santé de même que sur l'ouverture et la valorisation de perspectives diversifiées (Crowther et al., 2019; Thompson et al., 2021). Dans le contexte de cette thèse, une nouvelle formation sur les ACA fonctionnels a été codéveloppée et implantée en collaboration avec le « *Recovery College* » québécois, le Centre d'apprentissage Santé et rétablissement (CASR). Cette thèse vise à comprendre comment élaborer et mettre en œuvre une intervention d'éducation à la santé au sein du modèle RC, qui permet la promotion d'ACA fonctionnels. **Méthodes.** Le projet de thèse s'articule selon deux phases. La phase 1 a pour objectif de modéliser et analyser la théorie de l'intervention sur les ACA fonctionnels. La phase 2 a pour objectif d'analyser la mise en œuvre cette intervention et d'apprécier sa conformité avec la modélisation théorique (phase 1) et avec les principes du modèle RC. **Approche méthodologique de la phase 1.** Suivant une démarche d'analyse logique, la modélisation théorique de l'intervention sur les ACA fonctionnels a été coconstruite et covalidée par un groupe de travail formé de sept représentants du domaine des ACA et des RC détenant des savoirs

expérientiels, théoriques et pratiques complémentaires. Ensemble ils ont recommandé des améliorations potentielles. Des analyses qualitatives basées sur la stratégie du questionnement analytique (Paillé et Mucchielli, 2016) ont été réalisées sur les trois transcriptions des rondes de consultation. **Approche méthodologique de la phase 2.** Suivant une démarche d'analyse d'implantation, la formation RC sur les ACA fonctionnels a été offerte et évaluée en utilisant le modèle théorique préalable et les principes clés des RC. Douze séances d'observation non participante, des entrevues individuelles semi-structurées avec les formatrices (n=3) et les apprenants (n=7) ont été réalisés afin de documenter les transformations potentielles de l'intervention, les retombées engendrées et la présence des principes RC. La stratégie du questionnement analytique a permis d'analyser toutes les entrevues. **Résultats. Phase 1 analyse logique.** Le processus d'analyse logique a permis de coconstruire la formation, d'élaborer sa modélisation théorique et d'y apporter des améliorations. La mise en commun des différents savoirs et expertises ainsi que le processus d'analyse logique ont permis d'améliorer la précision et la clarté des composantes de la formation. Les conditions essentielles pour soutenir et mettre en valeur le savoir expérientiel des formatrices ont été identifiées. La modélisation théorique améliorée est en cohérence avec les données probantes au sujet des ACA fonctionnels et avec les principes RC. **Phase 2 analyse d'implantation.** La formation est conforme à la modélisation théorique et aux principes du modèle RC. Des écarts mineurs ont été observés et s'expliquent par un recul difficile sur des ACA dysfonctionnels toujours présents chez les formatrices. Les analyses révèlent que la conformité aux principes RC s'est accrue soutenant ainsi les processus d'amélioration continue. Les retombées sont majoritairement conformes à la modélisation théorique: acquisition de connaissances en matière d'ACA, adoption d'ACA plus fonctionnels et capacité à soutenir des proches. **Conclusion:** La mise en commun d'expertises et de savoirs diversifiés du domaine des ACA et du domaine des RC a contribué à la conformité de la formation. Les processus mettant de l'avant la coconstruction et la complémentarité des savoirs peuvent offrir des pistes enrichissantes pour développer de nouvelles pratiques d'éducation à la santé au sujet des ACA.

**Mots-clés:** attitudes et comportements alimentaires, éducation à la santé, Recovery College, complémentarité de savoirs

# Abstract

**Background.** Nearly 50% of the population present dysfunctional eating attitudes and behaviors (EAB) that have been exacerbated by the COVID-19 pandemic (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Phillipou et al., 2020; Scarmozzino & Visioli, 2020). To help the population with EAB, community resources and health promotion and education initiatives related to functional EAB are recommended but few are deployed (Bell et al., 2017; Levine & Smolak, 2016; Mond, 2016). Such resources and initiatives have the potential to foster the development of knowledge and skills regarding: valuing bodily diversity; recognizing and connecting to one's bodily signals of hunger and satiety; and self-compassion (Levine, 2022; Linardon, 2021; Voica et al., 2021). One mental health education initiative that has grown rapidly around the world is the Recovery College (RC) model (Hayes et al., 2023; King & Meddings, 2019). The RC model offers health education training on mental health and well-being, accessible to all and delivered in the community (Perkins & Repper, 2017). Several empirical studies confirm the benefits in terms of developing knowledge and skills to care for one's health, as well as opening up and valuing diverse perspectives (Crowther et al., 2019; Thompson et al., 2021). In the context of this thesis, a new training course on functional EAB was co-developed and implemented in collaboration with Quebec's "Recovery College", the Centre d'apprentissage Santé et rétablissement (CASR). This thesis aims to understand how to develop and implement a health education intervention within the RC model, which enables the promotion of functional EAB. **Methods.** The thesis project is divided into two phases. Phase 1 aims to model and analyze the theory of intervention on functional EAB. Phase 2 aims to analyze the implementation of this intervention and assess its conformity with the theoretical modeling (phase 1) and with the principles of the RC model. **Methodological approach to phase 1.** Following a logic analysis approach, the theoretical modelling of the functional EAB intervention was co-constructed and covalidated by a working group of seven representatives from the EAB and RC fields, with experiential, theoretical and practical knowledge. Together they recommended potential improvements. Qualitative analyses based on the analytical questioning strategy (Paillé and Mucchielli, 2016) were carried out on the transcripts of the consultation rounds. **Phase 2 methodological approach.** Following an



implementation analysis approach, RC training on functional EAB was offered and evaluated using the prior theoretical model and key principles of RC. Twelve non-participant observation sessions, semi-structured individual interviews with trainers (n=3) and learners (n=7) were conducted to document the potential transformations of the intervention, the benefits generated and the presence of RC principles. The analytical questioning strategy was used to analyze all interviews.

**Results. Phase 1 logical analysis.** The logical analysis process enabled us to co-construct the training, develop its theoretical model and make improvements. The complementarity of knowledge and expertise and the logical analysis process improved the precision and clarity of the training components. The essential conditions for supporting and enhancing the trainers' experiential knowledge have been identified. The improved theoretical modeling is consistent with the evidence on functional EAB and with the RC principles. **Phase 2 implementation analysis.** The training is in line with the theoretical model and the principles of the RC model. Minor deviations were observed, and can be explained by the fact that the trainers had difficulty stepping back from dysfunctional EAB. Analyses show that compliance with RC principles has increased, supporting the continuous improvement process. Most of the benefits are in line with the theoretical model: acquisition of knowledge of EAB, adoption of more functional EAB and ability to support loved ones. **Conclusion:** The complementarity of diverse knowledge and expertise from the EAB and RC fields contributed to the training's compliance. Processes that promote the co-construction and complementarity of knowledge can offer enriching avenues for developing new health education practices concerning ABA.

**Keywords:** eating attitudes and behaviours, health education, Recovery College, complementarity of knowledge

# Table des matières

Résumé.....	5
Abstract .....	7
Table des matières .....	9
Liste des tableaux .....	17
Liste des figures.....	19
Liste des sigles et abréviations .....	21
Remerciements .....	25
Avant-propos de la thèse .....	27
Chapitre 1 – Introduction .....	29
1.1    Problématique.....	29
1.1.1 L’accroissement des préoccupations alimentaires et corporelles.....	29
1.1.2 La recherche d’aide orientée vers les ressources communautaires et de proximité ..	32
1.1.3 La multisectorialité pour répondre aux besoins de la population.....	34
1.1.4 La mise à contribution du savoir expérientiel et de la coconstruction.....	36
1.1.5 Le <i>Recovery College</i> : un modèle innovant.....	38
1.2 Pertinence et les visées de la thèse.....	39
1.2.1 Objectif spécifique 1 .....	39
1.2.2 Objectif spécifique 2.....	40
1.3 Organisation de la thèse.....	41
Chapitre 2 – État des connaissances .....	43
2.1 Troubles des conduites alimentaires et attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels: la co-existence d’approches complémentaires.....	43

2.1.1 L'approche catégorielle des TCA: perspective dichotomique .....	43
2.1.1.1 L'anorexie mentale .....	44
2.1.1.2 La boulimie .....	44
2.1.1.3 Le trouble d'accès hyperphagiques .....	45
2.1.1.4 La catégorie « autres troubles spécifiés »: les TCA atypiques .....	45
2.1.1.5 Les catégories qui présentent des limites .....	46
2.1.2 Le modèle transdiagnostique des TCA: perspective évolutive et temporelle .....	48
2.1.2.1 La définition du modèle transdiagnostique des TCA .....	49
2.1.2.2 Les transitions diagnostiques des TCA: les constats des dernières décennies .....	49
2.1.2.3 Les mécanismes communs aux TCA .....	50
2.1.2.4 Les angles morts du modèle transdiagnostique des TCA .....	52
2.1.3 Le modèle du continuum des ACA dysfonctionnels à fonctionnels.....	52
2.1.3.1 La compréhension dimensionnelle des TCA .....	53
2.1.3.2 L'illustration du modèle hybride des TCA par le continuum des ACA .....	53
2.1.3.3 Le continuum des ACA : l'alimentation fonctionnelle à dysfonctionnelle .....	54
2.1.3.4 Les profils de « mangeurs » le long du continuum des ACA .....	57
2.1.3.5 Les limites et avantages de l'approche du continuum des ACA .....	61
2.2 Les interventions recommandées .....	62
2.2.1 Les niveaux d'intervention: de la promotion de la santé à la prévention tertiaire .....	62
2.2.1.1 Promotion de la santé .....	62
2.2.1.2 Prévention primaire.....	63
2.2.1.3 Prévention secondaire .....	64
2.2.1.4 Prévention tertiaire .....	65
2.2.2 Vers un continuum interventionnel en cohérence avec le continuum des ACA .....	65

2.2.3 Les interventions recommandées .....	67
2.2.3.1 Les programmes en santé qui visent le mieux-être alimentaire .....	67
2.2.3.2 Les programmes d'éducation à la santé qui visent le bien-être alimentaire.....	68
2.3 Le modèle <i>Recovery College</i> : valeurs et principes, mécanismes d'action et retombées ...	69
2.3.1 Les valeurs et principes .....	70
2.3.2 Les mécanismes d'action .....	72
2.3.3 Les retombées .....	74
2.3.1 Article 1: Recovery Colleges after a decade of research: A literature review .....	75
Chapitre 3 – Méthodes.....	105
3.1 Le champ de la recherche évaluative et l'approche participative .....	105
3.2 Devis de la thèse et explication des types d'analyse .....	106
3.3 Présentation de la phase préalable .....	108
3.3.1 Identification et le recrutement des formateurs.....	108
3.3.2 Revue de la littérature sur la promotion d'ACA fonctionnels.....	110
3.3.3 Séances de travail collaboratif et coconstruction de la formation .....	111
3.4 Présentation de la phase 1: analyse logique et étapes méthodologiques associées .....	112
3.4.1 Modélisation théorique initiale de l'intervention .....	113
3.4.2 Rondes de consultation d'experts .....	113
3.4.2.1 Formation d'un groupe de travail.....	113
3.4.2.2 Processus itératif de consultation en trois rondes .....	115
3.4.3 Ajustements de la modélisation théorique .....	116
3.4.4 Collecte de données et outils pour la phase 1: analyse logique.....	116
3.4.4.1 La grille d'audit des ajustements proposés .....	117
3.4.4.2 Le journal de recherche d'analyse logique .....	117

3.4.5	Processus d'analyse des données de la phase 1: analyse logique.....	118
3.4.5.1	Assurance de la qualité du processus d'analyse de données .....	119
3.4.6	Considérations éthiques de la phase 1 analyse logique .....	119
3.5	Présentation de la phase 2: analyse d'implantation et étapes méthodologiques associées .....	120
3.5.1	Mise en œuvre de l'intervention .....	121
3.5.2	Évaluation de l'expérience vécue de l'intervention .....	122
3.5.3	Processus observationnel de l'intervention .....	122
3.5.4	Échantillon et procédures de recrutement .....	123
3.5.5	Collecte de données et outils pour la phase 2: analyse d'implantation .....	124
3.5.5.1	Le guide d'entrevue individuelle pour apprenants.....	124
3.5.5.2	Le journal de bord de mise en œuvre.....	125
3.5.5.3	Les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation.....	125
3.5.5.4	Le guide d'entrevue individuelle pour formatrices. ....	126
3.5.5.5	La grille d'observation .....	127
3.5.6	Processus d'analyse des données de la phase 2: analyse d'implantation .....	128
3.5.6.1	Analyse de l'expérience vécue de l'intervention .....	128
3.5.6.2	Analyse du processus observationnel de la mise en œuvre .....	129
3.5.6.3	Assurance de la qualité du processus d'analyse des données.....	129
3.5.7	Considérations éthiques de la phase 2: analyse d'implantation .....	130
3.6	Stratégie d'analyse qualitative par questionnement analytique.....	130
3.6.1	Explication de la stratégie par questionnement analytique .....	130
3.6.1.1	Stratégie d'analyse des données appliquée à la phase 1: analyse logique.....	132

3.6.6.2 Stratégie d'analyse des données appliquée à la phase 2: analyse d'implantation	133
Chapitre 4 – Résultats	135
4.1 Résultats de la phase préalable	135
4.1.1 Publications issues de la revue de littérature et les contenus théoriques potentiels	135
4.1.1.1 Compréhension et appréciation des fonctions corporelles (A)	138
4.1.1.2 Compréhension et identification de ses signaux corporels (B)	138
4.1.1.3 Intuitivité dans l'alimentation et le mouvement (C)	139
4.1.1.4 Autocompassion et bienveillance envers soi et les autres (D)	139
4.1.1.5 Remise en question des standards corporels et de genre (E)	140
4.1.1.6 Rehaussement de la littératie médiatique (F)	140
4.1.1.7 Façons d'aborder les contenus théoriques (G)	142
4.1.1.8 Contenus théoriques à éviter (H)	142
4.1.2 Guide de coconstruction de la formation	142
4.1.2.1 Première partie du guide de coconstruction: la description de la formation	143
4.1.2.2 Deuxième partie du guide de coconstruction : le plan de formation	144
4.2 Résultats de la phase 1: analyse logique	147
4.2.1 Modélisation théorique initiale de l'intervention	147
4.2.1.1 Les activités et les processus	151
4.2.1.2 Les relations causales et les retombées attendues	151
4.2.1.3 Le but ultime	152
4.2.2 Résultats des rondes de consultation du groupe de travail	152
4.2.2.1 Questionnement analytique initial 1	153
4.2.2.2 Questionnement analytique initial 2	158

4.2.2.3	Questionnement analytique initial 3 .....	162
4.2.3	Guide de coconstruction – version ajustée .....	166
4.2.3.1	Première partie du guide de coconstruction – description de la formation .....	166
4.2.3.2	Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation.....	169
4.2.4	Modélisation théorique ajustée de l’intervention.....	171
4.2.4.1	Ajustements des activités et des processus .....	174
4.2.4.2	Ajout des mécanismes d’action .....	174
4.2.4.3	Précision des retombées et du but ultime.....	174
4.3	Résultats de la phase 2: analyse d’implantation .....	175
4.3.1	Résultats de la mise en œuvre.....	175
4.3.2	Résultats de l’expérience vécue de l’intervention.....	176
4.3.2.1	Résultats des entrevues individuelles avec les apprenants.....	177
Questionnement analytique initial 1 .....	178	
Questionnement analytique initial 2 .....	187	
4.3.2.2	Résultats du journal de bord de mise en œuvre .....	190
4.3.2.3	Résultats du questionnaire en ligne d’évaluation et d’appréciation .....	192
4.3.2.4	Triangulation des analyses et constats de conformité (volet 1 et volet 2).....	193
4.3.3	Résultats du processus observationnel: analyse confirmatoire .....	194
4.3.3.1	Résultats des entrevues individuelles avec les formatrices.....	195
Questionnement analytique initial 1 .....	195	
Questionnement analytique initial 2 .....	197	
Questionnement analytique initial 3 .....	202	
4.3.3.2	Résultats des observations des groupes d’apprenants .....	209
Résultats des observations pour le groupe d’apprenants 1 – automne 2021.....	211	

Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 2 – hiver 2022 .....	212
Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 3 – printemps 2022 – présentiel .....	213
Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 4 – été 2022 .....	213
4.3.3.3 Analyse confirmatoire .....	213
Chapitre 5 – Discussion .....	215
5.1 Rappel des objectifs et de la démarche méthodologique de la thèse.....	215
5.2 Synthèse et discussion des résultats .....	216
5.2.1 La collaboration et l'engagement des personnes aux savoirs expérientiels contribuent au développement d'initiatives de santé durables .....	217
5.2.2 Une démarche collaborative de modélisation théorique favorise les échanges et l'apprentissage collectif.....	218
5.2.3 Un processus évaluatif participatif apporte des bienfaits collectifs .....	219
5.3 Contributions de la thèse .....	220
5.3.1 Contributions au champ de connaissances en matière d'attitudes et comportements alimentaires.....	220
5.3.1.1 Une première en éducation à la santé au sujet des ACA pour un public mixte .	220
5.3.1.2 La mise en commun des expertises et l'inclusion du savoir expérientiel .....	221
5.3.1.3 Des retombées cohérentes avec l'éducation à la santé pour le bien-être alimentaire .....	221
5.3.1.3 La transdisciplinarité pour actualiser les recommandations en matière d'ACA.	222
5.3.2 Contribution au champ de connaissances en matière de <i>Recovery College</i> .....	223
5.3.2.1 Formaliser des façons de faire dans le déploiement d'un processus de coconstruction.....	223
5.3.2.2 Enrichir les pratiques évaluatives et l'amélioration continue au sein des RC ....	224



5.3.2.3 Contribuer aux réflexions à propos du développement de formations RC abordant des problématiques de santé complexes .....	225
5.3.3 Généralisations à d'autres champs de connaissances.....	226
5.4 Critiques et limites de la thèse .....	227
5.4.1 Critiques et limites de la phase préalable.....	227
5.4.2 Critiques et limites de la phase 1.....	228
5.4.3 Critiques et limites de la phase 2.....	228
5.5 Perspectives d'avenir.....	230
5.6 Conclusion .....	231
Références bibliographiques .....	233
Annexe I – Critères diagnostiques des principaux TCA (APA, 2013).....	249
Annexe II - Outil d'évaluation de la participation.....	250
Annexe III - Grille d'audit des ajustements proposés .....	251
Annexe IV – Journal de recherche d'analyse logique .....	254
Annexe V – Avis du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR pour la phase 1 .....	256
Annexe VI – Guide d'entrevue individuelle pour apprenants .....	258
Annexe VII – Journal de bord de mise en œuvre.....	263
Annexe VIII – Guide d'entrevue individuelle pour formatrices .....	264
Annexe IX – Grille d'observation du processus .....	269
Annexe X - Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR pour la phase 2 .....	278

## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Caractéristiques des formatrices impliquées dans la coconstruction de la formation sur les ACA fonctionnels.....	109
Tableau 2. –	Composition du groupe de travail de l'étape E.1 .....	114
Tableau 3. –	Références complètes des publications issues de la revue de littérature.....	136
Tableau 4. –	Description des contenus théoriques potentiels par thématique .....	137
Tableau 5. –	Façons d'aborder les contenus et contenus à éviter .....	141
Tableau 6. –	Première partie du guide de coconstruction: la description de la formation.	143
Tableau 7. –	Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation.....	145
Tableau 8. –	Modélisation théorique initiale de l'intervention (version imparfaite – à améliorer)	149
Tableau 9. –	Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 1: l'impact des ajustements proposés .....	157
Tableau 10. –	Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 2: le renforcement de la validité théorique de l'intervention.....	161
Tableau 11. –	Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 3: la mise en place de conditions favorables au bon déroulement de l'intervention.....	164
Tableau 12. –	Première partie du guide de coconstruction – description de la formation (ajustée)	166
Tableau 13. –	Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation synthétisé (ajusté)	169
Tableau 14. –	Modélisation théorique ajustée de l'intervention – post-analyse des données	172
Tableau 15. –	Résultats du questionnaire analytique initial 1 – l'apport de l'intervention pour les apprenants.....	178
Tableau 16. –	Résultats du questionnaire analytique initial 2 – les limites de l'intervention à améliorer	187
Tableau 17. –	Résultats du questionnaire analytique initial.....	190

Tableau 18. – Résultats du questionnaire analytique initial 1 – composantes qui n’ont subi aucune transformation.....	196
Tableau 19. – Résultats du questionnaire analytique initial 2 – composantes transformées	197
Tableau 20. – Résultats du questionnaire analytique initial 3 – bénéfices de l’intervention pour les personnes impliquées.....	203

## Liste des figures

Figure 1. –	Modèle cognitif comportemental transdiagnostique des TCA – traduction libre issue de l'étude Fairburn et al. (2008).....	51
Figure 2. –	Le continuum des attitudes et des comportements alimentaires tiré et adapté de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2022) .....	55
Figure 3. –	Le continuum des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels tiré de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2023) .....	60
Figure 4. –	Continuum interventionnel en santé alimentaire tiré de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2023) .....	66
Figure 5. –	Preferred reporting items for systematic review and meta-analyses (PRISMA) flow chart	80
Figure 6. –	Vue d'ensemble des phases du projet de thèse et des étapes méthodologiques	108
Figure 7. –	Processus de travail collaboratif entre la doctorante et les formatrices pour la coconstruction de la formation .....	112
Figure 8. –	Analyse logique: processus itératif de consultation du groupe de travail et périodes de travail individuel .....	116
Figure 9. –	Étapes méthodologiques de l'analyse d'implantation, sources principales de données et processus d'analyse.....	121
Figure 10. –	Processus d'analyse des données des étapes E.1 et E.2 par stratégie de questionnement analytique .....	132
Figure 11. –	Les détails de la mise en œuvre de l'intervention .....	176
Figure 12. –	Description des apprenants interviewés .....	177
Figure 13. –	Évolution des résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation par les apprenants.....	193
Figure 14. –	Synthèse des résultats du processus observationnel de l'intervention. ....	211
	.....	211



## Liste des sigles et abréviations

ACA: attitudes et comportements alimentaires

CASR: Centre d'apprentissage santé et rétablissement

CÉRRIS: Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale

DSM-5: Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux – version cinq

Loricorps: Groupe de Recherche Transdisciplinaire sur les attitudes et comportements alimentaires

RC: Recovery College

TCA: Troubles des conduites alimentaires



*Albert et Léon, je vous dédie cette thèse.*

*J'y ai mis toute ma passion et tout mon cœur.*

*J'espère qu'elle puisse vous inspirer à croire en vous, à cultiver le désir de réalisation de soi et à avoir la ferme et inébranlable conviction que dans la vie, on peut tout réussir.*

*Maman*





## Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à mes deux directrices, Catherine et Johana. Je suis reconnaissante de votre encadrement, de vos enseignements généreux et de votre passion légendaire. Vous m'avez transmis la rigueur, la persévérance et le désir d'innover et de collaborer dans la recherche. Mais surtout, merci de votre direction bienveillante et humaine, et de votre sensibilité à cette réalité parfois intransigeante de la conciliation recherche-famille. Sur cet aspect, vos savoirs expérientiels ont fait toute la différence. Devoir recommencer, je vous rechoiserais cent fois.

Marie-Eve, Rhina et Béatrice. Sans vous ce projet n'aurait pas existé. Sans vous il n'aurait pas été aussi bon. Un merci infini de tout le temps et le cœur que vous avez investi avec moi dans cette formation. Vous êtes inspirantes, touchantes et vous avez influencé plein de personnes à adopter des ACA plus fonctionnels. Bravo! À tous les étudiants du Loricorps, passés et présents, merci. Merci pour votre accueil chaleureux, votre collaboration, votre générosité, votre soutien. La collégialité que vous faites régner au sein du Loricorps est tout simplement sublime. Le CÉRRIS n'est pas en reste, quel privilège d'avoir côtoyé des étudiants exceptionnels avec qui la collaboration est si facile et plaisante.

J'avance vers ma garde rapprochée, ces personnes qui m'ont tenue à bout de bras, contre vents et marées qui marquent le parcours du doctorant. Julie, merci d'avoir brillé dans la nuit comme un phare à l'autre bout de l'atlantique. Evelina, mon amie sœur! Merci de tout, tout, tout. Toi aussi je te rechoiserais cent fois, je t'inventerais telle que tu es! Je vous souhaite les collaborations joyeuses qui nous font rêver depuis longtemps. Anick, merci de tout aussi. De ton écoute, de ton empathie, de ton support! Merci de m'ouvrir ton bureau tout le temps! Merci de me relire, de me faire réfléchir. J'ai de la chance de t'avoir.

Merci à ma famille, à mes parents, à mes beaux-parents, à mes tantes, à ma cousine qui ont été présents pour moi, mais surtout pour mes enfants et mon chum. Gardiennage, transport, commissions, popotte, quelle chance j'ai eu de vous avoir. Vous avez été d'un support inestimable.

Diego, je ne pourrai jamais te remercier assez de TOUT ce que tu as fait pour me soutenir. Ta présence, ta tolérance lors de mes périodes creuses de doctorante, je te remercie d'avoir enduré ça. Toute ton implication et ta dévotion pour me dégager du temps, pour me permettre d'aller en retraite d'écriture, ou en congrès. Toujours là, à tenir le fort avec les enfants, à travers ta propre carrière tout aussi prenante. Tu mérites un grande partie du succès de cette thèse. Merci mon amour.

## Avant-propos de la thèse

Ce projet de thèse s'inscrit dans les activités de recherche du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), laboratoire fondée par la professeure Catherine Briand (directrice de thèse). Avec son expertise en matière d'innovation et de collaboration à l'amélioration des pratiques et services en santé mentale, le CÉRRIS est le partenaire principal et expert du: i) codéveloppement; ii) de la mise en œuvre; et iii) de l'étude d'implantation et des retombées du premier « *Recovery College* » québécois, le Centre d'apprentissage santé et rétablissement (CASR). Dès 2018, le projet de développer une intervention qui permet à la population d'apprendre et d'être autodéterminée face à l'alimentation et l'image de soi constitue une avenue prometteuse pour l'équipe du CASR. Cette dernière souhaite répondre aux besoins de la population qui désire s'outiller en matière d'attitudes et comportements alimentaires. Le groupe de recherche transdisciplinaire des attitudes et comportements alimentaires (dit Loricorps), dirigé par la professeure Johana Monthuy-Blanc (co-directrice de thèse) s'implique alors avec le CÉRRIS dans le développement de ce projet. Les travaux du Loricorps démontrent qu'aborder les attitudes et les comportements alimentaires dans une initiative d'éducation à la santé et en santé nécessite une réflexion et une planification judicieuse appuyée sur les données probantes des meilleures pratiques. La littérature scientifique du domaine fait des mises en garde sur de telles initiatives qui ont échoué: aborder les signes, symptômes et conséquences néfastes, alimente la fascination pour les aspects pathologiques des comportements alimentaires sans outiller l'audience à s'en prémunir. L'expertise du Loricorps contribue donc à l'alignement du projet avec les meilleures données probantes.



# Chapitre 1 – Introduction

## 1.1 Problématique

### 1.1.1 L'accroissement des préoccupations alimentaires et corporelles

Prêter attention à son alimentation et à la pratique d'activités physiques en plus d'être soucieux de son apparence physique sont des objectifs de santé partagés par la majorité de la population générale et recommandés par le Guide alimentaire Canadien (Santé Canada., 2020). Par ailleurs, pour certaines personnes, cette attention ou intention se transforme en préoccupations et fragilise leur santé physique et mentale. En 2017, en effet, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2014-2015) a permis de dresser le portrait de la perception corporelle qu'ont les adultes du Québec de leur poids corporel (dit poids dans cette thèse) et des actions qu'ils entreprennent par rapport à celui-ci (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017). Les résultats révèlent que 27% des adultes du Québec ont une perception erronée de leur poids en le sous-estimant ou en le sur estimant (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017). Les données de l'enquête avancent que cet écart de perception amène certaines personnes à adopter des comportements de gestion de poids inappropriés, voire néfastes pour la santé (par exemple, régimes et jeûnes, consommation de comprimés coupe-faim, etc.). Ces comportements sont considérés comme compensatoires et inappropriés selon le Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux – 5<sup>ième</sup> version (DSM-5) (APA, 2013). L'enquête populationnelle québécoise conclut que davantage de personnes ont une perception erronée de leur poids et présentent des préoccupations alimentaires et corporelles en comparaison avec les données précédentes (datant de 2008); en sachant que les résultats de cette enquête renvoient à la période de préconfinement pandémique.

En 2020, l'arrivée de la pandémie de coronavirus (COVID-19) requiert l'instauration de mesures de confinement et de distanciation physique qui altèrent le quotidien de la population dans plusieurs sphères, dont l'alimentation et l'activité physique. Une récente recension de littérature qui incluant 21 études internationales rapporte que de nombreuses personnes présentent des

préoccupations accrues pour le poids et les formes corporelles durant la pandémie (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). Ces préoccupations sont guidées par des perceptions erronées: prise de poids; surpoids; peur de prendre du poids, alimentées par la surexposition corporelle engendrant des perturbations de l'image du corps (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). Les résultats des études recensées par Monthuy-Blanc et son équipe (2023) suggèrent une perturbation des attitudes et comportements, tels que des crises de suralimentation; des restrictions ou des rigidités alimentaires; des réflexions et des pensées récurrentes pour les aliments; de la pression à pratiquer de l'activité physique. Toujours selon cette recension de littérature, le contexte pandémique associé à la surexposition aux médias sociaux et aux communications virtuelles induit une perturbation de l'image du corps. Cette perturbation de l'image du corps peut amener la population à ressentir une pression de pratiquer l'activité physique pour perdre ou contrôler leur poids (Monthuy-Blanc et al., 2023). Ces conclusions sont alignées avec celles d'autres recensions de littérature publiées en période pandémique et postpandémique sur ce sujet (Miniati et al., 2021; Monteleone et al., 2021; Sideli et al., 2021).

Certaines pistes peuvent aider à expliquer ces constats: le rapport à l'alimentation et le rapport à son corps par la surexposition à Internet et aux réseaux sociaux. Du côté du rapport à l'alimentation, des situations de pénurie d'aliments sont survenues durant la pandémie générant une peur de « manquer d'aliments » chez certaines personnes, ce qui les a incités à acheter et à stocker des aliments à la maison (Cloutier et al., 2021; Rodgers et al., 2020). Plusieurs se sont donc retrouvés confinés avec une grande quantité d'aliments accessibles en tout temps occasionnant: i) des pensées récurrentes, voire obsédantes, au sujet de la nourriture; ii) des comportements de grignotages incessants; et iii) des crises de suralimentation (Rodgers et al., 2020). Aussi, de nombreuses personnes ont également vécu de l'anxiété liée à la COVID-19 (peur de contracter la maladie, de contaminer des proches, etc.) qu'elles ont apaisée par la consommation de nourriture, ce que l'on appelle l'alimentation émotionnelle: s'alimenter sans se connecter à ses sensations de faim ou de soif afin de gérer une émotion (Cloutier et al., 2021; Corno et al., 2022; Madalı et al., 2021). Ces crises de suralimentation émotionnelle génèrent des sentiments de dégoût et de culpabilité menant à des comportements compensatoires

inappropriés et notamment la restriction, le jeûne et l'exercice excessif dans le contexte pandémique (Robertson et al., 2021; Starick et al., 2021).

Du côté du rapport à son corps via une surexposition à Internet et aux réseaux sociaux, le contexte pandémique a engendré une surutilisation du télétravail et des télé-études qui occasionnent une augmentation de l'utilisation des applications de communications virtuelles – *Zoom, Teams* - (Pikoos et al., 2021; Pino, 2022). Les personnes sont donc constamment exposées, voire surexposées à leur propre image à l'écran, la surexposition autoscopique (Pikoos et al., 2021; Pino, 2022). Cette situation amène plusieurs personnes à s'attarder à des éléments d'apparence physique dont elles sont insatisfaites, ou qu'elles souhaiteraient modifier (Schneider, 2022; Pino, 2022; Pikoos et al., 2021). En plus des communications virtuelles, l'utilisation des médias sociaux s'est accrue durant la pandémie (Rodgers et al., 2020; Schmid, et al., 2022). Les personnes y sont en contact avec de nombreux messages alarmistes et néfastes concernant la prise de poids et la sédentarité durant les périodes de confinement (Schmid et al., 2022; Schneider et al., 2023). Des publications au discours moralisateur exhortent la population à être active au quotidien, à s'alimenter sainement et stigmatisent le surpoids (Pearl, 2020). Aussi, de nombreuses publicités non désirées sont relayées et font la promotion d'innombrables diètes et tutoriels d'entraînement présentant des corps idéalisés: minces et musculeux, difficilement atteignables (Rodgers et al., 2020; Schneider et al., 2023). Exposés de façon répétée à de tels messages, tant les personnes de type masculin que féminin internalisent la pression du « bien manger - bien bouger - bien paraître » qui les maintient dans leurs préoccupations alimentaires et corporelles (Rodgers et al., 2020; Schneider et al., 2023; Pearl, 2020).

Plus près de nous au Québec, Équilibre, un organisme sans but lucratif de sensibilisation à l'image corporelle positive<sup>1</sup> commande en 2021 une enquête pour documenter l'impact de la pandémie sur la relation avec le corps, l'alimentation et l'activité physique chez la population du Québec. Les résultats de l'enquête montrent que 34% de l'échantillon est plus préoccupé par le poids depuis le début de la pandémie. On y apprend également que 18% ont rapporté faire plus d'excès

---

<sup>1</sup> La mission d'Équilibre est de favoriser le développement d'une image corporelle positive chez les individus et créer des environnements inclusifs qui valorisent la diversité corporelle par des actions de sensibilisation et de soutien au changement de pratique. [www.equilibre.ca](http://www.equilibre.ca)



alimentaires ou de se reconforter avec la nourriture, 22% ont affirmé ressentir de la pression pour bien manger. Finalement, 71% de l'échantillon est préoccupé par la quantité d'activités physiques pratiquées ou se sent coupable de ne pas en faire davantage (Équilibre, 2021).

L'ensemble de ces données illustre que les préoccupations alimentaires et corporelles chez la population générale sont des enjeux de santé qui présentaient une tendance croissante pré-pandémie. L'éclosion de COVID-19 et les mesures de confinement associées ont eu pour effet d'amplifier ces préoccupations déjà présentes et sont venues fragiliser la santé mentale et physique relative à l'alimentation et au corps pour plusieurs personnes.

### **1.1.2 La recherche d'aide orientée vers les ressources communautaires et de proximité**

Face à des préoccupations alimentaires et corporelles qui s'intensifient et perturbent leur quotidien, de nombreuses personnes se mettent à la recherche d'aide. Mondialement, plusieurs données révèlent que les demandes de consultation et le taux d'hospitalisation augmentent face à l'aggravation de préoccupations alimentaires et corporelles dans la population, et ce, particulièrement lors de la pandémie COVID-19 (J. Devoe et al., 2022). Au Canada et au Québec, peu de données statistiques valides sont disponibles pour mieux comprendre vers quels services la population générale se tourne pour faire face aux difficultés engendrées par des préoccupations alimentaires et corporelles, et ce, tant pré que postpandémie. Plusieurs publications et bases de données (Statistiques Canada, Institut Canadien de la statistique, Institut de la statistique du Québec) ont été fouillées sans documenter ces informations, ni dans les rapports d'enquête ni dans leurs données brutes accessibles aux milieux académiques. Toutefois, plusieurs médias grand public ont publié des informations permettant d'obtenir un portrait de la situation sur le sujet. Du côté de l'Ontario, les demandes de services pour des préoccupations alimentaires et corporelles durant la pandémie ont bondi de 170% dans certains hôpitaux alors que dans d'autres régions ontariennes les délais d'attente pour de tels enjeux sont passés de 124 jours à 417 jours depuis 2019 (Short, R. CBC News, 2023). Au Québec, des données statistiques validées portant sur la population adolescente sont disponibles dans l'étude de Chadi et collaborateurs (2021). Les résultats de cette étude rétrospective multicentrique montrent une

augmentation de 62% des visites de consultation en milieu hospitalier pour des préoccupations alimentaires et corporelles chez cette population durant la pandémie (Chadi et al., 2021). De tels constats soulèvent la question de savoir où s'adresse la population générale lorsqu'elle souhaite recevoir de l'aide pour des difficultés liées aux préoccupations alimentaires et corporelles. Une piste de réponse se trouve peut-être en proximité des collectivités, dans les organisations communautaires.

Plusieurs organisations sans but lucratif ont pour mission d'aider la population et de sensibiliser les collectivités face aux préoccupations alimentaires et corporelles. Au Québec, depuis 2020, les demandes d'aide aux organismes communautaires offrant des services pour de tels enjeux ont bondi de manière fulgurante. Dans son rapport annuel 2021-2022, l'organisme la Maison l'Éclaircie<sup>2</sup> fait état d'une augmentation de 33% des demandes d'aide de personnes vivant des préoccupations alimentaires et corporelles et une augmentation de 260% des demandes de soutien de la part des proches de ces personnes comparativement à l'année 2021 (Maison l'Éclaircie, 2022). En 2021, l'organisation Anorexie-Boulimie Québec (ANEB Québec)<sup>3</sup> rapporte une augmentation des demandes de soutien via sa ligne d'écoute de l'ordre de 17% par rapport à l'année précédente (ANEB, 2021). ANEB offre également des services d'intervention de groupe pour lesquels les demandes ont également bondi de 25% en 2021 et 2022 (ANEB, 2021-2022). Les groupes de soutien pour les membres de l'entourage de personnes qui vivent des difficultés liées aux préoccupations alimentaires et corporelles ont connu une hausse la plus marquée entre 2020 et 2021, soit une augmentation de 148% (ANEB, 2021). Ces données illustrent que les préoccupations alimentaires et corporelles de la population se traduisent par une recherche d'aide qui semble orientée vers les ressources communautaires et de proximité. Ces éléments

---

<sup>2</sup> La Maison l'Éclaircie dessert principalement la région de la Capitale Nationale et Chaudière-Appalaches et offre différents services pour venir en aide aux personnes et aux proches de personnes vivant des enjeux de trouble du comportement alimentaire tel une ligne d'écoute, des suivis de groupe et individuels, des ateliers de prévention et des conférences.

<sup>3</sup> ANEB Québec est un organisme communautaire de la grande région de Montréal qui offre aussi une ligne d'écoute, des suivis de groupe et individuels, des ateliers de prévention et des conférences aux personnes et aux proches de personnes vivant des enjeux de trouble du comportement alimentaire.

soulèvent la légitime réflexion de savoir comment bonifier ou améliorer les ressources et services de proximité afin de répondre adéquatement aux besoins de la population.

### **1.1.3 La multisectorialité pour répondre aux besoins de la population**

Afin d'aider la population à faire face aux préoccupations alimentaires et corporelles, de nombreuses recommandations suggèrent le déploiement d'initiatives qui misent sur la multisectorialité. Certaines recommandations évoquent la nécessité de mettre en commun le secteur de la santé physique et le secteur de la santé mentale afin d'aborder de façon concomitante les troubles des conduites alimentaires et l'obésité (Irving & Neumark-Sztainer, 2002; Leme et al., 2018; Monthuy-Blanc et al., 2021). D'autres recommandations suggèrent d'intégrer les secteurs de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention dans une collaboration avec le secteur communautaire et éducationnel (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017; Piran, 2019; World Health Organization., 2004a, 2004b).

Agir sur les préoccupations alimentaires et corporelles de la population implique d'aborder à la fois l'obésité, généralement considérée par le secteur de la santé physique et les troubles des conduites alimentaires (TCA), généralement considérés par le secteur de la santé mentale. Certains experts affirment qu'aborder l'obésité et les TCA séparément devient rapidement déroutant, voire néfaste pour les populations qui reçoivent des messages perçus comme contradictoires (Leme et al., 2018). Les initiatives visant exclusivement à aborder l'obésité en réduisant le poids corporel via des habitudes de vie « saines » du « bien manger et bien bouger » peuvent contribuer au développement de TCA chez des populations qui présentent des préoccupations alimentaires et corporelles (Leme et al., 2018 ; Monthuy-Blanc et al., 2021). En effet, les initiatives qui abordent uniquement l'enjeu de santé physique de l'obésité peuvent, sans le vouloir, accroître les risques de TCA et plus précisément: i) promouvoir des comportements de restrictions alimentaires; ii) accroître des préoccupations alimentaires via des aliments dit interdits ; iii) stigmatiser des personnes en surplus de poids; iv) encourager la pratique d'activités physiques comme un moyen de compenser les apports caloriques; et v) amener à considérer le corps de manière externe, c'est-à-dire comme un objet qui se réduit à un chiffre pondéral qu'il faut contrôler (Leme et al., 2018 ; Monthuy-Blanc et al., 2021). En contrepartie, les initiatives

abordant les préoccupations alimentaires et corporelles par la promotion de facteurs protecteurs communs à l'obésité et aux TCA tels les perceptions de l'image du corps mènent au retour vers le bien-être alimentaire et corporel (Irving & Neumark-Sztainer, 2002; Piran, 2015). C'est donc en considérant de façon combinée l'obésité (santé physique) et les TCA (santé mentale) que des initiatives de promotion de la santé peuvent s'avérer pertinentes et efficaces (Bullivant et al., 2019). Ces conclusions rejoignent celles de l'Organisation mondiale de la santé (2022) qui positionne de façon concomitante la santé physique et mentale par la promotion de la santé et l'éducation à la santé. En plus de cibler le maintien d'une santé optimale et un mieux-être, de telles initiatives permettent d'agir en amont des problèmes de santé (Ministère de la santé et des services sociaux., 2022). Par une approche alternative, cette perspective permet de se distancier de l'approche dichotomique « maladie vs absence de maladie » et de s'approcher de la réalité quotidienne des personnes afin d'offrir une meilleure réponse aux demandes d'aide de la population (Organisation mondiale de la Santé, 2022; Patel et al., 2018). Ainsi, se concentrer sur des messages communs, positifs et cohérents relativement aux préoccupations alimentaires et corporelles impliquées dans l'obésité et les TCA semble être une voie à poursuivre.

En plus de la mise en commun des secteurs de la santé physique et de la santé mentale pour aborder les préoccupations alimentaires et corporelles, une autre recommandation importante est d'intégrer la promotion de la santé et l'éducation à la santé (L'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation., 2019; Ministère de la santé et des services sociaux., 2017; Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). La promotion de la santé permet de favoriser la santé globale, le bien-être et la qualité de vie des personnes et des collectivités en mettant à profit l'éducation à la santé (World Health Organization., 2004a, 2004b). L'une des finalités de la promotion de la santé est d'agir en amont, soit en limitant l'apparition de signes et symptômes d'un enjeu de santé (World Health Organization., 2004b), dans le cas présent, des préoccupations alimentaires et corporelles, avant que celles-ci deviennent un trouble avéré. Une initiative d'éducation à la santé permettant la promotion des attitudes et comportements alimentaires fonctionnels devrait donc informer le public et promouvoir les facteurs de protection (Levine et Smolack, 2016; Piran, 2019), dont plusieurs sont connus et documentés dans la littérature scientifique: l'appréciation de soi, la valorisation d'une variété de schémas corporels, la

sensibilisation aux pratiques malsaines de gestion du poids et de la culture des diètes, entre autres (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017; Levine, 2022; Piran, 2019). Ces initiatives devraient être déployées en collaboration avec différents secteurs tels la santé, l'éducation et le milieu communautaire. Plusieurs recommandations ont été formulées en faveur d'un virage multisectoriel axé sur des initiatives de promotion de la santé et d'éducation à la santé (Organisation mondiale de la santé, 2022; Patel, 2018). L'Organisation mondiale de la Santé indique que de telles initiatives sont les plus prometteuses lorsqu'elles misent sur des approches communautaires, multisectorielles (système de soins, milieux communautaires, éducatifs, municipaux, citoyens, etc.) et proximales aux milieux de vie dans lesquels la population évolue (World Health Organization., 2004a; Organisation mondiale de la santé, 2022). Un collectif d'experts mondiaux en santé durable abonde dans le même sens: la promotion de la santé ne doit plus demeurer l'apanage unique des systèmes de soins et plutôt rallier divers secteurs et collectifs qui mettent en commun leurs différentes expertises au service de la population (Patel, 2018). Ces idées sont également reprises au sein du plan d'action interministériel en santé mentale (Ministère de la santé et des services sociaux., 2022) qui appelle au déploiement d'initiatives de promotion et d'éducation à la santé dans le quotidien des personnes afin de mieux répondre à leurs besoins (Ministère de la santé et des services sociaux., 2022). Et pour encore mieux répondre aux besoins des personnes qui présentent des préoccupations alimentaires et corporelles, de telles initiatives devraient pouvoir être déployées avec, pour et par les personnes ciblées (Organisation mondiale de la Santé, 2022; Organisation mondiale de la Santé., 2023; World Health Organization., 2002).

#### **1.1.4 La mise à contribution du savoir expérientiel et de la coconstruction**

Face au développement d'initiatives de promotion et d'éducation à la santé, en plus des recommandations multisectorielles de collaboration, les instances sanitaires mettent aussi de l'avant la nécessité d'un travail collaboratif avec, pour et par les personnes concernées par une telle initiative (OMS, 2022; Patel, 2018; MSSS, 2022). Différentes pratiques permettent d'incarner cette recommandation, notamment l'intégration du savoir expérientiel des personnes dans une perspective de complémentarité des savoirs et le déploiement de processus de coconstruction dans lesquels cette complémentarité de savoirs se met en œuvre.

Le savoir expérientiel des personnes renvoie aux apprentissages et connaissances acquises à l'issue d'une prise de distance sur les situations vécues avec la maladie (DCPP. & Université de Montréal, 2016; Demailly & Garnoussi, 2015; Godrie, 2022). Dans le contexte d'un travail collaboratif en complémentarité des savoirs, le savoir expérientiel des personnes est reconnu, valorisé et mis à contribution au même niveau que les autres types de savoirs. Les autres types de savoirs sont les savoirs pratiques qui sont issus de l'expertise et de l'expérience professionnelle, et les savoirs théoriques qui sont issus des connaissances académiques et empiriques (de Laat et al., 2014; Loignon et al., 2018). L'intégration de personnes détenant un savoir expérientiel dans un travail collaboratif présente également des bienfaits pour le développement des nouvelles initiatives de santé (Banner et al., 2019; Berkess, 2023; Organisation mondiale de la Santé., 2023). Ces dernières reflètent une meilleure compréhension des expériences et besoins des personnes et ont ainsi le potentiel d'être plus utiles et utilisables par la population (Banner et al., 2019; Berkess, 2023; Organisation mondiale de la Santé., 2023).

L'intégration des personnes détenant un savoir expérientiel dans un travail collaboratif de complémentarité des savoirs se concrétise entre autres, à travers des processus de coconstruction pour le développement d'initiatives de santé. Les processus de coconstruction impliquent de: i) travailler en partenariat fondé sur la complémentarité des savoirs et expertises; ii) avoir une approche de prise de décision partagée; et iii) avoir une compréhension commune de l'objectif et de la démarche à employer pour développer l'initiative (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle., 2014; DCPP. & Université de Montréal, 2016). Les personnes et les organisations impliquées expérimentent des rapports égalitaires et inclusifs essentiels au partage d'expériences et d'expertises (Grindell et al., 2022; Masterson et al., 2022). De tels processus de coconstruction sont pertinents pour développer une initiative de promotion et d'éducation à la santé permettant d'aider la population à faire face aux préoccupations alimentaires et corporelles grandissantes. Récemment, les constats d'une équipe d'experts britanniques pressent les différents acteurs du domaine des TCA d'accroître le déploiement de processus de coconstruction qui mettent réellement à contribution le savoir expérientiel des personnes dans le développement d'initiatives permettant d'aborder les TCA (Papastavrou Brooks et al., 2023). Les travaux de Fogarty et collaborateurs (2016) montrent que la mise à

contribution des personnes détenant des savoirs expérientiels liés aux TCA apporte de nombreux bienfaits à ces dernières: un sentiment de validation du parcours de rétablissement (vivre une vie significative malgré la présence de certains défis liés à la maladie) et le renforcement des habilités développées. Toutefois, la mise à contribution de ces personnes dans le développement d'initiatives de promotion et d'éducation à la santé demeure insuffisante (Bell et al., 2017; Blackwell et al., 2021; Papastavrou Brooks et al., 2023). Plusieurs experts suggèrent que d'impliquer les personnes détenant un savoir expérientiel, soit des personnes ayant vécu un TCA ou des personnes dont un proche a vécu un TCA, pourrait permettre de rejoindre divers groupes de la population (Bell et al., 2017; Blackwell et al., 2021).

### **1.1.5 Le *Recovery College*: un modèle innovant**

Le modèle *Recovery College* (RC) représente une intervention innovante de promotion et d'éducation à la santé. Les *Recovery Colleges* (RCs) sont des centres d'apprentissage, dans la collectivité, qui offrent des formations gratuites sur la santé mentale et le bien-être qui sont ouvertes à toutes personnes intéressées: citoyens, personnes présentant des problèmes de santé mentale et leurs proches, cliniciens et intervenants, etc. (Meddings et al., 2019; Perkins et al., 2018). Les RCs sont en plein essor et sont maintenant implantés dans plus de 28 pays (Hayes et al., 2023). Les formations des RC ont comme particularité d'être coconstruites en complémentarité de savoirs et offertes par une dyade de formateurs au sein de laquelle le savoir expérientiel est toujours représenté par au moins un formateur (Perkins & Repper, 2017). Les apprenants bénéficiant de la formation représentent également cette complémentarité de savoirs puisqu'on y retrouve des personnes détenant des savoirs expérientiels, des savoirs pratiques, des savoirs théoriques et parfois une combinaison de ces savoirs (Perkins & Repper, 2017). Les RCs se déploient dans la collectivité et plusieurs ont développé des partenariats avec le milieu de la santé, de l'éducation et avec le milieu communautaire (Anfossi, 2017; Hayes et al., 2023). Les principaux mécanismes d'action du modèle RC sont: i) l'espace d'interaction et de parole; ii) l'espace d'égalité et d'hybridation des savoirs; iii) l'espace d'apprentissage collectif et de création des savoirs intégrés; et iv) l'espace égalitaire de partage des pouvoirs (Briand, 2023).

Afin de répondre aux préoccupations alimentaires et corporelles de la population, une initiative de promotion et d'éducation à la santé dans la communauté pourrait s'avérer pertinente. Une telle initiative développée dans une démarche collaborative avec des personnes détenant des savoirs expérientiels et des experts du domaine présente un potentiel d'innovation. Une formation RC au sujet des attitudes et comportements alimentaires fonctionnels semble présenter l'ensemble de ces caractéristiques.

## **1.2 Pertinence et les visées de la thèse**

Cette thèse découle du constat selon lequel les préoccupations alimentaires et corporelles sont grandissantes dans la population générale et que cette dernière fait le choix de se tourner vers les ressources communautaires, dans la collectivité afin de recevoir de l'aide. Malgré les nombreuses recommandations pour le développement multisectoriel d'initiatives de proximité en promotion et en éducation à la santé, peu de ces initiatives sont développées spécifiquement pour aborder des enjeux de santé liés aux préoccupations alimentaires et corporelles. Cette thèse vise à comprendre comment élaborer et mettre en œuvre une intervention d'éducation à la santé qui permet la promotion d'attitudes et de comportements alimentaires fonctionnels. De façon plus spécifique, cette thèse permettra de comprendre la logique et les mécanismes d'action (analyse logique) de même que les conditions à mettre en place (analyse d'implantation) dans la coconstruction d'une formation « *Recovery College* » au sujet des attitudes et comportements alimentaires fonctionnels. Dans le cadre de cette thèse, la formation sur les attitudes et comportements alimentaires fonctionnels est l'intervention élaborée et mise en œuvre.

### **1.2.1 Objectif spécifique 1**

Le premier objectif spécifique de la thèse est de modéliser et analyser la théorie de l'intervention sur les attitudes et sur les comportements alimentaires fonctionnels. Cet objectif permet d'aborder les questions de recherche suivantes:

- a) Quelles sont les composantes principales de l'intervention modélisée?
- b) Quelle est la validité théorique (la solidité théorique de l'intervention afin qu'elle génère les changements prévus) de l'intervention modélisée?



c) Quelles sont les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'intervention?

d) Quels sont les facteurs facilitants et les défis anticipés pour la mise en œuvre de l'intervention?

### **1.2.2 Objectif spécifique 2**

Le deuxième objectif spécifique est d'analyser la mise en œuvre l'intervention modélisée afin d'en apprécier la conformité en deux volets.

**Volet 1:** Apprécier la conformité de la mise en œuvre de l'intervention en regard de la modélisation théorique développée et validée dans le cadre du premier objectif spécifique ainsi que l'atteinte des retombées établies dans la logique d'action. Pour ce faire, les questions de recherche suivantes sont abordées:

a) L'intervention a-t-elle été mise en œuvre telle que modélisée, avec toutes ses composantes principales (thèmes de séances, contenus théoriques, activités pédagogiques et outils technopédagogiques) et sinon, comment s'est-elle transformée?

b) Quelles retombées de l'intervention sont rapportées?

c) Comment le contexte influence-t-il la mise en œuvre de l'intervention?

d) Quelles raisons peuvent expliquer des écarts potentiels de conformité à la modélisation théorique de l'intervention?

**Volet 2:** Apprécier la conformité de la mise en œuvre de l'intervention modélisée en regard des principes du modèle *Recovery College*. Pour ce faire, les questions de recherche suivantes sont abordées:

e) Quels sont les principes *Recovery College* auxquels l'intervention répond?

f) De quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes *Recovery College*?

g) Quels facteurs peuvent expliquer les écarts aux principes *Recovery College* et quelles sont les pistes de solutions à envisager?

### **1.3 Organisation de la thèse**

Cette thèse est hybride, c'est-à-dire qu'elle est composée des chapitres habituels de la thèse de doctorat et intègre un article scientifique publié. Le présent chapitre (chap.1) est consacré à la problématique de recherche ainsi qu'aux objectifs du projet de thèse. Le chapitre deux (chap. 2) dresse un état des connaissances liées aux principaux domaines d'intérêt du projet de thèse. Ce chapitre comprend un article publié dans une revue à comité de pairs qui présente une recension des retombées empiriques du modèle *Recovery College*. Le chapitre trois (chap.3) aborde l'ensemble des aspects méthodologiques du projet, et ce, selon trois phases méthodologiques: phase préalable, la première phase (phase 1) et la deuxième phase (phase 2). Le chapitre quatre (chap.4) présente les résultats de recherche obtenus dans chacune des phases. Le chapitre cinq (chap.5) est consacré à la discussion de l'ensemble des éléments de la thèse, aux contributions aux différents champs de connaissances et aux conclusions de la thèse.



## Chapitre 2 – État des connaissances

Le présent chapitre se déploie en trois sections principales. La première section permet de faire un état des lieux sur les différentes approches de compréhension des enjeux de santé mentale liés aux préoccupations alimentaires et corporelles. La deuxième section aborde les différentes interventions, et ce, selon un continuum d'intervention. Finalement, la troisième section présente les valeurs et principes, les mécanismes d'action et les retombées du modèle « *Recovery College*. La présentation des retombées prend la forme d'un article scientifique.

### 2.1 Troubles des conduites alimentaires et attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels: la co-existence d'approches complémentaires

Pour certaines personnes les préoccupations alimentaires et corporelles peuvent s'accroître et mener vers des attitudes et comportements alimentaires (ACA) dysfonctionnels incluant les TCA, dont leur forme est plus grave. Différentes approches de compréhension existent pour mieux étudier et intervenir sur les enjeux de santé liés aux ACA. Il s'agit de l'approche catégorielle, du modèle transdiagnostique et du modèle du continuum des ACA, présentés ci-après.

#### 2.1.1 L'approche catégorielle des TCA: perspective dichotomique

L'approche catégorielle de compréhension des TCA s'incarne par la classification des troubles mentaux répertoriée dans le DSM-5 (American Psychiatric Association., 2013). Cette classification présente deux avenues classiquement utilisées par la communauté clinique : la présence ou absence d'un trouble mental (Jones, 2012). L'approche catégorielle permet de classer les différentes psychopathologies selon des critères stricts (critères diagnostiques) sur la base de leur présence (ou absence) et tout récemment, formellement, selon leur fréquence afin d'établir leur sévérité (voir annexe I pour les critères diagnostiques). Même si récemment des modifications ont été apportées dans le DSM-5-révisé, le DSM-5 dégage trois principales catégories psychopathologiques dites spécifiées et mutuellement exclusives des TCA [et de l'ingestion d'aliments] : i) l'anorexie mentale; ii) la boulimie, iii) le trouble d'accès hyperphagiques (American

Psychiatric Association., 2013). Une autre catégorie nommée « Autres troubles spécifiés » rassemble les TCA dits atypiques, qui remplissent partiellement les critères en raison de variabilité dans la fréquence ou la durée, ce qui est spécifié dans le diagnostic par exemple : boulimie de faible fréquence (APA, 2013). Les sections suivantes présentent ces différentes catégories de TCA.

#### 2.1.1.1 L'anorexie mentale

Le DSM-5 définit l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*) comme une perturbation de l'image corporelle caractérisée par un désir, voire une obsession de minceur et un contrôle rigide de l'alimentation centrée sur la restriction alimentaire marquée par une peur de prendre du poids et un désir de perdre du poids (APA, 2013). Au sein du DSM-5 l'anorexie mentale se décline en deux types de présentations cliniques distinctes : le type anorexie mentale restrictive caractérisée par des privations ou jeûnes sévères et de l'exercice physique excessif et le type anorexie mentale avec accès hyperphagiques et purgation, caractérisée par une dominance de restriction alimentaire parfois interrompue d'épisodes de suralimentation, marqués par la perte de contrôle et inévitablement suivis de comportements compensatoires délétères (vomissements provoqués, consommation de laxatifs ou diurétiques) (APA, 2013). Au niveau de l'épidémiologie, les données de la première décennie des années 2000 rapportaient un taux de prévalence de l'anorexie mentale de 0,4 à 0,5% (Hoek & van Hoeken, 2003; Preti et al., 2009), les données actualisées font plutôt état d'un taux de prévalence de 1% (Galmiche et al., 2019),

#### 2.1.1.2 La boulimie

Toujours au sein du DSM-5, la boulimie (*boulimia nervosa*) est pour sa part définie comme un patron récurrent d'alimentation alternant entre des crises de suralimentation incontrôlables et impulsives, systématiquement suivies de comportements compensatoires délétères (vomissements provoqués, consommation de laxatifs ou diurétiques, exercices physiques excessifs, jeûnes) pour éviter de prendre du poids (APA, 2013). Au niveau de l'épidémiologie, tout comme pour l'anorexie nerveuse, une tendance à la hausse du taux de prévalence de la boulimie est notée. Alors qu'il oscillait autour de 0,5% (Hoek & VanHoeken, 2003; Preti et al., 2009; APA, 2013), les données actualisées font plutôt état d'un taux de prévalence de 2% (Galmiche et al, 2019), soit plus du double qu'en début 2000.

### 2.1.1.3 Le trouble d'accès hyperphagiques

Le trouble d'accès hyperphagiques (*binge eating disorder*) est quant à lui est défini dans le DSM-5 par une récurrence de crises de suralimentation tout (comme la boulimie), mais associées à des symptômes physiques (sensation douloureuse de distension abdominale et sans sensation de faim ou de soif) et mentaux (émotion de dégoût de soi, sentiment de culpabilité profonde et de sensation de gêne vis-à-vis du regard de l'autre). Lors des crises de suralimentation, il y a consommation rapide, sans sensation de faim réelle, d'une grande quantité de nourriture au-delà de la sensation de satiété. Ces crises sont marquées par le sentiment de culpabilité, de honte et de perte de contrôle. Contrairement à la boulimie, ces crises de suralimentation ne sont suivies pas de comportements compensatoires (APA, 2013). Au niveau de l'épidémiologie, tout comme pour les deux psychopathologies précédentes, le trouble d'accès hyperphagiques présente aussi une tendance à la hausse. Alors que son taux de prévalence était de 1% au début des années 2000 (Hoek & van Hoeken, 2003; Preti et al., 2009; APA, 2013), ce dernier a littéralement triplé, à presque 3% dans les dernières années (Galmiche et al., 2019).

### 2.1.1.4 La catégorie « autres troubles spécifiés »: les TCA atypiques

Bien que les trois catégories principales de psychopathologies de TCA (anorexie mentale, boulimie, trouble d'accès hyperphagiques) présentent des critères diagnostiques précis et définis, la réalité clinique fait en sorte que les professionnels sont souvent face à des situations de TCA dits atypiques, c'est-à-dire qui ne répond pas aux critères diagnostiques classiques. Il s'agit de personnes qui présentent un « méli-mélo » de symptômes, ou qui remplissent partiellement les critères des psychopathologies précitées, ce qui rend l'établissement de l'un des trois diagnostics impossibles (Galmiche et al., 2019). Face à ces TCA atypiques, le DSM-5 prévoit une catégorie nommée « Autres troubles spécifiés », laquelle est constituée d'une pléthore de présentations cliniques. Dans cette catégorie, il est possible de spécifier les raisons expliquant qu'aucun des trois diagnostics n'est émis malgré la présence de détresse et de souffrance perturbant l'état de santé et le fonctionnement quotidien de la personne (APA, 2013; Galmiche et al., 2019). L'épidémiologie de la catégorie autre troubles spécifiés est sous-documentée, notamment en raison de son introduction officielle tardive au sein du DSM; soit en 2013. Toutefois, certaines études épidémiologiques démontrent que les diagnostics d'autres troubles spécifiés sont les plus

fréquemment émis parmi tous les TCA et qu'une majorité des personnes recevant des services pour un TCA présentent un diagnostic d'autre trouble spécifié (Mitchison et al., 2020). En 2019, des experts internationaux ont tenté d'estimer la prévalence mondiale des diagnostics d'autres troubles spécifiés en comparaison avec les autres catégories de diagnostics de TCA. Les résultats de leur étude estiment à 24,6 millions le nombre de personnes qui présentent ce diagnostic comparativement à 13,6 millions de personnes présentant un diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie (Santomauro et al., 2021). En cohérence avec ces derniers constats, des données épidémiologiques de 2019 positionnent les autres troubles spécifiés comme ayant le taux de prévalence le plus élevé de toutes les catégories de TCA variant de 7,4 à 11 % (Galmiche et al., 2019; Mitchison et al., 2020).

#### 2.1.1.5 Les catégories qui présentent des limites

L'approche catégorielle des TCA présente une utilité au niveau pratique pour émettre un diagnostic afin d'orienter les services et interventions et au niveau scientifique afin d'orienter la recherche sur les psychopathologies des TCA (Fairburn & Cooper, 2011; Wildes & Marcus, 2015). Quelques limites sont toutefois mises en exergue et ont trait à : i) la caractérisation des TCA selon les époques et le genre; ii) la variabilité culturelle dans les présentations cliniques des TCA; et finalement iii) l'aspect dichotomique de l'application médicale de l'approche favorisant l'exclusion des cas subcliniques. Ces limites sont abordées dans les sections qui suivent.

D'abord, certaines des principales limites de l'approche catégorielle des TCA reposent dans la difficulté d'évaluer finement le critère diagnostique congruent des TCA spécifiés, soit les perceptions de l'image du corps et notamment, la surévaluation de l'apparence physique perçue. Ces dernières sont fortement influencées par les époques, la culture et le genre (APA, 2013; Sullivan, 2002). Par exemple, de nombreuses personnes qui présentent des TCA visent un idéal de minceur et plus récemment, un idéal de minceur musculeuse qui a évolué selon les époques et le genre. Cet idéal de minceur musclée est difficilement décrit et discriminé par les critères diagnostiques actuels (Ministère de la santé et des services sociaux., 2017; Murray et al., 2016; Ouellet & Monthuy-Blanc, 2022). Cette critique est particulièrement vraie d'un point de vue de considération du genre. Lorsqu'il est question de TCA chez des personnes de type masculin, ces dernières adoptent des comportements compensatoires inappropriés visant le gain de masse

musculaire (Murray et al., 2017; Nagata et al., 2020). Plusieurs outils d'évaluation reflètent peu cette tendance aux désirs musculeux puisqu'ils ont été développés et validés auprès de populations spécifiquement féminines (Murray et al., 2017; Nagata et al., 2020). Bien que la dernière version du DSM-5 ait retiré le critère C4 (présence d'aménorrhée) de l'anorexie mentale, la sensibilité de compréhension des TCA chez les personnes de type masculin demeure limitée (Gorrell & Murray, 2019; Nagata et al., 2020). Cette même critique est aussi valable en ce qui a trait aux personnes de la communauté 2ELGBTQI+<sup>4</sup>. Des données récentes tendent à mettre en lumière que ces personnes présentent des risques accrus de développer des TCA (Parker & Harriger, 2020). Toutefois, plusieurs de leurs difficultés (notamment en ce qui a trait aux enjeux psychologiques et émotionnels liés à la dysphorie de genre), viennent brouiller l'évaluation des signes et symptômes de TCA en raison de l'hétéronormativité de l'approche catégorielle (Joy et al., 2022). Ceci a comme effet de perpétuer le jugement et la stigmatisation auxquels font face les personnes de la communauté 2ELGBTQI+ en plus de maintenir des barrières en termes d'accès aux services de santé (Joy et al., 2022; White et al., 2023).

Ensuite, la difficulté à capter les variabilités au sein des catégories de psychopathologies des TCA est également notée d'un point de vue ethnique. Plusieurs experts critiquent que les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC)<sup>5</sup> sont sous-représentées dans les études épidémiologiques et d'intervention ce qui a comme conséquence que leurs difficultés liées aux TCA sont difficilement comprises, difficilement identifiées et donc sous-dépistées (Buchanan et al., 2019; Lee & Katzman, 2002; Maharaj, 2023). Les conséquences de cette sous-représentation sont importantes pour ces personnes: il en résulte qu'elles peinent à recevoir la prise en charge dont elles ont besoin (Buchanan et al., 2019; Maharaj, 2023).

---

<sup>4</sup> Gouvernement du Canada, 2023. Banque de données terminologiques et linguistique du Canada. Acronyme utilisé par le gouvernement du Canada pour désigner la communauté canadienne, 2E: au tout début, reconnaît les personnes deux esprits comme les premières parmi les communautés. **2ELGBTQI+**; L: Lesbienne; G: Gai; B: Bisexuel; T: Transgenre, Q: Queer, I: Intersexuel, +: comprend les personnes qui indiquent leur appartenance à divers groupes sexuels et de genre et emploient d'autres terminologies

<sup>5</sup> Gouvernement du Canada, 2023. Banque de données terminologiques et linguistiques du Canada.

L'abréviation «**PANDC**» sert à désigner les personnes de couleur et a été conçue pour faire ressortir les expériences particulières vécues par les personnes noires et les Autochtones en matière de discrimination comparativement à d'autres groupes de personnes non blanches. <https://www.btb.termiplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-eng.html?lang=eng&i=&index=frr&srchtxt=PANDC>



Enfin, l'approche catégorielle des TCA et son application biomédicale offrent une compréhension d'aspect dichotomique - pathologie versus absence de pathologie, normalité versus anormalité - pouvant être considérée comme réductrice dans la réalité quotidienne des personnes en raison de l'hétérogénéité de la manifestation des troubles (Fairburn & Cooper, 2011; Wildes & Marcus, 2013; Wildes & Marcus, 2015). Il est alors difficile d'identifier les personnes qui vivent des enjeux alimentaires dits « cachés », c'est-à-dire des enjeux qui ne sont pas relevés au sein des écrits scientifiques et qui sont donc « invisibles » dans le contexte d'interventions psychiatriques malgré que des interventions biopsychosociales soient requises (Jones, 2012). Par ailleurs, l'aspect dichotomique de l'approche ne permet pas non plus de capter les aspects évolutifs et temporels des TCA alors qu'en pratique, les personnes semblent « traverser » d'une pathologie de TCA à une autre au fil du temps, débutant généralement par l'anorexie (à l'adolescence) qui évolue ensuite en boulimie (à l'âge adulte) ou bien par des successions de boulimie et accès hyperphagiques selon les événements de vie (Krug et al., 2013; Luo et al., 2016).

Ces limites permettent d'illustrer les difficultés pour les différents milieux de pratiques d'identifier un diagnostic chez les personnes présentant une détresse liée à des signes de TCA. Par exemple, certaines personnes présentent des expressions symptomatiques qui ne sont pas spécifiquement exclusives à une seule catégorie de psychopathologie de TCA. D'autres personnes présentent des expressions symptomatiques dans plusieurs catégories de psychopathologies de TCA à la fois. Une tentative d'alternative aux limites de l'approche catégorielle se présente alors dans une approche de compréhension dite transdiagnostique des TCA.

### **2.1.2 Le modèle transdiagnostique des TCA: perspective évolutive et temporelle**

Le modèle transdiagnostique se veut une tentative de compréhension complémentaire à l'approche catégorielle par sa capacité à considérer différents diagnostics de TCA constatés par de nombreux professionnels en clinique selon l'évolution temporelle des diagnostics. Les prochaines sections présentent le modèle transdiagnostique suivie de ses différents avantages et limites.

### 2.1.2.1 La définition du modèle transdiagnostique des TCA

Pour débiter, il importe de définir ce qui est entendu lorsqu'il est question du terme transdiagnostique. Comme Fusar-Poli et ses collaborateurs (2019) l'expliquent, le terme se compose du préfixe « trans » dont la racine latine signifie généralement « traverser ou à travers ». Ainsi l'approche transdiagnostique veut offrir une compréhension qui traverse les différents diagnostics psychiatriques afin de considérer l'étiologie et les processus de maintien qu'ils partagent ou ont en commun (Boustani et al., 2017; Fusar-Poli et al., 2019). Face aux diagnostics psychiatriques complexes que sont les TCA, l'approche de compréhension transdiagnostique revêt une pertinence particulière en raison de nombreux constats à l'effet que les personnes « traversent » d'un diagnostic à l'autre au fil du temps, supportant l'idée que plusieurs mécanismes sont communs aux différents diagnostics. Ainsi, une telle compréhension pourrait s'avérer pertinente pour la classification, la prévention et le traitement de ces enjeux de santé (Fusar-Poli et al., 2019).

### 2.1.2.2 Les transitions diagnostiques des TCA: les constats des dernières décennies

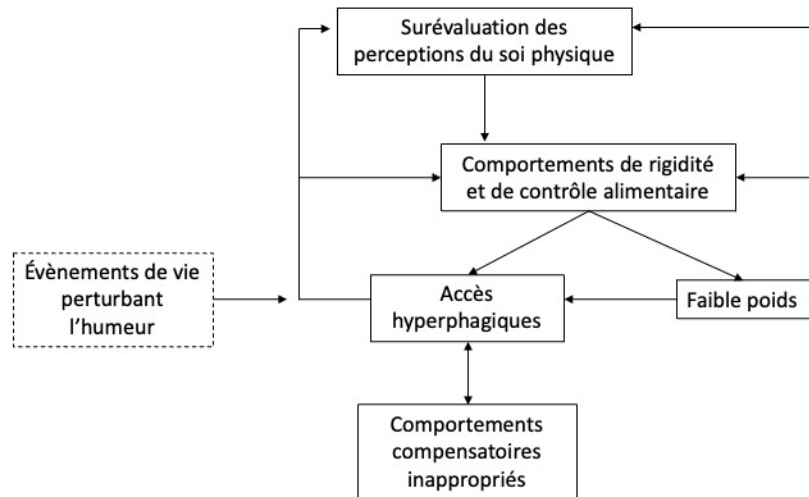
Dès le début des années 2000, Fairburn et son équipe sont des précurseurs de l'approche transdiagnostique des TCA pour relever que les personnes traversent d'un diagnostic de TCA à l'autre au fil du temps (Fairburn et al., 2003). Leurs travaux mettent en exergue que les personnes avec un diagnostic d'anorexie mentale qui ne se rétablissent pas (environ 50%) voient généralement leur condition évoluer vers le diagnostic de boulimie et que plusieurs personnes présentant un diagnostic de boulimie ont eu par le passé un diagnostic d'anorexie mentale (Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2014). En ce qui a trait aux troubles non spécifiés: ils semblent être la genèse des diagnostics de boulimie (lorsque ceux-ci ne débutent pas par l'anorexie mentale) ou à l'opposé, les diagnostics de boulimie culminent en TCA atypiques chroniques, soit les troubles non spécifiés (Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2014). D'autres experts en sont venus à des conclusions similaires. Une étude longitudinale avec mesures répétées après deux, six et douze ans post-traitement présente également des traversées diagnostiques entre l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques, avec un flux diagnostique plus marqué entre la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques (Fichter & Quadflieg, 2007). Plus précisément les auteurs soulignent que ces diagnostics semblent présenter des processus de

maintien commun (Fichter & Quadflieg, 2007). Des résultats comparables sont rapportés dans une étude longitudinale européenne alors que les résultats illustrent une « traversée » du diagnostic d'anorexie mentale vers le diagnostic de boulimie (dans une proportion de 23,4%), de même qu'au sein des deux différents types d'anorexie mentale, où l'on constate une traversée du type restrictif vers le type accès hyperphagiques/purgation dans une proportion de 46% (Castellini et al., 2011). Plus récemment, des traversées diagnostiques similaires sont également relevées dans une étude réalisée chez des jeunes de six à dix-huit ans (Goldschmidt et al., 2018), et ce, au sein des mêmes trois catégories diagnostiques. Ces constats viennent appuyer l'idée que bien que les catégories diagnostiques soient différenciées au sein de l'approche catégorielle du DSM, ces dernières semblent toutes partager des processus de maintien communs (Fairburn & Cooper, 2011; Fichter & Quadflieg, 2007; Castellini et al., 2011; Goldschmidt et al., 2018; Wildes & Marcus, 2013).

#### 2.1.2.3 Les mécanismes communs aux TCA

Afin d'expliquer les traversées et l'évolution diagnostique au sein des différentes catégories de TCA, des experts avancent l'idée que ces dernières partagent des mécanismes communs. Selon Fairburn (2014), le cœur de ces mécanismes repose sur des processus cognitifs et comportementaux soit: une surévaluation des perceptions de l'image du corps associée à des comportements de rigidité et de contrôle alimentaire qui mènent éventuellement à des comportements de perte de contrôle alimentaire (accès hyperphagiques ou des crises de suralimentation), une manifestation de faible poids (spécifique à l'anorexie mentale) suivi de comportements compensatoires inappropriés, qui tous, s'interinfluencent. Cette boucle de rétroaction négative peut être renforcée par la survenue d'événement de vie perturbant l'humeur (Fairburn et al., 2008; Fairburn, 2014). Ces mécanismes et leur articulation sont présentés dans la figure suivante, soit le modèle cognitif comportemental transdiagnostique des TCA, dit modèle transdiagnostique des TCA - traduction libre - (Fairburn et al., 2008).

Figure 1. – Modèle cognitif comportemental transdiagnostique des TCA – traduction libre issue de l'étude Fairburn et al. (2008)



Plusieurs experts reconnaissent la portée probante de ce modèle transdiagnostique des TCA et poursuivent des travaux afin d’approfondir la compréhension de ces mécanismes, toutefois des zones grises demeurent. Il est difficile de discerner le degré d’influence des différents mécanismes cognitifs et comportementaux, particulièrement pour comprendre les stratégies d’adaptation utilisées par les personnes dans leur rétablissement des TCA (Vann et al., 2014). Aussi, l’influence des relations interpersonnelles au sein du modèle reste à éclaircir (Jones et al., 2020). En somme, plusieurs experts confirment que la surévaluation de l’alimentation et des perceptions du soi physique sont des éléments centraux à tous les TCA qui demeurent présents et évoluent avec l’âge et la durée du diagnostic (Fairburn, 2014; Castellini et al., 2011; Glodschmidt et al., 2018). Ces constats illustrent que pour comprendre l’évolution et la temporalité des troubles complexes que sont les TCA, l’approche transdiagnostique semble appropriée. Toutefois, certains angles morts demeurent tels que la capacité du modèle transdiagnostique des TCA à prendre en considération les populations subcliniques et la population générale, de même que sa coexistence avec l’approche catégorielle qui demeure la plus utilisée.

#### 2.1.2.4 Les angles morts du modèle transdiagnostique des TCA

Bien que le modèle transdiagnostique des TCA démontre sa pertinence pour comprendre le maintien et l'évolution des différents TCA, ce dernier présente aussi certains angles morts. D'abord, l'ensemble des études de compréhension basées sur le modèle transdiagnostique des TCA concernent exclusivement des échantillons cliniques, soit des personnes déjà diagnostiquées qui bénéficient d'un traitement (Fichter & Quadflieg, 2007; Castellini et al., 2011; Glodschmidt et al., 2018). Ces constats remettent en question l'applicabilité terrain de cette approche face à la population subclinique ou la population générale qui ne présentent aucun diagnostic, mais expérimentent des préoccupations alimentaires et corporelles qui les amènent à chercher de l'aide (Wildes et Marcus, 2013). Par ailleurs, le modèle transdiagnostique des TCA ne remplace pas l'approche catégorielle qui demeure la plus utilisée en médecine psychiatrique, toutes deux co-existent (Fusar-Poli et al., 2019). Bien que ces deux compréhensions des TCA ne soient pas mutuellement exclusives (Wildes et Marcus, 2013), un flou demeure quant à l'articulation et la formalisation de cette coexistence sur le terrain (Fusar-Poli et al., 2029). Les psychopathologies de TCA sont complexes, hétérogènes et marquées par des traversées diagnostiques qui appellent à une approche de compréhension minimalement « hybride », mais souvent complexe à mettre en action. Toutefois, un modèle de compréhension hybride permettrait de considérer à la fois la réalité catégorielle et la réalité transdiagnostique des TCA en y intégrant une compréhension dimensionnelle (Wildes et Marcus, 2013). Afin d'offrir une résolution et une intégration de ces différentes approches, un modèle hybride pourrait s'incarner par un modèle de compréhension basé sur un continuum d'ACA.

#### **2.1.3 Le modèle du continuum des ACA dysfonctionnels à fonctionnels**

La troisième approche abordée est un modèle hybride de compréhension des TCA, basé sur deux approches longtemps opposées par les écrits scientifiques, mais traités de façon complémentaire dans cette thèse : soit le continuum d'attitudes et de comportements alimentaires. Les prochaines sections présentent d'abord une explication de l'approche dimensionnelle des TCA. Ensuite, les débuts d'un continuum d'ACA issus des travaux de premiers experts sont abordés. Finalement, l'évolution vers le continuum des ACA actuel est présentée.

### 2.1.3.1 La compréhension dimensionnelle des TCA

Afin d'aborder le modèle hybride de compréhension des TCA, il importe de cerner ce qui est entendu lorsqu'il est question d'une approche dimensionnelle des TCA. À cet effet, plusieurs auteurs font référence à un modèle de compréhension qui tient compte des variations individuelles constatées sur le terrain, soit des variations dans le degré, l'intensité et la sévérité des expressions psychopathologiques des TCA (Bakalar et al., 2015; Blackwell et al., 2021; Luo et al., 2016; Torstveit et al., 2008; Williamson et al., 2005). Une approche de compréhension dimensionnelle reconnaît un tronc commun d'expressions et de facteurs associés partagés par les différentes catégories de psychopathologies de TCA (anorexie, boulimie, trouble d'accès hyperphagique). Au sein de ces catégories, des variations interindividuelles et surtout intra-individuelles sont relevées (Luo et al., 2016; Tylka & Subich, 2003; Wildes & Marcus, 2015). Les approches dimensionnelles et catégorielles ont constitué un vrai débat au sein de la communauté clinique et chercheuse en santé mentale (Aguert et al., 2023; Fusar-Poli et al., 2019). Dans le cadre de cette thèse, l'approche de compréhension dimensionnelle ne vise pas à remplacer la compréhension diagnostique, mais plutôt à la compléter, en nuancant l'aspect dichotomique d'absence versus présence d'un trouble (Bakalar et al., 2015; Blackwell et al., 2021; Jones, 2012; Tournayre et al.). Le modèle hybride des TCA est ainsi entendu comme une combinaison de l'approche dimensionnelle et de l'approche catégorielle (incluant le modèle transdiagnostique des TCA) (Ionescu, 2019). Le modèle hybride des TCA illustré par un continuum présente le potentiel d'être un modèle de compréhension hybride qui tire profit des forces de chacune des approches.

### 2.1.3.2 L'illustration du modèle hybride des TCA par le continuum des ACA

L'idée d'un continuum des TCA allant de formes non pathologiques à des formes pathologiques en passant par des formes modérées, est explorée par la communauté scientifique à peu près au même moment que le modèle transdiagnostique (Gleaves et al., 2000; Lowe et al., 1996; Tylka & Subich, 2003). Au début, les écrits demeurent très proches de la réalité psychopathologique et de son vocabulaire. Ces écrits font état d'un continuum d'attitudes et comportements alimentaires (dont l'acronyme est ACA dans cette thèse) à double pôle. Ce continuum est composé d'un pôle « non pathologique » allant à un pôle « pathologique »

incluant les différents diagnostics de TCA (Bonanséa et al., 2016; Torstveit et al., 2008; Turgeon et al., 2015). Par la suite, la conception et l'appellation des pôles du continuum varient. Certains auteurs définissent le pôle « non pathologique » comme des caractéristiques biopsychosociales et comportements « sains ou appropriés » pour s'approcher des guides alimentaires en santé publique, tels que le Guide alimentaire canadien précité (Bonanséa et al., 2016; Lemieux et al., 2021; Monthuy-Blanc et al., 2021). D'autres auteurs positionnent le terme d'attitudes et comportements « adéquats » tiré de la culture de la pratique sportive et de l'activité physique (Turgeon et al., 2015). Ces appellations peuvent toutefois être contestées : comment caractériser un ACA « sain » d'un ACA « malsain » pour une personne spécifique, tout comme un ACA « adéquat » d'un ACA « inadéquat »? De telles appellations réfèrent à une norme et donc, à la posture de normalité versus anormalité. Cette posture provient de l'approche catégorielle et ne permet pas d'aborder la question des ACA pour la personne. Au même titre que les deux pôles du continuum des ACA, la même question se pose pour les formes d'ACA « intermédiaires », dans la zone centrale du continuum. Des auteurs qualifient ces ACA de formes subcliniques, caractérisées par des ACA dits « inadéquats » qui impliquent les mêmes considérants précités, en plus de se confondre avec les formes « pathologiques » (Koszewski et al., 1997; Bonanséa et al., 2016; Turgeon et al., 2015). Il est donc possible de constater certains éléments de consensus au sein de ce modèle de compréhension en continuum malgré certaines limites, telles la caractérisation et l'appellation des différentes zones du continuum.

### 2.1.3.3 Le continuum des ACA : l'alimentation fonctionnelle à dysfonctionnelle

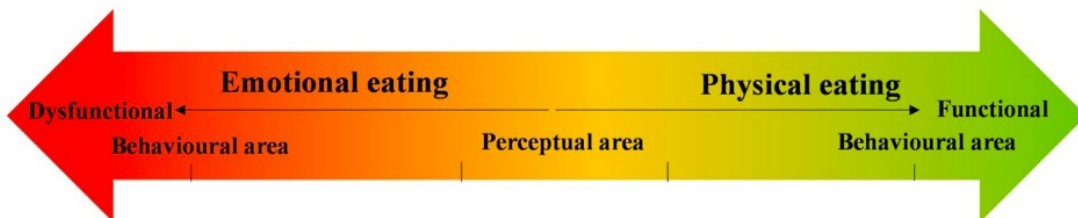
Au regard de la réalité alimentaire pré, pendant et post-pandémie abordée dans la problématique de cette thèse, une avenue s'est récemment ouverte pour conceptualiser et qualifier les ACA le long du continuum à double pôles précité. Au sein de ce continuum, la caractérisation et la qualification des ACA reposent sur la notion de fonctionnalité et son influence sur la qualité de vie de la personne (Monthuy-Blanc et al., en préparation). Ce continuum prend racine dans l'évolution des différentes compréhensions des TCA, plus particulièrement, dans l'aspect des manifestations transversales des trois principaux TCA, soit l'anorexie, la boulimie, les accès hyperphagiques (Fairburn et al., 2008). L'élément central de ces trois principaux TCA est le rôle joué par les perceptions de l'image du corps pour les populations plus sensibles aux enjeux

alimentaires (Castellini et al., 2011; Goldschmidt et al., 2018). La perception de l'image du corps est donc l'élément clé de l'état alimentaire fonctionnel ou non et c'est sur la base de la fonctionnalité-dysfonctionnalité que les différentes zones du continuum peuvent être comprises.

« À la différence du modèle « d'absence ou de présence de maladie et d'infirmité » de la santé, l'importance n'est pas le fait de souffrir d'un trouble des conduites alimentaires ou pas, dont le diagnostic est parfois stigmatisant et exclusif, mais de souffrir tout court. En d'autres termes, la fonction du « trouble » issue des sciences de l'occupation appliquée à l'ergothérapie, vise à questionner la sévérité et le type de la souffrance ressentie en s'alimentant pouvant, par conséquent, affecter le fonctionnement général au quotidien. La souffrance – physique et mentale – influençant la fonction alimentaire devient une question individuelle (et non exclusivement normative comme dans le cas d'un diagnostic biomédical), propre à soi. Ainsi, ce modèle des ACA, représenté sous la forme d'un continuum, évolue d'un état alimentaire fonctionnel [...], à un état alimentaire dysfonctionnel (pouvant [...] mener à des troubles des conduites alimentaires), en passant par des états alimentaires [transitoires] » (p. 6; Monthuy-Blanc et al., en préparation).

La figure 2 présente le continuum des ACA tiré et adapté de l'étude de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2022).

Figure 2. – Le continuum des attitudes et des comportements alimentaires tiré et adapté de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2022)



L'étude réalisée par Monthuy-Blanc et collaborateurs (2022) a permis de documenter, entre autres, les ACA en contexte de confinement pandémique chez des personnes issues



de la population générale. Les résultats permettent de dégager un pôle d'ACA dysfonctionnels, un pôle d'ACA fonctionnels et, entre les deux pôles, une zone qualifiée de perceptuelle préalable à une zone comportementale.

Le pôle fonctionnel est caractérisé par une perception de l'image du corps positive garantissant une connexion au corps positive. Cette connexion positive implique que la personne est disposée à reconnaître et à répondre aux signaux corporels de faim, de soif, de satiété et de rassasiement<sup>6</sup> avec des comportements congruents (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Par exemple, les personnes se situant dans cette zone pourraient manger lorsqu'elles ressentent la faim, sans égards à l'heure ou au moment de la journée.

À l'opposé, le pôle dysfonctionnel est caractérisé par une déconnexion perceptuelle, c'est-à-dire par une réponse aux signaux corporels à l'aide de comportements incongruents (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Par exemple, les personnes se situant dans cette zone pourraient choisir d'ignorer leurs signaux corporels et ne pas manger alors qu'elles ressentent la faim.

La zone perceptuelle correspond à l'intervalle entre la perception de l'image du corps positive et la perception de l'image du corps négative. Dans cette zone, la personne présente une incongruence entre le corps et la nourriture qui reste à l'état de perceptuelle, c'est-à-dire internalisée. Par exemple, les personnes se situant dans cette zone pourraient présenter des perturbations de l'image du corps malgré la capacité à être connectés à leurs signaux corporels sans pour autant présenter d'ACA dysfonctionnels ou encore, présenter perturbation de l'image du corps et une difficulté à être connectés à leurs signaux corporels, mais en faisant preuve d'autocompassion (Monthuy-Blanc,

---

<sup>6</sup> La satiété est **la sensation de ne plus avoir faim qui suit une prise alimentaire** et qui perdure jusqu'à la prise alimentaire suivante, alors que le rassasiement est **une sensation de diminution de la faim et du plaisir de manger ressentie au cours de la prise alimentaire** (Gravel, K., 2021)

Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023).

#### 2.1.3.4 Les profils de « mangeurs » le long du continuum des ACA

Plusieurs auteurs ont avancé l'idée de différents profils de mangeurs qui peuvent d'ailleurs se positionner le long de ce continuum. Il est à noter que les profils de buveurs font partie d'un autre domaine de recherche; expliquant que le terme « mangeur » (versus « mangeur » et « buveur ») représente la caractérisation du type d'ACA propre au continuum.

Tribole et Resch (2017) théorisent quatre profils de mangeurs : i) le « mangeur prudent » qui a tendance à trop analyser ses choix alimentaires; ii) le « mangeur inattentif » qui mange sans se soucier de ce qu'il mange et des raisons pour lesquelles il mange; iii) le « mangeur professionnel » qui suit des règles de régime basées sur la restriction alimentaire; et iv) le « mangeur intuitif » qui mange en fonction des signaux de faim et de satiété. Bien que ces quatre profils de mangeurs présentent une pertinence sur le plan du fonctionnement individuel quotidien, de même qu'avec le continuum des ACA, ils n'ont pas été documentés empiriquement ce qui rend leur probité questionnable.

Suite à leur étude transversale de profilage en milieu universitaire, Marquis et collaborateurs (2019) ont identifié quatre profils de mangeurs. Le mangeur « amoureux de la planète, de la nutrition et de la cuisine » choisit ses aliments en fonction de préoccupations nutritionnelles et environnementales et cuisine généralement ses propres plats. Le « mangeur solitaire utilitaire » n'éprouve aucun plaisir à manger. Il mange une petite variété d'aliments pour survivre. Le « mangeur guidé par son corps » est motivé par des préoccupations liées au poids et à la relation entre l'alimentation et l'activité physique. Le « mangeur inconscient » aime grignoter, dans des contextes variés, qu'il ait faim ou non (Marquis et al., 2019). Bien que ces quatre profils de mangeurs empiriquement démontrés se révèlent cohérents avec le continuum des ACA, ils concernent une population spécifique, les étudiants universitaires, et ont été documentés pré-pandémie.

De récents travaux de profilage réalisés en contexte pandémique COVID-19 à partir d'une méthode classique de profilage (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022) et d'une méthode tirée de l'intelligence artificielle (Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023), et ciblant la population générale, a permis de dégager sept profils de mangeurs rassemblés en quatre catégories : i) les mangeurs complètement dysfonctionnels; ii) les mangeurs fonctionnels; iii) les mangeurs partiellement dysfonctionnels et iv) les mangeurs perceptuels.

La catégorie des mangeurs complètement dysfonctionnels regroupe deux profils de mangeurs soit : i) des mangeurs boulimiques qui vivent des épisodes d'alimentation émotionnelle caractérisés par de la culpabilité, suivis d'épisodes de restriction alimentaire qui engendrent des affects négatifs et ii) des mangeurs restrictifs qui font peu confiance à leurs signaux corporels et sont portés à avoir des aliments interdits dans une perspective d'autocontrôle et non d'autocompassion. Les personnes qui ont tendance à manger pour des raisons autres que pour satisfaire leurs besoins nutritionnels se retrouvent dans ces deux profils de mangeurs. Elles présentent des manifestations qui s'apparentent aux formes « pathologiques des TCA » pouvant satisfaire les critères diagnostiques de TCA (Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Ces deux profils de mangeurs se situent au niveau du pôle dysfonctionnel du continuum des ACA ou dans la zone dysfonctionnelle, qui peut être vu comme l'acte de manger qui est à la fois défavorable à la santé et exempt de satisfaction alimentaire (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022).

La catégorie des mangeurs fonctionnels regroupe deux profils de mangeurs soit : i) les mangeurs intuitifs et ii) les mangeurs sensitifs. Ces deux profils de mangeurs expérimentent une congruence entre les signaux corporels (faim, soif, rassasiement, fatigue, etc.) et la réponse offerte à ces signaux (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022). En d'autres termes, ces personnes sont connectées à leurs signaux corporels et en tirent une satisfaction : elles s'alimentent de façon intuitive (Gast et al., 2015; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Tylka & Homan, 2015). Généralement ces personnes s'engagent dans des activités physiques par satisfaction sans objectif pondéral ni compensation des apports alimentaires. Ces deux profils de mangeurs mangent, boivent et cuisinent par et pour la satisfaction de s'alimenter (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Monthuy-Blanc,

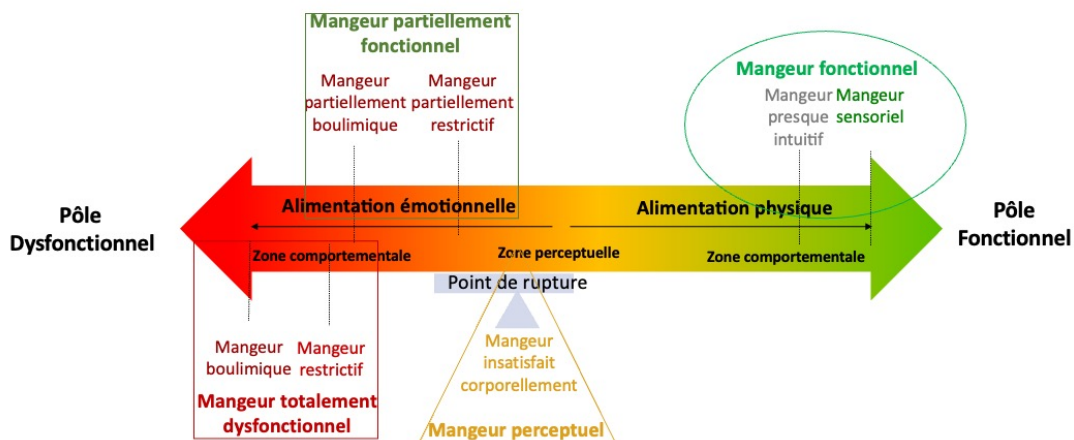
St-Pierre, et al., 2022). Ils tendent à manger de façon intuitive, ils n'ont pas d'aliments interdits, c'est-à-dire qu'ils ne catégorisent pas les aliments comme bons ou mauvais et ne mangent pas dans l'idée de réguler leurs émotions (Hazzard et al., 2021; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Tribole & Resch, 2020). Ces deux profils de mangeurs présentent peu de perturbations de l'image du corps et entretiennent une relation positive avec leurs sensations corporelles et leur façon d'y répondre (Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Les mangeurs intuitifs et les mangeurs sensitifs se situent au niveau du pôle fonctionnel du continuum des ACA ou dans la zone fonctionnelle qui peut être vu comme l'acte de manger à la fois favorable à la santé ET plaisant (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022).

La catégorie de mangeurs partiellement dysfonctionnels se déploie selon deux profils de mangeurs : i) les mangeurs partiellement boulimiques et ii) les mangeurs partiellement restrictifs. Les perturbations de l'image du corps et les difficultés perceptuelles qu'ils expérimentent sont moindres que celles des mangeurs complètement dysfonctionnels, mais sont suffisantes pour rendre difficile la relation entre leurs signaux corporels et la réponse qu'ils offrent à ces signaux (Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023).

La catégorie de mangeurs perceptuels, elle, se compose d'un seul profil de mangeur; les mangeurs perceptuels. Ces derniers présentent aussi une relation difficile entre leurs signaux corporels et la réponse offerte. Ce type de mangeur semble être celui qui présente le plus haut niveau de perturbation de l'image du corps, sans toutefois s'engager dans des ACA complètement dysfonctionnels, tels que la restriction ou la boulimie (Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Toutefois, ce profil de mangeur est le plus préoccupant, puisque sans manifester d'ACA dysfonctionnels, les perturbations de l'image du corps qui les habitent les rendent vulnérables aux psychopathologies de TCA. Les mangeurs partiellement boulimiques, les mangeurs partiellement restrictifs et les mangeurs perceptuels se retrouvent dans la zone perceptuelle, au centre du continuum. Cette zone est marquée par une grande variabilité d'ACA, soit par une variabilité de la conscience et de la reconnaissance des signaux et des sensations corporelles (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022). Les personnes qui se situent dans cette zone vont parfois

réussir à « répondre » avec congruence à leurs signaux corporels, parfois pas. Par exemple, certaines personnes vont répondre de façon incongruente à leurs signaux corporels, par exemple en sautant un repas alors qu'elles ressentent la faim et la soif (Marquis et al., 2019; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Resch & Tylka, 2019). Face à ces difficultés, plutôt que de se sentir coupables, ces personnes vont toutefois réussir à faire preuve d'autocompassion et ne présenteront pas de conduites dysfonctionnelles à proprement dit (Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Resch & Tylka, 2019). D'autres personnes vont répondre de façon congruente à leurs signaux corporels, par exemple en s'arrêtant de manger alors qu'elles ressentent la satiété voire le rassasiement et vont en retirer une satisfaction. Toutefois, ces personnes vont ressentir de la culpabilité et une difficulté à apprécier leur corps malgré la congruence de leur réponse à leurs signaux corporels (Marquis et al., 2019; Monthuy-Blanc, Corno, et al., 2022; Resch & Tylka, 2019). La figure trois présente le continuum et les profils de mangeurs.

Figure 3. – Le continuum des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels tiré de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2023)



Monthuy-Blanc, J., Faghihi, U., Ghazvini Fardshad, M.N., Corno, G., Iceta, S., St-Pierre, M.-J., & Bouchard, S (2023). When Eating Intuitively Is Not Always a Positive Response: Using Machine Learning to Better Unravel Eaters Profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (16), 5172. <https://doi.org/10.3390/jcm12165172>.

### 2.1.3.5 Les limites et avantages de l'approche du continuum des ACA

Le continuum des ACA présente plusieurs avantages, mais certaines limites demeurent. L'utilisation d'approche de compréhension hybride dans des contextes de services de santé où l'approche de compréhension catégorielle du DSM-5 est dominante appelle à la transformation des pratiques (Forbush et al., 2018; Luo et al., 2016). Son utilisation implique l'emploi de mesures d'évaluation hybrides et validées qui sont encore peu connues des intervenants (Forbush et al., 2018) L'utilisation d'une telle approche de compréhension amène des changements dans l'organisation et la prestation de services impliquant de former les professionnels et de changer les façons de faire, ce qui est parfois ardu dans contexte où les services sont articulés en silo (Commission de la santé mentale du Canada., 2015; Forbush et al., 2018).

Parmi les avantages, l'approche de compréhension du continuum des ACA permet d'avoir un portrait de l'ensemble de la population et non uniquement des cas cliniques liés aux enjeux d'ACA dysfonctionnels. Cette perspective holistique dépasse la simple présence ou absence de diagnostic et est mise de l'avant par plusieurs experts (Commission de la santé mentale du Canada., 2015; Galderisi et al., 2015; Organisation mondiale de la Santé, 2022; Patel et al., 2018). Une compréhension hybride grâce au continuum des ACA permet d'adopter une vision de la santé qui combine la santé physique et santé mentale propice aux interventions de types holistiques (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022). En effet l'approche de compréhension du continuum des ACA permet de cerner la distribution des ACA de toute la population, soit des personnes qui sont des mangeurs généralement fonctionnels, en passant par les personnes qui sont des mangeurs partiellement dysfonctionnels jusqu'aux personnes qui sont des mangeurs dysfonctionnels. Un tel portrait global des enjeux liés aux ACA peut permettre de mieux comprendre l'évolution favorable des TCA, soit par une amélioration des ACA, sans qu'il y ait nécessairement absence complète de manifestations d'ACA dysfonctionnels (Bardone-Cone et al., 2010; Dark & Carter, 2020). Une évolution sur le continuum vers le pôle des ACA fonctionnels, pourrait attester de l'amélioration de la santé des personnes. Ce portrait d'ensemble des ACA de la population peut être un outil afin de mieux cibler quels types d'interventions peuvent être pertinents pour quels types de mangeurs dans la population (Luo et al., 2016; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023)

## **2.2 Les interventions recommandées**

Afin d'aider les personnes à faire face aux difficultés liées aux ACA dysfonctionnels, différents niveaux d'intervention peuvent être requis, allant de la promotion de la santé à la prévention tertiaire. Dans un premier temps ces différents niveaux d'intervention sont expliqués. Dans un second temps, un continuum interventionnel allant du bien-être alimentaire au mieux-être alimentaire est proposé afin d'illustrer la façon dont les différents niveaux d'intervention peuvent être intégrés pour s'appliquer au continuum des ACA. Dans un troisième temps, les interventions recommandées selon le continuum interventionnel sont présentées.

### **2.2.1 Les niveaux d'intervention: de la promotion de la santé à la prévention tertiaire**

Depuis un bon moment déjà, l'Organisation mondiale de la santé conçoit l'intervention en santé en termes de promotion de la santé, prévention primaire, secondaire et tertiaire (World Health Organization., 2002). Ces quatre niveaux d'intervention présentent certaines caractéristiques communes, mais l'OMS considère qu'elles demeurent des interventions distinctes (World Health Organization., 2004a, 2004b).

#### **2.2.1.1 Promotion de la santé**

La promotion de la santé renvoie à des processus qui permettent d'outiller les personnes à avoir du contrôle et à améliorer leur santé (World Health Organization., 2002). La promotion de la santé cible les déterminants de la santé qui sont à la fois individuels tels que les comportements et habitudes, le style de vie et les relations interpersonnelles, mais aussi collectives telles que les environnements bâtis, les services, les politiques, l'économie, etc. (World Health Organization., 2002). La promotion de la santé prend diverses formes: programmes sociaux et éducationnels, cadres législatifs, politiques publiques, stratégies de communication, etc. La promotion de la santé envisage de maximiser la santé et la qualité de vie des personnes et des collectivités et non de réduire les symptômes et les déficits (World Health Organization., 2002). À cet effet, la portée des initiatives de promotion de la santé est large et variée en ce qui concerne les publics qu'elle vise à rejoindre. Il peut s'agir de déployer des stratégies pour rejoindre des personnes qui n'ont pas, voire peu de risque de développer une maladie, comme il peut s'agir de

rejoindre des personnes qui présentent des risques accrus de développer une maladie, et parfois même, des personnes qui sont déjà malades (World Health Organization., 2004a). La perspective de la promotion de la santé est donc de favoriser le bien-être et la qualité de vie des personnes et collectivités indépendamment de la présence ou l'absence de maladie (World Health Organization., 2004b).

La promotion de la santé et la prévention primaire sont parfois utilisées de façon interchangeable. Toutefois, l'OMS (2004b) réaffirme que la distinction de ces deux niveaux d'intervention réside dans les résultats visés. La promotion de la santé vise à favoriser et maximiser la santé en augmentant le bien-être psychologique, la compétence et la résilience et en créant des conditions et des environnements de vie favorables (World Health Organization., 2002, 2004a). La prévention a pour objectif de réduire les symptômes et, à terme, les maladies et peut utiliser des stratégies de promotion de la santé comme moyens d'atteindre ces objectifs (World Health Organization., 2004a). La promotion de la santé, lorsqu'elle vise à renforcer la santé au sein des collectivités, peut également avoir pour résultat secondaire de réduire l'incidence des maladies (World Health Organization., 2004b).

En lien avec le continuum des ACA, les initiatives de promotion de la santé concernent tous les profils de mangeurs se trouvant sur le continuum, c'est-à-dire toutes les populations. Des interventions de promotion de la santé permettent d'informer et de promouvoir les ACA fonctionnels. Ce type d'intervention permet d'outiller la population à prendre en charge les ACA afin de favoriser la santé et le bien-être individuel et collectif. Ce type d'initiative vise à cultiver des ACA fonctionnels et s'oriente sur les facteurs de protection (Levine & Smolak, 2016; Piran, 2019)

#### 2.2.1.2 Prévention primaire

La prévention primaire implique d'intervenir pour empêcher la maladie de s'installer chez les personnes (World Health Organization., 2002). Les interventions de prévention primaires doivent être déployées à un moment précis, soit avant que la maladie se déclare et doivent cibler la réduction des facteurs de risque ou l'augmentation des facteurs de protection de la maladie afin de maximiser les effets (World Health Organization., 2004a). La prévention primaire se décline en



trois sous-types de prévention: i) la prévention universelle qui vise toute la population; ii) la prévention sélective, qui vise un groupe ou sous-groupe de la population qui peut présenter un risque plus élevé que la moyenne de développer la maladie et iii) la prévention ciblée qui vise les personnes qui présentent un risque élevé de développer la maladie en raison de signes minimes, mais déjà détectables de la maladie ou en raison d'une prédisposition biopsychosociale (World Health Organization., 2004a). En lien avec le continuum des ACA, des interventions de prévention primaire sont destinées à: i) la population générale qui tend à présenter des ACA plutôt fonctionnels, dans une perspective de prévention universelle; ii) des groupes considérés plus à risques, tels les adolescents et les sportifs qui présentent des risques plus importants d'adopter des ACA partiellement fonctionnels, dans une perspective de prévention sélective; et iii) à des personnes qui présentent déjà certains ACA dysfonctionnels dans une perspective de prévention ciblée. Ces interventions ont comme visée de limiter l'adoption d'ACA dysfonctionnels, notamment en misant sur les facteurs de protection tels que l'appréciation de soi, la valorisation d'une variété de schémas corporels, la sensibilisation aux pratiques malsaines de gestion du poids et de la culture des diètes, entre autres (Levine & Smolak, 2016; Piran, 2019; Voica et al., 2021).

#### 2.2.1.3 Prévention secondaire

La prévention secondaire implique d'intervenir pour réduire le nombre de cas déjà établis de la maladie au sein de la population (World Health Organization., 2002, 2004a). Face à une maladie avérée, les interventions de prévention secondaire visent à réduire les signes et symptômes et à améliorer le fonctionnement des personnes afin de les faire cheminer vers le rétablissement (World Health Organization., 2002, 2004a). En lien avec le continuum des ACA, des interventions de prévention secondaire sont destinées aux personnes qui présentent des TCA, des ACA dysfonctionnels ou partiellement dysfonctionnels qui vivent une détresse psychologique et une détérioration du fonctionnement. Ces interventions prennent différentes formes: des consultations avec des professionnels du système de santé publique en première ligne ou en consultation externe, des suivis en cliniques ou cabinets privés ou des suivis et services de soutien offerts par des organismes communautaires. Ces interventions visent un changement d'ACA relatif à l'image du corps, de même qu'à prévenir l'aggravation de leur état en TCA avérés (Aimé

et al., 2021; American Psychiatric Association., 2013; L'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation., 2019).

#### 2.2.1.4 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire implique d'intervenir pour réduire les impacts de la maladie qui semble s'être installée, voire chronicisée afin de favoriser la réadaptation et limiter les risques de rechutes (World Health Organization., 2002). Les interventions de prévention tertiaire tentent de limiter les impacts négatifs de la maladie pour les personnes et leur entourage, mais également de limiter les impacts sociaux de la maladie, telle la réduction de l'espérance de vie, la perte de productivité, etc. (World Health Organization., 2004a) En lien avec le continuum des ACA, la prévention tertiaire concerne les personnes qui présentent un TCA avéré ou des ACA dysfonctionnels et dont l'état médical se détériore. Ces interventions sont d'un niveau d'intensité plus élevé et sont généralement offertes en milieu hospitalier spécialisé (American Psychiatric Association., 2013; L'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation., 2019).

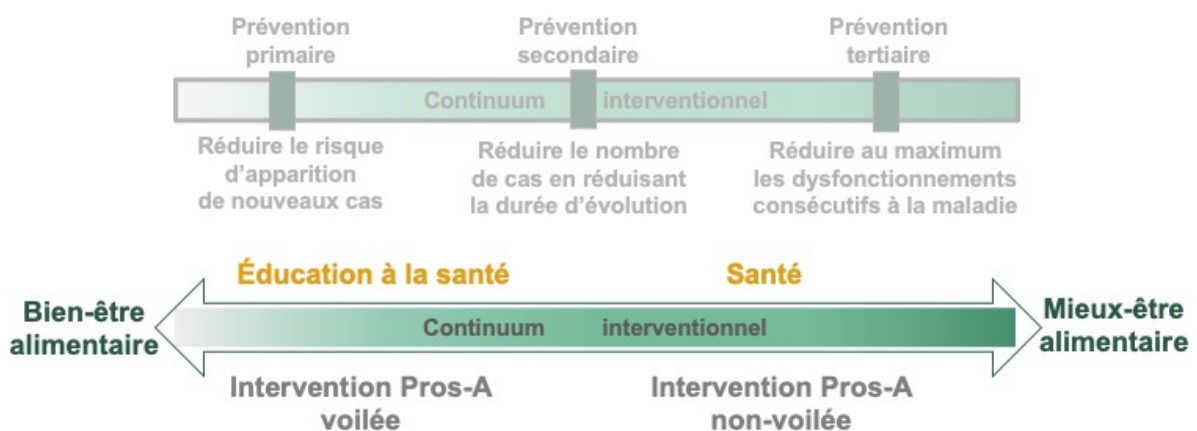
### 2.2.2 Vers un continuum interventionnel en cohérence avec le continuum des ACA

Afin d'approcher les enjeux de santé liés aux ACA dysfonctionnels avec la même perspective hybride que celle du continuum des ACA, un continuum interventionnel à deux pôles a récemment été proposé (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). Le premier pôle implique des interventions qui ciblent l'éducation aux ACA fonctionnels et promeuvent l'alimentation intuitive pour le **maintien de la santé et le bien-être alimentaire** (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Le pôle opposé implique des interventions qui ciblent l'autocompassion et l'autoacceptation afin **d'améliorer la santé et le mieux-être alimentaire** individuel et collectif (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023). Ce continuum interventionnel permet d'avoir une approche globale et collective des enjeux de santé liés aux ACA dysfonctionnels et de moduler les interventions en fonctions de la réalité de toute les populations - citoyens de la population générale, étudiants, athlètes, femmes, filles, communautés concomitantes telles que les femmes

en surpoids vivant avec des TCA, les communautés 2ELGBTQI+ - (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023; Monthuy-Blanc, Faghihi, et al., 2023).

Ainsi tout au long du continuum, les cibles des programmes d'intervention sont les éléments perceptuels facteurs de protection tels que : i) la promotion d'une image corporelle positive; ii) la flexibilité de l'image corporelle dans le temps; et iii) la congruence corps-aliments (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). La figure quatre présente le continuum interventionnel tiré des travaux de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2023). La distinction entre les programmes d'éducation à la santé promouvant le bien-être alimentaire et les programmes de santé axés sur le mieux-être alimentaire dépend de l'importance d'avoir un objectif caché en population générale, c'est-à-dire de ne pas révéler les objectifs du programme à la population cible (Monthuy-Blanc et al., 2021). La nécessité de recourir à un objectif caché dans le cadre de l'éducation à la santé découle des messages contradictoires des programmes axés uniquement sur l'obésité et des programmes axés uniquement sur les TCA (Leme et al., 2018) ou, du risque d'être fasciné par un message alarmiste sur les complications liées aux TCA, par exemple, les vomissements provoqués (Monthuy-Blanc et al., 2021; Noordenbos, 2016).

Figure 4. – Continuum interventionnel en santé alimentaire tiré de Monthuy-Blanc et collaborateurs (2023)



### 2.2.3 Les interventions recommandées

Afin d'aborder les ACA selon continuum interventionnel précité, les programmes d'intervention recommandés par la littérature empirique sont les programmes **les programmes en santé qui visent le mieux-être alimentaire** et les programmes **d'éducation à la santé qui visent le bien-être alimentaire**. Ils sont abordés ci-après.

#### 2.2.3.1 Les programmes en santé qui visent le mieux-être alimentaire

En ce qui concerne les programmes en santé pour un mieux-être alimentaire, ces programmes prennent la forme d'interventions thérapeutiques psychologiques. Pour l'ensemble des personnes présentant des ACA dysfonctionnels incluant les TCA, la thérapie transdiagnostique cognitive comportementale améliorée (*trans-diagnostic Cognitive Behaviour Therapy - Enhanced*) constitue l'intervention psychologique la plus recommandée et offrant les meilleures retombées pour l'ensemble des TCA selon plusieurs méta-analyse (Grenon et al., 2019; Hay, 2020; Hilbert et al., 2017; Linardon et al., 2018). Cette intervention permet d'aborder les biais cognitifs et les croyances erronées liées aux TCA et permet d'en réduire les manifestations (APA, 2023; Aimé et al., 2021; Grenon et al., 2019; Hay, 2020; Hilbert et al., 2017). De manière plus spécifique à l'anorexie mentale, la psychothérapie interpersonnelle pour l'anorexie mentale de Maudsley (*Maudsley Anorexia Nervosa Therapy for Adults*) est recommandée afin de cibler les facteurs intra et interpersonnels qui maintiennent les comportements restrictifs et pensées erronées (la rigidité, le besoin de contrôle) afin d'en réduire l'occurrence (APA, 2023; Hay, 2020; Hilbert et al., 2017). Pour les adolescents et jeunes adultes, des guides pratiques et revues systématiques recommandent la thérapie à base familiale (*Family-Based Treatment*) afin d'aborder les conséquences de l'anorexie mentale et pour mettre en place les stratégies qui favorisent le rétablissement en impliquant les proches dans la démarche (APA, 2023; Hay, 2020; Hilbert, 2017). Selon des études par devis transversal et des revues de littérature, l'activité physique adaptée en groupe supervisé semble aussi se révéler comme intervention pertinente pour les personnes avec l'anorexie mentale (Noetel et al., 2017; Ouellet & Monthuy-Blanc, 2022).

### 2.2.3.2 Les programmes d'éducation à la santé qui visent le bien-être alimentaire

En ce qui concerne l'éducation à la santé la santé pour le bien-être alimentaire, quelques revues systématiques ont montré que les programmes qui se sont avérés les plus probants sont les programmes dits de quatrième génération (Monthuy-Blanc et al., 2021; Noordenbos, 2016). La première génération de programmes se concentrait sur les conséquences des facteurs de risque des ACA dysfonctionnels, la deuxième génération visait à évaluer de manière critique les pressions environnementales conduisant à l'adoption d'ACA dysfonctionnels et la troisième génération ciblait une population considérée « à risque » avec des sessions interactives pour renforcer les facteurs de protection des ACA (Stice & Shaw, 2004). Les deux premières générations de programmes se sont avérées offrir des résultats mitigés quant à la prévention effective des TCA (Monthuy-Blanc, 2018). La troisième génération de programme se base sur la dissonance cognitive et concerne des populations diversifiées en termes d'âge, de genre et de culture. Le programme *Body Project* est le plus documenté empiriquement par plusieurs essais cliniques randomisés, et il s'est avéré le plus efficace pour prévenir l'adoption d'ACA dysfonctionnels (Brown & Keel, 2015; Stice et al., 2013; Stice, Johnson, & Turgon, 2019; Stice, Marti, et al., 2019). Pour sa part, la quatrième génération de programmes insiste sur l'importance d'avoir un objectif voilé, c'est-à-dire de ne pas révéler les objectifs du programme à la population cible et intègre la santé physique et mentale, en ciblant simultanément l'obésité et les TCA. Plusieurs études (études longitudinales, étude quasi expérimentales et méta-analyses) ont démontrées que l'efficacité de ces programmes repose sur les composantes suivantes : i) ils sont universels; ii) centrés sur les facteurs de protection des ACA; iii) sont offerts dans le contexte écologique proximal des personnes concernées; iv) intègrent la santé physique et mentale; et v) adoptent un objectif voilé (Jordana Ovejero et al., 2020; Monthuy-Blanc, 2018; Stice & Shaw, 2004). Au Québec, le programme SILENCE offert en milieu scolaire incarne ces caractéristiques et s'est montré prometteur (Monthuy-Blanc et al., 2021).

Un élément commun à ces programmes d'intervention, tant au niveau de la santé que de l'éducation à la santé, est leur développement et mise en œuvre en transdisciplinarité. La transdisciplinarité se positionne comme une approche essentielle pour comprendre et répondre aux problématiques complexes qui appellent à des solutions holistiques et durables (Aguilera,

2021; Pineo et al., 2021). Les enjeux d'ACA sont des problématiques complexes, à l'image de la dimension holistique de l'acte de manger, qui nécessitent des programmes transdisciplinaires (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022). La transdisciplinarité implique de transcender et d'intégrer les disciplines individuelles, mais surtout d'intégrer les différents savoirs pour l'apprentissage collectif (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022; Pineo et al., 2021). La transdisciplinarité intègre : i) le savoir théorique issu des connaissances académiques et empiriques; ii) le savoir-faire, soit la capacité d'agir selon des processus et objectifs prédéfinis; iii) le savoir-être, soit la capacité à se situer comme personne avec ses valeurs, attitudes et comportements; iv) les savoirs expérientiels, soit les connaissances tirées de l'expérience de vie; v) et le savoir-devenir soit la capacité à se projeter dans un futur (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022). Ainsi la transdisciplinarité est un processus intégratif par lequel des chercheurs, des praticiens issus de diverses disciplines et des personnes de domaines non universitaires travaillent conjointement à l'élaboration et à l'utilisation de nouvelles initiatives de santé pour répondre à des problèmes scientifiques et sociétaux complexes (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022; Pineo et al., 2021).

### **2.3 Le modèle *Recovery College*: valeurs et principes, mécanismes d'action et retombées**

Le modèle *Recovery College* (RC) représente une intervention innovante de promotion et d'éducation à la santé. Les *Recovery Colleges* (RCs) sont des centres d'apprentissage, dans la collectivité, qui offrent des formations gratuites sur la santé mentale et le bien-être (Perkins & Repper, 2017). Les premiers RCs ont vu le jour en Angleterre en 2007 et ont connu un essor rapide alors qu'on les répertorie dans plus de 28 pays (Hayes et al., 2023; King & Meddings, 2019). Le RC se distingue d'autres modèles d'éducation, car il met de l'avant: la création d'un espace de co-apprentissage qui reconnaît et valorise les différences de chacun; le partage et la reconnaissance de formes variées de savoirs, dont le savoir expérientiel; le croisement de ces différents savoirs; et la mixité et l'hybridation d'apprenants d'horizons variés (Briand, 2023). Le modèle RC repose également sur des valeurs et principes de même que sur des mécanismes d'action qui lui sont propres.

### **2.3.1 Les valeurs et principes**

Les fondements du modèle RC visent à réduire les rapports de pouvoir inégalitaires et de renverser les injustices (Briand, 2023). Les valeurs qui soutiennent cette visée sont: l'égalité des savoirs et des êtres humains et la participation active et équitable des apprenants pour s'interinfluencer et se transformer (Briand, 2023). De ces valeurs découlent huit principes fondamentaux: 1) l'éducation; 2) la collaboration étroite, la coproduction et le co-apprentissage; 3) le contact direct et la mixité des apprenants; 4) l'intégration dans la communauté; 5) l'inclusion sociale; 6) l'apprenant et son processus d'apprentissage; 7) les forces et ressources des apprenants; 8) l'égalité des savoirs et la reconnaissance du savoir expérientiel (Briand, 2023; Chaves, 2021)

#### **1) L'éducation**

L'éducation réfère au fait que le modèle est centré sur des principes éducatifs et non sur une approche thérapeutique ou de traitement (Perkins et al., 2012). Ce sont donc des formations qui sont offertes au sujet de la santé mentale, du bien-être, du rétablissement et du mieux-vivre ensemble (Briand, 2023). Les formations sont centrées sur des principes éducatifs, elles misent sur la pédagogie active et le partage d'expériences et d'expertises entre les apprenants présents (Perkins & Repper, 2017). Les apprenants peuvent ainsi acquérir de nouvelles connaissances et de nouveaux outils.

#### **2) La collaboration étroite, la coproduction et le co-apprentissage**

La collaboration étroite, la coproduction et le co-apprentissage teintent toutes les activités des RCs. Ces derniers opèrent selon une approche de cogouvernance et de copartenariat (Hayes et al., 2023). Les formations sont coconstruites et coanimées par une dyade de formateurs en complémentarité de savoirs : expérientiels, pratiques et théoriques (Meddings et al., 2014). Les formateurs disposent de différents outils pour la coconstruction : guide de coconstruction de la formation, référentiel de compétences et banque d'activités pédagogiques actives. Les formations rassemblent des apprenants d'horizons variés qui partagent leurs savoirs, apprennent ensemble, ce que l'on nomme coapprentissage, et coproduisent des savoirs intégrés qui jumellent les différents types de savoirs en présence (Briand, 2023).

### **3) Le contact direct et la mixité des apprenants**

La mixité des savoirs et des personnes est au cœur des RCs. Les formations sont offertes à des groupes de 15 à 20 personnes d'horizons variés: des personnes vivant ou ayant vécu avec un enjeu de santé mentale, des membres de l'entourage, des professionnels ou gestionnaires des réseaux de la santé et de l'éducation, des membres du personnel d'organisations publiques ou privées, des pairs aidants et patients partenaires, des étudiants et citoyens (Briand, 2023; King & Meddings, 2019). Qu'ils détiennent des savoirs expérimentiels, pratiques ou théoriques, les participants aux formations sont tous placés sur un pied d'égalité et sont nommés des « apprenants ».

### **4) L'intégration dans la communauté**

Les formations sont offertes hors du système de santé, dans la collectivité, soit dans des établissements scolaires, des centres communautaires, des bibliothèques (Briand, 2023) .

### **5) L'inclusion sociale**

Les formations des RCs sont gratuites ou offertes à moindre coût afin de permettre à un maximum de personnes de pouvoir y prendre part. Toute personne intéressée par le RC, peu importe le type de savoir détenu, est la bienvenue à prendre une part active aux décisions et activités, de la gouvernance au développement et à l'animation de formations. Ces façons de faire sont mues par des valeurs d'inclusion, de bienveillance, de générosité et de confiance mutuelle (Briand, 2023).

### **6) L'apprenant et son processus d'apprentissage personnel**

Aucune référence d'un professionnel de la santé n'est nécessaire pour s'inscrire aux formations des RCs ou pour s'y impliquer d'autres façons que soit. Le modèle RC est basé sur une approche d'apprentissage personnel en fonction des besoins spécifiques à chacun (Perkins & Repper, 2017). Ainsi les apprenants choisissent eux-mêmes les formations qu'ils souhaitent suivre et les buts personnels qui s'y rattachent.

### **7) Les forces et ressources des apprenants**



Le modèle RC est orienté vers les forces, les ressources et l'autodétermination des apprenants et des collectivités. Il mise sur le développement de compétences individuelles et collectives ainsi que vers la valorisation de solutions dans les milieux de vie. Le message central des RCs se veut porteur d'espoir et de reprise du pouvoir d'agir (Briand, 2023).

### **8) L'égalité des savoirs et la reconnaissance du savoir expérientiel**

Le modèle RC est centré sur l'égalité des savoirs et met de l'avant la contribution du savoir expérientiel à toutes ces activités. Aussi, chaque personne (apprenant ou formateur) est considérée égale aux autres. Tous contribuent par leurs savoirs, expertises et expériences à la construction d'un savoir collectif à travers des rapports sociaux égalitaires qui se distancient des rapports hiérarchisés ou inégalitaires souvent rencontrés dans les systèmes de santé (Briand, 2023)

### **2.3.2 Les mécanismes d'action**

Quatre mécanismes d'action relient les principes du modèle RC entre eux et permettent de comprendre le fonctionnement du modèle, c'est-à-dire comment les retombées sont obtenues. Ces quatre mécanismes d'action sont: 1) l'espace d'interaction et de parole; 2) l'espace d'égalité et d'hybridation des savoirs; 3) l'espace d'apprentissage collectif et de création des savoirs intégrés et 4) l'espace égalitaire de partage des pouvoirs (Briand, 2023).

#### **1) L'espace d'interaction et de parole**

Le modèle RC constitue un espace d'interaction et de parole. Il s'agit du premier mécanisme d'action. Le modèle se veut un espace d'interaction et de parole dans lequel la voix de toute personne est écoutée et considérée avec égalité. Le contexte des formations permet aux apprenants d'avoir des interactions dans un cadre respectueux et bienveillant (Hayes et al., 2022). Les personnes de différents horizons peuvent ainsi échanger dans un climat de confiance mutuelle (Toney et al., 2018). Ce mécanisme d'interaction et de prise de parole permet à toutes les personnes de s'affirmer et de partager leurs expériences et leurs expertises de même que leurs forces et leurs ressources (Hayes et al., 2022). Cet espace contribue donc à soutenir l'autodétermination, l'émancipation et la reprise du pouvoir d'agir des personnes présentes. Dans

cet espace, de nouveaux liens sociaux sont tissés, un plus grand sentiment de connexion aux autres est ressenti contribuant ainsi à briser l'isolement (Briand, 2023).

## **2) L'espace d'égalité et d'hybridation des savoirs**

À travers les formations offertes dans les RCs, les apprenants issus d'horizons différents apprennent ensemble en croisant leurs savoirs. Il s'agit du deuxième mécanisme du modèle. Toutes les expériences personnelles et professionnelles, de même que toutes les expertises sont reconnues à valeur égale et partagées à travers l'approche de collaboration et de coapprentissage (Briand, 2023). L'espace bienveillant qui est créé est propice au dévoilement des expériences personnelles, ce qui permet des échanges riches (Hayes et al., 2022; Toney et al., 2018). Combinés à la présentation de contenus théoriques et au partage de savoirs pratiques ou cliniques un processus d'hybridation ou de croisement des savoirs se met en place (Briand, 2023). Il est supporté par l'ouverture à l'autre et la reconnaissance et l'égalité des différents types de savoirs (expérientiels, pratiques et théoriques).

## **3) L'espace d'apprentissage collectif et de création des savoirs intégrés**

Au sein des formations RC, les personnes réalisent des apprentissages et créent des savoirs intégrés. Il s'agit du troisième mécanisme d'action. Ce mécanisme implique que les savoirs expérientiels issus de l'expérience de vie, les savoirs pratiques issus de l'expérience professionnelle et les savoirs théoriques et scientifiques sont tous complémentaires (Toney et al., 2018). Ils contribuent tous aux apprentissages et à la création d'un savoir collectif (Hayes et al., 2022). Toute personne contribue à sa façon, à enrichir le thème abordé dans la formation, grâce à leur témoignage et prise de parole (Hayes et al., 2022). Que ce soit par le partage d'éléments théoriques, d'expériences pratiques ou par des témoignages de vécu personnel, les apprenants construisent un nouveau savoir à l'image des réalités et besoins de chacun, un nouveau savoir qui est plus juste et plus équitable (Toney et al., 2018). Cet apprentissage collectif est dit transformateur, soit qu'il jumelle trois des dimensions essentielles à l'apprentissage: i) la dimension cognitive qui stimule la réflexion et l'intelligence; ii) la dimension émotive qui stimule les sens et les émotions et iii) la dimension sociale qui stimule les discussions et les échanges (Illeris, 2004). En prenant une part aussi active dans ce processus, tant les apprenants que les

formateurs créent une intelligence collective. Cette intelligence collective se veut une réponse différente, plus efficace aux besoins des personnes et des collectivités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-vivre ensemble (Briand, 2023)

#### **4) L'espace égalitaire de partage des pouvoirs**

Au sein des formations RC, les personnes expérimentent des rapports sociaux égalitaires et un partage de pouvoir entre apprenants. Il s'agit du quatrième mécanisme d'action du modèle. Au début des formations, les formateurs créent un contexte d'apprentissage bienveillant afin qu'un espace de partage inclusif, sécuritaire, sans jugement et égalitaire se mette en place (Hayes et al., 2022). Les formateurs qui sont aussi d'horizons variés détiennent des savoirs complémentaires ce qui leur confère un rôle de modèle des principes d'égalité (Toney et al., 2018). Les formateurs coconstruisent la formation et coaniment de manière équitable pour faciliter les échanges entre les apprenants, pour partager de façon équitable leurs témoignages d'expérience et d'expertise (Toney et al., 2018). Ils sont à la fois des formateurs et des facilitateurs. Tout est mis en place pour qu'il y ait un apport tant des formateurs que de chaque apprenant (Hayes et al., 2022). Il va sans dire que la générosité des échanges contribue à enrichir: i) les apprentissages; ii) le sentiment de compétence et de pouvoir d'agir et iii) la pratique réflexive qui mène au changement de comportements et d'attitudes (Briand, 2023). Vivre une expérience de partage équitable des pouvoirs de même que des relations chaleureuses et égalitaires devient alors une expérience transformatrice (Briand, 2023; Toney et al., 2018).

### **2.3.3 Les retombées**

Au fil des années, plusieurs études ont été réalisées afin de comprendre le fonctionnement du modèle et ses retombées (Cameron et al., 2018; Meddings et al., 2015). Toutefois, des constats se dégagent voulant que les pratiques évaluatives pour documenter les effets des RCs soient variables, tout comme les structures et le fonctionnement des différents RCs (Anfossi, 2017). Afin d'obtenir un état des connaissances sur les RC et de documenter leur impact et les méthodes utilisées pour les évaluer, une revue de littérature a été réalisée dans le cadre de cette thèse. L'article 1 de cette thèse présente les résultats de cette revue de littérature.

### **2.3.1 Article 1: Recovery Colleges after a decade of research: A literature review**

Ce manuscrit a été soumis le 15 juillet 2019 au journal *Psychiatric Services*, puis accepté le 26 mars 2020 et publié en ligne le 28 mai 2020. L'autrice de cette thèse a élaboré la stratégie de recherche en collaboration avec Marie-Michèle Lord, stagiaire postdoctorale, sous la supervision de Catherine Briand et avec le soutien de Myrian Grondin, anciennement bibliothécaire de recherche. Les articles recensés ont été examinés et sélectionnés conjointement par l'autrice de cette thèse et Gabriella Molina, anciennement coordonnatrice de recherche au laboratoire de Catherine Briand. Les articles retenus ont été analysés par l'autrice de cette thèse et les analyses ont été validées par Catherine Briand. Sara Meddings, *Sussex Partnership – National Health Services Foundation Trust* et Myra Piat, département de psychiatrie, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill ont collaboré à la formation du comité d'experts internationaux. L'autrice de cette thèse a rédigé l'ensemble du manuscrit sous la supervision de Catherine Briand. Marie-Michèle Lord, Sara Meddings et Myra Piat ont offert leurs commentaires sur les différentes versions du manuscrit.

Référence bibliographique :

Thériault, J., Lord, M., Briand, C., Piat, M., & Meddings, S. (2020). Recovery colleges after a decade of research: a literature review. *Psychiatric Services*, 71(9), 928-940. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900352>

## **Abstract**

**Objective:** Since the first recovery college (RC) opened in England in 2009, many more have begun operating around the world. The body of knowledge regarding the effects of RCs is growing, suggesting their benefit to recovery, well-being, goal achievement, knowledge, self-management, social support, reduced stigma, and service use. The objective of this review was to establish the state of knowledge about RCs from current empirical literature and to document the methods used to evaluate them.

**Methods:** In consultation with an international expert panel, two independent evaluators performed a literature review with no date limits on publications in the Medline and Scopus electronic databases.

**Results:** A total of 460 articles were found, and 31 publications were retained. RC attendance was associated with high satisfaction among students, attainment of recovery goals, changes in service providers' practice, and reductions in service use and cost.

**Conclusions:** To our knowledge, this is the first literature review of peer-reviewed publications about original studies evaluating the impacts of RCs, including studies pertaining to students, health service providers' practices, education and management practitioners, and citizens. Quantitative studies with a high level of evidence were underrepresented and should be considered as a future evaluation design. Furthermore, outcomes such as empowerment and reduced stigma should be assessed with standardized tools. The impact of RCs on attendees, family, friends, and caregivers and on the everyday practice of health service providers who attend RCs for continuing education or as tutors should also be assessed.

## **Highlights**

- Attendance at recovery colleges (RCs) is associated with attainment of recovery goals, improved quality of life and well-being, increased knowledge and self-management skills, reduced service use, and changes in service providers' practice.

- This study is the first to include only peer-reviewed publications on original studies designed to evaluate the impact of RCs on service users and providers, and the mental health care system.
- The body of knowledge regarding RCs is growing, but detailed and high-quality investigations on the effects of RCs are now needed.

## **Introduction**

In many countries, mental health systems face the challenge of providing care and services that are efficient and responsive to the needs of their population [1–3]. This challenge requires not only reviewing the allocation of resources but also thinking differently about mental health services and practices and evaluating innovative service models [4–6]. The recovery college (RC) model, which is well established in England and Australia, is one new service model that embodies this shift [7–9].

This model proposes an educational approach in the community, where all people (individuals with or without mental health challenges, their relatives, health service providers, education and management practitioners, citizens, etc.) have access to evidence-based training on mental health, recovery, and well-being [8,9] RCs and their courses are codesigned, coproduced, and cofacilitated by health professionals (experts by training) and people with experiential knowledge of mental health challenges and recovery (peer tutors who are experts by experience) [8, 9]. The courses enable students to increase their knowledge and skills on mental health and recovery and their recognition of experiential knowledge and foster recovery-oriented attitudes and behaviors, such as increased self-management and social inclusion and reduced stigma [7, 10].

The first RC opened in England in 2009, and more than 80 RCs are now operating in 22 countries [10–12]. Many RCs report having implemented ongoing evaluation practices on the basis of student feedback, standardized questionnaires, and qualitative approaches [11]. Since the first RC opened, a body of knowledge about the effects of the model has grown and suggests that benefits arise from attending RCs [9]. Evaluation results suggest that the model has a positive impact on recovery, goal achievement, and development of knowledge about mental health and

self-management; improves well-being, social support, and employment; and reduces service use [8, 9].

These evaluations have used a variety of designs and have helped improve understanding of the scope of impact RCs can have on individuals, clinical practices, and mental health care systems. This body of knowledge has revealed gaps in the literature and a need for more robust evaluation practices and research. Despite sharing a common culture and values, individual RCs vary in terms of their operation, structure, funding, and fidelity to the original model [10–12], all of which can affect generalizability and comparability. This variation explains why exploring the state of knowledge on the impacts of the RC model is now necessary. The objective of this review was to establish the state of knowledge about RCs from current empirical literature and to document their impact and the methods used to evaluate them in order to identify gaps in the literature and highlight recommendations for future study.

## **Methods**

According to Grant and Booth's [13] typology of reviews, a literature review involves identifying and selecting the materials for inclusion and synthesizing them (generally in a narrative form) to analyze their contribution or value. The literature review method seeks to identify previous accomplishments, to consolidate information, or to build on previous work in order to avoid duplication and identify omissions or gaps [13]. In our case, the rapid expansion of RCs around the world justified a literature review.

We conducted a search on the Medline and Scopus databases. Medline is a leading bibliographic source for biomedical scholarly literature, and Scopus is a database of peer-reviewed literature covering research topics ranging from medicine and social sciences to arts and humanities. A university research librarian was consulted to refine the key words and search strategy. Inclusion and exclusion criteria were determined (J.T. and C.B.) and were tested on 10% of the initial pool of articles, which led to minor modifications. We included original, peer-reviewed studies evaluating the effects of RCs or recovery education centers. We excluded publications pertaining to adult education centers or schools, professional education centers or schools, day hospitals or day programs, traditional psychoeducation treatment, RC annual reports, or single-course

evaluations as well as publications in a language other than French or English. (The key words used are available in an online supplement.)

Key words search strategy for Scopus and Medline

1. (Recovery college\* OR recovery education\* centre\* OR recovery education\* center\*) OR (recovery adj2 education\*). ab, kf, kw, ti.

2. (recovery adj2 education\*). ab,kf,kw,ti.

3. 1 OR 2

4. Limit 3 to (English or French)

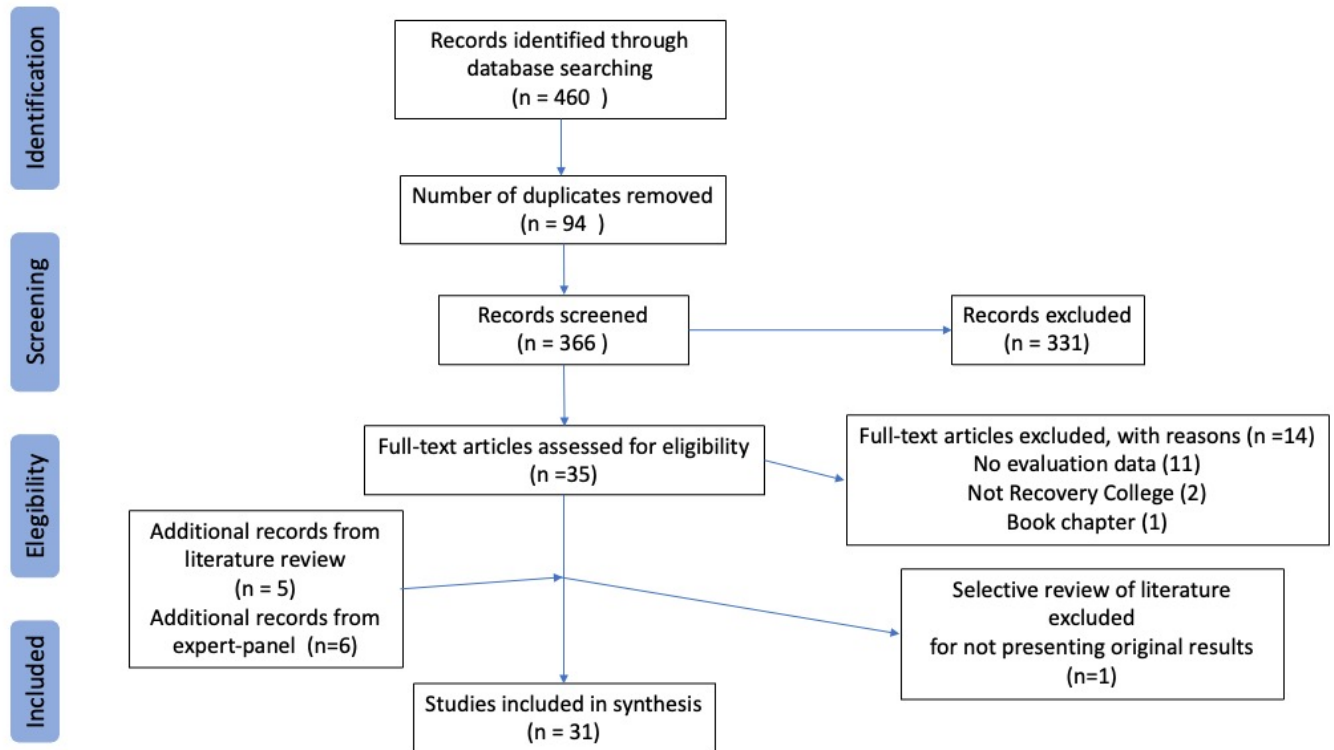
The search was conducted on November 21, 2018. No limits were put on the date of publication. Duplicates were removed, articles were screened by title and abstract, and the remaining articles were read to assess their eligibility. Two independent evaluators performed the screening, sought consensus in cases of discrepancy, and achieved a high level of agreement (90%). Additionally, the reference lists of retrieved literature reviews were manually screened for potential additional articles. Finally, an international expert panel of three researchers (two from England and one from Australia) with extensive knowledge and experience with the RC model was formed. The experts were presented with all included articles and were asked to recommend additional publications that fit the inclusion criteria and that may have been missed by the team.

## **Results**

Of the 460 articles initially found, 35 were read in full to assess their eligibility. We excluded 14 articles: 11 did not include evaluation data, two did not focus on an RC intervention (articles on a veteran's program and a psycho-education group), and one was a gray literature document (book chapter). The reference list of five literature reviews were manually screened for additional articles. One literature review [7] was excluded because it did not report original results, whereas the four others reported results of qualitative inquiry in addition to the literature review. Consultation with the expert panel led to the inclusion of six additional publications. (A flowchart of the steps taken in the screening process is available in the online supplement). The following figure presents the flow chart.



Figure 5. – Preferred reporting items for systematic review and meta-analyses (PRISMA) flow chart



Adapted from: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

### Included publications

A total of 31 publications pertaining to the evaluation of RCs were included in this literature review. Most studies were conducted in England (N=24) and Australia (N=5), with one in Italy and another in Canada. A majority of articles (N=13) presented qualitative evaluation results, and eight articles presented the results of mixed-method studies. Ten articles presented the results of a quantitative evaluation: three articles on a pre-post design, three survey studies, two presenting descriptive statistics, one correlational analysis on goal attainment, and one service evaluation presenting three case studies.

During the review process, we were aware that other literature reviews (N=5) on RCs had been previously conducted, namely by Meddings et al. [7], Windsor et al. [14], and the RECOLLECT study team [15, 16]. These literature reviews included all types of publications (peer-reviewed and gray literature) pertaining to the RC model or other educational models, regardless of objectives or methods. The literature review conducted by Meddings et al. [7] specifically

targeted the effectiveness and cost effectiveness of RCs. The authors used a selective approach and included peer-reviewed publications and gray literature. Among the publications they included, only one was already included in our results. The rest of their reference list was excluded for not being peer reviewed or not reporting empirical evaluation data. The Windsor et al. [14] literature review focused on recovery education programs, including but not limited to RCs. Of the 25 publications they retrieved, only one was already in our results, and the rest were excluded for the same reasons mentioned above. Of the 44 publications retrieved by the RECOLLECT team [15, 16], 10 were included in our literature review, including three among their 10 key publications. The other publications were not included in our review because they were not indexed as peer reviewed in the databases we selected or they did not report empirical evaluation data.

Table 1 [4, 11, 12, 14–41] presents the articles we included, organized alphabetically and according to their study design. Statistically significant results were not reported systematically across the studies. When available, this information is described in the table.

Table 1. Characteristics of the studies (N=31) included in the review

Study	Country	Sample	Goal and methods	Main results
Quantitative studies				
Anfossi, 2017 [11] <sup>b</sup>	England	N=39	Goal: To explore the current state of RCs in the UK. Methods: Survey.	Outcomes evaluation: The majority of RCs collect outcome data (92%). Support and collaboration: The majority of participants stated that their college follows the defining features investigated (coproduction, educational, inclusive, reflects recovery).
Bourne et al., 2018 [17]	England	N=463	Goal: To evaluate service use outcomes for Sussex RC students who use mental health services. Methods: Controlled-before-and-after design with archival data.	Completed group (attended >70% of RC course): Significant reduction in occupied bed days, admission, community contacts over 18 months; significantly greater reduction in the number of admissions than noncompleted group (attended <70% of RC course) over 18 months. Noncashable cost savings estimated to be £1,200 per year per registered student who uses secondary mental health services (net savings of 22%).

Chung et al., 2016 [18]	Canada N/A	Goal: To describe a recovery education center, the Supporting Transitions and Recovery Learning Centre. Methods: Descriptive statistics.	After attending one course, 60% of students attend the subsequent months, while 39.7% of students engaged in continuing education in the community.  Students' positive feedback: More solid social network, a more valued life, and social, educational, and vocational skills
Dunn et al., 2016 [19]	England N=16	Goal: To explore the barriers to attendance of RCs and possible improvements. Methods: Survey.	Personal factors: Physical illness (69%), other commitments or life events (50%), worrying about other students (44%), being anxious (38%), not knowing what to expect (25%). Practical factors: Distance (60%), cost of travel (38%), inconvenient time of day for class (25%), communications issues (25%), etc. Students found individual learning plans to be helpful and to improve attendance.
Kay and Edgley, 2019 [20]	England N=3	Goal: To evaluate cost efficiencies and health outcomes after 1 year of course delivery in an RC. Methods: Service evaluation and case study data evaluation (N=3).	Significant impact on health outcomes (WEMWBS, PAM); improved employment opportunities for students (not specified if significant); 57% (N=176) of students were service users of secondary care; two-thirds showed reduction of contacts with care services, suggesting potential cost savings between £1,000 and £2,000 per person per year (\$1,200 to \$2,500 USD).
King and Meddings, 2019 [12] <sup>b</sup>	England N=25	Goal: To provide a preliminary outline of the international presence, commonality, and differences between RCs. Methods: E-mail survey.	RCs in 22 countries in five continents; participants rated stigma in their country as high and rated use of recovery approaches as low; top common reasons for developing an RC were to transform the organization and change attitudes and culture (N=10), to serve the needs of the community (N=8), and to act on inspiration from visiting other RCs (N=3). Common themes identified were recovery, coproduction, education and learning, inclusivity, sustainability, and culture change.
Meddings et al., 2015 [4]	England N=35	Goal: To evaluate two pilot RCs. Methods: Pre-post design.	High level of student satisfaction: 97% reported that they would recommend the course they had completed. Significant progress on recovery goals: Most commonly gained confidence, increased knowledge and/or skills, and met other people.  Large (statistically significant) gains on PQR, CHOICE, WEMWBS, MANSA. Significant increase in

			number of friends with whom students can talk about mental health.
Meddings et al., 2019 [21]	England N=2296	Goal: To explore whether one RC reflects its community. Methods: Audit analysis and descriptive statistics.	RC students were representative of the local community in terms of membership in protected groups often underserved by mental health services, such as LGBT and BAME <sup>a</sup> , but fewer students were elderly ( $\geq 60$ years) or men.
Nurser et al., 2017 [22]	England N=58	Goal: To measure whether RC courses address self-stigma. Methods: Repeated (within-subjects measure) pre-post design.	QPR (statistically significant) increased following course attendance (mean $\pm$ SD=35.78 $\pm$ 10.97 before attendance vs. 43.09 $\pm$ 8.48 after), indicating that students felt more progress toward recovery after attending. ISMI-10 decreased from 2.34 $\pm$ 0.53 to 2.12 $\pm$ 0.56, indicating students felt less self-stigma following attendance.
Sommer et al., 2019 [23] <sup>b</sup>	Australia N=64	Goal: To examine the type of goals that RC participants set.  Methods: Correlational quantitative analyses.	Most common goals: Education, socialization, general medical health, mental health, and employment; 73% of goals were fully or partially achieved. Students with higher attendance and who attended more courses were more likely to achieve their goals at least partially. Employment goals were significantly less likely to be achieved than other goals (perceived as more difficult to achieve than other goals). Education-related goals had the highest probability of being achieved, followed by mental health, social, and general medical health goals.

#### Mixed-methods studies

Burhouse et al., 2015 [24]	England N=50	Goal: To test if RCs offer hope, knowledge, and practical skills in self-management and support recovery. Methods: Mixed design with pre-post course evaluation questionnaires and focus group.	Quantitative results (statistical significance not reported): 94% of students reported feeling more hope after attending classes; 91% of students reported having increased their knowledge and better knowledge of themselves; many improved their self-management skills (self-confidence, self-control, daily routines, and understanding of others); 100% of students progressed toward their recovery goals. Qualitative results: Individual transformations (sense of belonging, ability to contemplate the future, feeling safe at the RC)
----------------------------	--------------	--	---

Ebrahim et al., 2018 [25]	England N=56–89	<p>Goal: To evaluate the impact of engagement with an RC on student well-being.</p> <p>Methods: Mixed design with pre-post feedback questionnaires.</p>	<p>SWEMWBS: statistically significant difference/improvement between pre-post terms.</p> <p>Empower Flower: statistically significant difference/improvement between pre-post terms.</p> <p>Student feedback: 90% of students had more confidence in their abilities afterward as well as increased motivation; 84% of students felt more confident around people; 94% reported they would be “extremely likely” or “likely” to recommend the RC to friends and family. Themes in students’ comments: quality of recovery-supporting care (unique contribution, fight stigma, and safe place), achievement of individual recovery goals (learning, social support, and social skill); subjective measures of personal recovery (feeling more hopeful about the future), achievement of socially valued goals (work/volunteering and recovery), quality of life and well-being (sense of purpose and confidence, encouragement to leave the house and to feel a part of something), measurement of service use (reduction in use of services, fewer visits to general practitioner, less use of mental health services).</p>
Hall et al., 2018 [26]	Australia N=51	<p>Goal: To study the implementation process and measure intermediate outcomes for people who engaged with an Australian RC.</p> <p>Methods: Coproduced mixed-methods design (implementation study).</p>	<p>Satisfaction highest for “staff respect of students” and “safety and comfort of the service.”</p> <p>Environment oriented toward promoting learning and growth and being inspiring and encouraging; staff were caring and compassionate. Interviews: Students reported a positive impact on education and learning, providing them with access to knowledge; encouraging them to adopt and maintain a healthy lifestyle; employment. Attending the RC gave students the opportunity to participate as peer facilitators.</p>
Hopkins et al., 2018 [27]	Australia N=46	<p>Goal: To understand why young people and adults enrolled in a coproduced, co-received RC. Methods: Mixed design, quantitative and qualitative pre-post survey.</p>	<p>Young people: 50% (N=19) participated in the course to improve their knowledge of the course content; 32% (N=12) hoped to increase their personal self-knowledge and understanding; 10% (N=4) hoped to gain new perspectives on the course subject matter. Adults: A majority (47%) enrolled to improve their knowledge of the course content; 17% (N=5) hoped to increase personal self-knowledge; 13% (N=4) hoped to gain new</p>

				<p>perspectives; 10% (N=3) enrolled in a course with the hope of improving their understanding of how the RC works. Factors that could help them get the most out of the course: Among young people, speaking up (18%, N=7); flexible learning environment (8%, N=3); safe, respectful, and supportive environment (21%, N=8); engaging course content (16%, N=6). Among adults, speaking up (30%, N=9); safe, respectful, and supportive environment (20%, N=6), engaging course content (7%, N=2).</p>
Lucchi et al., 2018 [28]	Italy	N=42 staff; N=34 service users	<p>Goal: To describe the process of planning, implementing, and evaluating the first RC in Italy</p> <p>Methods: Mixed-methods design (implementation study).</p>	<p>Staff (tutors) considered the educational process to be of very good quality; project completely met their expectations (50%). Their involvement changed the way they worked with service users. Service users reported an enjoyable and valuable experience; 65% rated their learning process as very good; 35% rated it good; 70% found it useful for improving their quality of life and personal aspirations. Focus group reported that students acquired new competencies through the courses and were able to make new social connections; approach to coproduction was found to be very good and was described as challenging, useful, and satisfying; staff members recognized the RC model as a valuable tool to enable services to support individual recovery journeys.</p>
Meddings et al., 2014 [29]	England	N=40	<p>Goal: To explore students' perspective on what they consider makes the RC effective. Methods: Mixed design, course feedback, and qualitative interviews.</p>	<p>Feedback forms: 96% of students said that the course was good or excellent; 97% of students said they would recommend it to friends, family, or colleagues. Students reported improved self-esteem, more confidence, and a sense of achievement. The following categories describe what made the RC helpful: learning with others, coproduction and value of lived experience, safe supportive environment, learning new knowledge, social opportunity, structure of the day, and choice.</p>
Perkins et al., 2017 [30]	England	N=94	<p>Goal: To explore the impact of attending the RC on health service providers. Methods: Online</p>	<p>Themes were identified for change in attitudes toward mental health and recovery: new meanings of recovery, challenging traditional views on recovery, hope for recovery, increased parity (the RC positively influenced the way students</p>

		survey with descriptive statistic and thematic analysis.	supported others and increased understanding and empathy), challenging nonrecovery practices, and adopting recovery practices. Other themes included impact on personal well-being, connectedness, safe place, self-care, and a sense of competency and high morale at work.
Stevens et al., 2018 [31]	England N=17–28	Goal: To evaluate arts activities on the well-being of students. Methods: Mixed design, pre-post course questionnaires.	Statistically significant increases in mental well-being and range of arts activities following course attendance. Themes for students included that courses improved service users' mental well-being and promoted artistic growth; students learned skills and engaged in positive risk-taking; the positivity of social aspects of courses was important for many service users. Themes for peer tutors included increased confidence and self-esteem; appreciation for support and supervision. At follow-up, 17 of 24 students reported improved mental well-being, increased social inclusion, and continued use of skills learned in the course to maintain well-being.

**Qualitative studies**

Cameron et al., 2018 [32]	England N=13	Goal: To understand how RC students and tutors experience the design and delivery of a mental health course. Methods: Qualitative case study. Analysis: Qualitative thematic.	Important themes: Effective collaboration between tutors is a key aspect. The use of lived experience expertise was not confined to that shared by peer trainers. The valuing of lived experience on par with practitioner and academic experience meant that the practitioners and academics felt it legitimate to draw on relevant aspects of their own lived experience. The environment and methods of learning had a significant impact and should be considered alongside content. Boundaries that arise between people regarding areas of knowledge and experience can be viewed as sources of creativity that can enrich courses.
Crowther et al., 2018 [15]	England N=33 advisory panel	Goal: To develop a stratified theory identifying candidate mechanisms of action and outcomes (impact) for RCs at the staff, services and, societal levels.	At the staff level, experiencing new relationships may change attitudes and professional practice. Identified outcomes: Experiencing and valuing coproduction; changed perceptions of service users; and increased passion and job motivation. At the services level, RCs sometimes develop separately from their host system, reducing the impact of the college on the organization but

		<p>Methods: Unspecified.</p> <p>Analysis: Inductive thematic.</p>	<p>allowing the development of an alternative culture.</p> <p>At the societal level, partnering with community-based agencies gave the public opportunities for learning alongside people with mental health problems and enabled community agencies to work with people they might not have otherwise. RCs also provided opportunities to beneficially influence community attitudes, thus reducing negative assumptions about people with mental health challenges.</p>
Dalgarno and Oates, 2018 [33]	England N=8	<p>Goal: To explore the meaning of coproduction for clinicians in an RC.</p> <p>Methods: Exploratory case study.</p> <p>Analysis: Qualitative thematic.</p>	<p>The “meaning of coproduction” had four themes: definitions, power dynamics, negotiating roles, and influence on practice. Reassessment of the clinician’s expert role and power changed their practice, the language they used, and the personal information they shared. The mechanisms by which coproduction may transform professional practice included being in an educational rather than a clinical context, the experience of being supported, the challenge of negotiating multiple roles, and experiencing a gradual shift of role emphasis as cotrainer relationships developed. Being a practitioner trainer could be a professionally transformative experience.</p>
Frayn et al., 2016 [34]	England N=8	<p>Goal: To describe the development process of an RC approach in a forensic psychiatry environment.</p> <p>Methods: Unspecified.</p> <p>Analysis: Unspecified.</p>	<p>Two themes emerged: The objective of the RC to support a shift in emphasis from treatment to education; staff felt they related to students in a more constructive way. The value of cofacilitation shared by all; students were inspired by meeting people who got back to the community. Experiential knowledge is considered facilitating.</p>
Gill, 2014 [35] <sup>b</sup>	Australia N=6	<p>Goal: To explore the value of coproduction in the context of the recently established South-Eastern Sydney Recovery College.</p> <p>Methods: Unspecified.</p> <p>Analysis: Unspecified.</p>	<p>Peer educators: Value of coproduction included benefits self-esteem, personal and professional growth, hope and meaning, improved network, skills; codelivery challenging but positive, felt valued and respected. Clinicians: Reported better understanding of service users, new knowledge acquired, challenging move away from traditional power dynamic, support and training required to get the most out the coproduction paradigm. RC</p>



			team: rapid growth was a challenge; underestimated the support and training required.
Harper and McKeown, 2018 [36]	England N=4	Goal: To explore students' motivations for enrollment and attendance with RCs. Methods: Unspecified. Analysis: Thematic.	These themes emerged: Making the effort: attendance sometimes required great effort because participants had little energy left but were motivated to learn and socialize; they forced themselves to attend for the good it will do and because it is part of their recovery. Being "too unwell": illustrates the struggle of learning in the presence of mental health difficulties; participants reported to continue attending even if they felt too unwell because they believed RC could work. Friendly environment: appreciation of the tutors had positive effects on participants' experience and learning; they found the group dynamic positive; participants expressed that RC temporarily reduced their symptoms.
Martina, 2015 [37]	England	Goal: To collect information and students' comments on the course "Poetry for Recovery." Methods: Unspecified. Analysis: Unspecified.	Students appreciated the dynamic between tutors, found them friendly, encouraging, and supportive. Students reported enjoying hearing each other's stories and found the course was a good bonding opportunity. The course helped them deal better with mental illness. Writing helped them manage moods and feelings during recovery. They said the course gave them a confidence boost.
Newman-Taylor et al., 2016 [38]	England N=11	Goal: To assess the impact of the RC in the context of pilot study. Methods: Unspecified. Analysis: Thematic.	Overall theme of connecting with others differently emerged as well as three subthemes: reflection on "stuckness," quality of relationships to enable change, and widening horizons. The change of paradigm elicited by coproduction was recognized as enabling students to engage with each other. Students reflected on their experiences and were more hopeful. Contact with others motivated change and facilitated understanding of new perspectives. The broadening of horizons was associated with moving on and growing in confidence after attending the RC.
Nurser et al., 2018 [39]	England N=8	Goal: To examine individual experiences of a personal storytelling course in an RC. Methods:	Five key themes: highly emotional experience, feeling safe to disclose, renewed sense of self, two-way process, and novel opportunity. Individuals gained a renewed sense of identity from connecting with their emotions and experiences through telling

		Phenomenology. Analysis: Interpretative phenomenological.	their story. Feeling safe facilitated richer disclosure by participants.
Sommer et al., 2018 [40]	Australia N=29	Goal: To explore the experiences of students who attended the South-Eastern Sydney Recovery College. Methods: Exploratory, descriptive qualitative design. Analysis: Thematic.	Four themes emerged from the thematic analysis: Connection with others: Validation that they received, the sense of connection. Hope for the future: Reinforced by a sense of connection with others; RCs gave skills and confidence to manage recovery and move beyond mental illness; opened pathways to education and employment. The importance of lived experience: Tutors highlighted the importance of involving people with lived experience with mental health concerns in the processes of cofacilitation and c-learning; the inclusion of both of people with lived experience and clinical staff as students sitting side by side was valued. Changing attitudes and systems: Renewed and deepened understanding of the meaning of recovery; staff described how this new insight into recovery was having an impact on their clinical practice; incorporating a recovery philosophy into practice required changes to current systems through shifting the orientation.
Toney et al., 2018 [16]	England N=33	Goal: To coproduce a change model characterizing mechanisms of action and outcomes of RCs. Methods: Unspecified. Analysis: Deductive.	Four mechanisms of action for RCs: empowering environment (safety, respect, and supporting choices), enabling different relationships (power, peers, and working together), facilitating personal growth (e.g., coproduced learning, strengths, and celebrating success), and shifting the balance of power through coproduction and reducing power differentials. Outcomes: Change in the student (e.g., self-understanding and self-confidence) and changes in the student's life (for example, occupational, social, and service use).
Windsor et al., 2017 [14]	England N=10	Goal: To critically appraise the existing evidence of recovery educational programs in mental health. Methods: Unspecified. Analysis: Thematic.	Coproduction and education and recovery programs led to a reduction in the use of health services, increased opportunities for future employment, and a positive impact on staff. The college brought safety, empowerment, and stimulation; other important themes included increased confidence, motivation and, social

interaction. Positive qualities of RCs included a safe and supportive environment, social opportunity, a chance to learn from other students, the chance to meet people who had similar experiences, and learning from a mixed group.

FG: Many different outcomes (benefits) were reported, including improved general well-being, confidence, motivation, and social interactions. It is notable that there was a clear lack of negative comments.

Zabel et al., England N=21  
2016 [41]

Goal: To explore the subjective experience of people involved in RCs. Methods: Unspecified. Analysis: Thematic.

Four main themes: Ethos of the RC, personal and organizational impact, value of coproduction, and barriers to engagement. Participants appreciated the inclusive nature of the RC and felt supported by tutors. Hope is a theme that was appreciated for its positive impact on students. Participants reported that the RC environment was supportive, nonjudgmental, safe, and even destigmatizing. They developed several self-management skills that they felt they were able to transfer to different situations. The RC helped them get out of the house and to complete their routine. Participants also felt that RCs could improve services, change practice by sharing information among colleagues, and lead to savings by reducing hospitalizations. Coproduction was an RC principle that participants valued and appreciated.

---

<sup>a</sup> LGBT, lesbian, gay, bisexual, and transgender and BAME, black, Asian, and minority ethnic;

<sup>b</sup>Publication recommended by an international expert panel of researchers with extensive knowledge and experience with the RC model.

CHOICE, Choice of Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis–Short Form; ISMI-10, Internalized Stigma of Mental Illness; LGBT, lesbian, gay, bisexual, and transgender; MANSA, Manchester Short Assessment of Quality of Life; N/A, data not available; PAM, Patient Activation Measure; QPR, Questionnaire about the Process of Recovery; WEMWBS, Warwick and Edinburgh Mental Well-Being Scale.

## The RC Model's International Presence

Three studies described the RCs operating in the United Kingdom and internationally. Moreover, they provided a deeper understanding of how RCs operate and who attends them. Two studies provided information about the principles supporting the operation of RCs. Among the 39 RCs surveyed in the United Kingdom in 2017, a majority agreed or strongly agreed that co-production

occurs at every stage of their college (93%), that their college operates on educational principles (97%), that the college is inclusive and open for all (98%), and that the college reflects recovery in all aspects of its culture and operations [11]. RCs surveyed outside of the United Kingdom have reported the presence of similar principles of operation, such as recovery, coproduction, education and learning, inclusivity, sustainability, and culture change [12]. A majority of UK RCs (92%) reported collecting outcome data from a combination of course evaluation and standardized questionnaires [11]. One study aimed to better understand whether an RC's student population was representative of its community in England and in what ways [17]. Results showed that students were representative of their community in terms of membership in protected groups often underserved by mental health services— such as lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) and black, Asian, and minority ethnic (BAME) populations—but fewer students were elders (60 years old and over) [21].

### **Positive impacts of RCs**

The positive impacts generated by the RCs studied are presented below and organized under the following topics: students' satisfaction and appreciation of the RCs, goal attainment (namely, social network, knowledge and skills, well-being and quality of life, and education and work), changes in service use, and changes in service providers' practice. Perceived barriers and facilitators to attending RCs are also presented.

**Students' satisfaction and appreciation.** Many of the studies [25, 26, 28, 29] report a high level of satisfaction among students and tutors and found that students would recommend the RC to others. Some studies also show an attendance rate of 60%–70% [29]. Effective collaboration between students and tutors and the value placed on lived experience were themes that students appreciated about the RC [32, 36]. Self-stigma (internalization of negative views of others such that a person comes to hold those beliefs about him or her-self) was assessed in a pre-post study, which found a statistically significant reduction in self-stigma among students after attending an RC [22].

**Goal attainment.** Studies showed that students made progress toward attaining personal goals. Those goals are reported below in the subjects of social network, knowledge and skills, well-being and quality of life, and education and work.

Some recovery goals identified by students were oriented toward socialization, and attending the RC helped them improve their social network [21]. In many studies, students talked about how the RC strengthened their social network and offered opportunities for meaningful interactions [28–30]. One study reported that students showed a significant increase in the numbers of friends with whom they could talk about their mental health after attending an RC [40]. For some participants attending RCs, contact with others motivated change and facilitated understanding of new perspectives [40]. These students explained that they reflected on their experiences and were more hopeful [40].

Increasing knowledge and skills was also an important goal for people attending RCs [23] and emerged as a common theme in many of the studies [24, 26, 27, 29]. Participants reported that they had access to knowledge and learned new information. Other participants expressed that they improved their understanding of recovery and increased their knowledge of themselves [24, 27]. In Zabel et al. [41], participants explained that attending the RC helped them gain self-management skills that they felt able to transfer to everyday situations.

In terms of positive impact, progression toward the recovery goal of increased well-being and quality of life was reported as a result of attending an RC [23]. Five studies [4, 20, 22, 25, 31] reported statistically significant improvement in well-being, quality of life, and recovery after attending an RC. In an Italian RC study [26], students expressed that attending the RC helped them adopt and maintain a healthy lifestyle. Some participants also showed statistically significant improvement in measures of empowerment after attending the RC [25, 31]. In another study [38], attending the RC was associated with a widening horizon (i.e., opening to new perspectives) and an increase in confidence. Other studies [16, 35, 37] reported that the RC had a personal impact on the students attending, specifically on self-esteem and self-confidence. Some results have gone further, and participants expressed that attending the RC helped them gain a renewed sense of self. One study [23] concluded that students attending RCs had a 73% likelihood of

partially or fully achieving their goals and a 39% likelihood of achieving more than they had expected. Students with higher attendance rates and higher number of courses attended were more likely to achieve their goals and to achieve more than expected.

For some students, recovery goals are oriented toward integration in or return to school or work [23]. A correlational study [23] reported that students had a higher probability of achieving education-related goals compared with employment goals, the latter being perceived as more difficult to achieve. The results of Kay and Edgley's study [20] showed that attending an RC resulted in an improved pathway to studying, volunteering, and paid employment for students. Similar findings of increased academic pursuit were presented in a study of a Canadian RC [18].

**Change in service use.** Several studies reported a positive impact on service use. In the context of a pre-post methodology analyzing archival data of people attending RCs, Bourne et al. [17] reported a significant reduction in service use (occupied beds, admission, community contacts) among students who attended an RC. Results also showed a significant reduction in service use among individuals who completed at least one course compared with those who attended less than 70% of a course or who only registered [17]. The authors suggest that this reduction in service use can result in a non-cashable cost savings of £1,200 (estimated \$1,500 USD) per year per student using secondary mental health services. Kay and Edgley [20], a study based on service evaluation that presented descriptive statistics and three case studies, showed similar findings. The authors reported that two-thirds of RC students using secondary mental health services showed a reduction in service use after attending the college. They estimated that this reduction could lead to a cost savings of £1,000 to £2,000 (estimated \$1,200 to \$2,500 USD) per student annually [20].

**Change in service providers' practice.** Four studies reported the benefits of health service providers (clinical staff) attending RCs as students or serving as tutors. Providers reported having acquired new knowledge after attending the RC [35]. The experience of coproduction changed their perceptions of people who use services and increased their passion and motivation at work [30]. Experiencing new relationships changed the attitudes and professional practices of clinicians after they attend an RC [15, 30]. Similar findings have been reported in other studies. The

participants experienced a shift from the power dynamics to which they were accustomed and reported that the experience changed their professional practice, the language they use, and the information they share [33, 35]. Staff attending the first Italian RC also reported that their involvement in an RC changed the way they work with service users [28]. Two studies [15, 30] also highlighted that RCs had a positive impact on health services, by developing a peer workforce, and on a societal level, by changing attitudes and beliefs within the community about people with mental health challenges.

**Barriers and facilitators to attending an RC.** Some studies allowed us to understand the perceived barriers and facilitators to RC attendance. One survey study [19] explored the perceived barriers to attendance and suggested recommendations to address those barriers. The most common reasons for students not attending class at the RC were personal, such as physical illness (69%), other commitments or life events (50%), worrying about other students (44%), being anxious (38%), and not knowing what to expect (25%). Other reasons concerned practical factors associated with the RC, such as distance (60%), cost of travel (38%), inconvenient time of day for class (25%), and communication issues (25%) [19]. In another study [36], participants identified low energy level and illness due to mental health challenges as the main obstacles to attendance. However, the students reported that they sometimes forced themselves to attend class because attendance was part of their recovery journey and found that the positive group dynamic with the tutors was beneficial for them and made them glad they came [36]. Other students found the individual learning plan and clear communications, including text or phone call reminders, helpful in improving attendance [19]. Students also reported that experiential knowledge was a facilitating element in the courses and that they valued the shift in favor of education in lieu of treatment (34). In other qualitative studies, students recognized that the paradigm shift toward co- production enabled them to engage with each other [14, 40, 41].

### **Methodologies Used to Evaluate RCs**

**Qualitative designs.** Among the 31 articles included, 42% (N=13) used qualitative methods, 32% (N=10) had quantitative designs, and 26% (N=8) were mixed-methods studies. The qualitative studies have enabled a deeper understanding of the perspectives of the various individuals

attending RCs and the benefits they perceived, namely, increased self-management, self-confidence, and knowledge. Some studies also illustrate a transformation toward a paradigm that promotes equity between health providers and people with lived experience and that values experiential knowledge [15, 33, 35]. Among the qualitative studies (N=13), only four specified the type of methods used, namely, case studies [32, 33], exploratory descriptive qualitative methods [40], and phenomenology [39]. Six articles did not report the methods used, but only the type of analysis conducted (generally thematic analysis and inductive or deductive analysis) [14–16, 36, 38, 41], and three other articles did not report the methods used or the type of analysis conducted [34, 35, 37]. The standard for methodological rigor most often reported in those studies was co-coding of material or group consultation to agree on analysis.

**Quantitative designs.** A total of 10 articles presented the results of a quantitative evaluation. Of those, three studies used a pre-post design methodology to evaluate student outcomes and efficiency [4, 22] and service use [17]. Using a survey methodology, three other studies reported on the current state of RCs worldwide [11], the differences among RCs internationally [12], and the barriers and facilitators to attendance [42]. Other studies presented descriptive statistics on students' feedback [18], cost efficiency, health outcomes [20], and whether the RCs were representative of their local community [21]. One other study was a correlational analysis on goal attainment [23]. Among all of the quantitative studies, four used standardized assessment tools, namely, the Patient Activation Measure, Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale, Manchester Short Assessment of Quality of Life, Choice of Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis, Process of Recovery Questionnaire, Internalized Stigma of Mental Illness Scale, and Goal Attainment Scale [4, 19, 21–22].

**Mixed-methods designs.** Among the mixed-methodologies studies (N=8), six articles pertained to course evaluation: four studies used a pre-post questionnaire followed by an interview (individual or group) [24, 25, 29, 31], and two studies used a survey with both quantitative and qualitative questions [27, 30]. The two others were implementation studies reporting on the implementation process in early stages of the development of RCs and various outcome measures (satisfaction, perceived benefits of attending in terms of knowledge and competencies, improved pathway to study or work) [26, 28]. Hall et al.'s [26] implementation study used two standardized assessment



tools: the Mind Australia Satisfaction Survey and the Developing Recovery Enhancing Environment Measure.

## **Discussion**

This review aimed to establish the state of knowledge of empirical literature about RCs and the methods that have been used to evaluate them. RC attendance is associated with beneficial outcomes among people with mental health challenges, health care providers, and mental health care systems. Studies showed that the RC model is present worldwide and has an impact on multiple outcomes: recovery, well-being and quality of life, social relations, internalized stigma and discrimination, employment and community activities, culture change, cost saving, and service use.

However, some outcomes were less explored. Internalized stigma was assessed with a standardized tool in only one study [22]. No other study evaluated the effect of RCs on reducing stigmatic attitudes and behaviors among students, RC staff (tutors and other team members), health care providers and managers who attended RCs, and community members. This omission is surprising considering that RCs are renowned for having an impact on reducing stigma, discrimination, and stigmatizing attitudes and behaviors [8–10]. Empowerment is another outcome that has not been thoroughly assessed. Results regarding empowerment were reported only in qualitative studies. This is an important limitation to address because standardized tools are available to measure empowerment and because empowerment is an important personal goal for people attending RCs [16].

Also, the results on cost savings and reduction of service use, although promising, should be carefully considered. The method used, namely, archival data evaluation pre-post RC attendance [17, 20], do not consider the influence of participants' background characteristics on the results. Insufficient information on participants' background characteristics (for example, on life context, life events, or available support) could induce bias.

Quantitative designs aimed at evaluating RCs' effects are well represented (N=10) but are mainly pre-post designs, surveys, and presentations of descriptive statistics. These studies used designs with low levels of evidence, which do not lead to strong conclusions about the effects of the RC

model. At the time the data were collected and analyzed, no randomized-controlled trial (RCT) or longitudinal study had been conducted to evaluate the effects of the RC model, despite many recommendations [7, 10].

The results of this literature review show that Meddings et al.'s [7] recommendation that qualitative and mixed-methods studies be conducted to evaluate the impacts of the RC model has been followed. Eight mixed-design studies were found in the review. The qualitative component of the mixed studies allowed a better understanding of the impact RCs have on personal variables such as self-management skills and sense of self, although these variables were not measured with standardized tools. This is an important finding because RCs are environments rich in diversity and because the positive experience of RC attendance could be an important indicator of the colleges' sustainability. This review generated an important body of knowledge highlighting the model's mechanisms of change, which many studies stressed [7, 10].

The results of the qualitative studies reviewed highlight how significant the RC model can be at the individual and system levels. This is valuable information for organizations operating RCs and collaborating with them [10]. Although many of the qualitative studies were co-developed, because co-development is a core principle of the RC model, very few report on criteria for qualitative methodological rigor, namely, credibility, transferability, and dependability. This omission constitutes the principal limitation to the findings of these studies.

### **Future Directions**

The results of this first empirical literature review of studies evaluating the impact of RCs pave the way for promising perspectives in the future. First, the impact of attending an RC should be assessed in an inclusive manner across all student groups, regardless of whether they use mental health services. This practice would align evaluation efforts with the principles of diversity and inclusion at the core of the RC model. Most studies have obtained data for students who use services. Studies in which all students have been included have not consistently reported how many of those students use services nor explored similarities and differences in outcomes between the two groups. Less information is available for friends and family members of RC students and for other community members. Informal feedback of family members and friends

of students attending an RC has been positive, but more formal evaluations need to be conducted [10]. Additionally, evaluating how RCs influence stigmatic attitudes and empowerment for all students should be part of ongoing research efforts [22], and these outcomes should be thoroughly assessed by using standardized tools. Studies should also assess how representative RC students are of the general population in order to implement initiatives that target populations sometimes underrepresented in RCs or mental health services, namely, older people, younger people, men, and members of BAME and LGBT groups [21, 43].

Second, evaluating the impact of continuing education at RCs among health service providers should also be part of assessing the effects of RCs [10], specifically the effects on providers' mental well-being, attitudes, and perceived sense of competency. Future research should also evaluate the impact of attending RCs at the practice level. For example, what knowledge and skills do providers acquire, and how do they use them in their practice? How does the balance of power shift in their relationship with service users, and how does this shift affect everyday practice [15, 33]? Additionally, assessing changes in stigmatic attitudes and behaviors of students, tutors, health and management practitioners, and citizens should be a part of the ongoing outcome evaluation of RCs in order to document their effects at the system level.

Third, as the results showed, RCs are located around the world, and despite the common culture and values they share, various models of operation can be identified [10–12, 43]. Although the RC model has key principles that define it— coproduction, co-learning, a focus on recovery, an empowering environment, enabling different relationships, shifting the balance of power, and promoting personal growth [16]— future research should consider documenting the degree to which the model can be adapted while retaining fidelity to those principles [9]. In doing so, this research may allow RCs to demonstrate that they provide an enabling environment, rich in diversity, that meets the goals of social inclusion and fights stigma and discrimination [10]. Future research could also benefit from initiatives documenting the mechanisms involved in co-learning and exploring how co-learning can be fostered [30].

Fourth, research efforts should extend beyond traditional mental health populations initially targeted by RCs (people with serious mental health challenges, such as psychosis, bipolar

disorder, anxiety disorder, or depression) because courses covering many topics are now offered. Other groups, such as youths and seniors, should also be considered in the development of RC programs. Many youths experiencing mental health challenges look forward to improving their knowledge and skills in order to manage their health, increase their personal self-knowledge, and gain new perspectives and hope [27]. They seek to receive services that are supportive and respectful in an environment that promotes learning, such as RCs [43]. Learning opportunities for seniors are already present in the community, but a majority place seniors in an essentially passive role. In this context, the adaptation of the RC model for an aging population seems to meet a pressing need for this population. Research should evaluate how the RC model can be adapted to these populations and respond to their mental health needs for knowledge and empowerment.

Fifth, future research initiatives should be developed around sound methodologies. In pioneering articles on RCs, recommendations for future research were to conduct long-term follow-up studies. This suggestion was not reflected in the studies we reviewed; no long-term studies were available at the time of this review. Many articles we reviewed still stressed the importance of conducting long-term studies to evaluate the effects of RCs. Longitudinal studies could measure the longer-term impacts of RCs and the sustainability of results and document the students' progression toward employment and mainstream education [7, 20, 23, 27, 31, 40]. Although following participants may be challenging over the long term, doing so could also support the findings about the financial impact RCs have on mental health service use [7, 17, 20, 25]. Many authors recommended that research with a higher level of evidence, such as RCTs, be conducted to better investigate the causal link between RCs and positive outcomes [7, 17]. Of course, research efforts should be oriented toward obtaining strong evidence about the effects of a complex intervention like RCs. However, researchers must reflect on how this level of evidence can be achieved without compromising the core principles of the RC model.

### **Limitations and Strengths**

Despite the methodological steps followed to undertake this literature review, some limitations remained. The analysis of the data collected may have been limited due to the diversity of data

reported (quantitative, qualitative, and mixed). Also, although two evaluators carried out the screening and an expert panel was consulted for the inclusion of additional articles, some articles may have been missed. However, one of the unique contributions of this review is that, to our knowledge, it is the first to include only peer-reviewed publications on original studies with designs aimed at evaluating the impacts of the RC model at every level (students/service users, relatives, citizens, clinicians, RC staff, communities, service organizations, and service providers). It reinforces the importance of conducting studies with a high level of evidence on the effects of the RC model.

## **Conclusions**

This review shows that the body of knowledge regarding RCs is growing. Benefits of attending RCs include a high level of satisfaction among students; attainment of recovery goals; improved quality of life and well-being; increased knowledge and self-management skills; reduction of service use; changes in service providers' practices, including a more egalitarian relationship with service users; and transformation of attitudes and beliefs. However, the results of this study highlight the need for detailed and high-quality investigations on the effects of RCs. Obtaining more conclusive evidence should be a priority for future research initiatives on RCs in order to give organizations the confidence necessary to invest in the RC model [20, 38, 40].

## **Author and Article Information**

Department of Occupational Therapy, University of Québec at Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada (Thériault, Lord, Briand); Department of Psychiatry, Douglass Hospital Research Centre, McGill University, Montreal (Piat); Psychology and Psychological Therapies, Sussex Partnership National Health Service Foundation Trust, Hove, United Kingdom (Meddings). Send correspondence to Ms. Thériault (joanie.theriault@uqtr.ca). Preliminary results of this study were presented at the 2019 European Network for Mental Health Service Evaluation Conference, June 6–8, 2019, Lisbon.

## **References**

- [1] Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Ottawa, Mental Health Commission of Canada, 2015
- [2] Changing Direction, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada Calgary (Alberta). Ottawa, Mental Health Commission of Canada, 2012
- [3] The World Health Report 2006—Working Together for Health. Geneva, World Health Organization, 2006
- [4] Meddings S, Campbell E, Guglietti S, et al: From service user to student: the benefits of recovery college. Clin Psychol 2015; 2015: 32–37
- [5] Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, et al: Implementing evidence- based practices for people with severe mental illness. Behav Modif 2003; 27:387–411
- [6] Shepherd G, Boardman J, Rinaldi M, et al: Supporting Recovery in Mental Health Services: Quality and Outcomes. London, Implementing Recovery Through Organisational Change, 2014
- [7] Meddings S, McGregor J, Roeg W, et al: Recovery colleges: quality and outcomes. Mental Health Social Incl 2015; 19:212–221
- [8] Perkins R, Repper J, Rinaldi M, et al: Recovery Colleges: Implementing Recovery Through Organisational Change. London, Centre for Mental Health, 2012
- [9] Perkins R, Repper J: When is a “recovery college” not a “recovery college”? Mental Health Social Incl 2017; 21:65–72
- [10] Perkins R, Meddings S, Williams S, et al: Recovery Colleges 10 Years On. Nottingham, UK, Implementing Recovery Through Organisational Change, 2018
- [11] Anfossi A: The Current State of Recovery Colleges in the UK. Nottingham, UK, Implementing Recovery Through Organisational Change, 2017
- [12] King T, Meddings, S.: Survey identifying commonality across international recovery colleges. Ment Health and Social Incl 2019; 23:121–128

- [13] Grant MJ, Booth A: A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 2009; 26:91–108
- [14] Windsor L, Roberts G, Dieppe P: Recovery colleges—safe, stimulating and empowering. *Mental Health Social Incl* 2017; 21:280–288
- [15] Crowther A, Taylor A, Toney R, et al: The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 28:481–488
- [16] Toney R, Elton D, Munday E, et al: Mechanisms of action and outcomes for students in recovery colleges. *Psychiatr Serv* 2018; 69:1222–1229
- [17] Bourne P, Meddings S, Whittington A: An evaluation of service use outcomes in a recovery college. *J Ment Health* 2018; 27:359–366
- [18] Chung TE, Eckerle Curwood S, Thang H, et al: Introducing a recovery education centre for adults experiencing mental health challenges and housing instability in a large urban setting. *Int J Ment Health Addict* 2016; 14:850–855
- [19] Dunn EA, Chow J, Meddings S, et al: Barriers to attendance at recovery colleges. *Ment Health Social Incl* 2016; 20:238–246
- [20] Kay K, Edgley G: Evaluation of a new recovery college: delivering health outcomes and cost efficiencies via an educational approach. *Ment Health Social Incl* 2019; 23:36–46
- [21] Meddings S, Walsh L, Patmore L, et al: To what extent does Sussex Recovery College reflect its community? An equalities and diversity audit. *Ment Health Social Incl* (Epub July 15, 2019).
- [22] Nurser K, Hunt D, Bartlett T: Do recovery college courses help to improve recovery outcomes and reduce self-stigma for individuals who attend? *Clin Psychol* 2017; 300:32–37
- [23] Sommer J, Gill KH, Stein-Parbury J, et al: The role of recovery colleges in supporting personal goal achievement. *Psychiatr Rehabil J* 2019; 42:394–400
- [24] Burhouse A, Rowland M, Marie Niman H, et al: Coaching for recovery: a quality improvement project in mental healthcare. *BMJ Qual Improv Rep* 2015; 4:u206576.w2641

- [25] Ebrahim S, Glascott A, Mayer H, et al: Recovery colleges: how effective are they? *J Ment Health Train Educ Pract* 2018; 13: 209–218
- [26] Hall T, Jordan H, Reifels L, et al.: A process and intermediate outcomes evaluation of an Australian recovery college. *Journal of Recovery in Mental Health* 2018; 1:7–20
- [27] Hopkins L, Pedwell G, Lee S: Educational outcomes of discovery college participation for young people. *Ment Health Social Incl* 2018; 22:195–202
- [28] Lucchi F, Chiaf E, Placentino A, et al: Programma FOR: a recovery college in Italy. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2018; 1: 29–37
- [29] Meddings S, Guglietti S, Lambe H, et al: Student perspectives: recovery college experience. *Ment Health Social Incl* 2014; 18: 142–150
- [30] Perkins RJH, Hammond L, Davies S, et al: Impacts of attending recovery colleges on NHS staff. *Ment Health Social Incl* 2017; 21: 18–24
- [31] Stevens J, Butterfield C, Whittington A, et al: Evaluation of arts- based courses within a UK recovery college for people with mental health challenges. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15:04
- [32] Cameron J, Hart A, Brooker S, et al: Collaboration in the design and delivery of a mental health recovery college course: experiences of students and tutors. *J Ment Health* 2018; 27: 374–381
- [33] Dalgarno M, Oates J: The meaning of co-production for clinicians: an exploratory case study of practitioner trainers in one recovery college. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018; 25:349–357
- [34] Frayn E, Duke J, Smith H, et al: A voyage of discovery: setting up a recovery college in a secure setting. *Ment Health Social Incl* 2016; 20:29–35
- [35] Gill KH. Recovery colleges, co-production in action: the value of the lived experience. *Health Issues*. 2014; 113:10–14



- [36] Harper L, McKeown M: Why make the effort? Exploring recovery college engagement. *Ment Health Social Incl* 2018; 22:27–33
- [37] Martina T: Poetry for recovery: peer trainer reflections at Sussex Recovery College. *Clin Psychol* 2015; 2015:28–31
- [38] Newman-Taylor K, Stone N, Valentine P, et al: The recovery college: a unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatr Rehabil J* 2016; 39:187–190
- [39] Nurser KP, Rushworth I, Shakespeare T, et al: Personal storytelling in mental health recovery. *Ment Health Rev J*. 2018; 23: 25–36
- [40] Sommer J, Gill K, Stein-Parbury J: Walking side-by-side: recovery colleges revolutionising mental health care. *Ment Health Social Incl* 2018; 22:18–26
- [41] Zabel E, Donegan G, Lawrence K, et al: Exploring the impact of the recovery academy: a qualitative study of recovery college experiences. *J Ment Health Train Educ Pract* 2016; 11:162–171
- [42] Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS, et al: Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008; 35: 357–369
- [43] Hopkins L, Foster A, Nikitin L: The process of establishing discovery college in Melbourne. *Ment Health Social Incl* 2018; 22: 187–194

## Chapitre 3 – Méthodes

### 3.1 Le champ de la recherche évaluative et l'approche participative

Ce chapitre présente l'ensemble des méthodes utilisées dans le cadre de ce projet de thèse. D'abord, la perspective de recherche évaluative dans lequel s'inscrit ce projet de thèse est présentée, suivie d'une explication sur le devis et les types d'analyses utilisés. Ensuite, chacune des étapes méthodologiques et leurs sous-étapes sont explicitées de même que les stratégies de collecte et d'analyse de données respectives. De plus, l'approche de recherche participative dans laquelle se déroule l'analyse logique et l'analyse d'implantation est abordée. Finalement, les étapes de la phase préalable sont d'abord décrites suivies des étapes de phase 1 d'analyse logique et de la phase 2 d'analyse d'implantation.

Ce projet de thèse s'inscrit dans le champ de la recherche évaluative. Cette dernière vise à évaluer le degré d'adéquation, soit la justesse des liens, entre une intervention et ses différentes composantes à l'aide de méthodes scientifiques (Ridde, 2012; Brousselle, Champagne, Contandripoulos & Hartz, 2011). Il est donc question d'analyser: i) la pertinence des relations entre une problématique de santé et les objectifs d'une intervention; ii) la cohérence entre les activités de cette intervention et les objectifs; et iii) de même que l'adéquation entre les ressources investies et les retombées attendues de cette même intervention (Ridde, 2012; Brousselle, Champagne, Contandripoulos & Hartz, 2011). Six types d'analyses composent la recherche évaluative: l'analyse stratégique, l'analyse logique, l'analyse de la production, l'analyse des processus, l'analyse des effets, l'analyse de l'efficacité et l'analyse d'implantation (Brousselle et al., 2011). Dans le cadre de ce projet de thèse, une analyse logique et une analyse d'implantation ont été effectuées. Ces analyses permettent de saisir la pertinence entre la problématique des ACA dysfonctionnels et les objectifs d'une intervention d'éducation à la santé faisant la promotion d'ACA fonctionnels.

Le déploiement de ce projet de thèse mise sur un multipartenariat entre trois organisations : deux organisations de recherche soit, le CÉRRIS et le Loricorps et une organisation d'éducation à la santé, le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR), le *Recovery College* québécois.

Grâce à ce multipartenariat, le projet s'inscrit dans une approche de recherche de recherche participative qui implique un engagement actif des trois organisations dans la prise de décision, la mise en commun soutenue des savoirs et expertises et dans le partage de pouvoirs (Bush et al., 2017; Camden et al., 2015; Larivière et al., 2020). Le processus évaluatif déployé dans l'analyse logique et l'analyse d'implantation tend à s'approcher de l'évaluation participative (Larivière et al., 2020). L'évaluation participative implique un partenariat entre un ou des évaluateurs et des personnes concernées par l'évaluation, mais qui ne sont pas évaluateurs (Larivière et al., 2020). Trois aspects permettent de statuer sur la teneur participative de l'évaluation, soit le contrôle du processus d'évaluation, la sélection des partenaires et l'étendue de leur implication (Larivière et al., 2020). Afin de mieux cerner la teneur participative du projet, la grille créée par Daigneault, Jacob et Tremblay (2012) et à été utilisée et permet d'avancer que le projet tend vers une évaluation participative en raison d'un score de 0,25 et plus pour chacun des trois attributs soit, i) l'étendue de l'implication des partenaires non-évaluateurs; ii) la diversité des partenaires non-évaluateur et iii) le niveau de contrôle de l'évaluation par les partenaires non-évaluateurs. L'annexe II présente la grille cotée. Cette approche participative est déployées dans plusieurs études récemment conduites afin de documenter le processus de coconstruction, l'évaluation et les retombées de plusieurs RCs (Cameron et al., 2018; Lin, Harris, Black, et al., 2022; West et al., 2022).

### **3.2 Devis de la thèse et explication des types d'analyse**

Pour le déroulement du projet de recherche, le devis privilégié est un devis qualitatif descriptif dans lequel s'est déroulée une phase préalable suivie de l'analyse logique (phase 1) et de l'analyse d'implantation (phase 2).

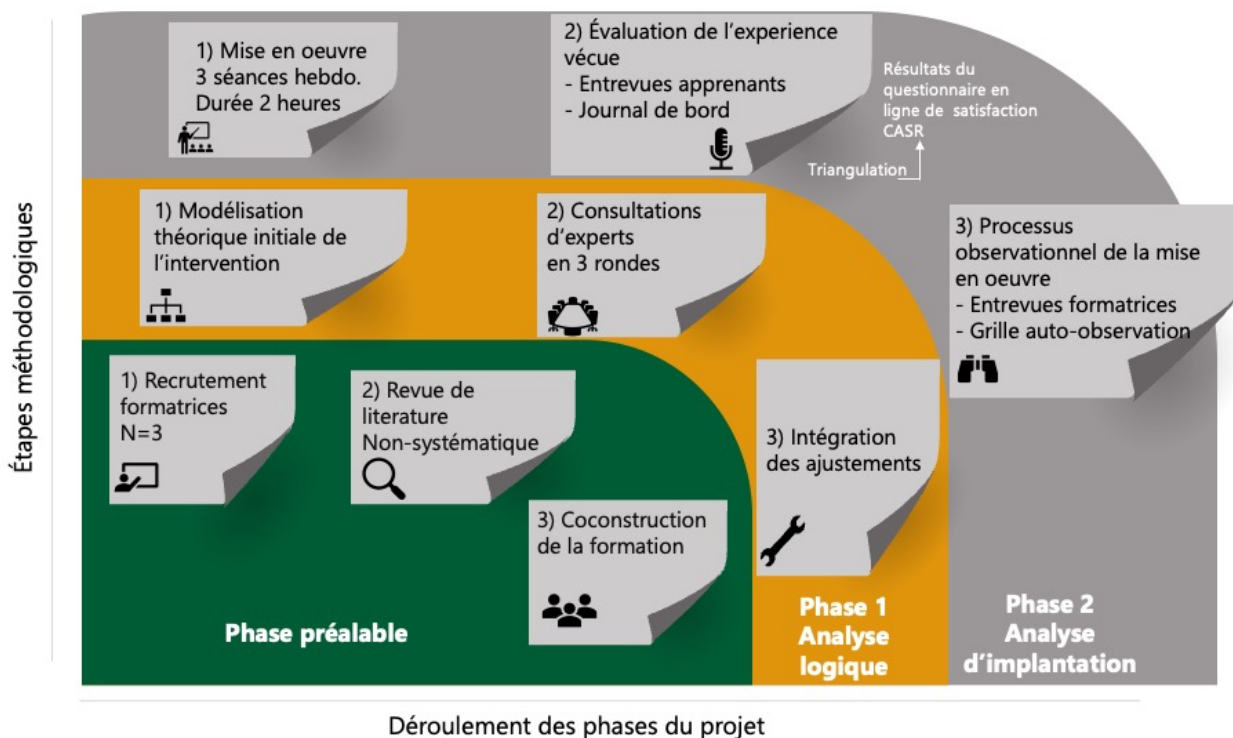
La phase préalable du projet de thèse permet de rassembler les personnes, le matériel et les processus nécessaires au déploiement de la phase 1, soit l'analyse logique. L'analyse logique s'intéresse à la cohérence, soit au bien-fondé et à la validité opérationnelle de l'intervention (Porteous, 2012; Brousselle et al., 2011). Ce type d'analyse permet d'évaluer la solidité des fondements théoriques d'une intervention. Sans théorie de l'intervention solide, une intervention pourrait ne pas amener les changements escomptés (Chen, 2005; Brousselle et al.,

2011). Dans ce projet de thèse, l'analyse logique a été effectuée afin de répondre à l'objectif spécifique 1 c'est-à-dire modéliser et analyser la théorie de l'intervention favorisant les ACA fonctionnels. L'analyse logique permet d'évaluer si la théorie de l'intervention développée, la formation RC, est plausible et s'il y a adéquation entre les objectifs de l'intervention et les moyens déployés pour les atteindre. L'analyse logique implique trois étapes méthodologiques: une modélisation initiale de l'intervention, une consultation d'experts et un ajustement de la modélisation. Ces étapes méthodologiques sont présentées dans les sections suivantes.

L'analyse d'implantation, phase 2 du projet de thèse, s'intéresse aux interactions entre l'intervention et le contexte dans lequel elle est mise en œuvre (Brousselle et al., 2011). Ce type d'analyse permet d'apprécier la façon dont l'intervention produit des changements, soit comment et pourquoi une intervention fonctionne ou non, et ce, dans un contexte précis (Brousselle et al., 2011). L'analyse d'implantation a été effectuée afin de répondre à l'objectif spécifique 2 du projet de thèse c'est-à-dire analyser la mise en œuvre de l'intervention modélisée afin d'en apprécier la conformité. Deux volets de conformité ont été considérés: 1) la conformité de la mise en œuvre en regard de la modélisation théorique établie en première étape et 2) la conformité de la mise en œuvre en regard des principes du modèle RC. L'analyse d'implantation implique trois étapes méthodologiques décrites aux sections suivantes: la mise en œuvre de l'intervention, l'évaluation de l'expérience vécue de l'intervention et le processus observationnel de l'intervention.

La figure suivante présente une vue d'ensemble des phases constituant ce projet de thèse, soit la phase préalable, les phases 1 et 2 ainsi que leurs étapes méthodologiques qui seront reprises en détail dans chacune des sections suivantes.

Figure 6. – Vue d'ensemble des phases du projet de thèse et des étapes méthodologiques



### 3.3 Présentation de la phase préalable

Le déroulement de la phase préalable comporte trois étapes: i) l'identification et recrutement des formateurs qui participeront à la co-construction de la formation; ii) la réalisation d'une revue de littérature sur les composantes importantes d'une intervention qui fait la promotion d'ACA fonctionnels et iii) des séances de travail collaboratif entre la doctorante et les formateurs recrutés pour coconstruire la formation. La finalité des étapes méthodologiques de cette phase est l'élaboration d'un tableau des contenus théoriques potentiels et d'un guide de coconstruction de la formation qui serviront à amorcer la phase 1, soit l'analyse logique.

#### 3.3.1 Identification et le recrutement des formateurs

Selon les principes du modèle RC, lorsqu'il est question de développer une formation au sein du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR), cette dernière doit être portée minimalement par une dyade de formateurs détenant une combinaison de savoirs. Il s'agit des

savoirs expérientiels (acquis à l'issue de la prise de distance avec l'expérience de la maladie), des savoirs pratiques (issus de l'expertise et de l'expérience professionnelle), et des savoirs théoriques (issus des connaissances académiques et empiriques) sur le sujet de la formation. Ces formateurs sont ensuite accompagnés par une personne-ressource détenant des savoirs sur les données probantes du sujet de la formation (savoirs théoriques), dans le cas présent, la doctorante. Des formateurs potentiels ont d'abord été prospectés parmi le bassin de formateurs certifiés du centre pour coconstruire cette nouvelle formation. Ils ont été approchés selon les critères suivants: i) détenir une certification de formateur RC émise par le CASR; ii) détenir des savoirs expérientiels liés aux ACA en raison d'un vécu personnel ou celui d'un proche; iii) détenir des savoirs pratiques et/ou théoriques sur la problématique des ACA dysfonctionnels. Trois formatrices satisfaisaient ces critères et démontraient un intérêt pour la coconstruction d'une formation abordant les ACAF. Le tableau suivant présente ces formatrices en termes de tranches d'âge à laquelle elles appartiennent, d'expérience en tant que formatrice et de combinaison de savoirs détenus.

Tableau 1. – Caractéristiques des formatrices impliquées dans la coconstruction de la formation sur les ACA fonctionnels

Formatrices	Tranche d'âge	Expérience de formatrice	Combinaison de savoirs détenus
Formatrice 1 (RM)	30-40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatrice depuis 2019</li> <li>• Impliquée comme formatrice dans 2 formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détient des savoirs expérientiels liés à un vécu personnel d'enjeux d'ACAD</li> <li>• Détient des savoirs pratiques en intervention psychosociale en milieu communautaire</li> </ul>
Formatrice 2 (MEM)	20-30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatrice depuis 2019</li> <li>• Impliquée comme formatrice dans 2 formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détient des savoirs expérientiels liés à un vécu personnel d'enjeux d'ACAD</li> <li>• Détient des savoirs théoriques et pratiques en intervention en criminologie</li> </ul>

Formatrice (BV)	3	16-20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatrice depuis 2019</li> <li>• Impliquée comme formatrice dans 2 formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détient des savoirs expérimentiels liés à un vécu personnel d'enjeux d'ACAD</li> <li>• Détient des savoirs théoriques et pratiques en petite enfance</li> </ul>
-----------------	---	-------	--	--

### 3.3.2 Revue de la littérature sur la promotion d'ACA fonctionnels

Afin de soutenir la coconstruction de la formation, une revue de littérature visant à dégager les composantes importantes à intégrer dans une intervention d'éducation à la santé faisant la promotion d'ACA fonctionnels a été réalisée. La revue de littérature s'est voulue non-systématique et sélective. Ce choix méthodologique s'appuie sur la littérature scientifique issue des travaux de recherche, en particulier sur un article dans lequel la doctorante figure comme co-auteur intitulé : Exploratory study: a blind integrated school-based prevention program on eating disorders and obesity (Monthuy-Blanc et al., 2021). Cet article récent contient une recension des écrits exhaustive (n=14 publications revues par les pairs) au sujet des initiatives de prévention des TCA en milieu scolaire. Cette recension a permis d'identifier plusieurs composantes importantes des initiatives de prévention des TCA centrées sur l'éducation à la santé en milieu scolaire. Il était donc maintenant nécessaire d'identifier des initiatives destinées à un public mixte d'adultes qui diffère de celle du milieu scolaire (et qui s'avère représentatif du public cible des RCs) qui adoptent une approche de promotion et d'éducation à la santé. Les questions principales suivantes ont guidé la démarche: quels sont les thèmes et sujets à aborder dans la promotion d'ACA fonctionnels? Quels sont les thèmes ou les sujets à éviter? De quelle façon doit-on aborder les différents thèmes et sujets en promotion d'ACA fonctionnels? Quelles sont les retombées attendues en matière de promotion d'ACA fonctionnels? Les critères d'inclusion étaient que les articles portent sur une population adulte et abordent une initiative de promotion de la santé ou d'éducation à la santé. Il était attendu que des études d'autres experts du sujet complémentent l'expertise du Loricorps. Les bases de données Google Scholar et Scopus ont été choisies pour mener la recherche.

Un total de 12 publications a permis d'obtenir des réponses aux questions. L'analyse de ces publications a été intégrée dans un tableau-synthèse qui identifie des contenus théoriques potentiels et autres composantes importantes, le tout basé sur des données probantes appuyant le rationnel de l'intervention. Ce tableau-synthèse a servi de point de départ pour l'étape suivante, les séances de travail collaboratif et la coconstruction de la formation avec les formatrices.

### **3.3.3 Séances de travail collaboratif et coconstruction de la formation**

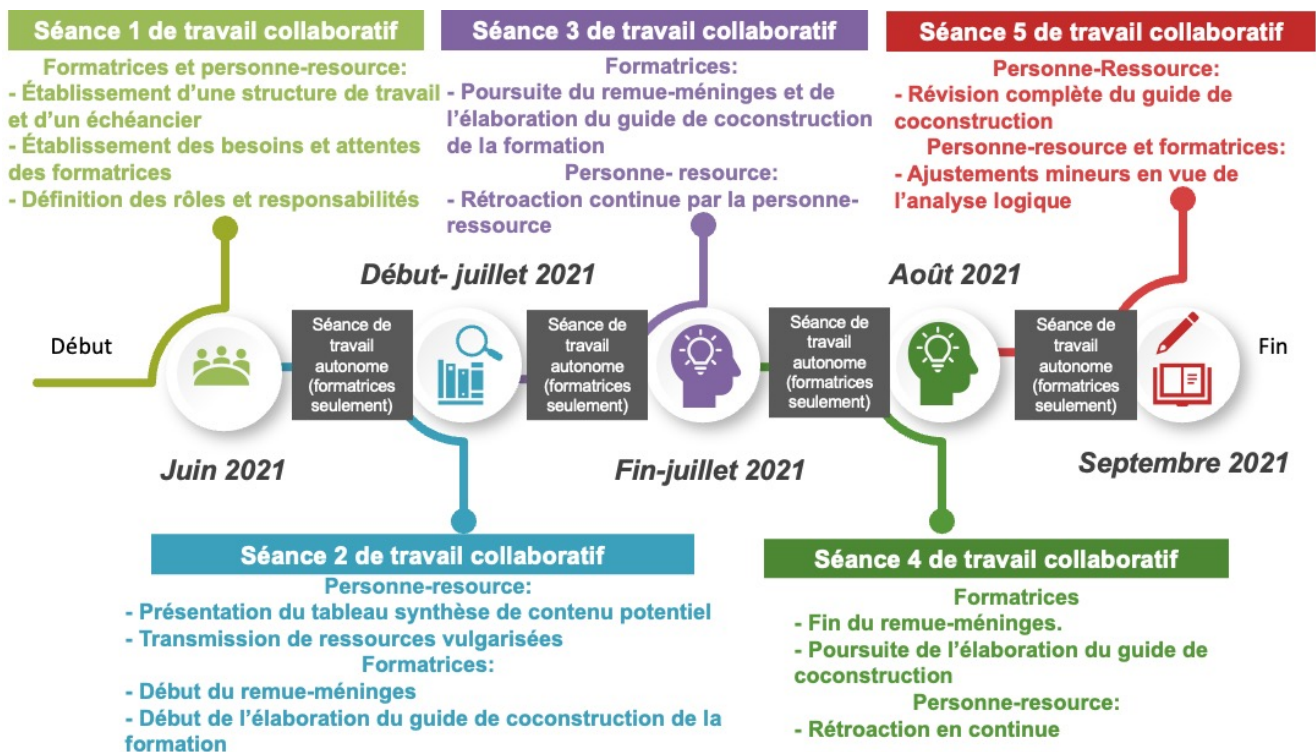
L'approche du design participatif a inspiré la démarche de coconstruction de la formation. Le design participatif permet d'impliquer les personnes utilisatrices d'une initiative de santé dans le processus d'idéation et de développement de cette dernière (Vial et al., 2022). L'implication de ces personnes non expertes en design (les utilisateurs) met à contribution leurs savoirs tacites et permet à l'initiative développée de gagner en pertinence et en utilisabilité (Spinuzzi, 2005; Vial et al., 2022). Le design participatif implique un engagement des personnes dès les débuts du projet dans une perspective égalitaire avec les personnes expertes ou chercheurs en design (Masterson et al., 2022; Vial et al., 2022). La démarche adopte un déroulement itératif de trois étapes globales : 1) explorer les besoins, priorités, désirs, compétences et idées des personnes utilisatrices impliquées; 2) approximer la solution développée, en définir les contours à être approfondis par la suite; et 3) raffiner, amener la solution à être plus précise, claire et utilisable afin de bien répondre aux besoins ciblés (Spinuzzi, 2005).

Pour soutenir la coconstruction de la formation, cinq séances virtuelles de travail collaboratif ont eu lieu entre la doctorante et les formatrices. Il est estimé qu'environ une quinzaine d'heures de travail ont été nécessaires pour la coconstruction de la formation. Une synthèse vulgarisée des résultats de la revue de littérature de l'étape précédente a été présentée suivie d'itérations de remue-méninges et de périodes de travail autonome par les formatrices. Ces séances de travail collaboratif ont permis de cibler des contenus théoriques à aborder qui ont ensuite été intégrés à un guide de coconstruction de la formation. Le guide de coconstruction de la formation est un document-structure de la formation où se trouvent: i) les objectifs et thèmes de chacune des séances de formation; ii) les contenus théoriques abordés; iii) les activités pédagogiques à réaliser



avec les apprenants et iv) les témoignages des formatrices. Ces éléments sont reflétés dans une modélisation théorique initiale de l'intervention lors de l'analyse logique à la phase suivante. La figure suivante présente le processus suivi lors des séances de travail collaboratif pour la coconstruction de la formation.

Figure 7. – Processus de travail collaboratif entre la doctorante et les formatrices pour la coconstruction de la formation



### 3.4 Présentation de la phase 1: analyse logique et étapes méthodologiques associées

Dans le cadre de l'objectif spécifique 1 modéliser et analyser la théorie de l'intervention d'une formation *Recovery College* favorisant les ACA fonctionnels, une analyse logique a été réalisée. Cette analyse permet de répondre aux questions de recherche suivantes: a) quelles sont les composantes principales de l'intervention modélisée; b) quelle est la validité théorique (la solidité

théorique de l'intervention afin qu'elle génère les changements prévus) de l'intervention modélisée; c) quelles sont les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'intervention; et d) quels sont les facteurs facilitants et les défis anticipés pour la mise en œuvre de la formation. L'analyse logique s'est déroulée en trois étapes: i) la modélisation théorique initiale de l'intervention; ii) les rondes de consultation d'experts et iii) l'ajustement du guide de coconstruction de la formation et de la modélisation théorique initiale de l'intervention.

### **3.4.1 Modélisation théorique initiale de l'intervention**

À la suite de la phase préalable et de la coconstruction de la formation avec les formatrices, la doctorante a élaboré une modélisation théorique initiale de l'intervention. Cette modélisation théorique initiale se veut une représentation visuelle de la théorie de l'intervention, soit des liens entre les composantes de la formation (objectifs et thèmes des séances, contenus théoriques, activités pédagogiques et témoignages consignés au guide de coconstruction de la formation) et les retombées attendues, le tout en cohérence des données probantes qui appuient le rationnel de l'intervention. La modélisation théorique initiale constitue le point de départ de l'analyse logique.

### **3.4.2 Rondes de consultation d'experts**

#### **3.4.2.1 Formation d'un groupe de travail**

L'analyse logique par rondes de consultation d'experts a nécessité la formation d'un groupe de travail. Le groupe de travail a été composé de la doctorante (responsable du projet), des formatrices et d'experts sur le sujet de la formation développée. Les experts ont été identifiés sur la base des critères suivants: ils détiennent une combinaison de savoirs et d'expertises théoriques et/ou pratiques. Ces personnes ont été recrutées au sein de trois organisations: le Groupe de Recherche Transdisciplinaire des attitudes et des comportements alimentaires – Loricorps et le Centre d'étude sur la réadaptation le rétablissement et l'insertion sociale – CÉRRIS, chargé d'étudier le CASR et le CASR lui-même. Le Loricorps et le CÉRRIS sont dirigés respectivement par Johana Monthuy-Blanc et Catherine Briand, les deux chercheuses qui encadrent la doctorante. Le

tableau suivant présente la composition du groupe de travail, soit les organisations impliquées, leurs expertises et le nombre de représentants délégués.

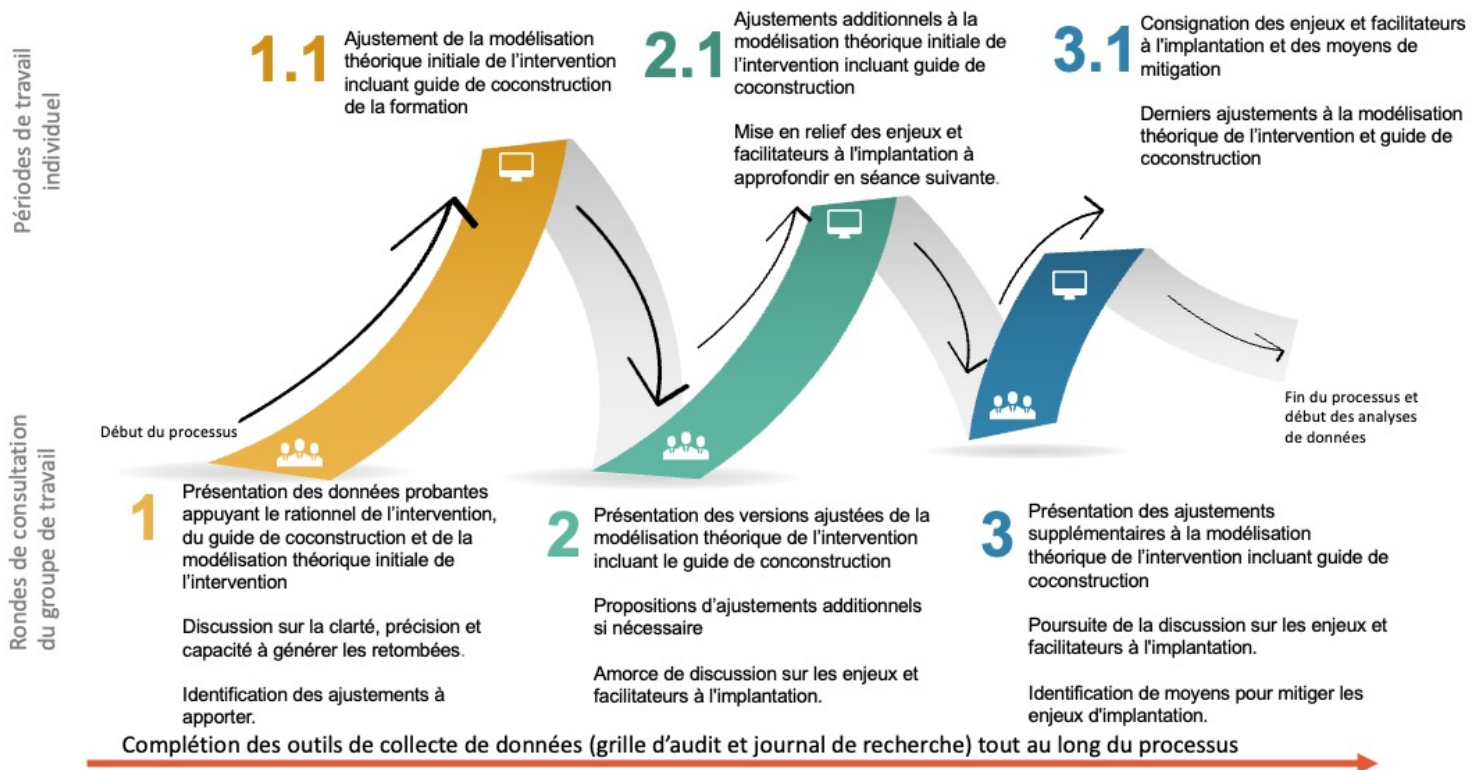
Tableau 2. – Composition du groupe de travail de l'étape E.1

Organisations impliquées	Expertises sollicitées	Nombre de représentants
<b>Loricorps</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Savoirs théoriques et pratiques spécifiques au continuum ACAD-ACAF</li> <li>– Savoirs théoriques et pratiques liés à la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention en lien avec le continuum ACAD-ACAF</li> <li>– Savoirs théoriques, pratiques et expérientiels en pédagogie et transdisciplinarité</li> <li>– Savoirs expérientiels à titre d'apprenants au sein du CASR</li> </ul>	<p style="text-align: center;">N= 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un membre de l'équipe de recherche (étudiant gradué)</li> <li>– Un membre de la coordination du programme clinique</li> </ul>
<b>CÉRRIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Savoirs théoriques, pratiques et expérientiels spécifiques au modèle RC</li> <li>– Savoirs théoriques, pratiques et expérientiels en recherche évaluative et étude d'implantation</li> <li>– Savoirs théoriques et pratiques en pédagogie</li> </ul>	<p style="text-align: center;">N=2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deux membres de l'équipe de recherche (étudiants gradués). Une membre est la doctorante responsable de ce projet de thèse et l'autre membre est une formatrice expérimentée aussi aux études graduées.</li> </ul>
<b>CASR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Savoirs expérientiels liés aux enjeux de santé mentale et de rétablissement</li> <li>– Savoirs expérientiels en recherche collaborative</li> <li>– Savoirs expérientiels liés au continuum ACAD-ACAF et au rétablissement</li> <li>– Savoirs théoriques, pratiques et expérientiels liés au modèle RC à titre de formatrices</li> </ul>	<p style="text-align: center;">N=3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordinatrice adjointe du CASR, formatrice senior et patiente partenaire de recherche</li> <li>– Les deux formatrices ayant coconstruit la formation</li> </ul>
<b>Total</b>		<b>7</b>

### 3.4.2.2 Processus itératif de consultation en trois rondes

Le processus itératif s'est articulé autour de trois rondes de consultations auprès du groupe de travail. Ces rondes de consultations ont été alternées de séances de travail individuel. Chacune des rondes de consultations du groupe de travail était d'une durée de deux heures et s'est déroulée selon un mode virtuel synchrone. Les rondes de consultations ont été animées par la doctorante et ont permis de discuter et de réfléchir à la clarté des composantes de l'intervention; à la cohérence de la formation en lien avec les données probantes appuyant le rationnel de l'intervention; aux objectifs visés; aux retombées attendues; et à la solidité des liens entre ces éléments. Les enjeux et facilitateurs potentiels lors de la mise en œuvre ont aussi été discutés. Les ajustements à apporter et leurs justifications ont été consignés dans deux outils de collecte de données: la grille d'audit des ajustements proposés et le journal de recherche (décrits en détail à la section 3.4.4). Chaque ronde de consultation a été suivie d'une période de travail individuel d'une durée d'une semaine qui a permis d'ajuster la modélisation théorique de l'intervention (incluant l'ajustement du guide de coconstruction de la formation). La figure suivante illustre le processus itératif des rondes de consultation du groupe de travail alterné de périodes de travail individuel qui constituent l'analyse logique de l'intervention.

Figure 8. – Analyse logique: processus itératif de consultation du groupe de travail et périodes de travail individuel



### 3.4.3 Ajustements de la modélisation théorique

Au terme du processus d'analyse logique (3 rondes de consultation et de travail individuel), la doctorante a apporté des ajustements à la modélisation théorique initiale de l'intervention (incluant des ajustements au guide de coconstruction de la formation). Tous les ajustements à apporter – ajouts, retraits, précisions et approfondissements ont été consignés dans une grille d'audit. Les ajustements apportés en travail individuel étaient restitués au groupe de travail lors de chaque rencontre. Au terme du processus, une modélisation théorique ajustée a été obtenue, prête pour la mise en œuvre de l'intervention à la phase 2: l'analyse d'implantation.

### 3.4.4 Collecte de données et outils pour la phase 1: analyse logique

La stratégie de collecte des données empiriques et de suivi du processus d'analyse logique a reposé sur deux outils complémentaires: une grille d'audit des ajustements proposés et un

journal de recherche d'analyse logique. Ils sont présentés dans l'ordre dans lequel ils ont été complétés. La grille d'audit des ajustements proposés est complétée durant les rondes de consultation. Lors de la période de travail individuel, la grille d'audit est d'abord relue et bonifiée (suite à l'écoute de l'enregistrement de la ronde de consultation) et ensuite le journal de recherche d'analyse logique est complété.

#### 3.4.4.1 La grille d'audit des ajustements proposés

La grille d'audit a permis de colliger de façon systématique les ajustements à apporter (et ceux déjà apportés) à la modélisation théorique de l'intervention (guide de coconstruction de la formation inclus) et d'en constater l'évolution, le tout en lien avec les questions de recherche. La tenue de la grille d'audit (disponible à l'annexe III) a permis d'attester des ajustements proposés pour en démontrer la validité.

La grille d'audit prend la forme d'un tableau qui intègre les questions de recherche et où chaque élément à valider est identifié sur une ligne. Les éléments à valider renvoient aux composantes de l'intervention, ainsi qu'aux éléments de la modélisation théorique. Le contexte de mise en œuvre de l'intervention de même que les enjeux d'implantation, les défis anticipés et les moyens considérés pour y faire face y sont également documentés. Tous ces éléments reflètent les questions de recherche. Les raisons qui justifient les ajustements à apporter aux différents éléments sont identifiées en colonne. La grille d'audit des ajustements a été complétée pendant la consultation du groupe du travail et bonifiée en période de travail individuel suite à l'écoute de l'enregistrement de la consultation. La spécificité de la grille d'audit est de garder une trace du processus d'ajustement de toutes les composantes de l'intervention que permet l'analyse logique.

#### 3.4.4.2 Le journal de recherche d'analyse logique

Le journal de recherche d'analyse logique vise à colliger les informations sur le processus de l'analyse logique par des réponses à des sous-questions découlant des questions de recherche (annexe IV). La première section du journal permet de consigner les procédures de collecte de données: date de collecte, étapes du projet de thèse, sources de données et moment de complétion. La section suivante permet de colliger des informations observationnelles sur le

processus de l'analyse logique sous forme de réponses à des questions et sous-questions découlant directement des questions de recherche.

Le journal de recherche d'analyse logique a été élaboré sous la forme d'un tableau où chaque section (ligne) correspond aux thèmes des questions de recherche: les composantes principales de l'intervention; la validité théorique; les conditions essentielles à la mise en œuvre; et les facteurs facilitants et les défis anticipés. Des sous-questions et des éléments de réflexion en lien avec les questions de recherche sont formulés dans chacune des lignes subséquentes et les réponses figurent dans la colonne de droite. Le journal de recherche d'analyse logique a aussi permis de prendre en considération des éléments réflexifs et observationnels de la doctorante, collaboratrice à la coconstruction de l'intervention et évaluatrice de l'intervention. Le journal de recherche d'analyse logique a été complété en période de travail individuel (post-consultation) lors de l'écoute de l'enregistrement des rondes de consultations suite à la complétion de la grille d'audit des ajustements. La spécificité du journal de recherche d'analyse logique est de permettre un recul sur le processus de validation de l'intervention par la consignation d'éléments observationnels. Cette prise de recul est une amorce d'interprétation du processus de validation en vue de l'analyse des données.

### **3.4.5 Processus d'analyse des données de la phase 1: analyse logique**

Afin de procéder à l'analyse des données de la phase 1, la grille d'audit des ajustements et le journal de recherche ont constitué les deux sources de données principales et complémentaires. Le processus d'analyse a d'abord été d'analyser la grille d'audit des ajustements, et ce, une question de recherche à la suite de l'autre. La stratégie d'analyse qualitative qui a été appliquée est celle du questionnement analytique de Paillé et Muchielli (2016). L'analyse par questionnement analytique est expliquée en détail à la section 3.6. Bien qu'un processus linéaire ait été suivi afin de structurer l'analyse, la démarche est restée itérative puisque certains approfondissements aux questions précédemment analysées se sont ajoutés en cours de processus. Une fois toutes les données de la grille d'audit analysées, des constats ont été émis. Ensuite, le même processus d'analyse été suivi pour l'analyse du journal de recherche de l'analyse

logique. À la fin du processus, les constats de l'analyse du journal de recherche ont été mis en commun avec ceux de la grille d'audit des ajustements à des fins de validation.

#### 3.4.5.1 Assurance de la qualité du processus d'analyse de données

Dans le cadre du processus de collecte et d'analyse des données de la phase 1, l'utilisation combinée des différents outils et l'articulation du processus des rondes de consultations attestent de la qualité des données recueillies. Un premier critère de qualité concerne la consignation d'éléments de contexte dans la procédure de collecte de données des deux outils (journal de recherche d'analyse logique et grille d'audit des ajustements proposés). Ces éléments contextuels peuvent permettre de bien comprendre le contexte de la recherche pour quiconque voudrait tenter de reproduire la démarche. Ces éléments attestent du critère de transférabilité des résultats de la recherche (Bourgeois, 2016). Un second critère de qualité concerne l'articulation d'un processus itératif de consultation du groupe de travail et de travail individuel. Cette façon de faire a permis de restituer des éléments d'analyse à chaque séance de consultation afin de soutenir la véracité de la démarche d'analyse et d'attester du critère de crédibilité de la recherche (Bourgeois, 2016). Finalement, tout au long de l'analyse des données, plusieurs rencontres de validation ont eu lieu avec la direction principale afin d'assurer la fidélité et la précision de l'analyse. L'ensemble de ces éléments permettent d'attester de la qualité portée aux données, aux processus et à l'analyse afin de démontrer la rigueur de la démarche.

#### **3.4.6 Considérations éthiques de la phase 1 analyse logique**

L'intégralité de la méthodologie de la phase 1 a été soumise au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le comité a rendu une décision voulant qu'une certification éthique n'était pas nécessaire pour la conduite de cette phase du projet de thèse. Cette décision a été prise eu égard à l'article 2.5 de l'Énoncé politique des trois conseils EPTC2-sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains. L'avis du comité d'éthique figure à l'annexe V.



### 3.5 Présentation de la phase 2: analyse d'implantation et étapes méthodologiques associées

Dans le cadre de l'objectif spécifique 2: analyser la mise en œuvre de l'intervention modélisée afin d'en apprécier la conformité, une analyse d'implantation a été réalisée. Elle a permis d'aborder deux volets de la conformité. Volet 1) apprécier la conformité de la mise en œuvre en regard de la modélisation théorique de l'intervention développée et validée à la phase 1. Volet 2) apprécier la conformité en regard des principes du modèle RC. À titre de rappel, voici les questions de recherche associées à chacun des deux volets de l'analyse d'implantation:

Volet 1: la conformité à la modélisation théorique développée à la phase 1

a) L'intervention a-t-elle été mise en œuvre telle que modélisée, avec toutes ses composantes principales (thèmes de séances, contenus théoriques, activités pédagogiques et outils technopédagogiques) et sinon, comment s'est-elle transformée?

b) Quelles retombées de l'intervention ont été rapportées?

c) Comment le contexte influence-t-il la mise en œuvre de l'intervention?

d) Quelles raisons peuvent expliquer des écarts potentiels de conformité à la modélisation théorique de l'intervention?

Volet 2: la conformité aux principes du modèle *Recovery College*,

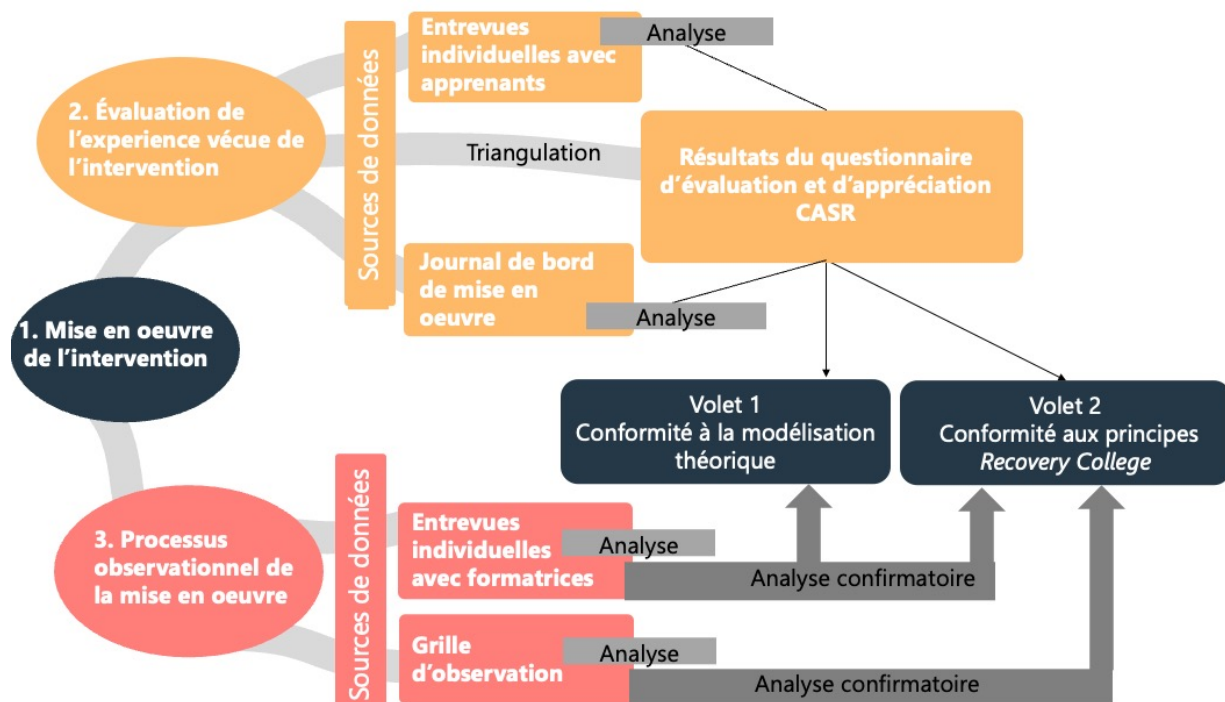
e) Quels sont les principes *Recovery College* auxquels l'intervention répond?

f) De quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes *Recovery College*?

g) Quels facteurs peuvent expliquer les écarts aux principes *Recovery College* et quelles sont les pistes de solutions à envisager?

L'analyse d'implantation s'est déroulée selon trois étapes méthodologiques: i) la mise en œuvre de l'intervention; ii) l'évaluation de l'expérience vécue; et iii) le processus observationnel. La figure suivante présente le déroulement des étapes méthodologiques de l'analyse d'implantation incluant les sources de données et le processus d'analyse de chaque source de données.

Figure 9. – Étapes méthodologiques de l’analyse d’implantation, sources principales de données et processus d’analyse



### 3.5.1 Mise en œuvre de l'intervention

Afin de mettre en œuvre l'intervention, il est prévu de dispenser la formation développée et validée (à la phase 1) à quatre groupes d'apprenants du CASR sur quatre sessions (AUTOMNE 2021, HIVER 2022, PRINTEMPS 2022 et ÉTÉ 2022). La formation a été proposée dans un format en ligne de trois séances de deux heures, pour une durée totale de six heures. Il a été prévu d'offrir la formation en format présentiel à un seul groupe d'apprenants (PRINTEMPS 2022). Chaque groupe d'apprenants était composé de 15 à 20 personnes d'horizons variés. Deux formatrices représentant les trois types de savoirs (expérientiels, pratiques, théoriques) ont offert la formation à chaque groupe d'apprenants. Les formatrices étaient issues de l'équipe de coconstruction de la formation (voir phase préalable). La doctorante a agi comme observatrice de la formation auprès du premier groupe d'apprenants (AUTOMNE 2021) et comme observatrice participante et co-formatrice auprès des trois autres groupes d'apprenants (HIVER 2022, PRINTEMPS 2022 et ÉTÉ 2022).

### **3.5.2 Évaluation de l'expérience vécue de l'intervention**

Afin d'évaluer l'expérience vécue lors de l'intervention, trois sources de données principales ont été utilisées: 1) les entrevues individuelles avec les apprenants; 2) un journal de bord de mise en œuvre; et 3) les résultats d'un questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation rempli par les apprenants du CASR. Afin de documenter l'expérience vécue de l'intervention, des entrevues individuelles semi-dirigées d'environ 60 minutes ont eu lieu avec des personnes apprenantes issues de chaque groupe d'apprenants. Chaque entrevue individuelle visait à discuter des deux volets de conformité de la mise en œuvre, et ce, selon les perspectives et les connaissances des personnes. Un guide d'entrevue individuelle spécifique à ces participants de recherche (personnes apprenantes) a été développé. Aussi, un journal de bord de mise en œuvre a été complété par la doctorante afin de documenter sa perspective à titre d'expérimentatrice et de co-formatrice. Le journal de bord avait pour visée une prise de recul sur l'implication de la doctorante avec le sujet de recherche et a servi d'outil réflexif critique dans l'analyse. Ensuite, les résultats du questionnaire d'évaluation et de satisfaction ont permis de trianguler les analyses sur l'expérience vécue par une sources de données complémentaire. La coordonnatrice du CASR a fourni les résultats anonymisés des analyses réalisées par son équipe (la doctorante n'a pas collecté ni analysé ces données). Ces trois outils sont décrits en détail à la section 3.5.5.

### **3.5.3 Processus observationnel de l'intervention**

Afin de mener un processus observationnel de la mise en œuvre de l'intervention, deux sources de données principales ont été utilisées : des entrevues individuelles avec les formatrices et une grille d'observation. Les entrevues individuelles semi-dirigées avec les trois formatrices ont eu lieu afin de documenter leur perspective de la conformité de la mise en œuvre selon les deux volets. Un guide d'entrevue individuelle spécifique à ces participants de recherche (personnes formatrices) a été développé. De plus, les séances de formation ont été enregistrées afin de les revoir pour compléter la collecte de données selon une grille d'observation. Les données colligées dans la grille d'observation ont permis de documenter spécifiquement la conformité de l'intervention aux principes du modèle RC, et ce, selon une démarche auto-évaluative soutenant un processus d'amélioration continue de l'intervention. Le processus observationnel de l'intervention, soit les entrevues avec les formatrices et l'observation, a agi comme analyse

confirmatoire des deux volets de la conformité. Le guide d'entrevue individuelle pour les formatrices et la grille d'observation sont décrits à la section 3.5.5.

### **3.5.4 Échantillon et procédures de recrutement**

Afin de mener à bien l'évaluation de l'expérience vécue et le processus observationnel de l'intervention, un échantillon de convenance s'est imposé (Pires, 1997). Certains considérants doivent être relevés par rapport à l'échantillon de convenance, soit la variabilité dans les savoirs détenus par les apprenants et le taux d'attrition des apprenants dans les formations. Il est important de souligner que les groupes d'apprenants du CASR sont formés de 15 à 20 personnes apprenantes chez lesquelles la distribution des savoirs expérientiels, pratiques et théoriques est représentée de façon équitable. La coordination du CASR assure cette représentativité équitable des savoirs lors de l'inscription en demandant aux personnes à quel(s) type(s) de savoir(s) elles s'identifient. Toutefois, il est fréquent que des personnes apprenantes présentent plus d'un type de savoir. La mobilisation de ces savoirs peut varier durant une même formation. Certaines personnes vont par moment mettre de l'avant leurs savoirs expérientiels, alors qu'au moment de leur inscription elles se sont identifiées comme détenant des savoirs pratiques. Ceci peut avoir un effet sur la diversité attendue au sein de l'échantillon. Il en va de même pour le taux d'attrition. Au sein du CASR, le taux d'attrition est estimé à environ 30%, taux similaire à d'autres RC (CASR, 2024). Cette attrition peut avoir un impact sur la capacité à obtenir la diversité attendue au sein de l'échantillon en termes de savoirs détenus et de milieu de provenance des participants.

C'est la coordonnatrice du CASR qui était responsable du recrutement. Elle expliquait le projet aux apprenants lors de leur inscription et leur présentait le formulaire d'information et de consentement. Les personnes intéressées devaient contacter la doctorante par courriel et toutes les personnes intéressées à participer étaient incluses, sans égards à leurs types de savoirs ou leur milieu de provenance, et ce afin d'obtenir un maximum de participation pouvant potentiellement être représentatif de la diversité des apprenants du CASR. Les participantes formatrices ont été approchées par courriel aussi par la coordonnatrice du CASR afin de les informer de la possibilité de participer au projet et de leur transmettre les coordonnées de la doctorante. Malgré la relation

existant entre la doctorante et les formatrices, cette démarche permettait un consentement libre au projet.

### **3.5.5 Collecte de données et outils pour la phase 2: analyse d'implantation**

La stratégie de collecte de données pour l'analyse d'implantation a reposé sur des outils complémentaires mettant à profit plusieurs sources de données dans une approche d'analyse hiérarchique. Dans les sections suivantes, les outils sont décrits dans l'ordre dans lequel ils ont été utilisés et analysés. D'abord, le guide d'entrevue individuelle semi-dirigée pour les apprenants et le journal de bord de mise en œuvre tenu par la doctorante sont présentés suivis du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation complété par les apprenants du CASR. Ensuite, le guide d'entrevue individuelle semi-dirigées pour les formatrices et la grille d'observation sont présentés.

#### **3.5.5.1 Le guide d'entrevue individuelle pour apprenants**

Le guide d'entrevue individuelle permet d'aborder les deux volets de l'analyse d'implantation. On y retrouve une section d'introduction suivie des deux parties contenant les questions d'entrevue. Le guide d'entrevue individuelle pour apprenants est structuré en deux parties. La première partie concerne la conformité à la modélisation théorique validée. Elle touche les thèmes des retombées perçues de l'intervention et l'influence du contexte sur l'intervention. La deuxième partie du guide d'entrevue concerne la conformité aux principes RC et touche les thèmes des principes présents et les facteurs qui influencent leur présence ou leur absence. Des questions ouvertes, des questions demandant de donner des exemples ainsi que des pistes de relance sont aussi formulées, tout en laissant place à la spontanéité des personnes interviewées. Le guide d'entrevue individuelle semi-dirigée avec les apprenants a fait l'objet d'un pilotage auprès des membres de l'équipe CÉRRIS (étudiants gradués) et du CASR (coordonnatrice et formateurs) afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhension. Des ajustements mineurs ont été apportés à la structure et l'organisation du guide d'entrevue individuelle à la suite de son pilotage. Il a été convenu que les entrevues seraient réalisées par un assistant de recherche non impliqué dans le développement et l'évaluation de l'intervention à l'instar de la doctorante afin de minimiser les biais potentiels. Le guide d'entrevue individuelle pour apprenants figure à l'annexe VI.

### 3.5.5.2 Le journal de bord de mise en œuvre

Le journal de bord de mise en œuvre s'est voulu une version adaptée du journal de recherche de la phase 1 et a permis d'apprécier l'aspect de conformité à la modélisation théorique de l'intervention développée et validée à la phase 1. La première section du journal permet de consigner des informations de procédures de collecte de données et les sections suivantes, des informations observationnelles sur le processus de la mise en œuvre. Les données sont colligées sous forme de réponses à des questions et sous-questions, issues des questions de recherche, propres à l'analyse d'implantation. Le journal de bord de mise en œuvre prend la forme d'un tableau où chaque ligne correspond aux thèmes des questions de recherche de l'objectif 2. Cette version du journal contient des sous-questions et des éléments de réflexion dans chacune des lignes subséquentes et les réponses à ces questions figurent dans la colonne de droite. Une section du journal permet la prise en considération des éléments réflexifs de la doctorante qui est à la fois dans une position de collaboratrice au développement et à la mise en œuvre de l'intervention et d'expérimentatrice. Le journal de bord de la mise en oeuvre est disponible à l'annexe VII.

### 3.5.5.3 Les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation

Les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation du CASR ont été transmis par la coordonnatrice du CASR afin de documenter l'appréciation de la formation auprès des personnes apprenantes. La première partie du questionnaire permet de consigner des informations sur le titre de la formation évaluée, le nombre de séances suivies et la date de la formation. La deuxième section interroge les personnes apprenantes sur leur expérience de la formation. Les répondants indiquent leur niveau d'accord avec chaque énoncé selon une échelle de Likert à cinq niveaux allant d'entièrement en désaccord à entièrement en accord. Les énoncés portent sur les thèmes suivants : i) la satisfaction générale face à la formation; ii) la réponse de la formation à leurs attentes; iii) l'appréciation du format de la formation (pédagogie, apports des différents savoirs, mixité des apprenants, etc.); iv) les activités et les exercices; v) la durée de la formation; vi) l'utilité des apprentissages réalisés et vii) leur disposition à recommander la formation. La troisième section permet aux personnes apprenantes de consigner par écrit les points forts et les points à améliorer de la formation. La dernière section demande aux personnes

apprenantes de sélectionner le groupe de personnes auquel elles s'identifient (étudiants CÉGEP ou université, enseignants ou professeurs CÉGEP ou université, intervenant du réseau de la santé, intervenants du réseau de l'éducation, intervenants du milieu communautaire, gestionnaire ou cadres, membres de l'entourage, citoyens). À titre de rappel, la doctorante a eu accès aux résultats du questionnaire anonymisés et déjà analysés par l'équipe de coordination du CASR.

#### 3.5.5.4 Le guide d'entrevue individuelle pour formatrices.

Le guide d'entrevue individuelle pour les formatrices, tout comme celui des apprenants, permet d'aborder les deux volets de l'analyse d'implantation. On y retrouve une section d'introduction suivie des deux parties contenant les questions d'entrevue. La première partie du guide d'entrevue concerne le volet de la conformité à la modélisation théorique validée. Cette partie touche: les retombées perçues de l'intervention; l'influence du contexte sur sa mise en œuvre; des pistes d'explications à ses écarts de conformité; et des perspectives de transformation potentielle ainsi que des pistes de solution à envisager. La deuxième partie du guide d'entrevue concerne le volet de conformité aux principes du modèle RC. Elle touche les thèmes des principes RC présents dans l'intervention, la façon dont ces principes sont présents, les facteurs pouvant expliquer des écarts potentiels et les pistes de solution à envisager. Pour chacun des thèmes, des questions ouvertes sur les perspectives des formatrices sont formulées. Aussi, des questions les invitant à donner des exemples de leurs propos sont aussi posées. Des pistes de relance figurent au guide d'entrevue afin d'inciter les formatrices à s'exprimer plus amplement. Puisqu'il s'agit d'une entrevue individuelle semi-dirigée, les questions sont toutes posées, mais peuvent l'être aléatoirement selon le déroulement de la discussion afin de laisser place à la spontanéité des personnes interviewées. Aussi, il est possible que des questions non prévues soient formulées si elles émergent du discours des personnes interviewées. Comme pour le guide d'entrevue pour les apprenants, celui pour les formatrices a fait l'objet d'un pilotage auprès des membres de l'équipe CÉRRIS (étudiants gradués) et du CASR (coordonnatrice et formateurs) afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhension. Des ajustements mineurs ont été apportés à la structure et l'organisation du guide d'entrevue individuelle à la suite de son pilotage. Il a été convenu que les entrevues seraient réalisées par un assistant de recherche non impliqué dans le développement

et l'évaluation de l'intervention à l'instar de la doctorante afin de minimiser les biais potentiels. Le guide d'entrevue individuelle pour formatrices figure à l'annexe VIII.

#### 3.5.5.5 La grille d'observation

La grille d'observation est complétée par la doctorante après chacune des trois séances formation et ce, pour les quatre groupes d'apprenants. Ainsi, un corpus de données de 12 grilles d'observation constitue la source principale de données du processus observationnel de l'intervention. La complétion de la grille d'observation a permis de consigner les observations sur les principes auxquels la formation répond ou non afin de documenter le volet de la conformité aux principes du modèle RC. La grille d'observation est conçue de manière à ce que chaque principe du modèle RC réfère à une dimension. Chaque dimension est représentée sous la forme d'un tableau dans lequel la première colonne présente une série d'indicateurs reflétant la dimension dont il est question. Dans la deuxième colonne, vis-à-vis chacun des indicateurs, on retrouve des cases vides pour inscrire des éléments observés durant la formation qui correspondent aux indicateurs. Afin d'attester de la conformité, la troisième colonne permet de cocher si l'indicateur était présent ou non. La quatrième colonne permet de consigner des notes explicatives aux écarts constatés de même que des pistes de solution. Ces contenus (dimensions, indicateurs, éléments observés et notes explicatives) reflètent les questions de recherche liées à la conformité aux principes RC. La dernière section se veut une section de notes réflexives où la doctorante peut porter un regard analytique sur les observations. Utilisée tout au long de la mise en œuvre de l'intervention, la grille d'observation s'inscrit dans une démarche auto-évaluative soutenant un processus d'amélioration continue de l'intervention. La grille d'observation est disponible à l'annexe IX.

#### L'observation et subjectivité attestée: l'atout d'un observateur externe

Dans ce contexte de proximité avec le sujet de recherche, la doctorante, consciente de sa subjectivité, a instauré une démarche de contre-vérification des observations. Cette démarche vise à tendre vers une meilleure objectivité des observations par une mise à distance des biais grâce à l'implication d'un observateur externe au processus de coconstruction et de mise en œuvre. Une observatrice externe, une formatrice sénior du CASR et étudiante aux cycles



supérieurs a complété la grille d'observation à la suite du visionnement de toutes les séances de formation afin de contre-vérifier les données colligées. Ce processus de contre-vérification implique de confirmer ou d'infirmer (le cas échéant) les observations consignées par la doctorante. Il est également attendu que l'observatrice extérieure relève des observations supplémentaires à celles de la doctorante lorsqu'elles sont jugées pertinentes. Des discussions sur la confirmation et l'infirmer des observations de même que sur les observations supplémentaires ont eu lieu en vue d'assurer une compréhension commune et contribuent à la rigueur de la démarche. Ce processus de contre-vérification permet de soutenir la qualité du processus d'analyse des données.

### **3.5.6 Processus d'analyse des données de la phase 2: analyse d'implantation**

Afin de procéder à l'analyse d'implantation, une analyse hiérarchique des données a été réalisée. Les sources de données principales utilisées pour évaluer l'expérience vécue de l'intervention, sont: i) les entrevues individuelles avec les apprenants; ii) le journal de bord de mise en œuvre et iii) les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation du CASR. Pour ce qui est du processus observationnel de l'intervention, deux sources de données ont été utilisées, soit des entrevues individuelles avec les formatrices combinées au corpus de 12 grilles d'observation. Dans un premier temps, l'expérience vécue lors de l'intervention a été analysée à l'aide des données d'entrevues individuelles des apprenants de l'analyse du journal de bord et complémentée par les résultats du questionnaire en ligne. Dans un deuxième temps, le processus observationnel a été analysé à l'aide des entrevues individuelles des formatrices complémentées par le corpus des grilles d'observation.

#### **3.5.6.1 Analyse de l'expérience vécue de l'intervention**

Dans un premier temps, l'analyse de l'expérience vécue lors de l'intervention a été réalisée. Les données des entrevues individuelles avec les apprenants ont d'abord été analysées suivies des données du journal de bord de mise en œuvre. Les résultats du questionnaire en ligne ont ensuite complémenté l'analyse et apporté des approfondissements. Des constats sur les deux volets de conformité de l'intervention ont été dégagés. Comme à la phase 1 du projet de thèse, la stratégie

du questionnement analytique de Paillé et Muchielli (2016) a été utilisée et son application spécifique à l'analyse d'implantation est décrite en détail à la section 3.6.

#### 3.5.6.2 Analyse du processus observationnel de la mise en œuvre

Dans un second temps, l'analyse du processus observationnel de la mise en œuvre a été réalisée à l'aide des données issues des entrevues individuelles avec les formatrices. Ensuite, les données du corpus de grilles d'observation ont été analysées. Pour chacune des trois séances de formation des quatre groupes d'apprenants, une analyse de présences ou d'absence des critères de conformité aux principes RC a eu lieu. Des facteurs explicatifs ont aussi été consignés. Ces données ont été mises en lien avec les données issues des entrevues individuelles avec les formatrices. Cette analyse se veut complémentaire à l'analyse de l'expérience vécue de l'intervention et vient offrir une perspective confirmatoire aux deux volets de l'analyse d'implantation.

#### 3.5.6.3 Assurance de la qualité du processus d'analyse des données

Dans le cadre du processus de collecte et d'analyse des données de la phase 2, différents éléments viennent attester de la qualité des données recueillies. En ce qui concerne l'évaluation de l'expérience vécue, la triangulation des perspectives des différentes personnes impliquées dans la mise en œuvre (formatrices, apprenants et doctorante) confère un premier critère de qualité au processus suivi et à la démarche d'analyse. Un second critère de qualité est la constance interne de la démarche, soit de s'assurer que les résultats ne soient pas influencés par le chercheur (la doctorante), par les outils de collecte de données ou par des conditions particulières lors de la collecte de données (Bourgeois, 2016). À cet effet, les guides d'entrevue des formatrices et des apprenants ont été développés conjointement et contiennent les mêmes sections et le même contenu. De plus, toutes les entrevues ont été réalisées par un assistant de recherche non impliqué dans le développement et l'évaluation de l'intervention. Un troisième critère de qualité présent dans la démarche concerne la fiabilité du processus, soit la contre-vérification des observations par l'implication d'une observatrice externe (dans le processus observationnel). Cette contre-vérification démontre la reconnaissance et prise en charge de la subjectivité de la doctorante et contribue à la fiabilité du processus (Bourgeois, 2016).

Finalement, plusieurs rencontres avec la direction principale ont eu lieu tout au long du processus d'analyse des données afin de valider la démarche. L'ensemble de ces éléments permettent d'assurer la qualité portée aux données, aux processus et à l'analyse afin de démontrer la rigueur de la démarche.

### **3.5.7 Considérations éthiques de la phase 2: analyse d'implantation**

Cette phase du projet de thèse a été approuvée par le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières lequel a délivré le certificat éthique numéro: CER-21-281-07.06. Le certificat d'approbation éthique figure à l'annexe X.

## **3.6 Stratégie d'analyse qualitative par questionnement analytique**

Dans le cadre de ce projet de thèse, la procédure d'analyse des données visait à réaliser d'abord l'analyse des données de la phase 1 d'analyse logique, et ensuite, l'analyse des données de la phase 2 d'analyse d'implantation. L'analyse logique et d'implantation étant toutes deux centrées sur des données qualitatives, la stratégie d'analyse par questionnement analytique a été choisie pour traiter les données qualitatives des deux étapes. Ainsi, toutes les données de l'analyse logique ont d'abord été analysées selon le processus décrit à la section 3.4.5 en appliquant la stratégie de questionnement analytique. Ensuite, les données de l'analyse d'implantation ont été analysées selon le processus décrit à la section 3.5.5 en appliquant aussi la stratégie de questionnement analytique. Les prochaines sections permettent d'explicitier la stratégie d'analyse qualitative par le questionnement analytique et son application à chacune des deux étapes de recherche.

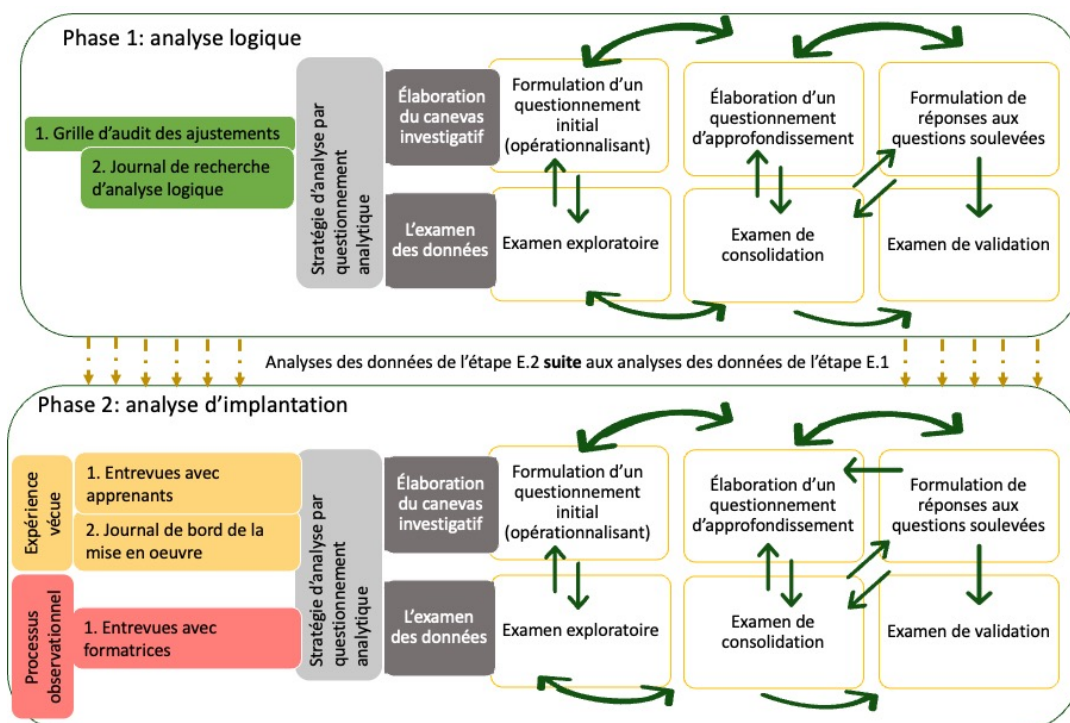
### **3.6.1 Explication de la stratégie par questionnement analytique**

La stratégie d'analyse par questionnement analytique est considérée comme une stratégie compatible avec la recherche évaluative puisque cette dernière vise à obtenir des réponses à des questions limitées et bien explicites (Paillé et Mucchielli, 2016). Le questionnement analytique est une forme d'analyse qualitative à laquelle est soumis un corpus de données d'une diversité et d'un volume importants. La stratégie d'analyse consiste en l'examen progressif et sensible du

corpus à l'aide de questions qui vont se multiplier et s'affiner au fil de l'analyse dans un processus itératif (Paillé et Mucchielli, 2016).

L'analyse par questionnement analytique débute par la formulation d'un questionnement initial opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés par l'analyse, souvent par l'adaptation ou la modification des questions de recherche (Paillé et Mucchielli, 2016). Ces questions sont ensuite colligées dans ce que l'on appelle un « canevas investigatif » afin d'être développées, subdivisées et approfondies (Paillé et Mucchielli, 2016). Le canevas investigatif évolue au fil de l'analyse puisque la stratégie vise à toujours faire émerger de nouveaux questionnements. En interrogeant ainsi le corpus, l'analyste obtient un premier niveau de réponses qui est ensuite converti en de nouveaux questionnements d'approfondissement. Ce processus est réalisé plusieurs fois jusqu'à ce que le canevas investigatif soit suffisamment discriminant et fournisse des éléments de réponses pouvant être rassemblés et catégorisés (Paillé et Mucchielli, 2016). Le processus auquel est soumis le corpus de données se nomme examen des données et s'articule en trois étapes: i) l'examen exploratoire qui consiste à s'imprégner du corpus par des lectures répétées des données et du canevas investigatif initial; ii) l'examen de consolidation qui permet de formuler des questionnements d'approfondissement supplémentaires et d'avancer des réponses; et iii) l'examen de validation qui consiste à valider la complétude des réponses avancées. Cette stratégie a été suivie pour les deux phases du projet l'une à la suite de l'autre, c'est-à-dire que dans un premier temps, toutes les données de l'analyse logique ont été analysées et, dans un second temps, toutes les données de l'analyse d'implantation ont été analysées. La figure suivante illustre l'application de la stratégie de questionnement analytique pour chacune des deux phases du projet, selon les sources de données principales pour chaque phase.

Figure 10. – Processus d’analyse des données des étapes E.1 et E.2 par stratégie de questionnement analytique



### 3.6.1.1 Stratégie d’analyse des données appliquée à la phase 1: analyse logique

Dans le cadre de la phase 1 l’analyse logique, le corpus de données analysé selon le questionnement analytique consiste en la grille d’audit des ajustements et le journal de recherche d’analyse logique. Afin de procéder à l’analyse de ce corpus, un canevas investigatif a été élaboré dans un processus itératif. L’examen des données s’est déroulé selon les trois étapes mentionnées précédemment. Ce processus d’analyse a permis d’analyser une à la suite de l’autre chacune des questions de recherche. À titre de rappel, toutes les données de la grille d’audit des ajustements ont d’abord été analysées et des constats ont été émis. Ensuite le journal de recherche d’implantation a été analysé, des constats ont été émis et l’ensemble de ces analyses ont été mises en commun. Au long de toutes les étapes d’élaboration du canevas investigatif, des rencontres de validation de la démarche ont eu lieu avec la direction principale de recherche. À l’étape d’examen des données, plusieurs passages par l’étape d’examen de validation ont aussi eu lieu avec la direction principale de recherche. Chaque élément de divergence ou

d'incompréhension a été discuté entre la doctorante et sa directrice principale jusqu'à la résolution complète menant à une compréhension commune.

### 3.6.6.2 Stratégie d'analyse des données appliquée à la phase 2: analyse d'implantation

Dans le cadre de la phase 2: analyse d'implantation, les données de l'expérience vécue issues des entrevues individuelles avec les apprenants ont d'abord été analysées suivies par l'analyse du journal de bord de mise en œuvre. Ensuite, les données du processus observationnel issues des entrevues individuelles avec les formatrices ont été analysées et complémentées les grilles d'observation. Le corpus de données qualitatives analysé par questionnaire analytique provient dans l'ordre des entrevues individuelles avec les apprenants, du journal de bord de la mise en œuvre et des entrevues individuelles avec les formatrices. Afin de procéder à l'analyse de ce corpus, la même stratégie a été utilisée, soit l'élaboration d'un canevas investigatif par processus itératif. L'examen des données s'est déroulé selon les trois étapes mentionnées précédemment. D'abord, le questionnaire analytique a été appliqué sur les entrevues avec les apprenants et sur le journal de bord de la mise en œuvre. L'ensemble des constats des analyses des entrevues avec les apprenants et du journal de bord de mise en œuvre ont été complémentés par l'analyse du questionnaire en ligne. Des constats intégratifs ont été dégagés sur les deux volets de l'analyse d'implantation. Ensuite, le questionnaire analytique a été appliqué sur les entrevues avec les formatrices. L'ensemble des constats des analyses des entrevues avec les formatrices ont été complémentés par les grilles d'observation permettant de dégager des constats sur les deux volets de l'analyse d'implantation. Au long de toutes les étapes d'élaboration du canevas investigatif, des rencontres de validation de la démarche ont eu lieu avec la direction principale de recherche. À l'étape d'examen des données, plusieurs passages par l'étape d'examen de validation ont aussi eu lieu avec la direction principale de recherche. Comme pour la phase 1, chaque élément de divergence ou d'incompréhension a été discuté entre la doctorante et sa directrice principale jusqu'à la résolution complète menant à une compréhension commune.



## **Chapitre 4 – Résultats**

### **4.1 Résultats de la phase préalable**

Dans le cadre du déroulement de la phase préalable, il était question de réaliser une revue de littérature non systématique et sélective permettant de créer un tableau des contenus théoriques potentiels et de tenir des séances de travail collaboratif entre la doctorante et les formatrices afin d'élaborer le guide de coconstruction de la formation. Les sections suivantes présentent les résultats de ces étapes préalables. La partie 4.1.1 présente : i) les publications issues de la revue de littérature non systématique et sélective; ii) les contenus théoriques potentiels; iii) les façons d'aborder ces contenus; iv) les contenus à éviter dans la promotion d'ACA fonctionnels. La partie 4.1.2 présente le guide de coconstruction de la formation élaboré par les formatrices et la doctorante.

#### **4.1.1 Publications issues de la revue de littérature et les contenus théoriques potentiels**

Douze publications, soit 10 articles scientifiques (dont l'un où la doctorante figure comme co-auteur) et deux monographies composent la revue de littérature. Cette littérature a permis de dégager les grandes thématiques des contenus théoriques potentiels à intégrer dans une intervention d'éducation à la santé faisant la promotion d'ACA fonctionnels. Elle précise également les différentes façons d'aborder ces contenus de même que les contenus à éviter.

Le tableau 3 présente les références complètes, en ordre alphabétique, des 12 publications incluses dans cette revue de littérature. En guise de rappel, la revue de littérature s'est voulue non-systématique et sélective, basée sur la littérature scientifique issue des travaux du Loricorps et d'articles additionnels permettant de répondre aux questions suivantes: quels sont les thèmes et les sujets à aborder dans la promotion d'ACA fonctionnels? Quels sont les thèmes et les sujets à éviter? De quelle façon doit-on aborder les différents thèmes et sujets qui font la promotion d'ACA fonctionnels? Quelles sont les retombées attendues dans la promotion d'ACA fonctionnels?



Tableau 3. – Références complètes des publications issues de la revue de littérature

Références complètes des publications	
1	Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J. P., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. <i>Body Image, 15</i> , 81-89. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001">https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001</a>
2	Ciao, A. C., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs. <i>Current Psychiatry Reports, 16</i> (7), 453. <a href="https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0">https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0</a>
3	Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: A systematic review of research. <i>Journal of Eating Disorders, 5</i> (1). doi:10.1186/s40337-017-0141-7
4	Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study [Article]. <i>International Journal of Eating Disorders, 54</i> (11), 1967-1977. <a href="https://doi.org/10.1002/eat.23623">https://doi.org/10.1002/eat.23623</a>
5	Levine, M. P. (2021). Prevention of eating disorders: 2020 in review. <i>Eating disorders, 29</i> (2), 134-150. <a href="https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1909794">https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1909794</a>
6	Levine, M. P. (2022). Prevention of eating disorders: 2021 in review. <i>Eating disorders, 30</i> (2), 121-143. <a href="https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2030882">https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2030882</a>
7	Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. <i>Eating disorders, 24</i> (1), 39-46. <a href="https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826">https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826</a>
8	*Monthuy-Blanc, J., Bonansea, Maud., Julien, Annie., (2018). Prévention primaire des TCA. In E. JFD (Ed.), <i>Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire</i> (pp. 116-122). Editions JFD.
9	Monthuy-Blanc, J., Lemieux, V., Thériault, J., & Rousseau, M. (2021). Exploratory Study: A Blind Integrated School-Based Prevention Program on Eating Disorders and Obesity. <i>Canadian Journal of Community Mental Health, 39</i> (4), 61-84.
10	*Piran, N. (2019). The developmental theory of embodiment. Protective social factors that enhance positive embodiment. In T.L. Tylka & N. Piran. (Ed.), <i>Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions</i> (pp. 105-117). Oxford University Press.
11	Sundgot-Borgen, C., Stenling, A., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Sundgot-Borgen, J., Kolle, E., Torstveit, M. K., Svantorp-Tveiten, K. M. E., & Bratland-Sanda, S. (2020). The Norwegian healthy body image intervention promotes positive embodiment through improved self-esteem. <i>Body Image, 35</i> , 84-95. <a href="https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.014">https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.014</a>
12	Voica, S. A., Kling, J., Frisé, A., & Piran, N. (2021). Disordered eating through the lens of positive psychology: The role of embodiment, self-esteem and identity coherence. <i>Body Image, 39</i> , 103-113. <a href="https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.006">https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.006</a>
<b>* publication de type monographie académique</b>	

L'analyse de ces 12 publications a permis de dégager six thématiques de contenus théoriques potentiels soit: i) la compréhension et l'appréciation des fonctions corporelles; ii) la compréhension et l'identification des signaux corporels; iii) l'intuitivité dans l'alimentation et le mouvement; iv) l'autocompassion et la bienveillance envers soi et les autres; v) la remise en question des standards corporels et de genre et vi) le rehaussement de la littératie médiatique. Le tableau 4 présente une description des six thématiques de contenus théoriques potentielles qui sont ensuite explicitées en détail.

Tableau 4. – Description des contenus théoriques potentiels par thématique

Thématiques (références)	Description des contenus théoriques potentiels
<p><b>Contenu théorique (A)</b>  <b>Compréhension et appréciation des fonctions corporelles</b>            (Alleva et al., 2015; Ciao et al., 2014; Levine et Smolack, 2016; Levine, 2022; Piran, 2019; Voica et al., 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se distancier de l'appréciation de soi par l'apparence physique</li> <li>• Aller vers une appréciation de soi basée sur l'identité et ce que le corps permet d'accomplir plutôt que ce dont il a l'air</li> </ul>
<p><b>Contenu théorique (B)</b>  <b>Compréhension et identification de ses signaux corporels</b> (Levine et Smolac, 2016; Levine, 2021-2022; Piran, 2019; Voica et al., 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre et se connecter aux signaux corporels (faim, soif, rassasiement, douleur et fatigue, etc.)</li> <li>• Mieux se connaître et se positionner de façon critique face aux règles et aux normes alimentaires</li> </ul>
<p><b>Contenu théorique (C)</b>  <b>Intuitivité dans l'alimentation et le mouvement</b>            (Linardon et al., 2021; Levine, 2021- 2022; Piran, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire confiance à ses signaux corporels et y répondre de façon personnelle et cohérente</li> <li>• Se familiariser avec la notion d'intuitivité dans les choix alimentaires et dans les façons de bouger au quotidien</li> </ul>
<p><b>Contenu théorique (D)</b>  <b>Autocompassion et bienveillance envers soi et les autres</b> (Langdon-Daly et al., 2017; Linardon et al., 2021; Levine et Smolack, 2016; Levine, 2022; Piran, 2019; Sundgot-Borgen et al., 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve de gentillesse et de compréhension envers soi-même face aux choix d'aliments et d'activité physique</li> <li>• Tenter de comprendre les difficultés vécues (en lien avec les ACA) plutôt que de se dévaluer ou se critiquer</li> </ul>

Thématiques (références)	Description des contenus théoriques potentiels
<p><b>Contenu théorique (E)</b>  <b>Remise en question des standards de genre et corporels</b>            (Levine et Smolack, 2016; Levine, 2021; Piran, 2019; Voica et al., 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remettre en question les stéréotypes de genres et d'apparence et rejeter l'objectification du corps (la considération du corps pour son apparence seule, sans égards aux fonctions du corps).</li> <li>• Dénoncer les injustices liées à l'apparence, au genre et au poids.</li> </ul>
<p><b>Contenu théorique (F)</b>  <b>Rehaussement de la littératie médiatique</b>            (Ciao et al., 2014; Levine et Smolack, 2016; Piran, 2019; Sundgot-Borgen et al., 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la capacité de faire une évaluation critique et une remise en question des idéaux corporels véhiculés dans les différents médias.</li> <li>• Essayer de se protéger en reconnaissant que les idéaux véhiculés peuvent être néfastes.</li> </ul>

#### 4.1.1.1 Compréhension et appréciation des fonctions corporelles (A)

Les contenus théoriques ayant trait à la compréhension et l'appréciation des fonctions corporelles ont été relevés dans plusieurs publications comme pertinents à intégrer dans la promotion des ACA fonctionnels. Comprendre et apprécier les fonctions corporelles permettent de mettre l'accent sur la fonctionnalité du corps plutôt que sur l'apparence du corps, afin de se distancier des idéaux inatteignables (Alleva, 2015; Voica, 2021; Piran, 2019). Alleva et ses collaborateurs (2015) déclinent les fonctions corporelles en 6 domaines soit: les sens et sensations; l'activité physique et le mouvement; les processus physiologiques et la santé; les soins personnels et routines; les relations interpersonnelles et la communication; et finalement; la créativité. Certaines publications soulignent qu'aborder les fonctions corporelles permet aussi de reconnaître les forces et capacités de tous au-delà de la perception de l'image du corps (Levine et Smolack, 2016; Levine, 2022).

#### 4.1.1.2 Compréhension et identification de ses signaux corporels (B)

Les contenus théoriques ayant trait à la compréhension et à l'identification des signaux corporels ont aussi été identifiés comme des facteurs de protection pertinents pour la promotion des ACA fonctionnels. Les signaux corporels auxquels les auteurs font référence sont les signaux de faim, rassasiement, soif, fatigue, douleur et désir de bouger, entre autres (Piran, 2019, Voica et al., 2021). Comprendre et identifier les signaux corporels permettent aux personnes de mieux se

connaître et de mieux répondre à leurs signaux (Levine et Smolack, 2016; Levine 2021-2022). Cette meilleure connaissance de soi permet aux personnes de se distancer des règles et normes alimentaires véhiculées par différentes instances pour mieux se connecter à leurs propres besoins (Piran, 2019; Voica et al., 2021). La compréhension de ses besoins en matière d'alimentation et de mouvement s'inscrit dans le pôle favorable à la santé du continuum des ACA.

#### 4.1.1.3 Intuitivité dans l'alimentation et le mouvement (C)

Les contenus théoriques sur l'intuitivité dans l'alimentation et le mouvement (activité physique et bouger dans le quotidien) sont aussi des facteurs de protection identifiés dans les publications. Ils s'inscrivent en continuité avec la compréhension et l'identification des signaux corporels (Levine, 2021; Piran, 2019). L'intuitivité dans l'alimentation et le mouvement impliquent de faire confiance à ses signaux corporels de faim, de satiété, de soif, de fatigue et de désir de bouger et d'y répondre de façon personnelle et cohérente plutôt que selon des standards imposés. L'intuitivité dans l'alimentation et le mouvement vient valider les besoins et les désirs ressentis par les personnes et légitimise une réponse cohérente aux besoins et désirs exprimés par les signaux corporels (Piran, 2019; Linardon et al., 2021). Approcher l'alimentation et le mouvement de façon intuitive contribue aussi à la compréhension et l'appréciation des fonctions corporelles et favorise la valorisation de soi au-delà de la perception de l'image du corps (Linardon et al., 2021).

#### 4.1.1.4 Autocompassion et bienveillance envers soi et les autres (D)

Les contenus théoriques ayant trait à l'autocompassion et la bienveillance envers soi et les autres ont également été identifiés dans les publications comme étant pertinents dans la promotion d'ACA fonctionnels. L'autocompassion et la bienveillance se caractérisent par l'expression de gentillesse et de compréhension envers soi-même lors de difficultés plutôt que de se critiquer ou se dévaluer (Linardon et al., 2021). Aborder l'autocompassion et la bienveillance lorsqu'il est question des ACA permet d'amener les personnes vers plus de flexibilité dans leurs perceptions face à l'alimentation et l'activité physique, par exemple (Piran, 2019; Levine, 2022). Ce thème permet aux personnes de tenter de se distancier des standards corporels inatteignables et de rester connectées à la réponse à leurs besoins malgré des écarts potentiels avec certaines

recommandations ou stéréotypes (Piran, 2019; Levine et Smolack, 2016; Levine, 2022). Cultiver l'autocompassion et la bienveillance permet aux personnes et à leur entourage de limiter les sentiments négatifs en relation avec les ACA (Langdon-Daly et al., 2017;) et permet de tendre vers le pôle favorable à la santé du continuum des ACA (Sundgot-Borgen, 2020; Linardon et al., 2021; Levine, 2022).

#### 4.1.1.5 Remise en question des standards corporels et de genre (E)

Les contenus théoriques portant sur la remise en question des standards corporels et de genres font également partie des facteurs de protection réputés pertinents en matière de promotion des ACA fonctionnels. La remise en question des standards corporels et de genres implique de rejeter divers stéréotypes, par exemple que les hommes doivent être forts, qui encouragent l'adoption des ACA dysfonctionnels (Piran, 2019). Cela implique aussi pour les personnes de rejeter l'objectification du corps qui prend source dans l'adhésion à des standards corporels et alimentaires inatteignables (Levine et Smolack, 2016; Voica et al., 2021). Cette remise en question incite aussi les personnes à dénoncer les injustices liées à l'apparence physique, au poids et à l'identité de genre, ce qui permet d'avoir des contextes plus égalitaires où les personnes se sentent pleinement légitimées d'adopter des ACA fonctionnels (Piran, 2019).

#### 4.1.1.6 Rehaussement de la littératie médiatique (F)

Les contenus théoriques sur le rehaussement de la littératie médiatique<sup>7</sup> ressortent aussi des publications comme facteur de protection dans la promotion des ACA fonctionnels. Le rehaussement de la littératie médiatique se caractérise par le développement de capacités d'évaluation critique et de réfutation des contenus médiatiques préjudiciables en ce qui a trait aux idéaux inatteignables sur l'apparence physique, l'alimentation et l'activité physique (Sundgot-Borgen et al., 2020; Piran, 2019). En prenant une posture critique face au contenu médiatique, les personnes deviennent plus aptes à reconnaître la préjudiciabilité de certains contenus et à s'en éloigner pour s'en protéger (Levine et Smolack, 2016; Ciao et al., 2014). Le rehaussement de

---

<sup>7</sup> La littératie médiatique renvoie à la capacité à trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information numérique de manière à promouvoir, maintenir et améliorer la santé (INSPQ, 2023)

la littératie médiatique est favorable à une meilleure appréciation de soi et s'inscrit dans les facteurs de protection.

En plus des six thématiques de contenus théoriques potentiels (A à F), l'analyse des 12 publications retenues dans la revue de littérature a permis de dégager différentes façons d'aborder ces contenus théoriques en plus de ceux à éviter tel que présenté au tableau suivant.

Tableau 5. – Façons d'aborder les contenus et contenus à éviter

<p><b>Façons d'aborder les contenus théoriques G)</b></p>	<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir des activités de groupe, avoir un contenu interactif et étaler l'intervention sur plusieurs séances (Ciao et al., 2014; Monthuy-Blanc et al., 2018 ; Monthuy-Blanc et al., 2021)</li> <li>• Laisser place à la discussion entre les personnes sur les facteurs de protection Sundgot-Borgen, 2020)</li> <li>• Amener les personnes à identifier et à apprécier les différences individuelles à travers des discussions et des échanges (Sundgot-Borgen, 2020)</li> </ul> <p>Approches</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une approche inclusive, centrée sur les forces et les capacités des personnes (Monthuy-Blanc et al., 2021)</li> <li>• Privilégier une approche orientée sur la santé, sur la vitalité et sur la fonctionnalité dans les contenus abordés (Levine et Smolack, 2016; Levine 2021-2022; Alleva, 2015)</li> </ul> <p>Valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justice, équité, respect</li> <li>• Mettre de l'avant les valeurs de justice, d'équité et de respect dans le déploiement de l'intervention, être sensible aux iniquités de genres dans les contextes ou les espaces (Levine et Smolack, 2016; Piran, 2019)</li> </ul>
<p><b>Contenus théoriques à éviter H)</b></p>	<p>Contenu pathologisant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter les contenus centrés sur la transmission d'informations sur les caractéristiques des TCA (Monthuy-Blanc et al., 2018 ; Monthuy-Blanc et al., 2021).</li> <li>• Éviter le contenu qui informe sur les pathologies, qui transmet des informations sur différents signes, les manifestations et les conséquences néfastes par l'utilisation de vocabulaire déclencheur ou aggravant des ACA dysfonctionnels (Monthuy-Blanc et al., 2018 ; Monthuy-Blanc et al., 2021)</li> <li>• Éviter les termes centrés sur l'apparence physique et privilégier des termes qui rehaussent l'incarnation positive et favorisent la fonctionnalité du corps et non l'apparence (Monthuy-Blanc et al., 2021; Voica et al., 2021)</li> </ul>

#### 4.1.1.7 Façons d'aborder les contenus théoriques (G)

D'abord, plusieurs des publications suggèrent le déploiement d'activités de groupe avec des contenus interactifs qui permettent la discussion et les échanges entre les personnes (Ciao et al, 2014; Monthuy-Blanc, 2018; Monthuy-Blanc et al., 2021; Sundgot-Borgen et al., 2020). D'autres publications recommandent aussi l'adoption d'approches inclusives, centrées sur les forces et les capacités des personnes, de même qu'orientées sur la santé et la vitalité, tant dans les contenus que lors des activités (Levine et Smolack, 2016; Levine, 2021-2022; Alleva, et al., 2015). Enfin, les valeurs mises de l'avant dans la promotion des ACA fonctionnels devraient être la justice, l'équité et le respect dans ce qui a trait à l'apparence physique, à l'alimentation et à l'activité physique au quotidien (Levine et Smolack, 2016; Piran, 2019).

#### 4.1.1.8 Contenus théoriques à éviter (H)

Ensuite, en ce qui a trait aux contenus à éviter, la littérature recommande une vigilance concernant les contenus qui transmettent des informations sur les caractéristiques des troubles du comportement alimentaire, à savoir les signes et symptômes et le niveau de sévérité de ces diagnostics (Monthuy-Blanc et al., 2018; Monthuy-Blanc et al., 2021). Ce contenu non recommandé repose sur une approche de première génération, centrée sur les conséquences néfastes et sur les aspects pathologiques des TCA. Ce contenu contient des référents et un vocabulaire qui peuvent agir comme déclencheurs ou aggraver certains ACA dysfonctionnels potentiellement présents chez les personnes cibles (Monthuy-Blanc et al., 2018; Monthuy-Blanc et al., 2021). Finalement, bien que ce type de contenu vise la conscientisation, il est à l'opposé des facteurs de protection et peut difficilement conduire à l'incarnation positive et l'appréciation de soi que l'on retrouve au sein des ACA fonctionnels (Monthuy-Blanc et al., 2021; Voica et al., 2021).

### **4.1.2 Guide de coconstruction de la formation**

L'utilisation du tableau synthèse des contenus théoriques potentiels a permis de structurer cinq séances virtuelles de travail collaboratif (via l'application Zoom) entre la doctorante (personne-ressource) et les formatrices afin d'élaborer le guide de coconstruction de la formation. Ce dernier est l'outil de travail principal des formatrices. Il se veut à la fois un document-structure pour le

processus de coconstruction de la formation et aussi un document-support à la dispensation de la formation lors de chaque séance. Le guide de coconstruction est structuré en deux parties, la description de la formation et le plan de formation.

#### 4.1.2.1 Première partie du guide de coconstruction: la description de la formation

La première partie offre une description de la formation: le nom des formatrices, la personne-ressource, le titre de la formation, la description brève du sujet de la formation (une phrase), les thèmes qui seront couverts au travers des séances (trois à quatre thèmes maximum), les objectifs d'attestation (pour le formulaire d'attestation remis aux apprenants à la fin de la formation) et un descriptif complet de la formation en 100 à 150 mots. Le tableau six présente cette première partie du guide de coconstruction, soit la description de la formation, telle qu'élaborée par les formatrices.

Tableau 6. – Première partie du guide de coconstruction: la description de la formation

<b>Première partie du guide de coconstruction de la formation: description de la formation</b>	
<b>Noms des formatrices</b>	Formatrice 1 Formatrice 2 Formatrice 3
<b>Nom de la personne-ressource</b>	Doctorante
<b>Titre de la formation</b>	Attitudes et comportements alimentaires: vers une posture favorable pour tous
<b>Description brève de la formation</b>	Sous l'optique d'une santé intégrée, et dans une vision dimensionnelle, prise de conscience de notre rapport avec l'alimentation dans nos différentes sphères de vie afin d'aller vers le bien-être
<b>Thèmes abordés</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique</li> <li>2. Les besoins comblés par l'alimentation et les contextes qui permettent de les combler</li> <li>3. L'alimentation dans tous ses sens, une trame de fond pour les occupations quotidiennes</li> <li>4. La pleine conscience, l'alliée du mangeur intuitif</li> </ol>



## Première partie du guide de coconstruction de la formation: description de la formation

<b>Objectifs d'attestation de la formation</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mieux comprendre les attitudes et les comportements alimentaires fonctionnels individuels et collectifs.</li><li>2. Adopter un regard bienveillant sur ses propres attitudes et comportements alimentaires de même que sur ceux d'autrui</li><li>3. Découvrir des façons innovantes d'adopter des attitudes des et comportements alimentaires fonctionnels dans le quotidien</li><li>4. Favoriser le développement d'attitudes et de comportements alimentaires fonctionnels pour soi et autrui</li></ol>
<b>Descriptif complet de la formation</b>	Dans le cadre de cette formation, les participants auront l'opportunité de mieux comprendre comment adopter des attitudes et des comportements alimentaires favorables à leur santé ainsi que celle de leur entourage. Par le biais d'activités de réflexion et d'échanges, il sera possible d'explorer les concepts de perceptions, de relations, d'occupations et de sensations, en lien avec la diversité d'attitudes et de comportements touchant à l'alimentation au quotidien. Certains mythes seront défaits, des outils seront partagés et de nouvelles connaissances seront coconstruites. Au terme de la formation, les apprenants pourront avoir un point de vue plus critique quant aux attitudes et aux comportements alimentaires contribuant à la santé individuelle et collective.

### 4.1.2.2 Deuxième partie du guide de coconstruction : le plan de formation

Le plan de formation, partie principale du guide de coconstruction, est structuré sous la forme d'un tableau pour chaque thème de séance. Pour chacun des thèmes, les formatrices ont consigné la durée du thème (60 ou 120 minutes), l'objectif du thème (ce qui est souhaité que les apprenants acquièrent à la fin du thème), les contenus théoriques à transmettre, les témoignages des formatrices, les activités pédagogiques à réaliser, les technopédagogies utilisées et la phrase clé (synthèse de ce qui est à retenir pour le thème). Le tableau suivant présente la deuxième partie du guide de coconstruction, dans une version synthétisée, soit le plan de formation tel qu'élaboré par les formatrices.

Tableau 7. – Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation

Thème de séance	Objectif de séance	Activités pédagogiques	Contenus théoriques à transmettre	Phrase clé	Technopédagogies utilisées
L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique	Prendre conscience et découvrir différentes façons d'apprécier son corps au-delà de l'apparence physique	<p>Activité brise-glace en dyade: discussion sur qui ils sont et les raisons d'avoir choisi cette formation, chaque apprenant présente son partenaire au groupe.</p> <p>Partage du savoir expérientiel des formatrices: les fonctions corporelles qu'elles apprécient chez elles et pourquoi</p> <p>Activité en trois sous-groupes sur les fonctions corporelles et discussion de grand groupe ensuite</p>	Définition des fonctions corporelles, explication du lien avec l'appréciation de soi	Le corps est bien plus que la simple apparence, il est aussi capacités et fonctionnalités	Présentation power-point et Outil padlet
Les besoins comblés par l'alimentation et les contextes qui leur sont favorables	Comprendre les différents besoins auxquels l'alimentation répond et découvrir des contextes de repas favorables afin d'être connecté à ces besoins	<p>Réflexion en grand groupe Ce que cela représente manger. Écrire les réflexions dans un Jamboard.</p> <p>Discussion en grand groupe autour des réponses afin d'approfondir les idées. Partage du savoir expérientiel des formatrices autour de la réponse à leurs besoins par l'alimentation</p> <p>Activité 1 en sous-groupe pour associer les représentations de manger aux besoins liés à l'alimentation. Retour en grand groupe, discussion et partage des idées</p> <p>Activité 2 en sous-groupe à propos des scènes de repas et retour en grand groupe pour aller plus loin dans les réflexions</p> <p>Visionnement de la capsule « Relation » Loricorps</p>	Explication des trois types de besoins associés à l'alimentation (physiologiques, psychologiques et sociaux) Importance des contextes pour répondre aux besoins liés à l'alimentation	Répondre à ses besoins alimentaires, c'est bien plus que ce que l'on met dans l'assiette, c'est aussi l'environnement que l'on met en place pour prendre le repas	Présentation power-point Images de repas Capsule vidéo Loricorps Youtube Outil Jamboard

Thème de séance	Objectif de séance	Activités pédagogiques	Contenus théoriques à transmettre	Phrase clé	Technopédagogies utilisées
L'alimentation dans tous ses sens, une trame de fond pour les occupations quotidiennes	S'ouvrir aux différentes significations de l'alimentation dans les différents domaines d'occupations	<p>Activité 1 en sous-groupe réflexion et discussion sur l'alimentation dans les 3 domaines d'occupation 1) soins personnels; 2) productivité et 3) loisirs. Les sous-groupes définissent selon eux, chacun des domaines en lien avec l'alimentation. Utilisation du tableau blanc électronique</p> <p>Retour en grand groupe pour le partage de réflexions et aller plus loin: pourquoi ont-ils choisis ces définitions, qu'est-ce qui a influencé leurs réponses</p> <p>Partage du savoir expérientiel des formatrices: le sens, la signifiante donnée à l'occupation de manger</p> <p>Discussion en grand groupe sur les façons de donner plus signifiante à l'alimentation</p>	Définition des trois domaines d'occupation Explication du continuum occupationnel en lien avec l'alimentation	Transformer notre perspective de l'alimentation en étant en phase avec les différents sens que l'on y accorde	Présentation power-point Outil tableau blanc électronique
La pleine conscience, l'alliée du mangeur intuitif	Comprendre que notre corps est le véhicule de nos sensations et découvrir que ceci nous amène à tendre vers l'alimentation intuitive	<p>Activité 1 en sous-groupe. Prendre 3 aliments et les placer devant eux. Se connecter aux 5 sens, identifier l'aliment qu'ils souhaitent manger expliquer les raisons à leur sous-groupe</p> <p>Activité 2 en grand groupe dégustation pleine conscience. Une formatrice anime un moment de dégustation de l'aliment en pleine conscience. Suivie d'une discussion en grand groupe sur l'expérience. Fin de la discussion en grand groupe par le partage du savoir expérientiel des formatrices</p>	Présentation des 7 faims. Présentation des 10 principes de l'alimentation intuitive	Manger et mettre à profit tous ses sens c'est devenir un mangeur intuitif	Présentation power-point

## **4.2 Résultats de la phase 1: analyse logique**

Dans le cadre de la phase 1: analyse logique, l'objectif était de modéliser et d'analyser la théorie d'intervention de la formation sur la promotion d'ACA fonctionnels. Les trois sous-sections suivantes rapportent les résultats de cette démarche d'analyse logique. D'abord, la modélisation théorique initiale de l'intervention réalisée par la doctorante est présentée à titre de premier résultat. Ensuite, les résultats de l'analyse par questionnement analytique des rondes de consultation du groupe de travail sont présentés. Enfin, la version ajustée du guide de coconstruction de la formation et de la modélisation théorique sera présentée sous la forme de deux tableaux (tableau 14: première partie du guide et tableau 15: deuxième partie du guide) qui illustrent les ajustements apportés à la formation à la suite des rondes de consultation. La modélisation théorique ajustée de l'intervention constitue pour sa part l'ultime résultat de la démarche. Cette modélisation reflète les résultats de l'analyse de données des rondes de consultation du groupe de travail et incarne l'intégration de l'ensemble des ajustements proposés.

### **4.2.1 Modélisation théorique initiale de l'intervention**

La modélisation théorique initiale est issue du processus de coconstruction de la formation réalisée lors des étapes préalables. La modélisation théorique initiale intègre les contenus théoriques et les activités pédagogiques élaborés au guide de coconstruction de même que les différents objectifs de séances. Cette modélisation permet d'illustrer les liens entre les différentes composantes de l'intervention (la formation) : les activités et processus; les mécanismes d'action; les retombées attendues; et, finalement, le but ultime recherché par l'intervention (Champagne, Brouselle, Hartz et Contendriopoulos, 2011). La modélisation théorique initiale permet de rendre plus explicites les mécanismes d'action de l'intervention, ce qui a permis au groupe de travail de juger de la cohérence entre les éléments de la modélisation et les retombées attendues. Le tableau suivant présente la modélisation théorique initiale, suivi d'explications sur les éléments qui le

composent. Il est important de noter que cette modélisation est imparfaite, voire incomplète en certains de ses éléments. Il est attendu que le processus d'analyse logique contribue à son amélioration grâce aux ajustements proposés par les experts (Chen, 1990). Ces ajustements permettent de résoudre les imperfections et incomplétudes de cette modélisation afin d'en produire une version améliorée qui est présentée plus loin (tableau 14).

Tableau 8. – Modélisation théorique initiale de l'intervention (version imparfaite – à améliorer)

Titre de la formation : Attitudes et comportements alimentaires: vers une posture favorable pour tous					
Activités et processus		Retombées attendues			But ultime
Thèmes de séances	Activités de groupe en mixité d'apprenants	Proximales	Intermédiaires	Distales	
<p><b>Thème 1:</b> L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique  <b>Contenu théorique transmis:</b> Définition des fonctions corporelles, explication du lien avec l'appréciation de soi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion en grand groupe sur les raisons de leur présence à la formation</li> <li>• Activité en sous-groupe et discussion en grand groupe sur les fonctions corporelles, et leur valorisation.</li> <li>• Partage de savoir expérientiel par les formatrices</li> </ul>	<p>Acquisition de connaissances intégrées et collectives</p> <p>Reconnaissance et valorisation des différences</p> <p>Expérimentation de rapports sociaux bienveillant et égalitaires</p> <p>Prise de parole</p>	<p>Pouvoir d'agir et autodétermination</p> <p>Affirmation de soi</p> <p>Remise en question des standards et idéaux</p>	<p>Reconnaissance et valorisation du corps au-delà de l'apparence</p> <p>Meilleure compréhension et reconnaissance de ses besoins</p>	Favoriser le développement d'ACA favorables à la santé individuelle et collective
<p><b>Thème 2:</b> Les besoins comblés par l'alimentation et les contextes qui leur sont favorables  <b>Contenu théorique transmis:</b> Explication des trois types de besoins de l'alimentation et contextes pour y répondre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion et discussion en grand groupe sur les représentations de l'alimentation</li> <li>• Activité en sous-groupe d'association des représentations aux trois types de besoins, approfondissement en grand groupe ensuite</li> <li>• Activité en sous-groupe sur les scènes de repas et contextes de l'alimentation approfondissement en grand groupe ensuite.</li> </ul>				

Titre de la formation : Attitudes et comportements alimentaires: vers une posture favorable pour tous					
Activités et processus		Retombées attendues			But ultime
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage de savoir expérientiel par les formatrices</li> </ul>				
<p><b>Thème 3:</b> L'alimentation dans tous ses sens, trame de fond des occupations quotidiennes</p> <p><b>Contenu théorique transmis:</b> Définition des domaines d'occupation et continuum occupationnel de l'alimentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité en sous-groupe sur les domaines d'occupation, approfondissement en grand groupe ensuite</li> <li>Discussion en grand groupe sur la signifiante dans l'alimentation et les stratégies lui donnant plus de sens</li> <li>Partage de savoir expérientiel par les formatrices</li> </ul>			Engagement transformé dans les activités quotidiennes	
<p><b>Thème 4:</b> Pleine conscience, l'alliée du mangeur intuitif</p> <p><b>Contenu théorique transmis:</b> Principes de l'alimentation intuitive et les 7 faims</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité en sous-groupe choix d'un aliment et raisons du choix</li> <li>Activité en grand groupe: dégustation pleine conscience guidée.</li> <li>Réflexion/discussion postactivité</li> <li>Partage de savoir expérientiel par les formatrices</li> </ul>			Mise en place de contextes et environnements favorables à la connexion à soi	

#### 4.2.1.1 Les activités et les processus

Les activités et les processus de la modélisation théorique initiale renvoient aux composantes de l'intervention, et leur relation de causalité, en d'autres termes, le « quoi » et le « comment » de ce qui a été effectué dans l'intervention (Champagne et Brousselle, 2011). Dans la modélisation théorique initiale les activités sont: i) les quatre thèmes des séances; ii) les contenus théoriques transmis; iii) le partage du savoir expérientiel. Les processus quant à eux réfèrent aux activités pédagogiques et leur ordre d'enchaînement dans chaque séance. C'est grâce à l'articulation des activités et des processus que différentes relations de causalité sont générées, afin d'entraîner des retombées et de mener au but ultime. Il s'agit du chemin causal plausible pour l'intervention (Champagne et Brousselle, 2011).

#### 4.2.1.2 Les relations causales et les retombées attendues

Dans le cadre de la modélisation théorique, l'association des activités et des processus aux différentes retombées permet de rendre plus explicites les relations causales de l'intervention qui sont illustrées par les flèches. Par exemple, le thème 1 de l'appréciation de soi, au-delà de l'apparence physique, présente du contenu théorique sur l'explication des fonctions corporelles et leur lien avec l'appréciation de soi (activité). Les activités de réflexion-discussion en sous-groupe et en grand groupe (processus) permettent d'approfondir le sujet. L'ensemble de ces activités et processus permet aux apprenants de reconnaître et de valoriser les différences, d'expérimenter des rapports sociaux bienveillants et de prendre la parole si souhaitée (retombées proximales). Ces retombées vont nourrir l'autodétermination, l'affirmation de soi et offrir la possibilité aux apprenants de remettre en question les standards corporels de minceur musculeuse. Ces retombées intermédiaires vont permettre de reconnaître et de valoriser le corps au-delà de l'apparence physique (retombée distale illustrée par une flèche). Il en va de même pour l'ensemble des séances (voir tableau 9).

Les retombées attendues constituent les résultats souhaités à la suite de l'intervention (Champagne et Brousselle, 2011). Dans la modélisation théorique initiale, les retombées ont été formulées dans une perspective temporelle. Les retombées proximales sont des retombées susceptibles d'être atteintes dès les premières séances ou en cours d'intervention. Les retombées



intermédiaires, pour leur part, sont attendues de façon plus soutenue dans le temps, soit à la fin de l'intervention. Les retombées distales sont susceptibles de se manifester après l'intervention, soit par une application concrète dans la vie quotidienne des apprenants. Chaque thème et chaque activité sont associés à une retombée distale spécifique.

#### 4.2.1.3 Le but ultime

Le but ultime renvoie à l'objectif spécifique à long terme de l'intervention. Par la mise en œuvre des différentes relations causales entre les activités, les processus et l'atteinte des différentes retombées, il est avancé que le but ultime de l'intervention sera également atteint (Brousselle et Champagne, 2011). Dans la modélisation théorique initiale, le but ultime qui a été formulé est de favoriser le développement d'ACA fonctionnels pour les individus et la collectivité.

L'ensemble de ces éléments (activités et processus, relations causales, retombées attendues et but ultime) a été mis en relation au sein de la modélisation théorique initiale de l'intervention. C'est donc sur le guide de coconstruction de la formation (tableaux 7 et 8) et sur cette modélisation théorique initiale (tableau 9) que se sont penchées les experts du groupe de travail afin d'analyser la théorie de l'intervention de la formation sur les ACA fonctionnels.

### **4.2.2 Résultats des rondes de consultation du groupe de travail**

Un groupe de travail composé d'experts a participé à trois rondes de consultation qui avaient pour but d'analyser la modélisation théorique initiale de l'intervention (incluant le guide de coconstruction de la formation). Ce processus a permis de souligner certains points forts, mais surtout de mettre en lumière les faiblesses et incomplétudes de la modélisation théorique initiale. Des demandes d'ajustements ont été formulées: des ajouts, des retraits, des précisions et des approfondissements. Ces demandes d'ajustements ont été colligées dans la grille d'audit des ajustements et le journal de recherche (outils de collecte de données décrits à la section 5.4.4). Ces données ont ensuite fait l'objet d'une analyse qualitative par l'application d'une stratégie de questionnement analytique<sup>8</sup>. Les résultats de cette analyse ont permis d'identifier les

---

<sup>8</sup> Rappel de l'analyse par questionnement analytique: L'analyse par questionnement analytique se décline en trois questionnements analytiques initiaux desquels émergent des questionnements analytiques d'approfondissement.

ajustements à apporter à la modélisation théorique initiale. Les trois questionnements analytiques initiaux seront repris un à un dans les sections suivantes, de même que leurs questionnements analytiques d'approfondissement.

#### 4.2.2.1 Questionnement analytique initial 1

L'impact des ajustements proposés sur l'intervention

Le premier questionnement analytique concerne l'impact des ajustements proposés sur l'intervention. L'analyse a reposé sur deux sources de données colligées lors des rondes de consultation (la grille d'audit des ajustements et le journal de recherche). Du premier questionnement analytique initial découlent cinq questionnements analytiques d'approfondissement dont les résultats se trouvent dans les catégories suivantes: amélioration de la cohérence; amélioration de la précision; amélioration de clarté; optimisation de l'attractivité; et conformité au principe d'égalité des savoirs et reconnaissance du savoir expérientiel. Ces cinq catégories sont intrinsèquement liées entre elles et viennent s'imbriquer l'une à l'autre. Par exemple, apporter des précisions et clarifications à certains éléments, comme le titre de la formation, occasionne des ajustements qui rendent plus attractif et accrocheur le titre de la formation. Les cinq questionnements analytiques d'approfondissement et leur catégorie de résultats sont présentés ci-après suivis d'un tableau synthèse (tableau 9). Des explications et le détail des réponses aux questionnements suivent le tableau.

- A) Comment ces ajustements affectent-ils la cohérence de la formation (amélioration de la cohérence)
- B) Comment les ajustements proposés ont-ils un effet sur la précision des composantes de la formation ? (amélioration de la précision)
- C) Comment les ajustements proposés ont-ils un effet sur la clarté de la formation ? (amélioration de la clarté)

---

Les questionnements analytiques d'approfondissement font l'objet d'une réponse analytique qui se veut le résultat du processus d'analyse. Les résultats du questionnement analytiques se présentent sous la forme de catégorie dans l'idée de synthétiser les résultats en quelques mots-clés ou phrase clé.

- D) Pourquoi des ajustements de formulation sur certains éléments sont-ils proposés ?  
(optimisation de l'attractivité)
- E) Pourquoi les ajustements au sujet de l'intégration du savoir expérientiel ont-ils été proposés? (conformité au principe d'égalité des savoirs et reconnaissance du savoir expérientiel)

#### A) Amélioration de la cohérence

Les analyses des propos des experts démontrent que la modélisation théorique initiale et le guide de coconstruction de la formation doivent être révisés afin d'être cohérents entre eux et avec les données probantes appuyant le rationnel de l'intervention. Les objectifs et thèmes des séances, contenus théoriques, activités pédagogiques et témoignages, doivent être ajustés afin d'être plus cohérents avec les données probantes appuyant le rationnel de l'intervention. Pour ce faire, les experts du groupe de travail proposent de revoir les termes utilisés dans les données probantes et de reprendre les mêmes termes. Par exemple, au sein de la première séance, les contenus théoriques présentés ont pour sujet les fonctions corporelles et l'appréciation de soi puisque des données probantes les identifient comme des facteurs de protection. Toutefois, la description de l'activité pédagogique est peu évocatrice de ce thème parce que ces termes ne sont pas repris. Le groupe de travail a jugé que cela peut porter à confusion. Il a donc été proposé d'ajuster la formulation de l'activité pédagogique afin de réutiliser les termes de fonctions du corps et d'appréciation de soi abordés dans les contenus théoriques. Par ailleurs, puisqu'il est question des fonctions corporelles à la première séance, il a été suggéré d'ajuster la formulation des retombées attendues pour cette séance dans la modélisation théorique. Cet ajustement permet de spécifier la teneur des retombées sur les fonctions du corps et d'y intégrer l'aspect important de l'appréciation de soi. Le groupe de travail propose que les ajustements de cohérence apportés à la modélisation théorique initiale se reflètent aussi par des ajustements similaires au guide de coconstruction et vice versa.

#### B) Amélioration de la précision

L'analyse suggère également que des ajustements au niveau de la précision soient apportés. Les ajustements de précision réfèrent à l'utilisation de termes précis et systématiques, soit de toujours utiliser le même vocabulaire pour parler des mêmes choses. Les experts du groupe de travail ont noté des variations de vocabulaire pouvant porter à confusion dans certains contenus théoriques et dans certaines activités. Par exemple, le terme « domaine » d'occupation était utilisé dans les contenus théoriques de la troisième séance et le terme « dimension » d'occupation était utilisé dans les activités pédagogiques. Les experts ont jugé que cela pouvait induire une confusion chez les apprenants et ils ont proposé de choisir un terme (domaine ou dimension) et de le réutiliser systématiquement chaque fois, tant dans les contenus théoriques présentés que dans les activités pédagogiques proposées. Les experts du groupe de travail ont proposé que ces ajustements de précision soient apportés dans l'ensemble de la documentation supportant l'intervention, soit dans le guide de coconstruction et dans la modélisation théorique.

### C) Amélioration de la clarté

Il se dégage aussi des analyses que des ajustements doivent être apportés afin d'améliorer la clarté de l'intervention. Les termes utilisés doivent être clairs et compréhensibles par les apprenants et le grand public. Les experts du groupe de travail ont souligné qu'il est possible que les apprenants et le grand public soient exposés pour la première fois à certains termes et qu'un effort de vulgarisation ou de simplification, voire même d'explication soit déployé. Dans la première partie du guide de coconstruction, les experts du groupe de travail se sont particulièrement arrêtés sur le titre de la formation et sa description brève. Ils ont jugé que les termes « posture favorable » du titre sont peu évocateurs et peu concrets pour le grand public et ils ont donc suggéré de revoir complètement le titre pour le rendre plus compréhensible. Il a été de même pour la description brève de la formation. Les experts du groupe de travail ont jugé la description très complexe et peu compréhensible, particulièrement pour ce qui est des termes « santé intégrée » et « vision dimensionnelle ». Ils ont proposé d'ajuster la description et de la rendre plus claire par l'utilisation de termes simples et accessibles pour le grand public.

Les experts du groupe de travail ont aussi soulevé l'importance de définir certains termes lors de la présentation des contenus théoriques et d'activités pédagogiques afin d'assurer la

compréhension de tous les apprenants. Ils ont proposé d'ajouter aussi des exemples concrets. Par exemple, lorsqu'il est question du continuum occupationnel lors de la deuxième séance, l'ajout d'une définition ainsi que des exemples concrets de la vie de tous les jours ont été proposés pour améliorer la clarté du contenu théorique présenté.

#### D) Optimisation de l'attractivité

Les analyses montrent aussi que la formulation de certains éléments doit être revue pour être plus attractive afin d'inciter les personnes à s'inscrire à cette formation ainsi que pour maintenir l'intérêt et l'engagement des apprenants. Par exemple, les experts du groupe de travail ont jugé qu'améliorer la clarté du titre passait aussi par une reformulation afin de le rendre plus attrayant. Les experts ont aussi proposé d'améliorer l'attractivité de la formation par une reformulation des thèmes des séances à l'aide de mots simples et de phrases courtes pour stimuler l'intérêt des personnes à s'inscrire. Les experts ont aussi proposé d'ajuster certaines phrases clés afin de refléter l'amélioration de l'attractivité des différents thèmes des séances.

#### E) Conformité au principe d'égalité des savoirs et à la reconnaissance du savoir expérientiel

L'analyse des ajustements proposés par le groupe de travail conduit à améliorer la conformité au principe d'égalité des savoirs et à la reconnaissance du savoir expérientiel. Les experts du groupe de travail ont mis de l'avant que le savoir expérientiel ne doit pas être uniquement partagé par les formatrices (tel que présenté au guide de coconstruction), mais qu'il doit aussi être sollicité chez les apprenants par les différentes activités pédagogiques. Les experts du groupe de travail ont jugé nécessaire d'ajuster le guide de coconstruction afin d'indiquer les moments et stratégies utilisées par les formatrices afin de faire émerger le savoir expérientiel des apprenants. Les propositions d'ajustements pour mieux intégrer le savoir expérientiel des apprenants impliquent de revoir le temps alloué à certaines composantes comme les activités de discussions en sous-groupe et en grand groupe. Ces activités doivent être plus importantes en proportion que les moments de transmission de contenu théorique. Les experts du groupe de travail proposent également d'ajuster à la hausse le temps alloué aux activités en sous-groupe, car c'est un élément apprécié des apprenants. Les experts du groupe de travail soulignent que des données de

recherche pointent que les apprenants apprécient les activités en sous-groupe, car les discussions y sont plus ouvertes, franches et intimes, et qu'ils souhaitent avoir suffisamment de temps.

Tableau 9. – Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 1: l'impact des ajustements proposés

Questionnement analytique initial 1		
Quel est l'impact des ajustements proposés sur l'intervention ?		
Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)	Résultats du questionnaire analytique	Résultats sous forme de catégorie
A) Comment ces ajustements affectent-ils la cohérence de la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les objectifs et thèmes de séances, contenus théoriques, activités pédagogiques et témoignages (dans le guide de coconstruction) et intégrer les mêmes termes que ceux utilisés dans les données probantes. Vérifier et ajuster toute la terminologie nécessaire.</li> <li>• Réviser la terminologie de la modélisation théorique initiale et intégrer les mêmes termes que dans les données probantes du rationnel de l'intervention et le guide de coconstruction.</li> <li>• Procéder à ces ajustements permet d'améliorer la cohérence entre les deux documents et leur cohérence avec les données probantes appuyant le rationnel de l'intervention.</li> </ul>	Amélioration de cohérence
B) Comment les ajustements proposés ont-ils un effet sur la précision des composantes de la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir des termes précis et en faire une utilisation systématique, c'est à dire toujours utiliser les mêmes termes pour parler des mêmes choses.</li> <li>• Retirer les synonymes et utiliser les termes identiques de façons constantes (tant dans le guide de coconstruction de la formation que dans la modélisation théorique initiale) afin d'améliorer la précision de la formation.</li> </ul>	Amélioration de la précision
C) Comment les ajustements proposés ont-ils un effet sur la clarté de la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier les termes utilisés et ajouter des explications et des définitions pour les termes plus complexes.</li> <li>• Ajouter aussi des exemples concrets de la vie de tous les jours (lorsqu'applicable) afin d'améliorer la clarté de la formation.</li> </ul>	Amélioration de la clarté
D) Pourquoi des ajustements de formulation sur certains éléments sont-ils proposés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifier certaines formulations permet de rendre plus attractifs certains contenus ce qui peut inciter les gens à s'inscrire à la formation ou à maintenir l'intérêt et l'engagement des apprenants durant la formation.</li> </ul>	Optimisation de l'attractivité

## Questionnement analytique initial 1

Quel est l'impact des ajustements proposés sur l'intervention ?

<p>E) Pourquoi les ajustements au sujet de l'intégration du savoir expérientiel ont-ils été proposés? (conformité au principe 8: égalité des savoirs et reconnaissance du savoir expérientiel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir des moments où les formatrices sollicitent le savoir expérientiel des apprenants afin d'attester de la conformité aux principes d'égalité des savoirs et de reconnaissance du savoir expérientiel.</li> <li>• Retirer certains contenus théoriques et redistribuer le temps alloué au profit d'activités pédagogiques en sous-groupe ou en grand groupe afin de donner l'espace requis au savoir expérientiel des apprenants. Les activités en sous-groupe sont valorisées par les apprenants.</li> </ul>	<p>Conformité au principe d'égalité des savoirs et reconnaissance du savoir expérientiel</p>
--	--	--

### 4.2.2.2 Questionnement analytique initial 2

Le renforcement de la validité théorique de l'intervention

Le deuxième questionnement analytique initial concerne le renforcement de la validité théorique de l'intervention. Encore une fois, l'analyse a reposé sur deux sources de données colligées lors des rondes de consultation (la grille d'audit des ajustements et le journal de recherche). Du deuxième questionnement analytique initial découlent quatre questionnements analytiques d'approfondissement sous les catégories suivantes: gradation des retombées; adéquation des retombées; conformité aux évidences scientifiques et principes RC et démonstration de l'ampleur de l'enjeu et des retombées. Ces quatre catégories de résultats sont interreliées et s'influencent mutuellement. Par exemple, l'ajustement de la gradation des retombées permet d'illustrer une portée sur les apprenants présents, mais aussi plus largement, des retombées dans leurs milieux de vie personnels et professionnels. Ajuster ainsi la gradation des retombées rejoint les recommandations de mettre en relief des éléments collectifs et contextuels dans l'intervention. En effet, cette gradation démontre l'ampleur de l'enjeu des ACA dysfonctionnels et, par le fait même, l'ampleur des retombées souhaitées. Les quatre questionnements analytiques d'approfondissement et leurs résultats de même que leurs catégories sont présentées ci-après, suivies de l'explication et des détails de chacune.

A) Comment les ajustements des retombées ont un effet sur leur portée ? (gradation des retombées)

- B) Comment les ajustements des retombées ont-ils un effet sur la validité théorique de l'intervention? (adéquation des retombées)
- C) Comment les données probantes appuyant le rationnel de l'intervention contribuent-elles à la validité théorique? (conformité aux évidences scientifiques et principes RC)
- D) Quelle est l'importance d'apporter des ajustements sur les éléments collectifs et contextuels de l'intervention en lien avec les données probantes? (démonstration de l'ampleur de l'enjeu et des retombées)

#### A) Gradation des retombées

L'analyse des ajustements suggérés par le groupe de travail amène à revoir la formulation des retombées afin qu'elles reflètent une meilleure gradation, et ce, à deux niveaux: intra-individuel et de portée. Les experts du groupe de travail ont avancé que les retombées doivent être revues pour une meilleure gradation intra-individuelle chez les apprenants. Par exemple, il faut d'abord que les apprenants prennent conscience de leurs propres perceptions sur l'image du corps et l'alimentation avant de pouvoir changer ces perceptions. Une fois que les apprenants tentent de changer leurs perceptions au sujet de l'image du corps et de l'alimentation, il devient plausible d'aller plus loin et d'envisager la possibilité qu'ils changent également leur langage sur ces thèmes. Il y a donc une gradation logique où la prise de conscience des perceptions précède le changement de ces perceptions qui éventuellement amènera à changer le langage des apprenants sur la perception de l'image du corps et de l'alimentation.

Par ailleurs, les résultats d'analyse amènent aussi à reformuler les retombées pour tracer leur gradation de portée. Ces reformulations permettent d'illustrer les changements souhaités chez les apprenants et les changements à l'extérieur des apprenants. Il s'agit d'abord de viser des changements au niveau individuel chez les apprenants, par exemple, de changer ses propres perceptions et son langage sur l'image du corps et l'alimentation. Ensuite, il devient plausible d'espérer des changements plus collectifs, par exemple, que les apprenants soutiennent les personnes autour d'eux à changer eux aussi leurs perceptions et leur langage sur la perception de l'image du corps et de l'alimentation.

#### B) Adéquation des retombées



En lien avec les ajustements d'amélioration de la cohérence, les experts du groupe de travail ont proposé une reformulation des retombées conformément aux données probantes du rationnel de l'intervention. Les reformulations et ajustements devaient se rapprocher du vocabulaire employé dans les données probantes, mais aussi du vocabulaire des objectifs, des thèmes, des contenus théoriques et des activités pédagogiques ajustés au guide de coconstruction de la formation. Les experts ont jugé que ces ajustements permettaient d'approfondir l'adéquation des retombées de la formation avec l'ensemble de ses composantes comme présenté au guide de coconstruction.

#### C) Conformité aux évidences scientifiques et aux principes *Recovery College*

Les ajustements proposés par les experts du groupe de travail démontrent que l'utilisation de formulations exemptes de termes médicaux a été appréciée. Les experts du groupe de travail valorisent que l'intervention s'oriente sur les données probantes en matière de facteurs de protection, soit sur des facteurs contributifs aux ACA fonctionnels. Bien que des ajustements aient été proposés dans la modélisation théorique initiale et dans le guide de coconstruction, les experts du groupe de travail ont souligné comme élément fort de l'intervention les facteurs de protection des ACA fonctionnels qui sont au cœur des thèmes, des activités et des retombées de l'intervention. Les analyses montrent également que le sujet général de la formation, soit les ACA fonctionnels, est conforme avec l'ensemble des principes RC.

#### D) Démonstration de l'ampleur de l'enjeu et des retombées visées

Les analyses de données illustrent que le groupe de travail accorde de l'importance aux différents types de personnes et de secteurs en interaction avec les ACA fonctionnels qui sont ciblés par l'intervention. Il peut s'agir de: personnes vivant elles-mêmes des ACA dysfonctionnels ; des membres de leur entourage ; des intervenants ou professionnels de différents secteurs. Les experts du groupe de travail ont toutefois proposé des ajustements qui permettent de démontrer que l'intervention rejoint différents types de personnes et différents secteurs. Les propositions d'ajustements ont trait spécifiquement aux retombées globales et collectives. Ces ajustements attestent d'une perspective collective et transversale à tous les principes RC. Le tableau 10

reprend en détail les réponses aux questions d’approfondissement dans un souci de favoriser la compréhension des lecteurs.

Tableau 10. – Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 2: le renforcement de la validité théorique de l’intervention

Questionnement analytique initial 2		
Comment renforcer la validité théorique de l’intervention ?		
Questionnement analytique d’approfondissement (qui émerge de l’analyse)	Résultats du questionnaire analytique	Résultats sous forme de catégorie
A) Comment les ajustements des retombées ont un effet sur leur portée ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reformuler les retombées pour une gradation plus appropriée. Par exemple, une prise de conscience de perceptions personnelles de l’apprenant précède le changement des perceptions. Une fois que l’apprenant change ses perceptions personnelles, il est possible pour l’apprenant d’envisager de changer son langage</li> <li>Ajuster la formulation des retombées afin de démontrer des retombées directes pour les apprenants ayant suivi la formation, mais également des retombées plus globales et collectives susceptibles d’être générées par l’intervention</li> </ul>	Gradation des retombées
B) Comment les ajustements des retombées ont un effet sur la validité théorique de l’intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reformuler les retombées en intégrant les termes utilisés dans les données probantes qui supportent le rationnel de l’intervention afin d’avoir une meilleure adéquation entre les retombées, le guide de coconstruction et les données probantes</li> <li>Maintenir l’adéquation avec les objectifs et thèmes de séances, les contenus théoriques, les activités pédagogiques lors de la refonte en lien avec l’adéquation aux données probantes</li> </ul>	Adéquation des retombées
C) Comment les données probantes appuyant le rationnel de l’intervention contribuent-elles à la validité théorique ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>S’assurer que les données probantes en appui au rationnel de l’intervention soient centrées sur les facteurs de protection, soit les facteurs contributifs au développement d’ACA fonctionnels et exempts de termes centrés sur les symptômes et pathologies. Ceci reflète l’approche non médicale et non stigmatisante conforme aux principes RC</li> </ul>	Conformité aux évidences scientifiques et aux principes RC

## Questionnement analytique initial 2

Comment renforcer la validité théorique de l'intervention ?

<p>D) Quelle est l'importance d'apporter des ajustements sur les éléments collectifs et contextuels de l'intervention en lien avec les données probantes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajouter certaines catégories de retombées afin de refléter les différents types de personnes et de secteurs en interaction avec les ACAF et en tenir compte dans la modélisation. L'ajout de ces catégories de retombées permet d'attester de la portée tant individuelle que collective de l'intervention telle que promue au sein des principes RC</li> </ul>	<p>Démonstration de l'ampleur de l'enjeu et des retombées visées</p>
---	--	--

### 4.2.2.3 Questionnement analytique initial 3

Les conditions favorables au bon déroulement de l'intervention.

Le troisième questionnement analytique initial concerne les conditions favorables au bon déroulement de l'intervention. Encore une fois, l'analyse a reposé sur deux sources de données (la grille d'audit des ajustements et le journal de recherche) colligées lors des rondes de consultation. Du troisième questionnement analytique initial découlent trois questionnements analytiques d'approfondissement dont les résultats sont les catégories suivantes: l'accompagnement des formatrices; l'uniformisation des technopédagogies de même que l'engagement et la participation des apprenants. Dans le cas de ces catégories de résultats, chacune des catégories est liée à l'autre dans une perspective d'addition, pour contribuer aux conditions favorables de l'intervention. Les trois questionnements analytiques d'approfondissement et leurs résultats de même que les catégories sont présentées ci-après.

A) Quelles ressources seront nécessaires aux formatrices tout au long de l'intervention ?

(l'accompagnement des formatrices)

B) Quel est l'apport des technopédagogies pour le bon déroulement de l'intervention ?

(l'uniformisation des technopédagogies)

C) Comment la pédagogie active favorise-t-elle le bon déroulement de l'intervention

(l'engagement et participation des apprenants)

A) L'accompagnement des formatrices

L'analyse des données illustre que les experts du groupe de travail proposent d'améliorer les conditions favorables au bon déroulement de l'intervention par l'accompagnement aux formatrices. Les experts ont proposé un accompagnement continu des formatrices par la doctorante (pendant et après les séances de formation). L'accompagnement de la doctorante peut prendre différentes formes, par exemple elle peut outiller les formatrices pour faire face à certains propos nécessitant un recadrage, comme l'évocation de signes et symptômes de TCA. Les données probantes appuyant le rationnel montrent qu'il faut éviter l'utilisation de termes pathologisant centrés sur les symptômes et les conséquences néfastes puisqu'ils peuvent être perturbateurs pour les apprenants et peuvent aller à l'encontre de l'atteinte des objectifs et retombées de la formation. Aussi, la doctorante peut aider les formatrices à assister les apprenants dans l'utilisation des technopédagogies intégrées à la formation. Cet accompagnement permet aux formatrices d'ajuster promptement ces paramètres de la formation lorsque nécessaire afin que la formation reflète bien la modélisation théorique et les principes RC. L'accompagnement par la doctorante est identifié comme une stratégie favorable au bon déroulement de l'intervention.

#### B) L'uniformisation des technopédagogies

Les experts du groupe de travail ont fortement suggéré une révision judicieuse des technopédagogies utilisées. Les experts ont souligné l'importance de choisir des technopédagogies uniformes et intuitives d'utilisation. Par exemple, les experts ont proposé de choisir une seule technopédagogie et de s'y tenir pour l'ensemble des séances. Ils ont donc suggéré d'éliminer certaines technopédagogies proposées comme l'outil « mind map ». Cet outil permet de créer des cartes conceptuelles et des plans de concepts numériques en liant certains éléments entre eux. Les experts ont jugé que cet outil peut être complexe à comprendre et à utiliser pour les apprenants, par conséquent, l'outil lui-même peut faire entrave à leur participation dans la formation. Les experts du groupe de travail ont donc proposé de choisir la technopédagogie la plus intuitive d'utilisation, la plus facile à apprendre et à maîtriser par les apprenants afin d'en faciliter l'utilisation. Ces ajustements sont perçus comme des facilitateurs par les experts du groupe de travail puisqu'ils vont permettre aux apprenants d'avoir une participation optimale aux activités pédagogiques.

### C) L'engagement et participation des apprenants

En complémentarité avec la conformité au principe d'égalité des savoirs et de valorisation du savoir expérientiel, les experts du groupe de travail soulignent que la proportion de contenu théorique présenté est trop importante en regard de la proportion d'activités pédagogiques de réflexion et de discussion en sous-groupes. Les experts ont proposé une redistribution de temps au profit des activités en sous-groupe afin de favoriser l'engagement et la participation des apprenants à la formation. De plus, les experts estiment que ce réaménagement de temps permet de faire émerger le savoir expérientiel des apprenants permettant de mieux se conformer au principe d'égalité des savoirs et de valorisation du savoir expérientiel. L'intégration de ces ajustements a été identifiée comme une condition favorable au bon déroulement de la formation. Par ailleurs, le groupe de travail souligne l'effort d'intégration de l'approche de pédagogie active au sein de la formation. Les experts du groupe de travail ont apprécié l'utilisation de médiums variés tels qu'un diaporama qui intègre à la fois du texte et des images ainsi que la présentation de contenu audio-vidéo, tant pour la présentation de contenu théorique qu'en support aux activités pédagogiques. Ces éléments ont été considérés par les experts du groupe de travail comme stimulant l'engagement et la participation des apprenants à la formation. Le tableau 11 présente en détail les réponses aux questions d'approfondissement dans un souci de favoriser la compréhension des lecteurs.

Tableau 11. – Synthèse des résultats: questionnaire analytique initial 3: la mise en place de conditions favorables au bon déroulement de l'intervention

Questionnement analytique initial 3		
Comment mettre en place des conditions favorables au bon déroulement de l'intervention?		
Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)	Résultats du questionnaire analytique	Résultats sous forme de catégories
A) Quelles ressources seront nécessaires aux formatrices tout au long de l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir un accompagnement en continu par la doctorante afin que les formatrices apportent promptement les ajustements à certains paramètres de la formation, comme le recadrage de propos inappropriés et l'assistance aux apprenants dans l'utilisation des technopédagogies.</li> </ul>	Accompagnement des formatrices

### Questionnement analytique initial 3

#### Comment mettre en place des conditions favorables au bon déroulement de l'intervention?

B) Quel est l'apport des technopédagogies pour le bon déroulement de l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir le choix des technopédagogies afin d'uniformiser leur utilisation de séance en séance et de choisir des technopédagogies intuitives et faciles d'utilisation. Ces ajustements favoriseront une participation optimale des apprenants</li> </ul>	Uniformisation des technopédagogies
C) Comment la pédagogie active favorise-t-elle le bon déroulement de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redistribuer plus de temps aux activités en sous-groupes afin de potentialiser la pédagogie active et la place du savoir expérientiel en offrant une prise de parole aux apprenants. Ces ajustements permettent de mieux incarner les principes RC et favorisent l'engagement des apprenants. L'approche de la pédagogie active est bien démontrée dans la formation par l'utilisation de supports visuels ainsi que de différents médiums (images, contenus audiovisuels)</li> </ul>	Engagement et participation

En somme, les analyses de données issues des trois rondes de consultations du groupe de travail ont mis en lumière les incomplétudes pouvant affecter la validité de la théorie de l'intervention de la formation sur les ACA fonctionnels. Ces incomplétudes se trouvaient tant au sein du guide de coconstruction de la formation qu'au sein de la modélisation théorique initiale de l'intervention. L'analyse des propositions formulées par le groupe de travail a permis d'apporter des ajustements au guide de coconstruction et à la modélisation théorique initiale. Ces ajustements ont permis d'améliorer la cohérence, la précision, la clarté et l'attractivité de la formation dans ses contenus théoriques, ses activités pédagogiques et ses partages d'expériences vécues. Par ailleurs, les ajustements ont aussi permis d'accroître la cohérence et l'adéquation entre le guide de coconstruction, la modélisation théorique et les données probantes supportant le rationnel de l'intervention. De plus, les ajustements ont également permis à la formation de mieux se conformer à l'ensemble des principes RC. Aussi, certains ajustements ont permis d'intégrer des stratégies favorables au bon déroulement de l'intervention comme l'accompagnement aux formatrices et l'uniformisation des technopédagogies utilisées, entre autres. Ces ajustements ont été concrétisés par la production de versions ajustées du guide de coconstruction de la formation et de la modélisation théorique.

### 4.2.3 Guide de coconstruction – version ajustée

Grâce à l'analyse des données des rondes de consultation du groupe de travail, une version ajustée du guide de coconstruction de la formation a été co-produite par la doctorante et les formatrices. Dans les sections suivantes, les deux parties du guide de coconstruction sont d'abord présentées (tableaux 12 et 13) accompagnées d'explications sur les ajustements apportés. À des fins de différenciations, la version ajustée du guide de coconstruction est présentée dans la couleur orange afin de se distinguer de la version initiale de couleur verte présentée au point 4.1.2. Afin d'accompagner le lecteur, les éléments modifiés figurent couleur de rouge à l'intérieur du tableau. L'intégration des ajustements apportés au guide de coconstruction se trouve au sein de la modélisation théorique ajustée qui est présentée en détail à la section 4.2.4.

#### 4.2.3.1 Première partie du guide de coconstruction – description de la formation

Le tableau 12 présente la version ajustée de la première partie du guide de coconstruction de la formation qui intègre les ajustements apportés à la suite de l'analyse des données des rondes de consultations. Quatre sections de la première partie du guide de coconstruction ont fait l'objet d'ajustements. Il s'agit: du titre de la formation, de la description brève de la formation; des thèmes abordés et des objectifs d'attestation de la formation. Des explications sur ces ajustements sont abordées à la suite du tableau 12.

Tableau 12. – Première partie du guide de coconstruction – description de la formation (ajustée)

Première partie du guide de coconstruction de la formation: description de la formation	
Noms des formatrices	Formatrice 1 Formatrice 2 Formatrice 3
Nom de la personne-ressource	Doctorante
*Titre de la formation	Attitudes et comportements alimentaires fonctionnels: les comprendre, les adopter, les encourager
*Description brève de la formation	Dans l'optique d'une santé holistique, prise de conscience de notre rapport avec l'alimentation dans nos différentes sphères de vie afin d'aller vers le bien-être.

Première partie du guide de coconstruction de la formation: description de la formation	
*Thèmes abordés	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique</li> <li>2. L'alimentation: des besoins, des contextes, nos réponses</li> <li>3. L'alimentation dans tous ses sens</li> </ol>
*Objectifs d'attestation de la formation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mieux comprendre les attitudes et comportements alimentaires fonctionnels individuels et collectifs</li> <li>2. Adopter un regard bienveillant sur ses propres attitudes et comportements alimentaires de même que sur ceux d'autrui</li> <li>3. Découvrir des façons innovantes d'adopter des attitudes et comportements alimentaires fonctionnels dans le quotidien</li> <li>4. Soutenir et encourager l'adoption individuelle et collective d'attitudes et comportements alimentaires fonctionnels</li> </ol>
Descriptif complet de la formation	<p>Dans le cadre de cette formation, les participants auront l'opportunité de mieux comprendre comment adopter des attitudes et des comportements alimentaires fonctionnels pour eux et de leur entourage. Par le biais d'activités de réflexion et d'échanges, il sera possible d'explorer les concepts de perceptions, de relations, d'occupations et de sensations, en lien avec la diversité d'attitudes et de comportements touchant à l'alimentation au quotidien. Certains mythes seront-défaits, des outils seront partagés et de nouvelles connaissances seront coconstruites. Au terme de la formation, les apprenants pourront avoir un point de vue plus critique quant aux attitudes et comportements alimentaires contribuant à la santé individuelle et collective.</p>
Note	<p>Le symbole * indique les sections qui ont fait l'objet d'ajustements            En rouge : éléments modifiés            En noir : éléments non modifiés</p>

Le premier ajustement apporté à la première partie du guide de coconstruction concerne le titre de la formation. Le titre a été revu afin d'être formulé de façon plus claire et aussi plus attractive pour les apprenants potentiels. Le deuxième ajustement concerne la description brève de la formation. La description brève a fait l'objet de reformulations puisque les termes « santé intégrée » et « vision dimensionnelle » ont été jugés complexes, nécessitant d'être définis et explicités pour les apprenants potentiels afin d'assurer la clarté et la précision de la formation. Puisqu'il est difficile d'offrir une définition courte, précise et claire de ces deux termes, les formatrices et la doctorante ont choisi d'utiliser le terme «santé holistique» qui est utilisé plus couramment et qui est susceptible d'être compris plus aisément par les apprenants potentiels. Le troisième ajustement concerne les thèmes des séances. Les thèmes deux et trois ont été pour l'aborder dans la formation. Le quatrième et dernier ajustement concerne les objectifs



d'attestation de la formation. Le dernier objectif d'attestation a été reformulé afin de mieux démontrer les aspects individuels et collectifs de la portée de la formation. En effet, il est attendu que les apprenants vivent des transformations pour eux-mêmes, mais aussi qu'ils se sentent outillés pour soutenir d'autres personnes à instaurer certains changements qui permettent de tendre vers des ACA fonctionnels.

#### 4.2.3.2 Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation

Le tableau 13 présente la version ajustée de la deuxième partie du guide de coconstruction de la formation qui intègre les ajustements apportés suite à l'analyse des données des rondes de consultation. Des ajustements ont été apportés aux trois séances de formation, et ce, tant au niveau des objectifs de séances, des activités pédagogiques, des contenus théoriques à transmettre, de la phrase clé et des technopédagogies utilisées. À titre de rappel, les éléments modifiés figurent en rouge. Des explications sur ces ajustements sont abordées à la suite du tableau 13.

Tableau 13. – Deuxième partie du guide de coconstruction – plan de formation synthétisé (ajusté)

Thèmes de séances	Objectifs de séances	Activités pédagogiques	Contenus théoriques à transmettre	Phrases clés	Technopédagogies utilisées
Séance 1 L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique	Prendre conscience et découvrir différentes façons d'apprécier son corps au-delà de l'apparence physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité 1: Discussion en grand groupe sur les raisons de la présence à la formation (activité brise-glace, prise de parole et découverte de soi et de l'autre). <b>Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants)</b></li> <li>• Activité 2: en trois sous-groupes, discussion sur les fonctions corporelles et leur appréciation. Discussion de grand groupe ensuite. <b>Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Introduction et définition du continuum de silhouettes</b></li> <li>• Définition des fonctions corporelles, explication du lien avec l'appréciation de soi</li> </ul>	<b>Plutôt que d'apprécier le corps pour ce qu'il a l'air, apprécions-le pour ce qu'il peut faire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation power-point et Outil padlet</li> </ul>
Séance 2 <b>L'alimentation: les besoins, les contextes, les réponses</b>	Comprendre les différents besoins auxquels l'alimentation répond et découvrir des contextes de repas favorables à la connexion à ces besoins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité 1: réflexion et discussion en grand groupe sur les besoins de l'alimentation. <b>Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants)</b></li> <li>• Activité 2: réflexion et discussion en sous-groupe pour associer les représentations de manger aux besoins liés à l'alimentation. Retour en grand groupe, discussion et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation d'information sur les trois types de besoins associés à l'alimentation (physiologiques, psychologiques et sociaux).</li> </ul>	Répondre à ses besoins alimentaires, c'est bien plus que ce que l'on met dans l'assiette, c'est aussi l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation power-point</li> <li>• Images de repas</li> <li>• Capsule vidéo Loricorps Youtube</li> <li>• <b>Outil Padlet</b></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>partage des idées. <b>Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants)</b></li> <li>• Visionnement de la capsule « Relation » Loricorps. Brève discussion de clôture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de contenu sur les contextes des repas pour répondre aux besoins liés à l'alimentation</li> </ul>	que l'on met en place pour prendre le repas.	
Séance 3 Occupation: l'alimentation dans tous ses sens.	S'ouvrir aux différentes significations de l'alimentation et donner un sens personnel à l'alimentation dans les occupations quotidiennes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Activité 1: réflexion et discussion en sous-groupes sur l'alimentation dans les 3 domaines d'occupation. Échanges en grand groupe ensuite pour aller plus loin. Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants)</b></li> <li>• <b>Activité 2: Discussion en grand groupe sur les façons de donner plus de signifiante à l'alimentation. Partage du savoir expérientiel (formatrices et apprenants).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des définitions des trois domaines d'occupation.</li> <li>• Présentation et explication du continuum occupationnel en lien avec l'alimentation</li> </ul>	Transformer la perspective de l'alimentation c'est donner un sens tout personnel à l'acte de manger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation power-point</li> <li>• <b>Outil Padlet</b></li> </ul>

Les ajustements apportés au plan de formation visaient : la conformité au principe d'égalité des savoirs et la reconnaissance du savoir expérientiel; l'amélioration de la clarté; la précision et l'attractivité de la formation; l'uniformisation des technopédagogies; et la cohérence entre les données probantes et la modélisation théorique. Pour les trois séances de formation, des ajouts ont été apportés aux activités pédagogiques afin que le partage du savoir expérientiel soit non seulement assumé par les formatrices, mais qu'il soit aussi sollicité chez les apprenants par les formatrices. Ceci permet une meilleure conformité au principe d'égalité des savoirs et de la reconnaissance du savoir expérientiel. Aussi, une introduction et une définition du continuum des silhouettes ont été ajoutées au contenu théorique présenté à la séance 1 afin d'améliorer la précision et la clarté du contenu abordé. Par ailleurs, les phrases clés des séances 1 et 3 ont été reformulées afin d'être plus attrayantes. De plus, les technopédagogies utilisées ont été uniformisées par l'intégration de l'outil « Padlet » aux trois séances de formation. Finalement, l'objectif de la séance 3 a été modifié pour une obtenir meilleure cohérence au sein même de la formation et également avec les données probantes du rationnel de l'intervention et de la modélisation théorique.

#### **4.2.4 Modélisation théorique ajustée de l'intervention**

Grâce aux résultats d'analyse présentés plus haut, une version ajustée de la modélisation théorique de l'intervention a été produite. Cette version ajustée intègre les ajustements suggérés par le groupe de travail et le travail analytique de l'analyse des données. Une contre validation avec la direction de recherche complète le processus d'analyse ayant mené à cette version ajustée. Afin d'accompagner le lecteur, les éléments modifiés figurent en couleur rouge à l'intérieur du tableau. La modélisation théorique ajustée de l'intervention intègre aussi les ajustements apportés au guide de co-construction. Le tableau 14 présente la modélisation théorique ajustée de l'intervention. Les ajustements apportés touchent les activités et les processus, les mécanismes d'action, les retombées ainsi que le but ultime de l'intervention. Ils sont expliqués à la suite du tableau.

Tableau 14. – Modélisation théorique ajustée de l'intervention – post-analyse des données

Titre de la formation : Attitudes et comportements alimentaires fonctionnels : les comprendre, les adopter, les encourager					
Activités et processus		Mécanismes d'action du modèle RC	Retombées		But ultime
Thèmes et objectifs des séances	Activités pédagogiques actives et contenus théoriques		Intermédiaires	Distales	
<p><b>Thème 1:</b> L'appréciation de soi au-delà de l'apparence physique</p> <p><b>Objectif de séance :</b> Prendre conscience et découvrir différentes façons d'apprécier son corps au-delà de l'apparence physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion en grand groupe sur les raisons de leur présence à la formation (<b>activité brise-glace, prise de parole et découverte de soi et de l'autre</b>)</li> <li>- Introduction au continuum des silhouettes 3D (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> <li>- Présentation et définition des fonctions corporelles (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> <li>- Activité en sous-groupes et discussion en grand groupe sur les fonctions corporelles, et leur appréciation. Utilisation du Padlet. Partage du savoir expérientiel et sollicitation du savoir expérientiel des apprenants (<b>activité pédagogique</b>)</li> <li>- Explication du lien des fonctions corporelle avec l'appréciation de soi à l'aide de données probantes (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> </ul>	<p><b>Espace d'apprentissage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition de connaissances et création de savoir intégrés sur les ACA fonctionnels</li> </ul> <p><b>Espace d'égalité des personnes et des savoirs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimentation de rapports sociaux bienveillants et égalitaires</li> <li>- Reconnaissance et valorisation des différences</li> </ul>	<p>Être autodéterminé et avoir un pouvoir d'agir en matière d'attitudes et comportements alimentaires</p> <p>↓</p> <p>Remettre en question les standards et idéaux alimentaires et corporels</p> <p>↓</p> <p>S'affirmer en matière d'attitudes et comportements alimentaires</p>	<p><b>Attitude :</b> Reconnaître et valoriser les différentes possibilités et fonctions du corps chez soi et autrui</p> <p><b>Comportement :</b> Adopter, soutenir et encourager l'adoption d'un langage inclusif au-delà des perceptions de l'image du corps</p>	<p>Acquérir, partager et approfondir des connaissances collectives permettant de tendre vers l'adoption d'ACA fonctionnels</p>
<p><b>Thème 2:</b> L'alimentation : les besoins, des contextes, nos réponses</p> <p><b>Objectif de séance :</b> Comprendre les différents besoins auxquels l'alimentation répond et découvrir des contextes de repas favorables à la connexion à ces besoins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de réflexion et discussion sur les besoins auxquels l'alimentation répond en sous-groupe, utilisation du Padlet. Partage d'expérience et sollicitation du savoir expérientiel des apprenants lors du retour en grand groupe (<b>activité pédagogique</b>)</li> <li>- Présentation d'information sur les besoins liés à l'alimentation et les données probantes associées (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> <li>- Activité de réflexion et discussion sur les différents contextes de prise de repas et leur influence en sous-groupes, images de prise de repas, utilisation du padlet et retour en grand groupe. Discussion en grand groupe et</li> </ul>	<p><b>Espace d'interaction et de parole:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de parole</li> </ul>	<p>S'affirmer en matière d'attitudes et comportements alimentaires</p>	<p><b>Attitude :</b> Poser un regard bienveillant sur soi et les autres, au-delà de l'apparence physique</p> <p><b>Comportement :</b> Comprendre, reconnaître et respecter les besoins physiques (signaux de faim-satiété), psychologiques et sociaux entourant</p>	

Titre de la formation : Attitudes et comportements alimentaires fonctionnels : les comprendre, les adopter, les encourager					
Activités et processus		Mécanismes d'action du modèle RC	Retombées		But ultime
Thèmes et objectifs des séances	Activités pédagogiques actives et contenus théoriques		Intermédiaires	Distales	
	<p>sollicitation du savoir expérientiel des apprenants (<b>activité pédagogique</b>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation d'information sur les contextes de prises de repas et leur influence sur l'alimentation appuyée par les données probantes (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> <li>- Visionnement de la capsule vidéo du Loricorps intitulée « Relation »</li> </ul>			l'alimentation pour soi et autrui	
<p><b>Thème 3</b> : Occupation : l'alimentation dans tous ses sens.</p> <p><b>Objectif de séance</b> : s'ouvrir aux différentes significations de l'alimentation et donner un sens personnel à l'alimentation dans les occupations quotidiennes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de réflexion et discussion en sous-groupes pour explorer les 3 domaines d'occupation de l'alimentation. Retour en grand groupe partage d'expérience et sollicitation du savoir expérientiel (<b>activité pédagogique</b>)</li> <li>- Présentation d'information sur le continuum occupationnel de l'alimentation et sur la signification occupationnel en lien avec l'alimentation (<b>transmission de contenu théorique</b>)</li> <li>- Discussion en grand groupe sur la signification dans l'alimentation et les stratégies lui donnant plus de sens. Partage d savoir expérientiel (<b>activité pédagogique</b>).</li> <li>- Fermeture de la formation (dernière discussion et échanges)</li> </ul>			<p><b>Attitude</b> : Reconnaître, mettre en place et soutenir (la mise en place) de contextes et environnements (social-relational) favorables à la connexion à soi et à la réponse aux besoins</p> <p><b>Comportement</b> : S'engager, promouvoir et soutenir l'engagement dans des occupations (liées à l'alimentation) par plaisir.</p>	

#### 4.2.4.1 Ajustements des activités et des processus

Au niveau des activités et de processus, les objectifs de la séance ont été ajoutés, et ce, pour chaque thème de la formation, afin de démontrer la visée de chaque thème des séances et d'attester d'une meilleure cohérence et précision entre ces éléments (voir la première colonne du tableau 14). À la deuxième colonne, les activités pédagogiques actives et les contenus théoriques présentés ont été restructurés, afin d'être présentés selon la séquence dans laquelle ils se déroulent durant la séance. Cet ajustement permet de mettre en évidence la cohérence entre les contenus théoriques et les activités pédagogiques. Aussi, des explications additionnelles ont été fournies quant à la nature des activités pédagogiques (en grand groupe, en sous-groupes). De plus, le partage du savoir expérientiel tant par les apprenants que les formatrices a été intégré au sein du déroulement des activités pédagogiques et de la présentation des contenus théoriques, afin de démontrer la conformité au modèle RC, particulièrement en ce qui a trait au principe d'égalité des savoirs et de reconnaissance du savoir expérientiel.

#### 4.2.4.2 Ajout des mécanismes d'action

Considérant que les mécanismes d'action d'une intervention permettent de rendre plus explicites les liens causals, ce que Brousselle nomme la boîte noire de l'intervention, les mécanismes d'action ont été ajoutés. Ces mécanismes d'action sont: i) l'espace d'apprentissage dans lequel il y a l'acquisition de connaissances et la création d'un savoir intégré sur les ACA fonctionnels; ii) l'espace d'égalité des personnes et des savoirs au sein duquel il y a l'expérimentation de rapports sociaux bienveillants et égalitaires et reconnaissance et valorisation des différences; et iii) l'espace d'interaction où les personnes ont des opportunités de prise de parole. À partir des mécanismes d'action, des flèches ont été liées vers les retombées ce qui permet de mieux expliciter non seulement les retombées attendues, mais aussi « comment » il est prévu de les atteindre.

#### 4.2.4.3 Précision des retombées et du but ultime

Les retombées ont été restructurées sur deux niveaux plutôt que trois niveaux, c'est-à-dire en termes de retombées intermédiaires et distales. Cet ajustement s'avère plus réaliste avec le format de l'intervention (séance de formation d'une durée de deux heures étalées sur trois

semaines consécutives). Les retombées ont aussi été reliées par des flèches aux mécanismes d'action afin d'illustrer la cohérence avec les différents processus et les activités et afin d'améliorer la précision de la modélisation théorique de l'intervention. Au niveau des retombées distales, des ajustements ont été apportés afin de préciser pour chaque séance de formation la nature des retombées attendues, soit au niveau attitudinal et comportemental. La portée des retombées (pour soi, pour autrui) a également été ajoutée pour plus de précision.

### **4.3 Résultats de la phase 2: analyse d'implantation**

Dans le cadre de la phase 2: analyse d'implantation, il était question de déployer l'intervention modélisée et validée, afin d'en apprécier la conformité selon deux volets: 1) la conformité à la modélisation théorique développée et validée en phase 1 et 2) la conformité aux principes du modèle *RC Recovery College*. L'analyse d'implantation impliquait la mise en œuvre de l'intervention, l'évaluation de l'expérience vécue de l'intervention et le processus observationnel de mise en œuvre. Les prochaines sections présentent les résultats de l'analyse d'implantation. Dans un premier temps, les résultats de la mise en œuvre de l'intervention pour les quatre groupes d'apprenants sont présentés, puis viennent les résultats de l'évaluation de l'expérience vécue de l'intervention. Il s'agit: i) des résultats des entrevues individuelles avec les apprenants; ii) des résultats du journal de bord de mise en œuvre et iii) de la triangulation avec les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation des apprenants. Les conclusions sur la conformité des deux volets sont ensuite présentées. Dans un troisième et dernier temps, les résultats du processus observationnel de la mise en œuvre issu des entrevues individuelles avec les formatrices et des grilles d'observation sont présentés et discutés en tant qu'analyse confirmatoire des deux volets de l'analyse d'implantation.

#### **4.3.1 Résultats de la mise en œuvre**

Afin de documenter la mise en œuvre de l'intervention, quatre groupes d'apprenants, pour un total de 60 apprenants, ont bénéficié de la formation. Ces formations ont été offertes lors de quatre sessions de formation du CASR entre l'automne 2021 et l'été 2022. Une formation a été



offerte en présentiel (printemps 2022) et les trois autres en format virtuel synchrone via Zoom (automne 2021, hiver 2022 et été 2023). Le contenu était le même, peu importe le format. Deux formatrices représentant les trois types de savoirs (expérientiels, pratiques, théoriques) ont offert la formation à chaque groupe d'apprenants. Les formatrices étaient issues de l'équipe de coconstruction de la formation (formatrices 1, 2, 3 et doctorante). Les groupes d'apprenants étaient en mixité, rassemblant des personnes aux savoirs variés et provenant d'horizons différents (professionnels des CIUSSS, intervenants d'organismes communautaires, membres de l'entourage, citoyens intéressés au sujet). La figure suivante présente les détails de la mise œuvre de l'intervention pour chacun des quatre groupes d'apprenants.

Figure 11. – Les détails de la mise en œuvre de l'intervention

Groupe d'apprenants 1 Automne 2021		Groupe d'apprenants 2 Hiver 2022		Groupe d'apprenants 3 Printemps 2022 - présentiel		Groupe d'apprenants 4 Été 2022	
Dyade de formatrices: Formatrices 1 et 2		Dyade de formatrices: Formatrice 3 et doctorante		Dyade de formatrices: Formatrice 2 et doctorante		Dyade de formatrices: Formatrice 3 et doctorante	
Nombre d'apprenants inscrits: 19		Nombre d'apprenants inscrits: 20		Nombre d'apprenants inscrits: 4		Nombre d'apprenants inscrits: 17	
Milieu d'appartenance		Milieu d'appartenance		Milieu d'appartenance		Milieu d'appartenance	
CIUSSS EMTL <sup>a</sup>	3	CIUSSS EMTL et MCQ <sup>b</sup>	7	CIUSSS	0	CIUSSS EMTL et OMTL <sup>c</sup>	3
Organismes communautaires	5	Organismes communautaires	2	Organismes communautaires	0	Organismes communautaires	2
Milieu académique (employés)	5	Milieu académique (employés)	5	Milieu académique (employés)	1	Milieu académique (employés)	1
Milieu académique (étudiants)	5	Milieu académique (étudiants)	4	Milieu académique (étudiants)	2	Milieu académique (étudiants)	4
Grand public	1	Grand public	2	Grand public	1	Grand public	7
Type de savoir auto-rapporté		Type de savoir auto-rapporté <sup>e</sup>		Type de savoir auto-rapporté		Type de savoir auto-rapporté	
Non-documenté <sup>d</sup>		Expérientiel	3	Expérientiel	1	Expérientiel	3
		Pratique	9	Pratique	1	Pratique	10
		Théorique	4	Théorique	2	Théorique	4
		Non-spécifié	3	Non-spécifié	0	Non-spécifié	3

Légende: CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et services sociaux a) Est-de-l'île-de-Montréal; b) Maurici-centre-du-Québec; c) Ouest-de-l'île-de-Montréal. d) type de savoir auto-rapporté non-documenté en 2021 au CASR; e) plusieurs types de savoirs peuvent être rapportés pour un même apprenant

### 4.3.2 Résultats de l'expérience vécue de l'intervention

Au niveau de l'expérience vécue, les résultats présentés sont les résultats des entrevues individuelles avec les apprenants, du journal de bord de mise en œuvre et la triangulation avec

les résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation des apprenants. Les sections suivantes présentent ces résultats dans l'ordre précité.

#### 4.3.2.1 Résultats des entrevues individuelles avec les apprenants

Au niveau des entrevues individuelles avec les apprenants, parmi les 60 personnes inscrites aux quatre groupes d'apprenants, sept ont accepté de participer à une entrevue individuelle semi-dirigée de 45 à 60 minutes. L'entrevue visait à documenter leur expérience vécue de l'intervention en abordant les deux volets de la mise en œuvre (conformité à la modélisation coconstruite et covalidée en phase 1 et conformité aux principes RC). Chacune des entrevues a été enregistrée sur support audionumérique et retranscrit mot à mot pour analyse. Le processus d'analyse qualitative par stratégie de questionnement analytique a été utilisé<sup>9</sup>. La figure suivante présente une description des sept apprenants interviewés en termes de genre, de milieu d'appartenance et de savoirs autorapportés.

Figure 12. – Description des apprenants interviewés

	Groupe d'apprenants 1 Automne 2021	Groupe d'apprenants 2 Hiver 2022	Groupe d'apprenants 3 Printemps 2022 - présentiel	Groupe d'apprenants 4 Été 2022
	n = 0	n = 3	n = 2	n = 2
Genre		♀ n = 3	♀ n = 2	♀ n = 2
Milieu d'appartenance		Organisation communautaire n = 1 Grand public n = 1 Milieu académique (étudiant) n = 1	Milieu académique (enseignant CÉGEP) n = 1 Grand public n = 1	Organisation communautaire n = 1 Milieu académique (chargé de cours) n = 1
Type de savoir auto-rapportés		Expérientiel n = 1 Pratique n = 1 Théorique n = 1	Expérientiel n = 1 Pratique et expérientiel n = 1	Expérientiel n = 1 Pratique et expérientiel n = 1

<sup>9</sup> Rappel de l'analyse par questionnement analytique. Pour les entrevues individuelles (tant pour les formatrices que pour les apprenants), l'analyse par questionnement analytique se décline en une série de questionnements initiaux desquels émergent des questionnements analytiques d'approfondissement. Les questionnements analytiques d'approfondissement font l'objet d'une réponse analytique qui se veut le résultat du processus d'analyse. Les résultats du questionnement analytique se présentent sous la forme de catégories dans l'idée de synthétiser les résultats en quelques mots-clés ou phrase-clé

Les résultats des entrevues individuelles avec les apprenants se déclinent en deux questionnements analytiques initiaux dont chacun fait l'objet d'un tableau (tableaux 15 et 16). Chaque tableau inclut également les questionnements d'approfondissement respectifs ainsi que les résultats du questionnement analytique sous forme de catégories. Les détails des résultats et les extraits des verbatims figurent à la suite de chaque tableau.

### Questionnement analytique initial 1

#### L'apport de l'intervention pour les apprenants

Au niveau des apports de l'intervention pour les apprenants, trois questionnements analytiques d'approfondissement sont soulevés. Il s'agit de: A) les différents niveaux d'apprentissages qui découlent de l'intervention; B) les répercussions des nouveaux apprentissages sur les apprenants et C) les explications des apprentissages et des répercussions chez les apprenants. Ces trois questionnements analytiques d'approfondissement de même que leurs résultats sous forme de catégorie sont présentés au tableau 15. Les résultats détaillés (pour chaque questionnement analytique d'approfondissement A, B et C) sont présentés ensuite.

Tableau 15. – Résultats du questionnement analytique initial 1 – l'apport de l'intervention pour les apprenants

<b>Questionnement analytique initial 1 : Qu'est-ce que la formation apporte aux apprenants ?</b>	
<b>Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)</b>	<b>Résultat du questionnement analytique sous forme de catégorie</b>
A) Quels sont les différents niveaux d'apprentissages qui découlent de l'intervention?	i) Acquérir de nouvelles connaissances sur les ACA ii) Changer ses perspectives sur les ACA
B) Quelles sont les répercussions de ces apprentissages sur les apprenants ?	i) Prendre du temps pour réfléchir sur soi ii) Transformer ses ACA iii) S'outiller pour soutenir des proches iv) Utiliser les acquis dans sa pratique professionnelle
C) Comment expliquer les apprentissages et leurs répercussions chez les apprenants ?	i) Une mixité de personnes qui enrichissent le partage des savoirs ii) Les activités de discussions et d'échanges qui créent un climat agréable iii) Le savoir expérientiel sollicité et valorisé

## A) Les différents niveaux d'apprentissages que permet l'intervention

En ce qui a trait aux différents niveaux d'apprentissages qu'apporte l'intervention pour les apprenants, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier deux éléments de réponse: i) acquérir de nouvelles connaissances sur les ACA et ii) changer leurs perspectives sur le sujet. Ces réponses sont présentées ci-bas et soutenues par le discours des apprenants.

### i) Acquérir de nouvelles connaissances sur les ACA

Pour plusieurs apprenants, la formation permet l'acquisition de nouvelles connaissances spécifiques aux ACA. Ces connaissances nouvelles font référence à du contenu inédit (contenus théoriques, partage de savoirs expérientiels) auquel les apprenants n'ont pas été exposés auparavant. Pour certains d'entre eux, ces nouvelles connaissances ont dépassé leurs attentes. D'autres apprenants rapportent que les connaissances acquises vont au-delà des simples informations de sensibilisation de type grand public au sujet de l'alimentation saine équilibrée. Ces connaissances de se distancier de la pression à répondre à des normes sociales afin d'être plus en cohérence avec soi face à ses ACA. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« C'est sûr qu'avec cette formation-là, on acquiert plus de connaissances théoriques, disons. Donc je m'attendais quand même [à] avoir de l'information scientifique, disons-le comme ça. Et j'ai été bien servie, j'ai reçu ça... Même plus, parce que je n'avais pas de connaissances au niveau de l'alimentation, mais pour moi, j'ai reçu ce que j'avais besoin de recevoir »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants

2

*« Je me disais « Je vais apprendre, je vais avoir de nouvelles connaissances », mais je ne m'attendais pas à apprendre autant que ce que j'ai appris. »* Apprenante aux savoirs pratiques (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 2

*« J'ai appris que c'était OK de ne pas toujours faire les choses à la perfection. On n'est pas obligé de toujours répondre à de super bons cadres [pour l'alimentation], etc. Oui, il y a de meilleures choses à faire pour que ce soit sain, on va dire ça comme ça. Mais il faut que ce*

*soit sain [l'alimentation] d'abord pour soi, avant que ce soit sain dans la société. J'ai appris qu'on peut se réconcilier avec nos attitudes alimentaires, on n'est pas obligé de « manger 5 fruits et légumes par jour et boire 2L d'eau ». Ça va au-delà de tout ça. »* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 4

## ii) Changer les perspectives sur les ACA

En plus de l'acquisition de nouvelles connaissances, un changement de perspective sur les ACA est rapporté par plusieurs apprenants. Le changement de perspective se distingue de l'acquisition de connaissances. Il est question de s'ouvrir à différentes façons de voir ou de penser les ACA. Les apprenants expliquent que la formation leur a permis de découvrir d'autres façons de penser chez les personnes présentes. Certains apprenants vont même jusqu'à dire que cette découverte les a amenés à changer leurs propres perspectives au sujet des ACA. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Moi, j'ai un attrait pour les troubles alimentaires [mime entre guillemets le mot attrait]. Je trouve ça tellement complexe et varié. On peut tous être concernés, tous vivre un tel problème, qu'on soit homme ou femme. J'ai trouvé intéressant d'en discuter et d'avoir un autre regard justement là-dessus, parce que l'on n'a pas tous le même rapport avec ça. »* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 4

*« Je pense que ça m'a permis d'ouvrir mes horizons [sur les attitudes et comportements alimentaires]. Peut-être de changer de lunettes complètement et essayer de voir les choses d'une façon complètement différente, même. Je voulais ouvrir mes horizons un peu à ce que je peux mettre en place pour que ma santé soit meilleure. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (milieu académique) – groupe d'apprenants 4

*« Moi ça m'a permis aussi de voir que (...) pour moi-même, il y a d'autres façons de voir les choses [par rapport à l'alimentation]. Il y a d'autres façons de procéder et d'autres façons de penser. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – groupe d'apprenants 3

## B) Les répercussions des nouveaux apprentissages

En ce qui a trait aux répercussions des apprentissages qui découlent de l'intervention, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier quatre éléments de réponse: i) prendre du temps pour réfléchir sur soi; ii) transformer ses ACA; iii) s'outiller pour mieux soutenir des proches et iv) utiliser certains éléments dans la pratique professionnelle. Ces réponses sont présentées ci-bas et soutenues par le discours des apprenants.

### i) Prendre du temps pour réfléchir sur soi

Plusieurs apprenants ont fait le constat que la formation les a amenés à prendre un moment de réflexion sur eux-mêmes. Certains ont souligné qu'il est parfois difficile de prendre un pas de recul dans les activités du quotidien pour réfléchir sur soi et plus particulièrement, sur ses ACA. Dans ce rythme quotidien rapide, ce temps de réflexion personnelle est vu par certains apprenants comme un moment qui permet de prendre soin de soi. D'autres apprenants rapportent que les contenus théoriques présentés, les activités et les discussions ont permis d'approfondir ces réflexions personnelles. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Ça [la formation] m'a amené à prendre le temps de me questionner sur mes comportements alimentaires, ce que je ne fais pas au quotidien. Donc pendant cette formation, j'étais forcée à le faire. Intentionnellement forcée dans le bon sens [rires] »*

Apprenante au savoir expérientiel (grand public) – Groupe d'apprenants 2

*« C'était demandant d'être là [à la formation]... les enfants, la routine... mais j'étais contente à la fin. Je me disais que c'est un moment que je prends pour moi. Ça m'a permis de prendre soin de moi. »* Apprenante au savoir expérientiel (milieu académique) – groupe d'apprenants 4

*« Ça m'a permis de trouver des pistes de solutions, en fait d'essayer de comprendre. Vous m'avez apporté une nouvelle réflexion sur ... le lien avec ton corps et qu'est-ce que tu fais avec ton corps au-delà de l'apparence physique. Moi je suis allée plus loin dans ma réflexion [à ce sujet]. »* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu académique) - groupe d'apprenants 3

## ii) Transformer ses ACA

Pour certains apprenants, une des répercussions de l'intervention a été la transformation d'ACA. Cette transformation s'est manifestée pour certaines personnes par un changement de vocabulaire pour parler d'alimentation. Pour d'autres personnes, ce fut l'abandon de comportements qui n'apportent pas de sentiments positifs. Pour d'autres, la transformation s'est manifestée par un changement d'attitude marquée par plus de souplesse et de compréhension face à un proche qui vit des difficultés. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Ça m'a fait découvrir des éléments [liés à l'alimentation] que je ne décrivais pas de la même façon. Là, je peux m'approprier tout ça puis avoir un meilleur vocabulaire pour décrire mon alimentation »* Apprenante aux savoirs théoriques (étudiante milieu académique) - Groupe d'apprenants 2

*« Pour moi ça a changé certaines choses. Il y a des comportements que j'avais adoptés, que j'ai laissé tomber. Et moi, je n'avais pas de troubles alimentaires, mais il se passait quelque chose dans mon cerveau entourant l'alimentation. Maintenant, je sais aujourd'hui, plusieurs semaines plus tard, que ça ne me rendait pas nécessairement très heureuse. Donc j'ai tout laissé tomber, les plans alimentaires et tout ça [rires]. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2

*« Moi je suis plus compréhensive déjà. C'est vrai que j'avais tendance à être un petit peu sévère avec [une personne de l'entourage]. Maintenant, j'essaie d'être dans le dialogue. Je me mets plus en mode compréhension avec [une personne de l'entourage]. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) - groupe d'apprenants 3

## iii) S'outiller pour soutenir des proches

En plus des répercussions directes, c'est-à-dire sur les apprenants eux-mêmes, les répercussions de l'intervention touchent également leur entourage. Les apprenants expliquent que l'intervention leur a permis d'être plus outillés pour aider les membres de leur entourage à cultiver des ACA plus fonctionnels. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Je suis certaine que vivre au quotidien avec deux adolescentes qui sont constamment bombardées par des standards de beauté toujours attachés à l'alimentation, bien ça change la dynamique. Et [la formation] change ma façon de les éduquer, ça change ma façon de converser avec elle. C'est ce que j'ai le plus apprécié de cette formation-là. Ça m'a permis de mieux nommer les choses et de dédramatiser aussi tous les tabous autour de l'alimentation. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2

*« Comme je disais, j'essaie de plus l'écouter et d'être présente pour elle [personne de l'entourage]. J'essaie de laisser de la place à son écoute, dans le sens où j'essaie qu'elle s'écoute elle-même. Qu'elle écoute son corps et ses signaux [corporels] »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) - groupe d'apprenants 3

#### iv) Utiliser des acquis dans la pratique professionnelle

Pour certains apprenants porteurs de savoirs pratiques (professionnels des CIUSS, du milieu communautaire et académique), les apprentissages découlant de l'intervention ont des répercussions dans leur pratique professionnelle. L'utilisation des acquis dans la pratique prend différentes formes selon les professionnels. Certains apprenants parlent de partager leurs connaissances pour mieux intervenir. D'autres évoquent la possibilité de réutiliser ou d'adapter certains contenus théoriques ou certaines activités directement dans leur rôle professionnel. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Je suis dans le domaine aussi [domaine de la santé] donc je suis toujours curieuse de savoir comment on peut mieux intervenir, comment on peut mieux avancer au niveau de la société. Là, je vais être remplie de l'information à partager. Selon moi, c'est une belle richesse. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (milieu académique) – groupe d'apprenants 4

*« Moi, au niveau professionnel, je suis sortie avec des outils que j'ai déjà hâte de refaire avec mes étudiants. Certaines activités que je vais vous emprunter (rires). »* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu académique) - groupe d'apprenants 3



### C) Explications des apprentissages et répercussions de l'intervention chez les apprenants

En ce qui a trait à l'explication des apprentissages et des répercussions de l'intervention chez les apprenants, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier trois explications à titre de réponse: i) une mixité de personnes qui enrichissent le partage des savoirs; ii) des activités de discussions et d'échanges qui créent un climat agréable; et iii) Le savoir expérientiel sollicité et valorisé. Ces explications sont présentées ci-après et elles sont soutenues par le discours des apprenants.

#### i) Une mixité de personnes qui enrichissent le partage des savoirs

Une première explication de l'acquisition d'apprentissages et de leurs répercussions sur les apprenants sont la mixité des personnes présentes. Les apprenants ont souligné la mixité des personnes comme un élément important. La diversité d'âges, de genres, d'origines culturelles est un élément qui contribue à enrichir l'intervention selon les apprenants. La diversité de milieux d'appartenance des apprenants, par exemple, des intervenants en milieux communautaires, en milieux hospitaliers ou en CLSC, ou des personnes qui accompagnent des proches, est un élément qui contribue également à enrichir l'intervention selon les apprenants. Cette mixité permet le croisement de différents savoirs, le partage de connaissances et l'apprentissage mutuel. Les verbatims suivants illustrent ces explications.

*« Je trouvais intéressant le fait d'être à la fois des hommes, des femmes dans la vingtaine, dans la trentaine, dans la cinquantaine. On n'a pas tous le même rapport ni le même vécu par rapport à tout ça [les attitudes et comportements alimentaires]. Ça, moi j'ai vraiment apprécié cet aspect-là. »* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 4

*«La culture était diversifiée. L'âge aussi était diversifié, ça ce n'était pas juste, des étudiants ou juste un certain groupe d'âge. C'était vraiment mélangé et ça, j'ai trouvé ça merveilleux. Parce moi je suis quelqu'un qui aime apprendre de tout un chacun. »* Apprenante aux savoirs pratiques (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 2

*« En tout cas je pense qu'on avait plein de types de savoirs. Il y en avait certains [certains apprenants] qui intervenaient auprès des proches, d'autres qui intervenaient directement avec cette clientèle-là [personnes qui vivent des TCA], donc c'était super intéressant d'avoir cette combinaison-là. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (milieu académique) – groupe d'apprenants 4

*« Ce que j'ai remarqué dans cette formation-là c'est qu'il y a plusieurs intervenants qui travaillent dans plusieurs milieux. Je ne parle pas des formateurs, je parle des participants [apprenants]. Il y a des gens qui travaillent avec des personnes qui ont des troubles alimentaires ou qui travaillent avec la famille, d'autres travaillent dans des CLSC, dans des hôpitaux pour les problématiques entourant l'alimentation. Ça amène toujours évidemment un partage de connaissances. Je trouve que c'est vraiment une plus-value.»* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2

ii) Les activités de discussion et d'échanges qui créées un climat agréable

Une seconde explication de l'acquisition d'apprentissages et de leurs répercussions sur les apprenants repose dans les activités de discussions et d'échanges qui créent un climat propice à l'ouverture et au partage. Ces discussions sont une possibilité pour eux de s'ouvrir sur leurs expériences personnelles et sur celles des autres pour ainsi apprendre collectivement. Ces discussions permettent de mieux comprendre les sujets liés aux ACA et, pour certains apprenants même, de faire tomber des tabous. Ces activités de discussions sont vécues positivement et contribuent aux apprentissages des apprenants. Les verbatims suivants illustrent ces explications.

*« Moi, j'en ai retiré beaucoup de positif. Des choses positives et aussi des choses agréables parce que c'était agréable le temps qu'on prenait pour discuter en équipe. Après ça, qu'on puisse en discuter en grand groupe, ça, je trouvais ça super agréable aussi. C'est un apprentissage collectif. C'est d'apprendre de chacun. »* Apprenante aux savoirs pratiques (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 2

*« Tu sais des fois une formation, c'est sérieux, même tannant... Mais là non! On était juste dans le plaisir et dans la rencontre. Puis les quatre, on a eu une super belle énergie pour pouvoir partager. Ça a été un lieu de partage, moi qui verbalise beaucoup, j'ai eu la place*

*en masse de verbaliser.* » Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu académique) - groupe d'apprenants 3

*« On nous invite à partager notre expérience de vie, alors que dans n'importe quelle autre formation, c'est très magistral, très théorique, on ne nous demande pas de partager notre expérience de vie ou nos connaissances. C'est tout un changement là [cette formation]. C'est quelque chose de très, très, très unique. Pour moi, c'est une formule qui est magnifique. Ça permet de faire tomber les tabous, ça permet de rendre le sujet plus accessible. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2

### iii) Le savoir expérientiel sollicité et valorisé

Une troisième explication de l'acquisition d'apprentissages et de leurs répercussions sur les apprenants a trait au savoir expérientiel qui est sollicité et valorisé tout au long de la formation. Pour certains apprenants, le partage des expériences de vie rend la formation plus dynamique et facilite les apprentissages en les rendant plus concrets. Certains apprenants rapportent que le partage d'expériences personnelles bénéficie à tous. Ils ont ressenti la pertinence de ces partages grâce à la valeur qui leur est accordée. Les verbatims suivants illustrent ces explications.

*« Alors, pour le point de vue expérientiel, je trouve que c'est intéressant dans le sens où ça rend plus humaines certaines connaissances. Ça donne un côté vivant à la formation et ce n'est pas juste des connaissances. Ça permet, je trouve, de rendre concrets certains aspects des connaissances ».* Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 4

*« On dirait que pour moi, instinctivement, c'est naturel de partager des expériences. Puis on comprend au fil que les minutes avancent, que toutes nos expériences peuvent être profitables aux autres, c'est bénéfique pour tous. Donc, on le ressent et les formateurs le disent aussi. Pour moi, c'est parfaitement logique de mettre à l'avant-scène la force de chaque personne. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2

« Les formateurs nous laissent parler, nous laissent partager nos expériences. Et ça crée des discussions. Le fait qu'il y a cet échange-là, puis aussi le fait que les formateurs valorisent notre expérience, ça fait en sorte que ça devient vraiment plus pertinent que les autres types de formations que j'ai suivies. » Apprenante aux savoirs théoriques (étudiante milieu académique) - Groupe d'apprenants 2

### Questionnement analytique initial 2

Les limites de l'intervention à améliorer.

Au niveau des limites de la formation à améliorer selon les apprenants, deux questionnements d'approfondissement sont soulevés. Il s'agit de A) quels sont les éléments moins appréciés par les apprenants; et B) comment bonifier l'intervention pour mieux rencontrer les besoins des apprenants. Ces deux questionnements analytiques d'approfondissement de même que leurs résultats sous forme de catégorie sont présentés au tableau 16.

Tableau 16. – Résultats du questionnement analytique initial 2 – les limites de l'intervention à améliorer

<b>Questionnement analytique initial 2 : Quelles sont les limites de l'intervention à améliorer?</b>	
<b>Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)</b>	<b>Résultat du questionnement analytique sous forme de catégorie</b>
A) Quels sont les éléments moins appréciés par les apprenants ?	i) Le temps imparti pour les activités en sous-groupes trop long ii) Un nombre de séances limité
B) Comment bonifier l'intervention pour mieux répondre aux besoins des apprenants ?	i) Bien informer les gens sur l'importance des discussions et des prises de parole

A) Les éléments moins appréciés par les apprenants

En ce qui a trait aux éléments moins appréciés des apprenants, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier deux éléments de réponse: i) le temps imparti pour les

activités en sous-groupes trop longs et ii) le désir de poursuivre la formation au-delà de trois séances. Ces réponses sont présentées ci-après et elles sont soutenues par le discours des apprenants.

i) Le temps imparti pour les activités en sous-groupe trop long

Bien que les apprenants aient apprécié les opportunités de partage des expériences et connaissances, les activités qui se déroulent en sous-groupes représentent parfois un défi. C'est particulièrement le cas lorsque le temps imparti pour les activités en sous-groupes est inadéquat. Une période d'activité en sous-groupes trop longue laisse place à des malaises et de la gêne chez les apprenants. Ceci est d'autant plus vrai si les sous-groupes sont formés d'un nombre restreint d'apprenants. Les verbatims suivants illustrent ces propos.

*« Le temps en sous-groupes c'est quelque chose de pas facile, c'est trop long des fois. D'autres personnes m'en ont parlé, des étudiants de mon programme. Ils m'ont dit que le fait que ça soit trop long, parfois ça crée des petits malaises, puis on ne sait pas trop quoi faire. On se sent gênés et les autres aussi. »* Apprenante aux savoirs théoriques (étudiante milieu académique) - Groupe d'apprenants 2

*« Parce que moi, je le sens, depuis le premier jour que je fais les formations du Centre d'apprentissage. C'est pas juste pour celle sur l'alimentation. Depuis mon premier jour, je remarque que ça rend les gens mal à l'aise [les activités en sous-groupes]. Puis quand, le formateur dit « Ça va durer 12 ou 15 minutes. » Les gens font un peu de recul sur la chaise. Même moi les premières fois, je me suis dit, je ne peux pas parler pendant 10 minutes avec quelqu'un que je ne connais pas. Parfois, on est en groupes de deux personnes. C'est tellement intimidant, là. »* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2.

ii) Un nombre de séances limité

Plusieurs apprenants ont nommé souhaiter avoir une séance de formation supplémentaire. Certains apprenants ont identifié le désir d'avoir une séance de plus afin d'aller plus loin dans

l'application des apprentissages. D'autres ont souhaité avoir une séance supplémentaire qui permettrait d'aborder des questions supplémentaires, qui sortent du contenu précis de la formation. Les verbatims suivants illustrent ces propos.

*« Mais je ne sais pas qu'est-ce qui m'a manqué pour en apprendre plus. J'aurais peut-être aimé en avoir plus, peut-être plus de temps. Une autre séance peut-être, pour que ce soit plus appliqué? On était quand même déjà dans l'application, mais j'en aurais pris encore. »*

Apprenante aux savoirs expérientiels (milieu académique) – groupe d'apprenants 4

*« Je n'aurais pas été contre une ultime rencontre, peut-être justement pour parler des ressentis de chacun ou aborder des questions un peu plus complémentaires, qui sortent un peu du contenu pur de la formation. Parfois, dans les formations comme ça, les questionnements, ils viennent après la formation. Une autre séance aurait pu permettre d'aborder ça, mais c'est mon ressenti. »*

Apprenante aux savoirs pratiques et expérientiels (milieu communautaire) – Groupe d'apprenants 4

## B) Bonifier l'intervention pour mieux satisfaire les besoins des apprenants

En ce qui a trait à la manière de bonifier l'intervention pour mieux satisfaire les besoins des apprenants, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier un élément de réponse: mieux préparer les apprenants pour un modèle de formation qui mise sur la discussion. Ces réponses sont présentées ci-bas et soutenues par le discours des apprenants.

*« Peut-être, je dirais au début, le premier cours m'a déstabilisée ... Sur le coup, je me disais « Mais qu'est-ce que je fais là ? Qu'est-ce qui s'est passé ? » Je n'ai pas tout compris. Je pense que peut-être au début, il faut être un peu plus clair. Parce qu'on m'avait dit que ce n'était pas médical comme formation, mais peut-être qu'il faut l'expliquer un peu plus. Il faut dire qu'il y aura beaucoup de discussions. »*

Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) - groupe d'apprenants 3

*« On le sent qu'il y a encore des gens qui sont réticents [à prendre la parole], donc moi je me dis peut-être que c'est au début de la formation que l'information est manquante sur*

*le déroulement de la formation. L'échange entre les participants, ça fait en sorte des fois que ça crée une fermeture plutôt qu'une ouverture pour quelqu'un qui ne connaît pas le principe des formations Recovery College. Donc, je pense que ça prend un petit avertissement ou une petite mise en garde qui dit qu'on va peut-être faire appel à vos émotions, à votre capacité à vous ouvrir ».* Apprenante aux savoirs expérientiels (grand public) – Groupe d'apprenants 2.

#### 4.3.2.2 Résultats du journal de bord de mise en œuvre

Au niveau du journal de bord de mise en œuvre, des observations et réflexions de la doctorante tout au long de la mise en œuvre y ont été consignées. Ces observations et réflexions étaient nécessaires compte tenu de l'implication de la doctorante à titre de personne-ressource à la coconstruction de la formation, à titre de co-formatrice (à partir du groupe d'apprenants 2, hiver 2022) et à titre d'évaluatrice dans le cadre du projet de thèse. Les résultats du journal de bord de mise en œuvre se déclinent en un questionnement analytique initial présenté au tableau 17. Ce tableau inclut également les trois questionnements d'approfondissement qui découlent du questionnement initial de même que les résultats sous forme de catégorie. Les détails des résultats figurent à la suite du tableau

Tableau 17. – Résultats du questionnement analytique initial

<b>Questionnement analytique initial : Quels constats se dégagent sur l'évolution de l'intervention au cours de la mise en œuvre ?</b>	
<b>Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)</b>	<b>Résultat du questionnement analytique sous forme de catégories</b>
A) Comment les changements au sein de la dyade sont bénéfiques à l'intervention?	Rééquilibrer les savoirs et expertises pour une meilleure complémentarité qui facilite la mise en œuvre.
B) Comment outiller les formatrices dans l'exercice de leur rôle?	Accompagner les formatrices pour l'objectif et les contenus de leurs témoignages
C) Quel est l'apport d'intégrer des explications sur le continuum des ACA ?	Distinguer ACA des TCA

#### A) Les bénéfices des changements au sein de la dyade de formatrices

Des constats sont dégagés du journal de bord de mise en œuvre indiquant qu'il est nécessaire de revoir la dyade de formatrice afin de rééquilibrer leurs savoirs et expertises pour plus de complémentarité. En effet, les formatrices qui présentent des savoirs et expertises très similaires vivent des défis dans la mise en œuvre de l'intervention. Lors de la mise en œuvre de l'intervention pour le premier groupe d'apprenants, la dyade de formatrice présentait principalement des savoirs expérientiels liés aux ACA dysfonctionnels vécus par le passé. Ce manque de complémentarité de savoirs chez les formatrices a rendu difficile la gestion du groupe, en particulier pour le recadrage de certains propos d'apprenants plus centrés sur les ACA dysfonctionnels que fonctionnels. Par ailleurs, il était difficile pour les formatrices de solliciter le savoir pratique des apprenants présents dans la formation, possiblement parce que le type de savoir mis à l'avant-plan pour elles était leur savoir expérientiel. Ainsi, revoir la composition de la dyade de formatrice a permis d'intégrer une formatrice aux savoirs pratiques et théoriques (la doctorante) avec une formatrice détenant principalement des savoirs expérientiels. Pour les groupes d'apprenants subséquents, cette complémentarité des expertises a permis de faciliter la gestion de groupe tout en nuancant les propos des apprenants lorsque nécessaire. Des témoignages de savoirs pratiques issus de l'expérience clinique ont été partagés ce qui a permis de solliciter les savoirs pratiques des apprenants présents. Ces changements ont permis d'accroître la conformité aux principes du modèle RC au cours de la mise en œuvre.

#### B) Le type d'accompagnement permettant de bien outiller les formatrices

Des constats sont dégagés du journal de bord de mise en œuvre sur le type d'accompagnement nécessaire aux formatrices pour les soutenir dans leur rôle. Les observations et réflexions de la doctorante montrent que les formatrices ont besoin d'être accompagnées dans la préparation de leur témoignage de savoir expérientiel. Elles ont d'abord besoin d'être outillées pour identifier l'objectif de leur témoignage, soit le message clé qu'elles souhaitent passer aux apprenants. Par la suite, il devient plus facile pour elles d'identifier le contenu à privilégier dans leur propos. Elles ont toutefois besoin d'une validation de leur témoignage afin de s'assurer qu'il ne présente pas de contenu potentiellement antagoniste au ACA fonctionnels. Cet accompagnement permet de



rester en conformité avec la modélisation théorique de l'intervention et avec les principes du modèle RC. Ces constats mettent toutefois en lumière une réflexion qui demeure à approfondir sur le contenu à aborder et le contenu à éviter lorsqu'il est question de témoignages en lien avec les ACA. Les données du journal de bord mettent aussi en relief la nécessité de réfléchir à la façon concrète d'accompagner les formatrices dans leur témoignage afin que ce dernier reflète leur réalité, leur vécu et leur expertise et non celle d'une personne-ressource ou d'un co-formateur aux savoirs pratiques ou théoriques.

#### C) L'apport d'intégrer des explications sur le continuum des ACA

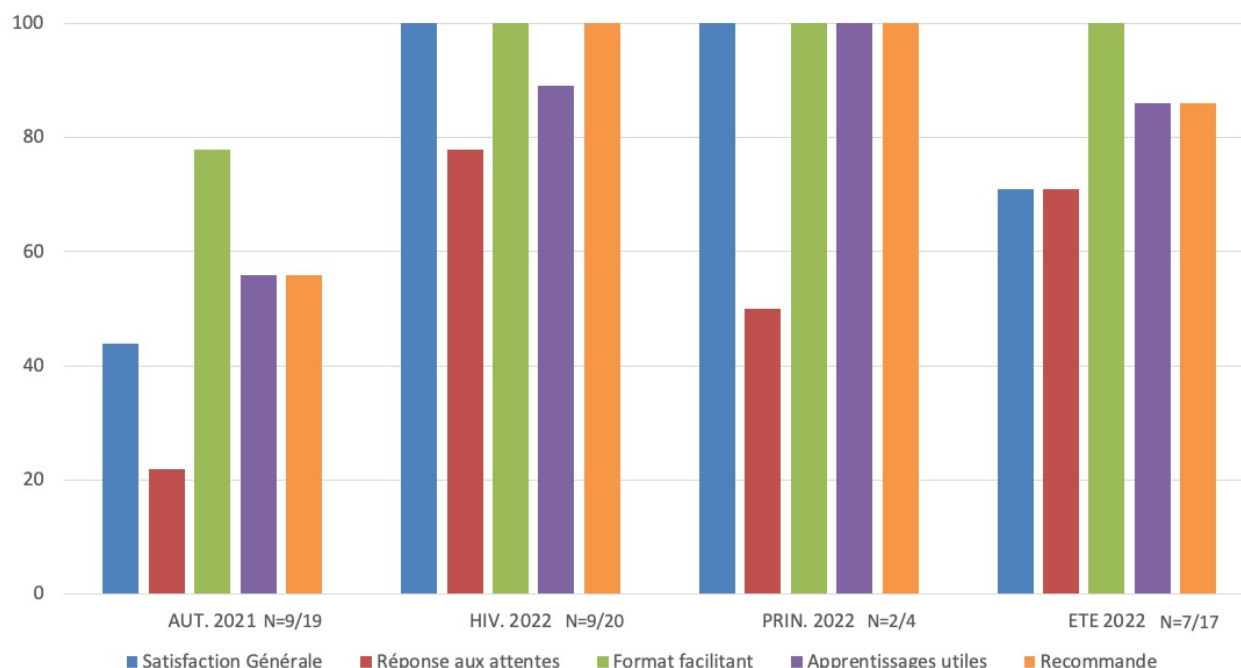
Des constats sont dégagés du journal de bord de mise en œuvre sur l'importance d'intégrer des explications sur le continuum des ACA en début de formation. Au fil de la mise en œuvre, le contenu théorique de la formation a été bonifié de manière à intégrer des explications vulgarisées de ce qu'est le continuum des ACA, et ce, dès la première séance. Ces explications permettent aux apprenants de saisir que la formation ne porte pas sur les différents diagnostics de TCA, mais bien sur des facteurs de protection qui permettent de promouvoir des ACA fonctionnels. Ces constats ont également amené l'équipe à revoir la description de la formation afin que cette clarification, ACA vs TCA, s'y intègre également. Cela permet de clarifier les attentes des apprenants et leur évite des insatisfactions. L'explication vulgarisée du continuum des ACA permet également aux apprenants d'inscrire leurs propos et leurs témoignages dans cette perspective. Les groupes d'apprenants deux, trois et quatre ont bénéficié de ces explications et l'on constate des témoignages exempts de propos faisant l'étalage d'ACA dysfonctionnels. Les explications du continuum des ACA contribuent à maintenir la conformité de la formation avec les principes du modèle RC.

#### 4.3.2.3 Résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation

Au niveau du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation, les résultats montrent un faible taux de participation au questionnaire, environ 40% des apprenants inscrits y ont répondu. Ces résultats demeurent cohérents avec le taux de réponse des autres formations du CASR. En ce qui concerne les résultats plus spécifiques, soit : i) la satisfaction générale ; ii) le format facilitant de la formation; iii) les apprentissages considérés utiles et; iv) le fait de recommander la

formation sont les aspects où l'amélioration est la plus marquée. Bien qu'une évolution soit constatée, la satisfaction dans la réponse aux attentes des apprenants demeure inférieure aux autres éléments atteignant 78% en une seule occasion. La figure suivante présente l'évolution des résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation par les apprenants des quatre groupes ayant participé à la formation.

Figure 13. – Évolution des résultats du questionnaire en ligne d'évaluation et d'appréciation par les apprenants



#### 4.3.2.4 Triangulation des analyses et constats de conformité (volet 1 et volet 2)

Les résultats des analyses provenant des trois sources (entrevues avec apprenants, journal de bord et questionnaire en ligne) pointent vers des constats de conformité à la modélisation théorique ajustée (volet1) et vers des constats de conformité aux principes du modèle RC (volet 2). Cependant, il est possible d'avancer que cette conformité évolue favorablement dans le temps.

Au niveau du volet 1 (conformité à la modélisation théorique validée), il est possible d'avancer que l'intervention s'est transformée de manière à mieux incarner les composantes essentielles. En effet, avoir assuré la complémentarité des savoirs et expertises au sein de la dyade par

l'intégration de la doctorante à titre de co-formatrice permet de mieux transmettre les contenus théoriques et de diversifier les témoignages. La maturité de l'intervention et les processus d'amélioration continue peuvent aussi être retenus pour expliquer l'amélioration de la satisfaction des apprenants. Ceci peut également expliquer que les apprentissages se sont avérés utiles pour les apprenants afin de les aider à changer certains ACA, tel que rapporté en entrevues. Le format de la formation qui est apprécié par une majorité d'apprenants peut être mis en lien avec les répercussions identifiées en entrevues, comme prendre du temps pour réfléchir sur soi, s'outiller pour aider des proches et utiliser les acquis de la formation dans leur pratique comme intervenants. Ces résultats illustrent que le contexte de la formation (les personnes présentes, les activités déployées et les échanges qui ont lieu) influence favorablement la mise en œuvre. En contrepartie un manque de diversité des savoirs au sein de la dyade de formatrices peut avoir l'influence inverse. Ces résultats montrent que la conformité de l'intervention avec la modélisation théorique s'est accrue dans le temps.

Au niveau du volet 2 (conformité aux principes RC), le changement de co-formatrice permet de mieux incarner la complémentarité des savoirs et expertises au sein de la dyade ce qui permet une meilleure conformité au principe de mixité des savoirs et expertises. Ces constats rejoignent d'autres résultats du journal de bord sur la nécessité d'outiller les formatrices pour leur témoignage de savoir expérientiel afin d'incarner les principes d'égalités des savoirs du modèle RC. Aussi, la présence de personnes de différents âges, genres, milieux de pratique et aux différents savoirs (expérientiels, pratiques et théoriques), éléments appréciés selon les entrevues avec les apprenants, contribue à ces retombées, tout comme les activités de discussions et d'échanges qui misent sur le partage des savoirs. La place laissée aux apprenants pour que ces derniers prennent la parole et partagent leurs connaissances et expertises est un point fort de la conformité aux principes du modèle de même que la mise en valeur du savoir expérientiel. Ces éléments illustrent la conformité aux principes du modèle RC.

### **4.3.3 Résultats du processus observationnel: analyse confirmatoire**

Au niveau du processus observationnel, les résultats présentés sont les résultats des entrevues individuelles avec les formatrices et l'observation des séances de chacun des quatre groupes

d'apprenants par la doctorante. Les sections suivantes présentent ces résultats dans l'ordre précité.

#### 4.3.3.1 Résultats des entrevues individuelles avec les formatrices

Les trois formatrices au savoir expérientiel ayant collaboré à la coconstruction, à la covalidation et à la mise en œuvre de l'intervention ont toutes accepté de participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée de 45 à 60 minutes. L'entrevue a permis de discuter des deux volets de la mise en œuvre de l'intervention, soit la conformité à la modélisation coconstruite et covalidée en phase 1 et la conformité aux principes RC. Les entrevues individuelles avec chaque formatrice ont été enregistrées sur support audionumérique et retranscrit mot à mot pour analyse. Un processus d'analyse qualitative par l'application d'une stratégie de questionnement analytique a été utilisé, comme à la phase précédente<sup>10</sup>.

Les résultats des entrevues individuelles avec les formatrices se déclinent en trois questionnements analytiques initiaux dont chacun fait l'objet d'un tableau (tableaux 15 à 17), lesquels incluent également les questionnements d'approfondissement respectifs ainsi que les résultats du questionnement analytique sous forme de catégorie. Les détails des résultats et les extraits de verbatim figurent à la suite de chaque tableau.

#### Questionnement analytique initial 1

Les composantes de l'intervention qui n'ont subi aucune transformation

Au niveau des composantes de l'intervention, les seules qui n'ont subi aucune transformation sont les thèmes et les objectifs des séances qui ont été mis en œuvre en conformité avec la modélisation théorique. Par ailleurs, aucune des formatrices ne les modifierait. Elles ont toutes trois jugé que les thèmes et les objectifs des séances étaient essentiels et qu'ils ont été présents tels que planifiés, tout au long de la formation. Le tableau 18 présente le résultat du questionnement analytique d'approfondissement sur le maintien de la conformité des thèmes et objectifs de séances. Ces derniers sont perçus comme un fil conducteur de cohérence par les formatrices. Le détail des résultats est présenté à la suite du tableau.

Tableau 18. – Résultats du questionnaire analytique initial 1 – composantes qui n’ont subi aucune transformation

Questionnement analytique initial 1: Quelles composantes de l’intervention n’ont subi aucune transformation ?	
Questionnement analytique d’approfondissement (qui émerge de l’analyse)	Résultat du questionnaire analytique sous forme de catégorie
A) Pourquoi les thèmes et objectifs de séance sont-ils restés conformes à la modélisation ?	Un fil conducteur de cohérence

A) Les thèmes et les objectifs des séances: un fil conducteur de cohérence

Les formatrices avancent certaines raisons qui expliquent pourquoi les thèmes et objectifs de séances sont demeurés conformes à la modélisation théorique. D’abord les activités de pédagogie active, particulièrement les discussions et les échanges en grand groupe, ont repris les thèmes et les objectifs de séances planifiés. Les formatrices considèrent que ces discussions et ces échanges ont amené les apprenants à faire des liens entre les thèmes de chaque séance et qui ont fait en sorte que ces derniers sont demeurés conformes à la modélisation. Aussi, les formatrices attribuent le maintien de la conformité des thèmes et objectifs de séance au fait que la formation soit centrée sur le pôle fonctionnel du continuum. Elles expliquent que les thèmes et objectifs des séances ont agi comme fil conducteur de cohérence

*«Effectivement, je pense que l’on s’est beaucoup attardés à ces thèmes-là tout au long de la formation. Ça a été un objectif par séance de formation, ce qui fait qu’effectivement, moi, je trouve qu’on a répondu à ces trois thèmes. Je pense qu’il y a vraiment une belle ligne directrice.»* Formatrice 2

*« De par les discussions qui avaient lieu, de par les échanges, le partage, je trouvais que les gens faisaient [parfois] les liens par eux-mêmes [entre les trois différents thèmes]. [On sent] qu’ils avaient tout compris, car ils parlaient vraiment des trois thématiques en plus. »*  
Formatrice 1

« Je garderais les mêmes objectifs, c'est sûr. Je pense que ça, ça enlève vraiment une lourdeur sur le sujet que de se concentrer sur le pôle fonctionnel plutôt que sur le négatif comme les troubles alimentaires. » Formatrice 3

## Questionnement analytique initial 2

Les composantes de l'intervention qui se sont transformées

Au niveau des composantes de l'intervention qui se sont transformées, il s'agit des contenus théoriques et des témoignages de savoir expérientiel des formatrices. Le tableau 19 présente le résultat des questionnements analytiques d'approfondissement, soit A) la transformation des contenus théoriques par des bonifications et des nuances et B) les défis liés à la transformation des témoignages de savoir expérientiel lorsqu'il faut faire face à des témoignages d'ACA dysfonctionnels. Les résultats de chacun des questionnements analytiques d'approfondissement sont présentés en détail à la suite du tableau suivant.

Tableau 19. – Résultats du questionnement analytique initial 2 – composantes transformées

<b>Questionnement analytique initial 2 : Quelles composantes de l'intervention se sont transformées ?</b>	
<b>Questionnement analytique d'approfondissement (qui émerge de l'analyse)</b>	<b>Résultat du questionnement analytique sous forme de catégorie</b>
A) Quels sont les constats sur les transformations apportées aux contenus théoriques	Bonifications et nuances nécessaires
a) Pourquoi des bonifications et des nuances ont été apportées aux contenus théoriques ?	i) Enrichir les contenus théoriques
b) Quel est l'objectif d'enrichir les contenus théoriques par des bonifications et nuances ?	ii) Favoriser la compréhension des apprenants. iii) Adopter une approche plus inclusive.
B) Quels sont les défis liés à la transformation du partage du savoir expérientiel ?	Faire face à des témoignages d'ACA dysfonctionnels
a) Comment aborder les défis liés au partage du savoir expérientiel ?	i) Développer et consolider des stratégies de recadrage

A) La transformation des contenus théoriques: bonifications et nuances

Au niveau des contenus théoriques, les transformations prennent la forme de bonifications et de nuances. À la première séance, les formatrices expliquent avoir apporté des bonifications au

niveau des contenus théoriques par l'explication du continuum des ACA. Elles ont également apporté des bonifications additionnelles par une mise en contexte de l'utilisation de la réalité virtuelle et de son continuum de silhouettes. Lors de la deuxième séance, les formatrices ont apporté des nuances aux contenus théoriques abordant les contextes de prises de repas fonctionnels selon les différents types de mangeurs. Selon les formatrices, ces bonifications et nuances ont été apportées pour enrichir l'information présentée. Lors de la troisième séance, aucune transformation n'a été apportée par les formatrices.

Deux questionnements d'approfondissement additionnels expliquent les transformations apportées au contenu théorique. Il s'agit de comprendre a) pourquoi des bonifications et nuances ont été apportées aux contenus théoriques et b) la visée d'enrichir les contenus théoriques par des bonifications et nuances. De ces deux questionnements analytiques additionnels, trois explications sont dégagées i) enrichir l'information présentée; ii) favoriser la compréhension des apprenants; iii) adopter une approche plus inclusive. Ces explications sont présentées ci-après et soutenues par le discours des formatrices.

#### i) Enrichir l'information présentée

Selon l'expérience des formatrices, les bonifications et les nuances apportées ont eu comme effet d'enrichir l'information présentée. Les formatrices ont ajouté une explication simple, claire et vulgarisée du continuum des ACA (contenu théorique) ce qui leur a permis de bien justifier pourquoi la formation s'oriente sur le pôle fonctionnel du continuum. Aussi, bonifier l'explication de l'utilisation de la réalité virtuelle et du continuum de silhouettes (contenu théorique) a permis aux formatrices de faire un lien plus cohérent afin d'expliquer le thème de l'appréciation de soi lors de la première séance. Les formatrices expliquent aussi avoir apporté des nuances aux informations présentées sur les contextes de prises de repas fonctionnels (contenu théorique) afin de diversifier la présentation des différents types de mangeurs et de leurs besoins. Selon les formatrices, enrichir ainsi l'information présentée favorise la compréhension des apprenants en plus de faire preuve d'une approche plus inclusive dans la formation. L'extrait de verbatim suivant explique comment l'ajout de l'explication de la réalité virtuelle contribue à enrichir l'information.

*« Je (ne) comprenais pas trop le but et l'objectif derrière la présentation de la réalité virtuelle et des silhouettes et aussi [les raisons] pourquoi on le montrait. Ce qui fait que j'ai nommé ça et finalement on est venues ajouter que ce continuum de corps, il montre un petit peu comment on se perçoit. Et comment l'image que l'on pense que les autres ont de nous, bien ce n'est pas tout le temps la réalité. On explique que l'on présente ça dans le but de s'en détacher, pour voir notre corps au-delà de l'apparence physique et du « look ». Je pense vraiment que ça a permis aux apprenants de comprendre où on s'enlignait pour cette séance-là. Ensuite, on fait une activité justement sur les fonctions corporelles et qu'est-ce que notre corps nous permet de faire afin de nous détacher de l'apparence physique. Je pense que c'était plus clair comme ça. » Formatrice 3*

## ii) Favoriser la compréhension des apprenants

Le travail des formatrices pour enrichir l'information présentée dans les contenus théoriques a également eu comme effet de mieux positionner la formation dans le pôle fonctionnel des ACA. Selon les formatrices, cette explication rend la formation plus complète et favorise une meilleure compréhension des raisons qui expliquent que la formation soit axée sur le pôle fonctionnel du continuum et non sur les aspects pathologiques des ACA. Ces explications peuvent contribuer à clarifier les attentes des apprenants et favorisent une meilleure compréhension. Enrichir l'information de la réalité virtuelle et du continuum des silhouettes permet aux formatrices de clarifier le contexte dans lequel cet outil est utilisé et les raisons pour lesquelles il est présenté dans la formation. Ces explications permettent de mettre en lumière que certains des ACA dysfonctionnels sont liés à des perceptions erronées de l'image du corps et qu'une façon de s'en distancier est de s'attarder aux fonctions corporelles. Pour les formatrices, ces explications permettent aux apprenants de mieux comprendre l'orientation de la séance et de faire un lien plus pertinent avec l'activité pédagogique au sujet des fonctions corporelles qui est réalisée ensuite. Les extraits de verbatim suivant illustrent que les transformations permettent de favoriser une meilleure compréhension chez les apprenants

*« Tu sais on en avait parlé. Pour moi, ce serait important que justement le graphique, le modèle là [le continuum des attitudes et comportements alimentaires] qu'on le présente.*



*Il faut qu'on le synthétise, qu'on le simplifie pour eux et déjà d'entrée de jeu, les apprenants verraient que ça, ça existe [le pôle dysfonctionnel], mais que nous, on ne va pas parler de ça, on va rester dans le fonctionnel, alors déjà ils vont le savoir » Formatrice 1*

*« Je pense que s'il y a un élément sur lequel j'aurais peut-être usé de plus de flexibilité, c'est au niveau de l'introduction de notre formation, c'est-à-dire de vraiment présenter les attitudes et comportements alimentaires fonctionnels et dysfonctionnels et expliquer que nous on va s'aligner vers le fonctionnel dans le continuum. La formation aurait peut-être été un peu plus complète. Peut-être que les gens auraient mieux compris la raison pourquoi qu'on s'aligne vers ça. Et peut-être que les gens se seraient sentis plus interpellés vu que certains d'entre eux avaient des comportements plus vers le dysfonctionnel. » Formatrice 2*

### iii) Adopter une approche plus inclusive

Avoir apporté des nuances sur les contextes de repas fonctionnels, en particulier sur l'alimentation en pleine conscience (contenu théorique), a permis aux formatrices d'adopter une approche plus inclusive. Pour les formatrices, cette approche inclusive passe par la considération des particularités et des besoins des différents profils de mangeurs qui émergent dans les plus récentes recherches. Selon les formatrices, certains apprenants s'identifient potentiellement à certains profils de mangeurs et il est donc nécessaire de les considérer. Cette transformation permet de présenter un contenu et des stratégies qui sont plus inclusifs et qui rejoignent un plus grand nombre de personnes selon leur profil de mangeurs, incluant les formatrices. Les apprenants découvrent ainsi qu'une seule solution (l'alimentation pleine conscience) ne convient pas nécessairement à tout le monde et permet de présenter une variété d'autres stratégies pouvant être explorées. Le verbatim suivant illustre cette catégorisation.

*« Je [ne] me reconnaissais pas du tout dans cette théorie. Je l'ai partagé, puis on a discuté ensemble et on s'est dit que c'est important de faire des nuances (...) ce [n']est pas pour tout le monde que l'alimentation pleine conscience, c'est positif. Il y a des personnes pour qui le fait de se concentrer vraiment sur ce qu'elles mangent, ça peut être plus anxiogène que, si justement, il y a une distraction, puis qu'elles sont concentrées à autres choses. C'est*

*qu'il y a [beaucoup] de recherche sur l'alimentation en pleine conscience, mais toute la recherche sur les autres types de mangeurs, pour qui justement, l'alimentation en pleine conscience [ne] serait pas la meilleure option, c'est encore de la recherche émergente. (...) [malgré que cette recherche soit émergente], ça vaut la peine qu'on en parle. » Formatrice*

3

B) La transformation des témoignages de savoir expérientiel: faire face à des témoignages d'ACA dysfonctionnels

Au niveau des témoignages de savoir expérientiels, les transformations constatées par les formatrices sont liées aux difficultés à faire face à des témoignages d'ACA dysfonctionnels par les personnes présentes dans la formation. Les formatrices expliquent que certains apprenants partagent leurs préoccupations alimentaires et corporelles en abordant des attitudes et comportements dysfonctionnels ce qui s'éloigne de la modélisation théorique de la formation. Ce genre de témoignage de la part des apprenants vient influencer le partage du savoir expérientiel des formatrices, c'est-à-dire que ces dernières expliquent qu'elles en viennent à parler de leurs attitudes et comportements dysfonctionnels alors que ce n'est pas prévu au guide de coconstruction. Les témoignages des formatrices s'éloignent alors de propos favorisant les ACA fonctionnels ce qui oriente la formation dans le pôle dysfonctionnel du continuum. Ce genre de situations amène un décalage avec les données probantes appuyant l'intervention ce qui fait déroger de l'objectif initial de la formation. L'extrait de verbatim suivant illustre ces constats chez les formatrices.

*« Lors d'une séance, ça a été un peu plus difficile pour moi, parce que je suis rentrée dans les sujets des attitudes dysfonctionnelles. Dans son témoignage, une apprenante disait qu'elle faisait énormément d'exercices excessifs. Puis moi, je me suis alimentée un peu de ça par rapport à mon vécu passé dans mon témoignage. Mais je m'en suis rendu compte. C'était des témoignages qui allaient plus vers le pôle dysfonctionnel et je me suis dit qu'il ne fallait pas s'enliser là-dessus, mais ça a été un défi. » Formatrice 2*

Un questionnement analytique d'approfondissement additionnel permet d'explorer comment aborder les défis liés au partage du savoir expérientiel. De ce questionnement analytique

d'approfondissement additionnel se dégage une stratégie potentielle: développer et consolider des stratégies de recadrage. Des explications sont présentées ici après et soutenues par le discours des formatrices.

#### Développer et consolider des stratégies de recadrage

Les formatrices reconnaissent les situations difficiles liées à des témoignages traitant des ACA dysfonctionnels. Elles savent qu'elles doivent recadrer ces situations, mais il est difficile de trouver les bons mots et la bonne façon de faire. Elles expliquent être parfois tentées de valider les propos et les émotions des apprenants tout en sachant que ce n'est pas compatible avec l'approche éducative de l'intervention. Dans d'autres circonstances, elles choisissent de laisser passer des propos moins alignés à l'objectif de la formation sans y revenir pour éviter de les alimenter. Au sein même de la dyade, il est difficile pour les formatrices d'intervenir l'une envers l'autre lorsque des propos doivent être recadrés. Elles peinent à trouver des façons concrètes d'y arriver dans le respect et la bienveillance envers la co-formatrice. Elles sentent qu'un recadrage est parfois nécessaire lors des partages d'expérience vécue, mais peinent à identifier des stratégies pour y arriver. Les verbatims suivants illustrent cette catégorisation.

*« Tu sais, moi je [ne] voulais pas que l'apprenante [ne] se sente pas comprise. En tant qu'intervenant, tu valides énormément. Mais ce n'est pas ça l'objectif de la formation. Je suis formatrice, je [ne] suis pas intervenante. C'était (...) un défi. »* Formatrice 2

*« À un moment donné, ma co-formatrice était en train de parler de troubles alimentaires et pas d'attitudes et comportements fonctionnels. Au début, je me disais qu'il faut la laisser parler, mais là, ça [n'allait] pas bien. Alors, je lui ai écrit [un texto] et là, elle a changé de sujet à d'autres choses. Mais ça, c'est vraiment quelque chose qui a été difficile. »*  
Formatrice 1

#### Questionnement analytique initial 3

Les bénéfices de l'intervention pour les personnes impliquées

Au niveau des bénéfices de l'intervention, trois questionnements analytiques d'approfondissement permettent de relever les perspectives des formatrices à cet effet. Ces trois

questionnements analytiques d’approfondissement de même que leurs résultats sont présentés au tableau 17. Il s’agit de A) ce que les apprenants retirent d’avoir pris part à l’intervention; B) des bienfaits pour les formatrices suite à leur implication dans l’intervention et C) les éléments de l’intervention contribuant à générer ces bénéfices. Les résultats de chacun des trois questionnements analytiques (A, B et C) sont présentés en détail à la suite du tableau 20.

Tableau 20. – Résultats du questionnaire analytique initial 3 – bénéfices de l’intervention pour les personnes impliquées

<b>Questionnement analytique initial 3 : Comment la formation profite aux personnes impliquées ?</b>	
<b>Questionnement analytique d’approfondissement (qui émerge de l’analyse)</b>	<b>Résultat du questionnaire analytique sous forme de catégorie</b>
A) Qu’est-ce que les apprenants retirent d’avoir pris part à l’intervention ?	S’ouvrir à de nouvelles perspectives pour adopter des stratégies utiles dans le quotidien
B) Qu’est-ce que les formatrices retirent de leur implication dans l’intervention ?	Faire des apprentissages personnels et valider leur savoir expérientiel
C) Quels éléments de l’intervention contribuent à générer ces bénéfices ?	i) Les activités de discussions et d’échanges ii) La complémentarité des savoirs et expertises iii) Le déroulement structuré autour de médiums variés

A) Ce que les apprenants retirent: s’ouvrir à de nouvelles perspectives et adopter des stratégies utiles dans le quotidien

Au niveau de ce que les apprenants retirent de l’intervention, les formatrices formulent des hypothèses à l’effet que les apprenants se sont probablement ouverts à de nouvelles perspectives face aux ACA. Les formatrices estiment que ces nouvelles perspectives prennent la forme de nouvelles façons de penser l’alimentation et la relation au corps. Selon elles, ces nouvelles façons de penser amènent les apprenants à s’écloigner des pensées stéréotypées sur les diètes et sur ce que c’est de « bien manger », de même que sur les « bons » et les « mauvais » aliments. Grâce aux activités et discussions, les formatrices ont l’impression que les apprenants ont partagé des stratégies et des trucs utiles pour se distancer des standards corporels inatteignables de la société. Les formatrices sont d’avis que les stratégies partagées par l’ensemble des personnes

présentes amènent les apprenants à mieux comprendre et reconnaître les différents besoins auxquels l'alimentation répond ainsi que les différentes façons d'apprécier leur corps au-delà de l'apparence physique dans le quotidien. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Bien, je pense que ce qui ressort des résultats de la formation sur les apprenants c'est de faire les choses pour soi, puis d'essayer de sortir de ces pensées stéréotypées là: les régimes, les bons et mauvais aliments et de c'est quoi bien manger. C'est vraiment aussi de trouver les outils qui fonctionnent [pour eux], puis de se concentrer là-dessus. »*

Formatrice 3

*« Mais je pense qu'il y a [certaines personnes] que ça les a conscientisées un peu plus... [En particulier sur] l'importance des fonctions corporelles. Elles ont réalisé que le corps, il sert à d'autres choses [que juste l'apparence physique]. Il ne faut pas le voir juste pour (l'apparence). »* Formatrice 1

*« Je pense que c'est ce que les gens vont retenir [c'est] que l'alimentation répond à différents besoins au niveau du contexte social, au niveau de la productivité et que s'alimenter, ça va au-delà de l'apparence physique. »* Formatrice 2

B) Ce que les formatrices retirent: apprentissages personnels et validation du savoir expérientiel

Au niveau de ce que les formatrices retirent de l'intervention, ces dernières parlent d'apprentissages personnels et de changements qui les amènent à adopter plus d'ACA fonctionnels. Les formatrices qualifient leur expérience de mettre en œuvre la formation comme étant enrichissante et avancent qu'elles ont appris tout autant que les apprenants. Elles ont fait des apprentissages en matière d'ACA fonctionnels à travers la coconstruction et la mise en œuvre de la formation. Elles expriment qu'elles ont fait des apprentissages sur elles-mêmes. À travers ces apprentissages personnels, le processus de coconstruction et de mise en œuvre de la formation conscientise les formatrices sur certaines ACA dysfonctionnels qui sont parfois encore présents pour elles. Elles rapportent s'ouvrir à des façons de faire des changements dans leur quotidien afin d'évoluer vers des ACA qui tendent vers le pôle fonctionnel du continuum. Par

ailleurs, elles se sentent validées durant la mise en oeuvre et ont l'impression que le fait de partager leur expérience peut vraiment aider d'autres personnes. Un sentiment d'utilité et de valorisation de leur savoir expérientiel est ressenti. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Je pense que ça m'a appris énormément. J'ai vraiment vu un apprentissage personnel. Ça m'a aidée à peut-être mieux m'aligner vers les attitudes et comportements alimentaires fonctionnels. Parce que j'ai encore tendance peut-être, moi aussi, à focaliser un peu sur l'apparence physique. C'est quelque chose que j'aimerais bien essayer de modifier tranquillement. »* Formatrice 2

*« Moi, ça m'a ouvert les yeux quand même beaucoup. Ça m'a permis de faire une certaine prise de conscience et de faire des changements dans mon alimentation aussi. Ça m'a permis d'enlever cette culpabilité-là. Ça, c'est vraiment à cause de la formation. »*  
Formatrice 3

*« J'ai senti que je peux apporter quelque chose. [Ma contribution n'est pas seulement avec la présentation de la théorie]. Je peux apporter quelque chose [aux apprenants] par mon vécu, par mon expérientiel et par mon partage... [Aussi], j'ai senti que j'apprenais, mais en même temps ça me validait d'en parler. Ça aide, c'est vraiment le fun. »* Formatrice 1

Afin de bonifier l'apport de leur participation, trois mots-clés ont été demandés aux formatrices. Les voici:

Formatrice 1: validation, impact, cohérence

Formatrice 2: enrichissant, formateur, complexe

Formatrice 3: enrichissant, stimulant, défi

C) Les éléments de l'intervention qui contribuent aux bénéfices pour les personnes impliquées

Au niveau des raisons permettant d'expliquer les bénéfices de l'intervention pour les personnes impliquées, le questionnement analytique d'approfondissement permet d'identifier trois explications à titre de résultats: i) les activités de discussions et d'échanges; ii) la complémentarité

des savoirs et des expertises et iii) un déroulement structuré autour de médiums variés. Ces explications sont présentées ci-après et soutenues par le discours des formatrices.

#### i) Les activités de discussions et d'échanges

Une première explication des bénéfices de l'intervention a trait aux activités de discussions et d'échanges entre apprenants. Selon les formatrices, ces activités ont permis aux apprenants de s'ouvrir afin de partager leurs expériences et savoirs. Elles sont d'avis que c'est en partie grâce à ce partage mutuel que les apprenants repartent de la formation avec de nouvelles perspectives sur les ACA de même qu'avec des stratégies utiles dans le quotidien.

*«Au niveau des activités pédagogiques, je pense qu'on a bien réussi. On avait plusieurs activités qui étaient très diversifiées et on faisait travailler en sous-groupes. C'était des discussions qui étaient dynamiques et qui ont créé un environnement propice au partage. Je pense que les discussions puis les partages, c'est là où les échanges sont les plus riches. Les gens, ils parlent de leur expérience. Puis ça, ça donne des résultats vraiment positifs »*

Formatrice 3

*« [À travers] les discussions qui avaient lieu, les échanges, et le partage [des savoirs], les gens avaient vraiment l'opportunité d'apprendre. On voyait que plusieurs avaient compris [le contenu théorique] par leurs témoignages »* Formatrice 1

*« Les résultats qu'on a eus, je pense que c'est [une combinaison] de plusieurs choses. Je pense que les activités en sous-groupes ont peut-être permis aux gens de s'ouvrir davantage. Je pense que ça, c'est un point fort. Il y avait (des) témoignages qui étaient enrichissants. »* Formatrice 2

#### ii) La complémentarité des savoirs et expertises

Une deuxième explication des bénéfices de l'intervention a trait à la complémentarité des savoirs et expertises, et ce, à deux niveaux: au niveau des apprenants et au niveau de la dyade de formatrices.

Au niveau des apprenants, les formatrices identifient que la complémentarité des savoirs et des expertises chez les apprenants est étroitement liée aux bénéfices apportés par l'intervention.

Comme les apprenants sont de milieux et d'âges différents, ils touchent des sujets tout aussi différents qui contribuent aux bénéfices qu'ils en retirent. Aussi, la place qui est laissée pour la prise de parole des apprenants est considérée par les formatrices comme un point fort qui contribue aux bénéfices de l'intervention. Toujours en lien avec la complémentarité des savoirs et des expertises des apprenants, le niveau de familiarité de ces derniers avec le modèle RC du CASR semble influencer les bénéfices générés. Les formatrices constatent que les apprenants qui ont plusieurs expériences de formations au CASR présentent une aisance dans leur prise de parole. Cette aisance est perçue comme un élément facilitant qui contribue aux bénéfices générés par l'intervention. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Je pense que c'est pour ça les retombées qu'on a eues. Parce que [les apprenants] touchent tellement de sujets, puis c'est tellement des gens de milieux différents, de [contextes] différent, d'âges différents que ça amène l'expérientiel de chacun. Puis c'est pour ça, je pense qu'ils en retirent beaucoup, il y a des gains pour eux. On sentait qu'on avait cette mixité d'apprenants, que chacun avait sa place pour discuter, qu'il était reconnu. » Formatrice 1*

*« Je pense qu'on a vraiment donné la chance à chacun [des apprenants] de témoigner également. C'est sûr qu'on ne peut pas forcer les gens, mais je pense qu'on a eu une belle ouverture [pour recevoir les témoignages]. Ça donne la place au savoir expérientiel et je pense que c'est une force qui a été très présente pour expliquer ce que la formation apporte aux gens. » Formatrice 2*

*« [Dans notre formation], il y avait deux personnes en particulier qui avaient déjà participé à d'autres formations [du Centre d'apprentissage]. Ce qui fait qu' on sentait, qu'elles étaient a plus à l'aise avec le modèle [RC]. Elles parlaient avec facilité et ça a apporté une belle contribution dans les résultats de la formation, je pense.» Formatrice 3*

Au niveau de la dyade de formatrices, la complémentarité de leurs savoirs et de leurs expertises est aussi retenue pour expliquer les bénéfices apportés par l'intervention. Les formatrices expliquent que la complémentarité et la diversité au sein de la dyade permettent aux apprenants



de s'identifier à elles. Cette complémentarité et diversité est favorable à la réussite de l'intervention et à l'atteinte des objectifs prévus. Les verbatims suivants illustrent ces résultats.

*« Ma co-formatrice et moi, on se connaissait bien. C'est un avantage, je pense. Ça nous a permis de bien travailler. Je pense qu'on se complétait vraiment bien. Dans nos partages de savoirs, les gens disaient qu'ils se reconnaissaient dans ce qu'on disait »* Formatrice 3

*« Oui, je pense que moi et ma co-formatrice, on avait chacune des forces qui étaient complémentaires. Je pense qu'on a été vraiment complémentaire à travers nos différents savoirs, je pense que ça nous a servi et qu'on a [atteint nos objectifs] de formation. »*  
Formatrice 2

### iii) Le déroulement structuré autour de médiums variés

Les bénéfices de l'intervention s'expliquent aussi par son déroulement structuré et par la variété des approches. Les formatrices expliquent que l'utilisation du guide de coconstruction facilite le déroulement de l'intervention. Elles soulignent aussi que l'utilisation de médiums variés (images, vidéo, discussions) combinée à une quantité appropriée de contenu théorique contribue à l'atteinte des objectifs outille les apprenants.

*« Je pense que ça s'est bien déroulé en raison de comment la formation était [construite]. On a utilisé notre guide de coconstruction qui est très précis et très complet et ça a rendu ça facile. On a utilisé plusieurs moyens pour passer l'information, ce n'était pas juste des [diapositives]. Il y avait les discussions, les présentations, les images et les vidéos. Il y avait comme une dynamique aussi qui se passait dans la présentation. Ça aide à atteindre nos objectifs.»* Formatrice 2

*« Le fait que la théorie était courte c'est vraiment le fun, c'est juste des points qu'on a soulevés et on n'a pas été dans la grosse théorie qui ennuie les gens. J'ai remarqué dans d'autres formations [du Centre d'apprentissage] que les apprenants trouvent ça trop long. Dans notre formation ça a été apprécié, je pense, et ça explique que les gens repartent mieux outillés.»* Formatrice 1

#### 4.3.3.2 Résultats des observations des groupes d'apprenants

En ce qui concerne le processus observationnel de chacun des groupes d'apprenants<sup>11</sup>, la doctorante a visionné chacun des enregistrements des séances de formation pour chaque groupe d'apprenants. Ensuite une observatrice externe au processus, soit une étudiante au doctorat et formatrice senior du CASR, a procédé à la contre-vérification des observations. Aucun désaccord entre les observations de la doctorante et celles de l'observatrice externe n'a été noté. L'observatrice externe a apporté des bonifications aux observations de la doctorante.

La figure 14 présente une synthèse des résultats du processus observationnel de toute l'intervention. Chaque dimension et ses indicateurs observables sont présentés dans la première colonne de gauche en couleur rose. Chacune des quatre colonnes suivantes (de couleur grise) correspond à chaque groupe d'apprenants observé. Dans chaque groupe d'apprenants, un score total pour chaque dimension est indiqué accompagné d'une cote. La cote peut être de couleur verte (le ou les indicateurs sont présents); jaune (le ou les indicateurs sont partiellement présents) ou rouge (le ou les indicateurs sont absents ou des observations qui vont à l'opposé de l'indicateur sont présentes). Ces mêmes cotes de couleur sont appliquées à chaque indicateur de chaque dimension. Des détails sur ces observations sont présentés suite à la figure.

---

<sup>11</sup>À titre de rappel, le processus observationnel de l'intervention est réalisé par la complétion d'une grille d'observation construite sous forme de tableaux. Il s'agit d'un tableau par dimension (6 dimensions qui renvoient aux principes du modèle RC) pour lesquelles des indicateurs observables sont identifiés. L'annexe IX présente l'intégral de la grille d'observation



Figure 14. – Synthèse des résultats du processus observationnel de l'intervention.

Dimensions et indicateurs	Groupe d'apprenants 1 Automne 2021	Groupe d'apprenants 2 Hiver 2022	Groupe d'apprenants 3 Printemps 2022 (présentiel)	Groupe d'apprenants 4 Été 2022
<b>Dimension 1 – Espace inclusif et ouvert</b> Indicateur 1: Variété d'apprenants Indicateur 2: Espace de parole Indicateur 3: Communication inclusive Indicateur 4: Valorisation des différences Indicateur 5: Clarté et humour dans la communication	Score dimension: 3/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 5/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 5/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 5/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●
<b>Dimension 2 – Espace et approche d'apprentissage actif</b> Indicateur 1: Participation des apprenants Indicateur 2: Éléments théoriques bien choisis et intégrés Indicateur 3: Méthodes d'apprentissage actives Indicateur 4: Utilisation du savoir expérientiel	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●
<b>Dimension 3 – Espace aux interactions et rapports sociaux égalitaires</b> Indicateur 1: Valeurs humanistes Indicateur 2: Considération des propos de tous Indicateur 3: Posture égalitaire des formateurs	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●
<b>Dimension 4 – Travail en dyade complémentaire</b> Indicateur 1: Partage de l'espace de parole Indicateur 2: Partage des responsabilités Indicateur 3: Complémentarité des expertises Indicateur 4: Coopération et confiance	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●	Score dimension: 4/4 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ●
<b>Dimension 5 – Co-production de connaissances, intégration des savoirs</b> Indicateur 1: Liens entre les savoirs Indicateur 2: Création d'un savoir collectif Indicateur 3: Hybridation et collaboration	Score dimension: 2/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 2/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●	Score dimension: 3/3 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ●
<b>Dimension 6 – Principes du rétablissement</b> Indicateur 1: Savoir expérientiel Indicateur 2: Message d'espoir Indicateur 3: Processus de rétablissement Indicateur 4: Centré sur les forces et le pouvoir d'agir Indicateur 5: Lutte à la stigmatisation	Score dimension: 3/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 4/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 5/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●	Score dimension: 5/5 ● Indicateur 1: ● Indicateur 2: ● Indicateur 3: ● Indicateur 4: ● Indicateur 5: ●

**Légende:** Les dimensions réfèrent aux principes RC. La présence de ces principes est attestée par l'observation des indicateurs dans la formation.  
 ● Les observations démontrent la présence de l'indicateur ● Les observations démontrent la présence partielle de l'indicateur ● Les observations ne montrent pas la présence de l'indicateur ou vont à l'opposé de l'indicateur.

### Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 1 – automne 2021

Pour le groupe d'apprenants 1, l'intervention rencontre pleinement 17 des 24 indicateurs attestant des principes du modèle RC. Au niveau de la dimension 1 – espace inclusif et ouvert, la formation répond partiellement au principe. L'indicateur 2 – espace de parole n'est pas rencontré. Cet indicateur stipule que les apprenants doivent se voir offrir un espace pour s'exprimer s'ils le désirent, et ce, à leur rythme. Toutefois, il est observé que les formatrices sont dans l'attente que tous les apprenants parlent et fassent des interventions dans le but d'inciter tout le monde à prendre la parole ce qui s'éloigne de l'indicateur. Toujours au niveau de la dimension 1, l'indicateur 5 suggère la clarté et l'utilisation de l'humour dans la communication.

Bien que les propos des formatrices soient clairs, leur approche est plutôt sérieuse. Elles n'utilisent pas l'humour, elles instaurent plutôt un climat sérieux. Au niveau de la dimension 4 - travail en dyade complémentaire, l'indicateur 3 de complémentarité des expertises est partiellement rencontré. Les expériences de vie des formatrices sont différentes, cependant on constate un manque de complémentarité dans leur expertise. Le savoir pratique, spécifique au ACA est absent de la dyade et le savoir théorique est peu approfondi, se limite au contenu théorique prévu au guide de coconstruction. Au niveau de la dimension 5 – coproduction de connaissances et intégration des savoirs, l'indicateur 1 – liens entre les savoirs, est partiellement rencontré. Cela s'observe par une difficulté chez les formatrices à faire des liens entre les propos des apprenants, leurs témoignages et les contenus théoriques de la formation. Il est possible d'avancer qu'il s'agit d'une conséquence du manque de complémentarité dans la dyade. Au niveau de la dimension 6 – incarne les principes du rétablissement, l'indicateur 1 (savoirs expérientiels) et l'indicateur 3 (processus de rétablissement) ne sont pas pleinement rencontrés. On observe qu'il est difficile pour les formatrices de verbaliser leur vécu de façon constructive sans aborder des ACA dysfonctionnels. Aussi, certains apprenants utilisent un vocabulaire médical et complexe pour témoigner de leurs expériences. Lorsque cela se produit, les formatrices n'arrivent pas rattraper la discussion afin de faire émerger des éléments constructifs et vulgariser certains termes. Ces observations font en sorte que pour le groupe d'apprenants 1, la formation répond partiellement aux principes RC.

#### Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 2 – hiver 2022

Pour le groupe d'apprenants 2, l'intervention rencontre pleinement 22 des 24 indicateurs attestant des principes du modèle RC. Au niveau de la dimension 5 – coproduction de connaissances et intégration des savoirs, l'indicateur 1 – liens entre les savoirs, est partiellement rencontré. Les formatrices réussissent à faire certains liens entre les propos des apprenants, les témoignages et les contenus théoriques, cependant, le savoir pratique des apprenants est peu sollicité, pour les deux premières séances. Lors de la troisième séance, le savoir pratique est sollicité et présent dans les discussions et témoignages des apprenants. Au niveau de la dimension 6 – incarne les principes du rétablissement, l'indicateur 2 – message d'espoir, est partiellement présent. Il est observé que la formatrice au savoir expérientiel maîtrise mieux la façon de faire un

témoignage porteur d'espoir. Toutefois, son témoignage est court, les difficultés qu'elle a vécues sont peu abordées, elle passe rapidement vers les solutions et stratégies utiles ce qui ne permet pas aux apprenants de bien saisir tout le chemin qu'elle a parcouru. Ces observations font en sorte que pour le groupe d'apprenants 2, la formation répond partiellement aux principes RC bien qu'une amélioration notable se dégage.

Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 3 – printemps 2022 – présentiel  
Pour le groupe d'apprenants 3, l'intervention rencontre pleinement l'ensemble des 24 indicateurs attestant des principes du modèle RC. Il est à noter que ce groupe d'apprenants s'est vu dispenser la formation en présentiel avec un nombre d'apprenants significativement réduit, soit 4 personnes. Toutefois, la mixité de personnes et de savoirs en présence a été assurée de même qu'une pleine participation des personnes en présence.

Résultats des observations pour le groupe d'apprenants 4 – été 2022  
Pour le groupe d'apprenants 4, l'intervention rencontre pleinement l'ensemble des 24 indicateurs attestant de la conformité aux principes du modèle RC.

#### 4.3.3.3 Analyse confirmatoire

Les résultats du processus observationnel (entrevues avec formatrices et observation) illustrent une évolution de la conformité de l'intervention dans les deux volets. Les formatrices ont eu le souci de se requestionner et de resserrer la présentation des contenus théoriques pour qu'ils soient plus près des données probantes en matière de promotion d'ACA fonctionnels et pour demeurer cohérent avec les principes RC. Ajuster les contenus théoriques et présenter les références à l'appui a été perçue par les formatrices comme favorisant la compréhension des apprenants. La nécessité d'être accompagnées dans leur partage de témoignage et dans des stratégies de gestion de groupe illustre que ces éléments permettent d'accroître la conformité sur les deux volets : demeurer en lien avec les données probantes en matière d'ACA fonctionnels et présenter des témoignages de savoir expérientiel porteur d'espoir. Mis en lien avec les données observationnelles il est possible de soulever que la conformité de la formation est évolutive, et ce sur les deux volets. Pour ce qui est des observations, le score total de conformité est passé de 17/24 principes présents lors de la mise en œuvre pour le groupe d'apprenants 1 à

un score de 24/24 principes présents pour le groupe d'apprenants 3. Ce score de conformité s'est maintenu lors de la mise en œuvre pour le groupe d'apprenants 4. Face à ces données, il est possible d'avancer que l'intervention mise en œuvre est conforme dans ses deux volets.

## Chapitre 5 – Discussion

### 5.1 Rappel des objectifs et de la démarche méthodologique de la thèse

Cette thèse avait pour but de mieux saisir comment élaborer et mettre en œuvre une intervention d'éducation à la santé faisant la promotion d'ACA fonctionnels. Plus précisément, il était question de comprendre la logique d'action, les mécanismes et les conditions à mettre en place dans la coconstruction d'une formation RC au sujet des ACA fonctionnels. Pour ce faire, un projet basé sur un devis qualitatif descriptif s'est déployé selon trois phases: i) phase préalable; ii) phase 1: analyse logique; et iii) phase 2: analyse d'implantation. L'ensemble de ces trois phases visait à répondre aux objectifs suivants: 1) modéliser et analyser la théorie de l'intervention sur les ACA fonctionnels; 2) mettre en œuvre l'intervention modélisée afin d'en apprécier la conformité selon deux volets, soit la conformité à la modélisation théorique et la conformité aux principes RC.

Lors de la phase préalable, la conduite d'une revue de littérature non systématique a permis d'identifier les contenus à aborder, les façons d'aborder ces contenus et les contenus à éviter dans la promotion d'ACA fonctionnels. Ces données ont permis d'outiller les formatrices dans le processus de coconstruction de la formation.

Lors de la phase 1, l'analyse logique a permis de réaliser une modélisation théorique initiale de l'intervention (incluant le guide de coconstruction de la formation) soumise pour covalidation auprès d'un groupe de travail en diversité de savoirs (expérientiels, théoriques et pratiques). Le groupe de travail s'est réuni à trois reprises dans le but d'identifier des améliorations et ajustements à apporter à la modélisation théorique de l'intervention et au guide de coconstruction. Une version ajustée, reflétant les améliorations de la modélisation théorique, a ensuite été produite et utilisée en phase 2 pour la mise en œuvre.

Lors de la phase 2, l'analyse d'implantation a permis de mettre en œuvre l'intervention auprès de quatre groupes de 60 apprenants au total, entre l'automne 2021 et l'été 2022. L'analyse d'implantation avait pour objectifs de valider si l'intervention a été mise en œuvre 1) en conformité avec la modélisation théorique ajustée de l'intervention et 2) en conformité avec les



principes du modèle RC. Des entrevues individuelles semi-structurées avec les trois formatrices et sept apprenants ont eu lieu et un journal de bord de mise en œuvre a été tenu. Un processus observationnel de chacun des groupes d'apprenants de l'intervention s'est également déroulé.

Les contenus théoriques et activités proposés dans l'intervention se sont basés sur des facteurs protecteurs qui font la promotion d'ACA fonctionnels tels : l'appréciation de soi; la compréhension des signaux corporels; et l'autocompassion et la bienveillance. Un travail collaboratif a conduit à l'élaboration d'une modélisation théorique de l'intervention qui s'est vue bonifiée, améliorée et validée par un groupe d'experts. Cette modélisation théorique ajustée reflète le savoir expérientiel des personnes, les données probantes en matière d'éducation à la santé par la promotion d'ACA fonctionnels de même que les principes du modèle RC. L'intervention, la formation sur les ACA fonctionnels du RC québécois, s'est avérée conforme à la modélisation théorique ajustée et conforme aux principes RC. Les formatrices qui ont offert la formation ont rapporté de nombreux bienfaits tel qu'avoir fait des apprentissages personnels et s'être senties validées dans leurs savoirs expérientiels. Les apprenants, pour leur part, rapportent s'être ouverts à de nouvelles perspectives au sujet des ACA fonctionnels, avoir laissé tomber des ACA dysfonctionnels et se sentir outillés pour soutenir des proches dans l'adoption d'ACA fonctionnels.

## **5.2 Synthèse et discussion des résultats**

Les processus déployés au long des trois phases de ce projet de thèse permettent de relever différents éléments de discussion. Le premier élément de discussion aborde la mise en place d'une démarche collaborative favorable au développement d'initiatives d'éducation à la santé durables, et ce, grâce à l'engagement des personnes détenant des savoirs expérientiels. Le deuxième élément de discussion traite du renforcement de la démarche collaborative par la réalisation d'une modélisation théorique de l'intervention. Le troisième élément de discussion aborde les bienfaits collectifs de la participation à un processus évaluatif.

### **5.2.1 La collaboration et l'engagement des personnes aux savoirs expérientiels contribuent au développement d'initiatives de santé durables**

À travers le processus de coconstruction et à travers le processus de covalidation de la formation, une démarche collaborative a été mise en place avec l'ensemble des personnes concernées. La démarche collaborative a permis le croisement des savoirs expérientiels, pratiques et théoriques des personnes (formatrices, membres du Loricorps, membres du CASR, membres du CÉRRIS et doctorante). Au sein de la littérature sur le partenariat, de telles démarches collaboratives sont reconnues pour amener les personnes et les organisations dans des rapports égaux empreints d'ouverture et de confiance qui permettent le partage d'expériences et d'expertises (Grindell et al., 2022; Masterson et al., 2022). Ce faisant, un savoir collectif est créé et mis à profit dans le développement de l'initiative de santé qui concerne toutes les parties impliquées: personnes aux savoirs expérientiels, intervenants, professionnels et organisations (Grindell et al., 2022; Masterson et al., 2022). Il en découle alors un renforcement des capacités individuelles, collectives et professionnelles bénéfique à l'amélioration des systèmes de services et de soins (Boivin et al., 2022; L'Espérance, 2023). Ce renforcement des capacités et la création de savoirs collectifs ont été mis à profit à travers les processus évaluatifs de ce projet de thèse.

La littérature sur les processus évaluatifs argumente en faveur de la mise en place de démarches collaboratives impliquant des personnes issues des parties prenantes concernées par l'intervention (Patton, 2008; Porteous et al., 2003; Rey et al., 2011). Le « facteur personnel », soit la considération des personnes, et dans le cas précis de cette intervention, des personnes détenant des savoirs expérientiels liés aux ACA dysfonctionnels, est un élément d'importance dans les processus évaluatifs (Patton, 2008). À travers les trois phases du projet, une attention particulière a été portée à l'implication active des formatrices et à leur compréhension du processus évaluatif. Cette attention visait qu'elles s'approprient le processus et sentent qu'elles font partie intégrante de la démarche (Brousselle & Champagne, 2011; Patton, 2015). Ces façons de faire illustrent un réel partenariat dans lequel les personnes aux savoirs expérientiels sont valorisées et reconnues pour leurs savoirs et jouent un rôle actif dans toutes les étapes (Loignon et al., 2018; Roche et al., 2020). Plusieurs experts du partenariat avancent que de telles démarches collaboratives, qui misent sur l'engagement des personnes avec un savoir

expérientiel, ont le potentiel de générer des innovations de santé pérennes et durables qui répondent mieux aux besoins de santé de la population (Banner et al., 2019; Boivin et al., 2022).

De façon spécifique aux ACA dysfonctionnels, les résultats d'une récente revue systématique sur l'implication des personnes détenant des savoirs expérientiels montrent que ces dernières sont peu impliquées dans des démarches collaboratives (Lewis & Foye, 2022). Lorsqu'elles le sont, la qualité et la signifiante de leur implication varient (Lewis & Foye, 2022). Certaines d'entre elles sont investies de façon continue et active alors que d'autres se voient confier un rôle plutôt isolé et passif (Lewis & Foye, 2022). Ces constats permettent d'argumenter pour une plus grande implication des personnes détenant des savoirs expérientiels liés aux ACA dysfonctionnels lorsqu'il est question de développer, de mettre en œuvre et d'évaluer une initiative d'éducation à la santé au sujet des ACA fonctionnels (Fogarty et al., 2016; Papastavrou Brooks et al., 2023).

### **5.2.2 Une démarche collaborative de modélisation théorique favorise les échanges et l'apprentissage collectif**

Le déroulement des trois phases du projet de thèse s'est articulé autour d'une démarche collaborative qui permet le croisement des savoirs et des expertises des personnes concernées. La mise en commun des savoirs et des expertises s'est concrétisée dans la réalisation d'une modélisation théorique de l'intervention. Plusieurs écrits du domaine des processus évaluatifs mettent en lumière l'importance de modéliser de manière collaborative la logique théorique d'une intervention avec ses parties prenantes (Brousselle & Champagne, 2011; Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011; Chen, 2003; Rey et al., 2011). Le travail collectif de modélisation d'une intervention présente comme avantage d'amener plus loin la démarche collaborative dans laquelle sont déjà engagées les parties prenantes (Porteous et al., 2003). Un tel travail collaboratif de modélisation permet de développer la théorie de l'intervention de façon ouverte et inclusive ce qui en accroît l'appropriation par les parties prenantes (Chen, 2003). Cette façon de faire permet une ouverture et des échanges authentiques qui renforcent les relations entre l'évaluateur et les parties prenantes (Porteous et al., 2003; Rey et al., 2011). Il en résulte que les personnes impliquées augmentent leur engagement, mais également, qu'elles se développent et

apprennent collectivement grâce au processus de modélisation de la théorie de l'intervention (Patton, 2010).

### **5.2.3 Un processus évaluatif participatif apporte des bienfaits collectifs**

La mise en place de processus évaluatifs dans le développement et la mise en œuvre d'une intervention présentent des bénéfices telles que: assurer les fondements de l'intervention (les éléments essentiels à l'intervention), comprendre l'influence du contexte et identifier les retombées éventuelles (Champagne, Brousselle, et al., 2011; Rey et al., 2011). Toutefois, la participation à des processus évaluatifs dans le cadre du développement et de la mise en œuvre d'une intervention apporte aussi des bénéfices aux personnes. Patton (2008) souligne que ces bienfaits prennent la forme du développement de la pensée à propos de l'évaluation, d'acquisition et d'approfondissement de connaissances sur les processus évaluatifs et de sentiment de compétence et d'utilité. Ces bienfaits mettent en lumière que le processus d'évaluation lui-même est tout aussi important, sinon plus que sa finalité. La mise en place de processus évaluatifs nécessite un engagement soutenu des personnes, incluant l'évaluateur afin de faciliter la négociation, l'égalité et le partage des pouvoirs (Brousselle & Champagne, 2011; Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011; Patton, 2010). Ces constats permettent d'avancer que la participation à des processus évaluatifs est porteuse de changement et constitue un processus transformatif en soi (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011; Patton, 2010, 2015).

Les formatrices impliquées dans les processus évaluatifs des trois phases du projet de thèse identifient plusieurs bienfaits à l'issue de leur participation. Elles ont souligné que leur implication s'est avérée enrichissante. La sollicitation et la considération de leurs savoirs expérientiels tout au long des processus évaluatifs leur a permis de se sentir valorisées. Elles rapportent également que la démarche leur a fait voir la contribution qu'elles peuvent apporter afin d'amener les personnes à tendre vers des ACA plus fonctionnels. Ces sentiments font écho aux résultats de certaines études au sujet des RCs mettant en relief les bénéfices pour les personnes aux savoirs expérientiels de prendre part à des processus évaluatifs (Cameron et al., 2018; Soklaridis et al., 2023). Les personnes issues des trois organisations participantes (Loricorps, CÉRRIS, CASR) identifient également des bienfaits à leur engagement. Elles rapportent: i) avoir fait des

apprentissages au sujet des ACA fonctionnels et au sujet des processus évaluatifs; ii) s'être senties en égalité avec toutes les personnes présentes; iii) avoir apporté une contribution personnelle autant que professionnelle au processus.

## **5.3 Contributions de la thèse**

Grâce à la mise en commun d'expertises et de savoirs complémentaires à travers les différentes phases du projet, la thèse offre des contributions au champ de connaissances en matière d'ACA, au champ de connaissances en matière de *Recovery College* ainsi qu'à d'autres champs de connaissances connexes tels que le champ de connaissances de la formation professionnelle continue et le champ de connaissances de la promotion de la santé. Ces contributions sont abordées en détail dans les sections suivantes.

### **5.3.1 Contributions au champ de connaissances en matière d'attitudes et comportements alimentaires**

Au niveau du champ de connaissances en matière d'ACA, trois contributions principales sont dégagées. La première contribution souligne que la formation constitue une première en matière de promotion et d'éducation à la santé au sujet des ACA pour un public mixte. La deuxième contribution met en lumière que les retombées de la formation sont en cohérence avec l'éducation à la santé et en santé pour le mieux-être et le bien-être alimentaire. La troisième contribution illustre la valeur ajoutée d'intégrer le savoir expérientiel dans la mise en commun des expertises. Chacune de ces contributions est approfondie ci-après.

#### **5.3.1.1 Une première en éducation à la santé au sujet des ACA pour un public mixte**

Les résultats de la phase préalable contribuent à enrichir les connaissances dans le domaine des ACA, plus spécifiquement en matière de promotion et d'éducation à la santé. Les thématiques de contenu et les façons de les aborder s'inscrivent dans une approche de promotion de la santé qui est peu, voire rarement mise de l'avant d'un point de vue populationnel afin d'aborder les ACA dysfonctionnels (Bell et al., 2017; Mond, 2016). Bien que ces thématiques et ces façons de les aborder soient basées sur des données empiriques issues de recherches en prévention (Alleva et al., 2015; Piran, 2019; Sundgot-Borgen et al., 2020; Voica et al., 2021), leur adaptation à une

intervention d'éducation à la santé destinée à un public mixte constitue une première à notre connaissance. Alors que plusieurs instances sanitaires recommandent: i) de miser sur la promotion de la santé et l'éducation à la santé et ii) de déployer des initiatives collaboratives mettant à contribution l'expertise de l'expérience vécue (Commission de la santé mentale du Canada., 2021; Organisation mondiale de la Santé., 2023; Patel et al., 2018), des données montrent qu'il y a place à plus d'efforts afin d'actualiser ces recommandations au sein du domaine des ACA (Papastavrou Brooks et al., 2023).

#### 5.3.1.2 La mise en commun des expertises et l'inclusion du savoir expérientiel

Le processus de coconstruction proposé, en particulier la mise à profit du savoir expérientiel, offre une contribution unique au domaine des ACA. À notre connaissance, aucune intervention de promotion de la santé ou d'éducation à la santé au sujet des ACA fonctionnels n'a été développée dans un processus de coconstruction et de complémentarité des savoirs impliquant des personnes détenant des savoirs expérientiels liés à des ACA dysfonctionnels. L'intégration de personnes au savoir expérientiel dans le développement d'initiatives de santé mentale est une pratique recommandée par de nombreux auteurs et instances sanitaires (Commission de la santé mentale du Canada., 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2017; Organisation mondiale de la Santé., 2023; Patel et al., 2018). Ces recommandations s'appuient sur le fait que le savoir expérientiel bénéficie aux initiatives développées; elles reflètent mieux les besoins et réalités des personnes et ont le potentiel d'être plus utilisées (Banner et al., 2019; Boivin et al., 2022; L'Espérance, 2023). Le projet a donc permis d'actualiser ces recommandations dans une initiative d'éducation à la santé au sujet des ACA.

#### 5.3.1.3 Des retombées cohérentes avec l'éducation à la santé pour le bien-être alimentaire

Lors de la mise en œuvre de la formation, certaines retombées rapportées permettent de contribuer aux connaissances du domaine des ACA en matière d'éducation à la santé. En effet, les contenus, les activités et ,es partages de savoirs (expérientiels, pratiques et théoriques) de la formation ont permis l'activation de facteurs de protection centrés sur la santé et le bien-être. Les retombées rapportées par les apprenants s'approchent des visées de l'éducation à la santé pour le bien-être alimentaire (Monthuy-Blanc, Corno, & Abou Chabake, 2023). Les apprenants

participants à la recherche: i) ont réfléchi à leurs propres ACA; ii) se sont ouverts à de nouvelles perspectives et ont acquis des connaissances en matière d'ACA fonctionnels (alimentation intuitive, appréciation de soi); iii) ont transformé certains ACA; et iv) se sentent outillés pour soutenir d'autres personnes à tendre vers des ACA fonctionnels. De telles données permettent d'avancer qu'une approche d'éducation à la santé au sujet ACA fonctionnels destinée à un public mixte a le potentiel d'être bénéfique à la fois pour l'adoption d'ACA fonctionnels et à la fois sur la santé et le bien-être des personnes. Plusieurs ont argumenté en faveur de telles interventions pour faire face aux enjeux d'ACA dysfonctionnels en croissance (Bell et al., 2017; Blackwell et al., 2021; Mond, 2016).

#### 5.3.1.3 La transdisciplinarité pour actualiser les recommandations en matière d'ACA

Les résultats de la démarche d'analyse logique contribuent aux connaissances dans le domaine des ACA en matière de collaboration. Des experts soulignent la valeur ajoutée de la mise en commun d'expertises professionnelles variées par la transdisciplinarité pour aborder efficacement les enjeux d'ACA (Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022). La démarche d'analyse logique déployée rejoint cette pratique innovante. La transdisciplinarité met en brillance la nécessité d'intégrer les savoirs expérientiels à la diversité d'expertises professionnelles présentes (Aguilera, 2021; Monthuy-Blanc, St-Pierre, et al., 2022). En adoptant une approche de transdisciplinarité dans la mise en commun des savoirs et des expertises, la démarche d'analyse logique offre une avancée vers de nombreuses recommandations appelant à une contribution multisectorielle pour le développement d'initiatives populationnelles afin de répondre aux enjeux d'ACA dysfonctionnels (Bell et al., 2017; Blackwell et al., 2021; Papastavrou Brooks et al., 2023; Wilksch, 2014). Par ailleurs, l'intégration de personnes au savoir expérientiel dans le développement d'initiative de santé mentale est une pratique recommandée par de nombreuses instances sanitaires (Commission de la santé mentale du Canada., 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2017; Organisation mondiale de la Santé., 2023; Patel et al., 2018). Le projet a donc permis d'actualiser ces recommandations dans une initiative d'éducation à la santé au sujet des ACA, ce qui à notre connaissance constitue une première.

### **5.3.2 Contribution au champ de connaissances en matière de *Recovery College***

Au niveau du champ de connaissances en matière de *Recovery College*, quatre contributions principales sont dégagées. La première contribution permet d'illustrer des façons de faire concrètes pour formaliser le processus de coconstruction de formations. La deuxième contribution discute de la façon dont une démarche d'évaluation et d'amélioration continue telle que celle déployée dans la thèse peut inspirer les pratiques évaluatives au sein des RC. La troisième contribution permet d'ouvrir la réflexion au sujet du développement de formations RC sur des thématiques de santé complexes et multifactorielles. La quatrième contribution aborde le développement d'outil de validation de la qualité des formations. Chacune de ces contributions est approfondie ci-après.

#### 5.3.2.1 Formaliser des façons de faire dans le déploiement d'un processus de coconstruction

Le processus de coconstruction et les différentes façons de faire déployés dans la thèse apportent une contribution aux connaissances sur le modèle RC. En effet, les processus et façon de faire offrent une réponse à certains auteurs du domaine qui soulignent qu'il est parfois difficile de savoir comment mettre en commun les différents savoirs et expertises de même que par où commencer la coconstruction (Crowther et al., 2019; Zabel et al., 2016). En 2018, Cameron et ses collaborateurs soulignaient que plus de connaissances sont nécessaires pour mieux comprendre comment développer et mettre en œuvre les formations RC. Les processus et façons de faire de la phase préalable contribuent à formaliser le « comment faire » la coconstruction dans ses aspects plus concrets. Il s'agit de: i) reconnaître et la valoriser les besoins et attentes des personnes au savoir expérientiel; ii) définir clairement les rôles et responsabilités de chacun et les valider de façon continue; et iii) offrir des opportunités de travail collectif accompagné et des périodes de travail autonome entre les personnes au savoir expérientiel uniquement et ce, en s'adaptant aux besoins de tous. Des auteurs ont souligné l'importance de se pencher sur des aspects plus concrets du déploiement de la coconstruction dans les RC (Bester et al., 2021; Dalgarno & Oates, 2018). Les résultats de phase préalable offrent une amorce de réponse en ce



sens et peuvent s'avérer pertinents pour d'autres RC et même, pour d'autres initiatives de santé, hors RC, qui souhaitent miser sur la coconstruction et la complémentarité des savoirs.

#### 5.3.2.2 Enrichir les pratiques évaluatives et l'amélioration continue au sein des RC

Dans le cadre de la phase 1, la démarche de co-validation de la formation offre une contribution au domaine du modèle RC, en ce qui concerne les pratiques évaluatives. Rassembler des personnes avec des expertises et expériences complémentaires pour se pencher sur la qualité et la conformité d'une formation RC s'est avéré une première. De récentes études soulignent l'importance de mettre ensemble des personnes des milieux académiques, cliniques et citoyens, non seulement pour le développement, mais également pour l'évaluation des RC (Bester et al., 2021; Lin, Harris, Gruszecki, et al., 2022). Toutefois, dans une récente étude de la portée au sujet de l'évaluation des RC, peu de publications explicitent comment la collaboration et la coconstruction sont déployées au sein des pratiques évaluatives des RC (Lin, Harris, Black, et al., 2022). La démarche de covalidation déployée dans la phase 1 offre une contribution permettant de formaliser, une forme de pratique évaluative potentiellement pertinente pour le domaine des RC. Bien qu'elle concerne une seule formation, la démarche évaluative de covalidation de la phase 1 s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue. En effet, les résultats d'une récente étude démontrent que les RC qui adoptent des approches évaluatives participatives, centrées sur la complémentarité des savoirs et expertises adoptent des pratiques d'amélioration continue (Soklaridis et al., 2023). Ces façons de faire bénéficient à la fois à l'organisation même (le RC) et aux personnes qui y sont impliquées (Dalgarno & Oates, 2018; Soklaridis et al., 2023). Tout comme le rapportent Soklaridis et ses collaborateurs (2023), les personnes qui ont participé à la covalidation de la formation rapportent avoir appris des choses et s'être senties validées et reconnues dans leur expertise. Elles expriment avoir ressenti que leur contribution à la formation est essentielle et importante. Ce type de retombées des pratiques évaluatives mérite d'être mis de l'avant afin d'argumenter en faveur de ces dernières.

### 5.3.2.3 Contribuer aux réflexions à propos du développement de formations RC abordant des problématiques de santé complexes

À travers le sujet complexe que sont les ACA, la thèse contribue à enrichir les connaissances du domaine des RC au sujet du développement de formations à thématiques de santé complexes et multifactorielles. Alors que les formations des premiers RC abordaient des sujets comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, le rétablissement et la participation sociale, l'offre de formation des RC tend à s'élargir pour englober différents enjeux de santé et différentes populations. Récemment, des formations RC au sujet de la démence ont vu le jour afin d'outiller les personnes vivant avec la démence, leurs proches aidants et les intervenants impliqués auprès d'eux (Lowen et al., 2019). La coconstruction de telles formations a nécessité des façons de faire et des processus adaptés aux capacités et besoins des personnes vivant avec la démence tout en demeurant en cohérence avec les principes RC (West et al., 2022). Les façons de faire et les thématiques abordées dans ces formations ont eu des retombées favorables pour les personnes qui y ont pris part (Wolverson et al., 2023). Des réflexions similaires se dégagent aussi en lien avec le développement de formations RC abordant les difficultés émotionnelles complexes liées au trouble de la personnalité limite (Lane, 2022). Là encore, les processus de coconstruction et d'intégration du savoir expérientiel ont été déployés et adaptés pour servir le développement de la formation tout en préservant la fidélité aux principes RC (King et al., 2021). Le développement et la mise en œuvre de la formation au sujet des ACA fonctionnels viennent ajouter des connaissances à cet aspect de développement de formations sur des sujets complexes. À travers le développement de la formation sur les ACA fonctionnels, la démarche de coconstruction a eu lieu et s'est vue adaptée aux besoins de toutes les parties prenantes. Des données probantes bien recensées ont permis que le développement de la formation soit en cohérence avec les bonnes pratiques, soit évitant le contenu alarmiste et fascinant sur les conséquences graves des enjeux d'ACA dysfonctionnels (Monthuy-Blanc et al., 2021; Noordenbos, 2016). La thèse contribue donc à illustrer que le développement de formations RC au sujet de problématiques complexes et multifactorielles est possible, mais nécessite d'adapter les différentes façons de procéder à la coconstruction afin de demeurer compatible avec les principes RC.

### 5.3.2.4 Une amorce dans le développement d'outils de validation de la qualité des formations

La phase d'analyse d'implantation a nécessité le développement d'outil méthodologique tel que la grille d'observation. Cette grille d'observation a comme avantage de permettre de documenter des données sur la mise en œuvre de la formation qui sont plus difficiles à colliger à l'aide d'entrevues (Cottraux, 2009). C'est le cas de la conformité aux principes RC. Bien que certaines questions d'entrevues avec les formatrices et avec les apprenants portaient sur la conformité aux principes RC, l'observation était plus pertinente pour cerner comment les principes RC se sont déployés dans la formation (Guikas et al., 2016). Aussi, la grille d'observation s'est avérée nécessaire afin de mettre une distance entre la doctorante et son objet d'étude (Chevalier, 2018; Guikas et al., 2016). Le développement de cette grille a mis de l'avant des caractéristiques d'autoanalyse qui soutiennent la réflexivité (Chevalier, 2018). Cette pratique de réflexivité et d'autoanalyse peut s'avérer pertinente le cadre de processus d'amélioration continue. La grille d'observation a suscité l'intérêt de l'équipe du CASR dans ses démarches d'amélioration continue. Il s'agit là d'une amorce de réflexion et de collaboration dans une perspective de développement d'outil de validation ou de fidélité pour les formations.

### **5.3.3 Généralisations à d'autres champs de connaissances**

Les résultats de ce projet de thèse contribuent à soulever des réflexions sur la contribution à d'autres champs de connaissances. Des contributions au champ de connaissances en matière de formation professionnelle continue et des contributions au champ de connaissances en matière de santé publique sont abordées.

Un apport central de la thèse concerne la mise à contribution des personnes détenant des savoirs expérientiels dans le développement d'initiatives de formation dans le domaine de la santé. Le domaine de la formation professionnelle continue pourrait bénéficier des contributions de la thèse en matière d'intégration du savoir expérientiel. Alors que nombreuses facultés et départements universitaires du domaine de la santé déploient certains de leur cours en partenariat avec des personnes au savoir expérientiel, peu d'initiatives de formation continue, postuniversitaire semblent adopter cette approche en dépit des avantages qu'elle offre. Une amorce de réflexion réside peut-être dans la difficulté à formaliser des façons de faire concrètes pour coconstruire et offrir ce type de formation professionnelle continue. La démarche suivie

dans cette thèse peut contribuer aux réflexions sur les façons de transposer ou d'adapter le processus suivi ici à un contexte de développement de formations professionnelles continues.

Un autre aspect mis en relief par les constats de la thèse est la place accordée à l'éducation à la santé dans la vision de globale de la santé populationnelle. Les constats qui se dégagent de la thèse peuvent contribuer aux réflexions du champ de connaissances en matière de santé publique. Face aux nombreuses recommandations des instances sanitaires (Organisation mondiale de la santé, Commission canadienne de la santé mentale, Institut de la santé publique du Québec), une question pertinente à soulever concerne la place accordée aux initiatives d'éducation à la santé dans la santé publique. Il semble que l'éducation à la santé reçoit moins d'attention des décideurs en comparaison aux interventions cliniques. Alors que la population semble ouverte et encline à bénéficier de telles initiatives, une réflexion est nécessaire sur les façons de promouvoir et de faire valoir la portée et l'utilité des interventions d'éducation à la santé au niveau décisionnel. Cette réflexion ouvre également à questionnement sérieux sur les différentes façons de rejoindre l'ensemble des publics cibles.

## **5.4 Critiques et limites de la thèse**

### **5.4.1 Critiques et limites de la phase préalable**

Le choix d'une revue de littérature non systématique pour le déroulement de phase préalable au détriment d'approches plus systématiques (revue rapide, revue de la portée, revue critique, etc.) présente certaines limites. Quelques arguments ont contribué au choix de cette approche. D'abord, l'objectif poursuivi était de répondre à des questions assez précises et circonscrites (quel type de contenu aborder, quel type de contenu éviter et de quelle façon aborder les contenus) afin de faire la promotion d'ACA fonctionnels. Certains travaux de l'équipe de recherche du Loricorps ont permis d'avancer une amorce de réponse à ces questions. Ensuite, peu de recherches centrées sur des initiatives de promotion de la santé ou d'éducation à la santé au sujet des ACA sont disponibles. Il était donc nécessaire de considérer des initiatives de prévention misant sur les facteurs de protection des TCA pour avoir une réponse. Ces initiatives sont également peu nombreuses. Finalement, le temps imparti avant les rencontres de coconstruction avec les formations constituait en enjeu de faisabilité au déploiement d'une approche

systématique. En dépit de ces explications, le choix d'une approche systématique aurait pu apporter profondeur et solidité au processus de la phase préalable. Par exemple, la conduite d'une revue systématique au sujet d'interventions en promotion de la santé et en éducation à la santé au sujet des ACA aurait permis de dresser un portrait précis de l'état des lieux quant à de telles initiatives.

#### 5.4.2 Critiques et limites de la phase 1

Le processus de l'analyse logique présente certaines limites. D'abord, le rationnel de l'analyse logique doit être bien compris. Cette démarche d'analyse permet d'identifier et décomposer les mécanismes conduisant à la production des effets. Différentes façons de faire peuvent permettre de décomposer les différents mécanismes. Parmi les façons de faire les plus souvent utilisés: l'utilisation de l'analyse documentaire et des discussions et la mobilisation des parties prenantes grâce à une approche de partenariat et de coconstruction. Toutefois, il demeure que l'analyse logique ne dispose pas d'un protocole systématique pour le déroulement et la mise en place de ces façons de faire, ce qui peut rendre son utilisation difficile (Devaux-Spartakis, 2023). Les conséquences peuvent se manifester par une difficulté à reproduire la démarche d'analyse logique dans un autre contexte, limitant par la même occasion les possibilités de généralisation des constats. Afin de contrer ces limites, des façons de faire précises ont été clairement explicitées dans le déroulement de la phase 1 de l'analyse logique, telles que les bases de données fouillées, les articles scientifiques consultés, et les critères précis de formation du groupe de travail. Toutefois, d'autres équipes auraient pu privilégier d'autres façons de faire tout aussi appropriées. Par ailleurs, l'implication des parties prenantes dans des processus de travail collectif, de consultation et de coconstruction a nécessité du temps et des ressources qui peuvent ne pas être à la portée de tous. D'un point de vue de faisabilité, il serait difficile pour le CASR de déployer un tel processus pour la covalidation de l'ensemble de ses formations. Une adaptation de la démarche déployée en phase 1 serait donc nécessaire.

#### 5.4.3 Critiques et limites de la phase 2

Le processus d'analyse d'implantation présente aussi quelques limites. Alors qu'une modélisation théorique ajustée a été produite en phase 1, il aurait été pertinent de développer les guides

d'entrevue auprès des formatrices et apprenants en se basant sur cette modélisation. En réalité, les guides d'entrevues ont été élaborés parallèlement au développement de la modélisation théorique ajustée. Ils ont été prêts et soumis au comité d'éthique avant la finalisation de la modélisation théorique ajustée qui s'est poursuivie alors que des entrevues avaient déjà débuté. Des aspects de faisabilité expliquent cette démarche. Toutefois, élaborer les guides d'entrevues en parfaite cohérence avec la modélisation théorique aurait permis de mieux cibler les questions au sujet des retombées et de documenter avec plus de précisions les retombées engendrées par la formation. De plus, documenter les retombées avec plus de précision dans les entrevues ouvre à la possibilité de mieux cerner quelles variables pourraient faire l'objet d'une évaluation des effets une fois la maturité de l'intervention atteinte.

Par ailleurs, des limites sérieuses concernent la démarche d'analyse qualitative utilisée, soit la stratégie de questionnement analytique. Cette stratégie d'analyse qualitative est peu documentée. Outre Paillé et Muchielli (2016), les écrits sur cette méthode d'analyse et les exemples concrets offrant une illustration pragmatique de la stratégie sont rares ce qui la rend complexe à utiliser. Une limite de cette stratégie est le manque de contre validation. Le contre-codage permet un exercice de vérification qui contribue aux critères de validité interne de la démarche d'analyse de même qu'à la crédibilité des analyses. Puisqu'il s'agit de formuler des questions d'analyse auxquelles est soumis un corpus, l'exercice de validation de l'analyse est limité. Alors que l'analyse de contenu et l'analyse thématique emploient l'utilisation de codes appliqués par un codeur et un contre-codeur, un tel exercice de contre-codage est difficile à mettre en place dans le questionnement analytique. Afin de pallier cette limite, l'étape de l'examen de validation employée par le questionnement analytique a été utilisée à plusieurs reprises au cours de l'analyse. Plusieurs rencontres de validation du questionnement initial, des questionnements d'approfondissement et de validation des réponses sous forme de catégories ont eu cours avec la direction de recherche. Il demeure toutefois que cette validation s'approche peu du niveau de qualité qu'offre le contre-codage. Ces limites appellent à une interprétation prudente et nuancée des résultats.

## 5.5 Perspectives d'avenir

Dans le cadre de cette thèse, les perspectives d'avenir à considérer sont diverses. Après plus de deux ans de mise en œuvre, un bilan aux parties prenantes permettra de réfléchir aux prochaines étapes du projet. Une démarche auprès du CASR et du CÉRRIS permettra de faire le bilan des processus et des leçons apprises de la démarche du projet de thèse. Cette démarche constitue une amorce de réflexion sur le développement d'autres formations touchant des sujets complexes et multifactoriels. Ceci ouvre également à des possibilités de réflexions au sujet du développement et de la validation d'outils. Cette démarche permettra d'identifier les pistes à explorer dans une approche d'amélioration continue. Les apprentissages réalisés dans le travail collaboratif avec les formatrices ouvrent également sur des perspectives pour formaliser l'accompagnement à offrir aux formateurs de RC, et ce, indépendamment du ou des types de savoirs détenus. Une perspective à aborder pour la formation concerne le niveau de maturité de l'intervention et les suites de l'évaluation afin d'avancer potentiellement vers une évaluation des effets plus formelle. À cet effet, il pourrait s'avérer à-propos d'envisager explorer certains effets pour certains types d'apprenants spécifiques. Par exemple, il pourrait s'agir d'explorer comment les apprenants issus de milieux offrant des services communautaires ou des soins cliniques utilisent les acquis de la formation. Ce même processus réflexif auprès du Loricorps s'avère d'à-propos. Des réflexions et discussions sur l'engagement de personnes aux savoirs expérientiels liés aux ACA dysfonctionnels sont à aborder. Une évaluation des processus collaboratifs et de l'accompagnement offert à ces personnes dans le cadre de la formation pourrait inspirer la poursuite de ce type de démarche. Assurément, formaliser les effets de cette formation pour la population générale est une perspective à considérer. Les interventions au sujet des ACA dysfonctionnels sont généralement à visée préventive et peu d'interventions s'intéressent au grand public dans une approche d'éducation à la santé centré sur la promotion d'ACA fonctionnels. Considérer les contributions de cette intervention unique d'éducation aux ACA fonctionnels constitue une perspective à d'avenir à explorer avec sérieux.

## 5.6 Conclusion

Les préoccupations alimentaires et corporelles grandissantes chez la population générale peuvent déboucher sur l'adoption d'ACA potentiellement dysfonctionnels. Dans sa recherche d'aide pour faire face à ces enjeux, la population se tourne vers des initiatives et des ressources de proximité, dans la collectivité qui misent sur la promotion et l'éducation à la santé. De telles initiatives spécifiques aux ACA dysfonctionnels demeurent rares en dépit de l'intérêt que leur porte la population et les grandes instances sanitaires. Cette thèse a permis d'illustrer un processus de coconstruction, de covalidation et de mise en œuvre d'une intervention d'éducation à la santé au sujet des ACA fonctionnels qui a su mettre de l'avant le savoir expérientiel des personnes au sein processus évaluatifs. Cette intervention rencontre plusieurs recommandations d'experts internationaux du milieu de la santé publique et du milieu des TCA.

Cette thèse a permis d'illustrer des processus et des pratiques favorables aux démarches de coconstruction d'interventions qui font appel à la mise à contribution du savoir expérientiel des personnes qui ont fait face à l'enjeu de santé abordé. L'approche de complémentarité des savoirs déployée tout au long de la thèse s'est avérée bénéfique pour les personnes et pour l'intervention développée. L'utilisation de processus évaluatifs centrés sur une démarche collaborative a amené l'ensemble des parties prenantes à expérimenter des relations égalitaires valorisant les savoirs et expertises de tous. Ces éléments ont permis aux personnes impliquées de se sentir valorisées et de sentir qu'elles apportent une contribution importante au développement et à l'évaluation de l'intervention. Les personnes impliquées ont approfondi leurs connaissances en matière d'ACA fonctionnels, de processus évaluatifs et de démarches collaboratives. Leur implication les a amenées dans un processus transformatif.

Par ailleurs, les résultats de la thèse montrent que l'intervention a été mise en œuvre en conformité avec la modélisation théorique développée, de même qu'avec les principes RC centraux à l'intervention. Les retombées rapportées telles que: l'acquisition de connaissances en matière d'ACA, le changement de perspective au sujet des ACA, l'adoption de nouveaux ACA plus fonctionnels, le sentiment de compétence à soutenir les autres dans l'adoption d'ACA



fonctionnels et l'utilisation des acquis de la formation dans la pratique professionnelle laissent entrevoir un avenir prometteur pour l'intervention.

## Références bibliographiques

- Aguert, M., Capel, A., & Mortier, A. (2023). Définir ou détecter des pathologies? Utilisation et interprétation des scores seuils à la lumière du débat dimensions/catégories. *Pratiques Psychologiques*, 29(1), 1-22.
- Aguilera, J. M. (2021). The concept of alimentation and transdisciplinary research. *Journal of the science of food and agriculture*, 101(5), 1727-1731. <https://doi.org/10.1002/jsfa.10823>
- Aimé, A., Gagnon, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Bégin, C., Poirier, R., & Meilleur, D. (2021). Recension exploratoire des traitements utilisés pour les troubles des conduites alimentaires et des facteurs associés au changement *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 121-143. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1081258ar>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J. P., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 15, 81-89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>
- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10>
- Anfossi, A. (2017). The current state of recovery colleges in the UK. *Nottingham, UK, Implementing Recovery Through Organisational Change*.
- Anorexie et boulimie Québec aneb. (2021). *Rapport annuel 2020-2021*. <https://anebquebec.com/>
- Anorexie et boulimie Québec aneb. (2022). *Rapport annuel 2021-2022*. <https://anebquebec.com/>
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>
- Banner, D., Bains, M., Carroll, S., Kandola, D. K., Rolfe, D. E., Wong, C., & Graham, I. D. (2019). Patient and Public Engagement in Integrated Knowledge Translation Research: Are we there yet? *Research Involvement and Engagement*, 5(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0139-1>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 194-202.
- Bell, M. J., Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2017). Towards successful evidence-based universal eating disorders prevention: The importance of zooming out. *Eating Behaviors*, 25, 89-92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.012>
- Berkess, A. C. (2023). *Le partenariat avec les patients et les proches-aidant dans les projets et réseaux de recherche pour la santé. Fondements, expérimentation et facteurs clés de succès*.
- Bester, K. L., McGlade, A., & Darragh, E. (2021). Is co-production working well in recovery colleges? Emergent themes from a systematic narrative review [Review]. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 17(1), 48-60. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2021-0046>

- Blackwell, D., Becker, C., Bermudez, O., Berrett, M. E., Brooks, G. E., Bunnell, D. W., Cabrera, D., Costin, C., Hemendinger, N., Johnson, C., Klump, K. L., Levinson, C. A., Lutter, M., Maine, M., McAdams, C. J., McGilley, B. H., Murray, S. B., Myers, E., Ouellette, J. D., . . . Setliff, S. (2021). The legacy of hope summit: a consensus-based initiative and report on eating disorders in the U.S. and recommendations for the path forward. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00501-w>
- Boivin, A., Dumez, V., Castonguay, G., & Berkesse, A. (2022). The Ecology of Engagement: Fostering cooperative efforts in health with patients and communities. *Health Expectations*, 25(5), 2314-2327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13571>
- Bonanséa, M., Monthuy-Blanc, J., Aimé, A., Therme, P., & Maïano, C. (2016). Attitudes et comportements alimentaires inappropriés et caractéristiques psychosociales des sportifs : comparaison entre deux niveaux de pratique sportive *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 39-60. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1040103ar>
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature.*, 6-20.
- Boustani, M. M., Gellatly, R., Westman, J. G., & Chorpita, B. F. (2017). Advances in cognitive behavioral treatment design: Time for a glossary. *the Behavior Therapist*, 40(6), 199-208.
- Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., Bédard, M., Gomes, B., & Thériault, J. (2023). Le Recovery College : un modèle novateur d'éducation à la santé mentale où l'égalité et la mixité des savoirs sont au coeur des apprentissages. In T. Lecompte (Ed.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. (3e ed., pp. 499-525). Presses de l'Université du Québec.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69-78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001>
- Brown, T. A., & Keel, P. K. (2015). A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.008>
- Buchanan, N. T., Settles, I. H., & Woods, K. C. (2019). Black women's positive embodiment in the face of race x gender oppression. In *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. (pp. 191-200). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0019>
- Bullivant, B., Denham, A. R., Stephens, C., Olson, R. E., Mitchison, D., Gill, T., Maguire, S., Latner, J. D., Hay, P., Rodgers, B., Stevenson, R. J., Touyz, S., & Mond, J. M. (2019). Elucidating knowledge and beliefs about obesity and eating disorders among key stakeholders: paving the way for an integrated approach to health promotion. *BMC Public Health*, 19(1), 1681. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7971-y>
- Bush, P. L., Pluye, P., Loignon, C., Granikov, V., Wright, M. T., Pelletier, J.-F., Bartlett-Esquillant, G., Macaulay, A. C., Haggerty, J., & Parry, S. (2017). Organizational participatory research: a systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. *Implementation Science*, 12(1), 119.
- Camden, C., Shikako-Thomas, K., Nguyen, T., Graham, E., Thomas, A., Sprung, J., Morris, C., & Russell, D. J. (2015). Engaging stakeholders in rehabilitation research: a scoping review of strategies used in partnerships and evaluation of impacts. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1390-1400.

- Cameron, J., Hart, A., Brooker, S., Neale, P., & Reardon, M. (2018). Collaboration in the design and delivery of a mental health Recovery College course: experiences of students and tutors. *J Ment Health, 27*(4), 374-381. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466038>
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria: A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine, 73*(3), 270-279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Chadi, N., Spinoso-Di Piano, C., Osmanliu, E., Gravel, J., & Drouin, O. (2021). Mental Health-Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study. *Journal of Adolescent Health, 69*(5), 847-850. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.036>
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2011). Chapitre 6. L'analyse logique. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition* (pp. 117-126). Les presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). Chapitre 2. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition* (pp. 50—115). Les presses de l'Université de Montréal.
- Chaves, B. G., Briand, C., Lord, M.-L., Thériault, J., Lambert, F., Macario de Medeiros, M. (2021). Logic model for mental health intervention: the Recovery College model in Quebec, Canada. *Development Research, 11*(07), 48781-48784. <https://doi.org/https://doi.org/10.37118/ijdr.22423.07.2021>
- Chen, H.-t. (2003). Theory-driven approach for facilitation of planning health promotion or other programs. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 18*(2), 91.
- Chevalier, F., Stenger, S. (2018). Chapitre 5. L'observation. In F. o. Chevalier, L. M. Cloutier, & N. Mitev (Eds.), *Les méthodes de recherche du DBA*. Éditions EMS.
- Cloutier, J., Roy, M.-C., & Roy, A. (2021). COVID- 19 and Changes in Household Food Practices. *Journal of Family & Consumer Sciences, 113*(4), 23-35. <https://doi.org/10.14307/JFCS113.4.23>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient*. RUIS de l'Université de Montréal. [http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide\\_implantation1.1.pdf](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Vers une meilleure santé mentale et physique: prévenir et gérer les troubles mentaux et physique concomitants. Étude de la portée et examen réaliste rapide*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/11/MHCC-CPAC-Chronic-Disease-Report-FR-Final.pdf>
- Corno, G., Paquette, A., Monthuy-Blanc, J., Ouellet, M., & Bouchard, S. (2022). The relationship between Women's negative body image and disordered eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology, 13*.

- Cottraux, J. (2009). *TCC et neurosciences*. Elsevier Masson.
- Crowther, A., Taylor, A., Toney, R., Meddings, S., Whale, T., Jennings, H., Pollock, K., Bates, P., Henderson, C., Waring, J., & Slade, M. (2019). The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society [Article]. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 481-488. <https://doi.org/10.1017/S204579601800063X>
- Daigneault, P.-M., Jacob, S., & Tremblay, J. (2012). Measuring Stakeholder Participation in Evaluation: An Empirical Validation of the Participatory Evaluation Measurement Instrument (PEMI). *Evaluation Review*, 36(4), 243-271. <https://doi.org/10.1177/0193841x12458103>
- Dalgarno, M., & Oates, J. (2018). The meaning of co-production for clinicians: An exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College [Article]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 349-357. <https://doi.org/10.1111/jpm.12469>
- Dark, E., & Carter, S. (2020). Shifting identities: exploring occupational identity for those in recovery from an eating disorder. *Qualitative Research Journal*, 20(1), 127-139. <https://doi.org/10.1108/QRJ-07-2019-0054>
- DCCP., & Université de Montréal. (2016). *Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux*. Université de Montréal.
- de Laat, M., Boyer, S., Hudon, C., Goulet, É., & Loignon, C. (2014). Le croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté. Une condition nécessaire pour une société du savoir inclusive. *Globe*, 17(2), 69-91. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036238ar>
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 51. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0051>
- Devaux-Spartakis, A. (2023). L'évaluation basée sur la théorie. In A. Revillard (Ed.), *Méthodes et approches en évaluation des politiques publiques* (pp. 269-279). Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationpolpub/>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 4th ed.* (pp. 578-614). The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. C., Zafra. (2014). Eating disorders: a transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders : a step-by-step treatment manual* (Fifth edition. ed.). The Guilford Press.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S61-S66. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20443>
- Forbush, K. T., Chen, P.-Y., Hagan, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to

- delineate diagnostic dimensions and inform care. *The International journal of eating disorders*, 51(7), 710-721. <https://doi.org/10.1002/eat.22891>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192-207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gast, J., Nielson, A. C., Hunt, A., & Leiker, J. J. (2015). Intuitive Eating: Associations with Physical Activity Motivation and BMI. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e91-e99. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130305-QUAN-97>
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Green, B. A., Cororve, M. B., & Williams, T. L. (2000). Do anorexia and bulimia nervosa occur on a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 31(2), 195-219. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80012-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80012-X)
- Godrie, B. (2022). Savoir expérientiel. G. Petit., L. Blondiaux., I. Casillo., J.-M. Fourniau., G. Gourgues., S. Hayat., R. Lefebvre., S. Rui., S. Wojcik, et J. Zetlaoui-Léger (Éds.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart*.
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Cao, L., Moessner, M., Forbush, K. T., Accurso, E. C., & Le Grange, D. (2018). Network analysis of pediatric eating disorder symptoms in a treatment-seeking, transdiagnostic sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 251-264. <https://doi.org/10.1037/abn0000327>
- Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(4), 641-651. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>
- Gravel, K. (2021). *De la culture des diètes à l'alimentation intuitive : réflexions pour manger en paix et apprécier ses cuisses*. KO Éditions.
- Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., McQuaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, 29(7), 833-845. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162>
- Grindell, C., Coates, E., Croot, L., & O’Cathain, A. (2022). The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 877. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08079-y>
- Guikas, I., Morin, D., & Bigras, M. (2016). Développement d’une grille d’observation : considérations théoriques et méthodologiques. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 163-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1043131ar>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hayes, D., Henderson, C., Bakolis, I., Lawrence, V., Elliott, R. A., Ronaldson, A., Richards, G., Repper, J., Bates, P., Brewin, J., Meddings, S., Winship, G., Bishop, S., Emsley, R., Elton, D., McNaughton, R., Whitley, R., Smelson, D., Stepanian, K., . . . Slade, M. (2022). Recovery

- Colleges Characterisation and Testing in England (RECOLLECT): rationale and protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 627. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04253-y>
- Hayes, D., Hunter-Brown, H., Camacho, E., McPhilbin, M., Elliott, R. A., Ronaldson, A., Bakolis, I., Repper, J., Meddings, S., Stergiopoulos, V., Brophy, L., Miyamoto, Y., Castelein, S., Klevan, T. G., Elton, D., Grant-Rowles, J., Kotera, Y., Henderson, C., Slade, M., . . . Jebara, T. (2023). Organisational and student characteristics, fidelity, funding models, and unit costs of recovery colleges in 28 countries: a cross-sectional survey. *The Lancet Psychiatry*, 10(10), 768-779. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00229-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00229-8)
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 287-294. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00852-4>
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000360>
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 34(4), 383-396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé?* Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/mettre>
- Ionescu, S. (2019). *15 approches de la psychopathologie* (5e édition. ed.). Dunod.
- Irving, L. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Preventive medicine*, 34(3), 299-309.
- J. Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Jones, E. J., Egan, S. J., Howell, J. A., Hoiles, K. J., & Mazzucchelli, T. G. (2020). An examination of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders in adolescents. *Eating Behaviors*, 39. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101445>
- Jones, K. D. (2012). Dimensional and Cross-Cutting Assessment in the DSM-5. *Journal of Counseling & Development*, 90(4), 481-487. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2012.00059.x>
- Jordana Ovejero, O., Espinoza Guzmán, P., González González, M., Subiza Pérez, I., Becerra Castro, A., Raich Escursell, R. M., & Mora Giral, M. S. (2020). Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up. *Psicothema*.
- Joy, P., White, M., & Jones, S. (2022). Exploring the influence of gender dysphoria in eating disorders among gender diverse individuals. *Nutrition & Dietetics*, 79(3), 390-399. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1747-0080.12727>

- King, T., Dawson, J., SmilleyAnderson, F., & Taylor, R. (2021). "Something feels different." delivering skills from dialectical behaviour therapy in a recovery college [Article]. *Mental Health and Social Inclusion*, 25(4), 378-384. <https://doi.org/10.1108/MHSI-06-2021-0030>
- King, T., & Meddings, S. (2019). Survey identifying commonality across international Recovery Colleges. *Mental Health and Social Inclusion*, 23(3), 121-128. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2019-0008>
- Koszewski, W., Chopak-Foss, J., & Buxton, B. P. (1997). Risk factors for disordered eating in athletes. *Athletic therapy today*, 2(2), 7.
- Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Micali, N., Anderluh, M., Fernandez-Aranda, F., Tchanturia, K., Karwautz, A., Wagner, G., Collier, D., & Treasure, J. (2013). The correlates of diagnostic instability in eating disorders: the role of psychopathology, environmental risk factors, personality and genes. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 043. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-S1-O43>
- L'Alliance canadienne des troubles de l'alimentation. (2019). *La stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation: 2019-2029*. [https://nedic.ca/media/uploaded/Canadian\\_Eating\\_Disorders\\_Strategy\\_2019-2029\\_-\\_dps\\_-\\_FRE.pdf](https://nedic.ca/media/uploaded/Canadian_Eating_Disorders_Strategy_2019-2029_-_dps_-_FRE.pdf)
- L'Espérance, A., Bogdanova, E., Canfield, C., Levasseur, MA., Del Gande, C., Abelson, J., Dogba, MJ., Fancott, C., Loignon, C., Majnemar, A., Pomey, MP., Rasiah, J., Slasgerg, J., Santan, M., Tremblay, MC., Urquahrt, R., Boivin, A.,. (2023). *Apprendre ensemble: un cadre d'évaluation de l'engagement des patients et du public*. CEPP.
- Lane, C. (2022). Recovery college intervention for people living with BPD [Article]. *Mental Health and Social Inclusion*. <https://doi.org/10.1108/MHSI-07-2022-0044>
- Larivière, N., Gauthier-Boudreau, C., Briand, C., & Corbière, M. (2020). Les approches de recherche participatives: Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec. In M. Corbière, Larivière, N., (Ed.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Presse de l'Université du Québec (pp. 803-833).
- Lee, S., & Katzman, M. A. (2002). Cross-cultural perspectives on eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 260-264.
- Leme, A. C. B., Thompson, D., Lenz Dunker, K. L., Nicklas, T., Tucunduva Philippi, S., Lopez, T., Vézina-Im, L. A., & Baranowski, T. (2018). Obesity and eating disorders in integrative prevention programmes for adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(4), e020381. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020381>
- Levine, M. P. (2022). Prevention of eating disorders: 2021 in review. *Eating disorders*, 30(2), 121-143. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2030882>
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating disorders*, 24(1), 39-46. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826>
- Lewis, H. K., & Foye, U. (2022). From prevention to peer support: a systematic review exploring the involvement of lived-experience in eating disorder interventions. *Mental Health Review Journal*, 27(1), 1-17. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2021-0033>
- Lin, E., Harris, H., Black, G., Bellissimo, G., Di Giandomenico, A., Rodak, T., Costa-Dookhan, K. A., Shier, R., Rovet, J., Gruszecki, S., & Soklaridis, S. (2022). Evaluating recovery colleges: a co-



- created scoping review [Review]. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2140788>
- Lin, E., Harris, H., Gruszecki, S., Costa-Dookhan, K. A., Rodak, T., Sockalingam, S., & Soklaridis, S. (2022). Developing an evaluation framework for assessing the impact of recovery colleges: Protocol for a participatory stakeholder engagement process and cocreated scoping review [Review]. *BMJ Open*, 12(3), Article e055289. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055289>
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303-1311. <https://doi.org/10.1002/eat.22986>
- Loignon, C., Dupéré, S., Godrie, B., & Leblanc, C. (2018). «Dés-élitiser» la recherche pour favoriser l'équité en santé. Les recherches participatives avec des publics en situation de pauvreté en santé publique. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 20(2).
- Lowe, M. R., Gleaves, D. H., DiSimone-Weiss, R. T., Furgueson, C., Gayda, C. A., Kolsky, P. A., Neal-Walden, T., Nelsen, L. A., & McKinney, S. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 508-517. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.4.508>
- Lowen, C., Birt, L., & West, J. (2019). Recovery colleges and dementia courses – a scoping survey [Article]. *Mental Health and Social Inclusion*, 23(4), 166-172. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2019-0024>
- Luo, X., Donnellan, M. B., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2016). The dimensional nature of eating pathology: Evidence from a direct comparison of categorical, dimensional, and hybrid models. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 715-726. <https://doi.org/10.1037/abn0000174>
- Madalı, B., Alkan, Ş. B., Örs, E. D., Ayrancı, M., Taşkın, H., & Kara, H. H. (2021). Emotional eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 46, 264-270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.09.745>
- Maharaj, A., Tam, E., Hundal, A., . (2023). *Let's talk about culturally-sensitive eating disorder care: supporting the healing of black, indogenous and racialized clients*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/<https://nedic.ca/media/uploaded/NEDIC - Lets Talk About Culturally-Sensitive ED Care.pdf>
- Maison l'Éclaircie. Aide et référence; anorexie et boulimie. (2021). *Rapport d'activités 2020-2021*. [www.maisoneclaircie.qc.ca](http://www.maisoneclaircie.qc.ca)
- Maison l'Éclaircie. Aide et référence; anorexie et boulimie. (2022). *Rapport d'activités 2021-2022*. [www.maisoneclaircie.qc.ca](http://www.maisoneclaircie.qc.ca)
- Marquis, M., Talbot, A., Sabourin, A., & Riopel, C. (2019). Exploring the environmental, personal and behavioural factors as determinants for university students' food behaviour. *International Journal of Consumer Studies*, 43(1), 113-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijcs.12490>
- Masterson, D., Areskoug Josefsson, K., Robert, G., Nylander, E., & Kjellström, S. (2022). Mapping definitions of co-production and co-design in health and social care: A systematic scoping

- review providing lessons for the future. *Health Expectations*, 25(3), 902-913. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13470>
- Meddings, S., Byrne, D., Barnicoat, S., Campbell, E., & Locks, L. (2014). Co-delivered and co-produced: Creating a recovery college in partnership. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 9(1), 16-25. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2013-0011>
- Meddings, S., McGregor, J., Roeg, W., & Shepherd, G. (2015). Recovery colleges: Quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion*, 19(4), 212-221. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2015-0035>
- Meddings, S., Walsh, L., Patmore, L., McKenzie, K. L. E., & Holmes, S. (2019). To what extent does Sussex Recovery College reflect its community? An equalities and diversity audit [Article]. *Mental Health and Social Inclusion*, 23(3), 136-144. <https://doi.org/10.1108/MHSI-04-2019-0011>
- Miniati, M., Marzetti, F., Palagini, L., Marazziti, D., Orrù, G., Conversano, C., & Gemignani, A. (2021). Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review [Systematic Review]. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663376>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *La perception du poids chez les adultes québécois*.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. Gouvernement du Québec.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B., & Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981-990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- Mond, J. M. (2016). Optimizing prevention programs and maximizing public health impact are not the same thing. *Eating disorders*, 24(1), 20-28. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113824>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Barone, E., Carfagno, M., & Monteleone, P. (2021). COVID-19 Pandemic and Eating Disorders: What Can We Learn About Psychopathology and Treatment? A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 23(12), 83. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01294-0>
- Monthuy-Blanc, J., Bonansea, Maud., Julien, Annie., . (2018). Prévention primaire des TCA. In E. JFD (Ed.), *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 116-122). Editions JFD.
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G., & Abou Chabake, S. (2023). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviours: A review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 14, 1078.
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G., Bouchard, S., St-Pierre, M.-J., Bourbeau, F., Mostefa-Kara, L., Therrien, É., & Rousseau, M. (2022). Body perceptions, occupations, eating attitudes, and behaviors emerged during the pandemic: An exploratory cluster analysis of eaters profiles. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Monthuy-Blanc, J., Faghihi, U., Fardshad, M. N. G., Corno, G., Iceta, S., St-Pierre, M.-J., & Bouchard, S. (2023). When Eating Intuitively Is Not Always a Positive Response: Using

- Machine Learning to Better Unravel Eaters Profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 12(16), 5172. <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/16/5172>
- Monthuy-Blanc, J., Lemieux, V., Thériault, J., & Rousseau, M. (2021). Exploratory Study: A Blind Integrated School-Based Prevention Program on Eating Disorders and Obesity. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(4), 61-84.
- Monthuy-Blanc, J., St-Pierre, M.-J., Ménard, J., & St-Pierre, L. (2022). La transdisciplinarité en santé, la puissance plutôt que l'absence des disciplines: L'exemple des Troubles des Conduites Alimentaires vers les Attitudes et les Comportements Alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(4), 350-359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.02.001>
- Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 414-415.
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical psychology review*, 57, 1-11.
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Curr Opin Pediatr*, 32(4), 476-481. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000911>
- Noetel, M., Dawson, L., Hay, P., & Touyz, S. (2017). The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa: A Delphi study to synthesize clinical knowledge. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 378-388. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22657>
- Noordenbos, G. (2016). How to block the ways to eating disorders. *Eating disorders*, 24(1), 47-53. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113827>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Plus sain, plus juste, plus sûr: l'itinéraire de la santé dans le monde, 2007–2017.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale: transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *De l'intention à l'action : le pouvoir des individus. Perspectives de personnes avec une expérience vécue de maladie non transmissible, de trouble de la santé mentale et de maladie neurologique* (CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.
- Ouellet, M., & Monthuy-Blanc, J. (2022). Quand bouger n'est plus synonyme de santé: une recension des traitements de l'exercice physique pathologique en troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*,
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse par questionnement analytique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd* (pp. 141-155). Armand Colin.
- Papastavrou Brooks, C., Kafle, E., Butt, N., Chawner, D., Day, A., Elsby-Pearson, C., Elson, E., Hammond, J., Herbert, P., Jenkins, C. L., Johnson, Z., Keith-Roach, S. H., Papisileka, E., Reeves, S., Stewart, N., Gilbert, N., & Startup, H. (2023). Co-producing principles to guide health research: an illustrative case study from an eating disorder research clinic. *Research Involvement and Engagement*, 9(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s40900-023-00460-3>

- Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., & Eaton, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4th ed) Thousand Oaks
- Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford press.
- Patton, M. Q. (2015). The Sociological Roots of Utilization-Focused Evaluation. *The American Sociologist*, 46(4), 457-462. <https://doi.org/10.1007/s12108-015-9275-8>
- Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma and the "Quarantine-15". *Obesity*, 28(7), 1180-1181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/oby.22850>
- Perkins, R., Meddings, S., Williams, S., & Repper, J. (2018). Recovery colleges 10 years on. *ImROC: Nottingham, UK*.
- Perkins, R., & Repper, J. (2017). When is a "recovery college" not a "recovery college"? [Review]. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(2), 65-72. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2017-0005>
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). Recovery colleges. *Implementing recovery through organisational change*. London: Centre for Mental Health.
- Pikoos, T. D., Buzwell, S., Sharp, G., & Rossell, S. L. (2021). The Zoom Effect: Exploring the Impact of Video Calling on Appearance Dissatisfaction and Interest in Aesthetic Treatment During the COVID-19 Pandemic. *Aesthetic Surgery Journal*, 41(12), NP2066-NP2075. <https://doi.org/10.1093/asj/sjab257>
- Pineo, H., Turnbull, E. R., Davies, M., Rowson, M., Hayward, A. C., Hart, G., Johnson, A. M., & Aldridge, R. W. (2021). A new transdisciplinary research model to investigate and improve the health of the public. *Health Promotion International*, 36(2), 481-492. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa125>
- Pino, O. (2022). Is Zoom Dysmorphia a new disorder? *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92(6).
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, 14, 146-157. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>
- Piran, N. (2019). The developmental theory of embodiment. Protective social factors that enhance positive embodiment. In T.L. Tylka & N. Piran. (Ed.), *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions* (pp. 105-117). Oxford University Press.
- Pires, A. P. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. In *Classiques des sciences sociales; 2941* J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030022877>
- Porteous, N. L. (2012). Chapitre 5 La construction du modèle logique d'un programme. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (pp. 89-108). Presses de l'Université de Montréal.

- Porteous, N. L., Sheldrick, B. J., & Stewart, P. J. (2003). Introducing Program Teams to Logic Models: Facilitating the Learning Process. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 113-141. <https://doi.org/10.3138/cjpe.0017.007>
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*, 43(14), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Resch, E., & Tylka, T. L. (2019). Intuitive eating. In *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. (pp. 68-79). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0008>
- Rey, L., Brousselle, A., & Dedobbeleer, N. (2011). Logic analysis: Testing program theory to better evaluate complex interventions. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 61-89.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Chapitre 1 Introduction. In V. Ridde, & Dagenais, C. (Ed.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (pp. 13-32). Presses de l'Université de Montréal.
- Robertson, M., Duffy, F., Newman, E., Prieto Bravo, C., Ates, H. H., & Sharpe, H. (2021). Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. *Appetite*, 159, 105062. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105062>
- Roche, P., Shimmin, C., Hickeys, S., Khan, M., Sherzoi, O., Wicklund, E., Lavoie, J. G., Hardie, S., Wittmeier, K. D. M., & Sibley, K. M. (2020). Valuing All Voices: refining a trauma-informed, intersectional and critical reflexive framework for patient engagement in health research using a qualitative descriptive approach. *Research Involvement and Engagement*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00217-2>
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170.
- Santé Canada. (2020). *Guide alimentaire canadien : recommandations en matière d'alimentation saine*. gouvernement du Canada. <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/recommandations-en-matiere-dalimentation-saine/>
- Schmid, J. C., Rose, K. L., Hadler, N. L., Amaro, X., Frank, A., Wilkie, E., Chang, T., & Sonnevile, K. R. (2022). Content analysis of the impact of COVID-19 on weight and shape control behaviors and social media content of U.S. adolescents and young adults. *Eating Behaviors*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101635>
- Schneider, J., Pegram, G., Gibson, B., Talamonti, D., Tinoco, A., Craddock, N., Matheson, E., & Forshaw, M. (2023). A mixed-studies systematic review of the experiences of body image, disordered eating, and eating disorders during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 26-67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.23706>
- Short, R. (2023-01-20, 2023-01-20). *More people are waiting for eating disorder treatment in northeastern Ontario — and they're waiting longer*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/sudbury-wait-times-eating-disorder-treatment-northeastern-ontario-1.6719760>
- Sideli, L., Lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and

- meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 826-841. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2861>
- Soklaridis, S., Shier, R., Black, G., Bellissimo, G., Di Giandomenico, A., Gruszecki, S., Lin, E., Rovet, J., & Harris, H. (2023). "My words matter": perspectives on evaluation from people who access and work in recovery colleges [Article]. *Mental Health and Social Inclusion*. <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2023-0002>
- Spinuzzi, C. (2005). The Methodology of Participatory Design. *Technical Communication*, 52, 163-174.
- Starick, E., Montemarano, V., & Cassin, S. E. (2021). Coping during COVID-19: The Impact of Cognitive Appraisal on Problem Orientation, Coping Behaviors, Body Image, and Perceptions of Eating Behaviors and Physical Activity during the Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11305. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11305>
- Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 478-485. <https://doi.org/10.1002/eat.22105>
- Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 309-318. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical psychology review*, 70, 91-107.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 130(2), 206-227. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.206>
- Sullivan, P. F. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In G. Press (Ed.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (Vol. 2, pp. 226-232). C.G. Fairburn
- K.D. Brownell.
- Sundgot-Borgen, C., Stenling, A., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Sundgot-Borgen, J., Kolle, E., Torstveit, M. K., Svantorp-Tveiten, K. M. E., & Bratland-Sanda, S. (2020). The Norwegian healthy body image intervention promotes positive embodiment through improved self-esteem. *Body Image*, 35, 84-95. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.014>
- The American Psychiatric Association. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., Taylor, A., Henderson, C., Jennings, H., & Waring, J. (2018). Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services*, 69(12), 1222-1229.
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x>

- Tourmayre, L., Balbinotti, M. A. A., & Monthuy-Blanc, J. Some hope for a dimensional assessment? A critical review of psychometric validated (semi-)structured interview to assess eating disorders. *European Eating Disorders Review*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.3115>
- Tribole, E., & Resch, E. (2017). *The intuitive eating workbook : principles for nourishing a healthy relationship with food*. New Harbinger Publications, Inc.
- Tribole, E., & Resch, E. (2020). *Intuitive eating: A revolutionary anti-diet approach*. St. Martin's Essentials.
- Turgeon, M. È. K., Meilleur, D., & Blondin, S. (2015). Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(3), 175-182. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.01.001>
- Tylka, T. L., & Homan, K. J. (2015). Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*, 15, 90-97. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.003>
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (2003). Revisiting the latent structure of eating disorders: Taxometric analyses with nonbehavioral indicators. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 276-286. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.276>
- Vann, A., Strodl, E., & Anderson, E. (2014). The transdiagnostic nature of metacognitions in women with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(4), 306-320. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.890447>
- Vial, S., Boudhraâ, S., & Dumont, M. (2022). Human-Centered Design Approaches in Digital Mental Health Interventions: Exploratory Mapping Review. *JMIR Ment Health*, 9(6), e35591. <https://doi.org/10.2196/35591>
- Voica, S. A., Kling, J., Frisén, A., & Piran, N. (2021). Disordered eating through the lens of positive psychology: The role of embodiment, self-esteem and identity coherence. *Body Image*, 39, 103-113. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.006>
- West, J., Birt, L., Wilson, D., Mathie, E., & Poland, F. (2022). A Case Study of Co-production Within a Mental Health Recovery College Dementia Course: Perspectives of A Person With Dementia, Their Family Supporter and Mental Health Staff. *Front Rehabil Sci*, 3, 920496. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.920496>
- White, M., Jones, S., & Joy, P. (2023). Safe, Seen, and Supported: Navigating Eating Disorders Recovery in the 2SLGBTQ+ Communities. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 84(2), 84-92. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2022-033> %M 36413404
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 396-403. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22091>
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2015). Application of the Research Domain Criteria (RDoC) Framework to Eating Disorders: Emerging Concepts and Research. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), 30. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0572-2>
- Wilksch, S. M. (2014). Where Did Universal Eating Disorder Prevention Go? *Eating disorders*, 22(2), 184-192. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.864889>

- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., & Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.20074>
- Wolverson, E., Hague, L., West, J., Teague, B., Fox, C., Birt, L., Mills, R., Rhodes, T., Sams, K., & Moniz-Cook, E. (2023). Building an initial understanding of UK Recovery College dementia courses: a national survey of Recovery College and memory services staff. *Working with Older People*.
- World Health Organization. (2002). *Prevention and promotion in mental health*.
- World Health Organization. (2004a). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004b). *Promoting mental health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary report*.
- Zabel, E., Donegan, G., Lawrence, K., & French, P. (2016). Exploring the impact of the recovery academy: a qualitative study of Recovery College experiences [Article]. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 11(3), 162-171. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-12-2015-0052>



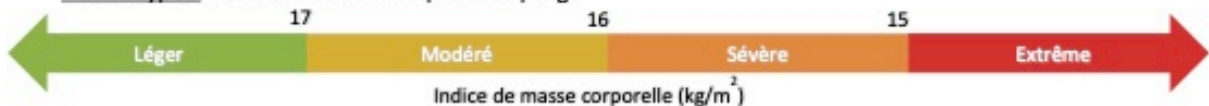


# Annexe I – Critères diagnostiques des principaux TCA (APA, 2013)

## Anorexie mentale

- A. Restriction alimentaire relative aux exigences menant à un poids très faible
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui interfère avec le gain de poids, alors que le poids est inférieur à la normal.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité de son faible poids corporel.

2 sous-types : restrictif et boulimique avec purge



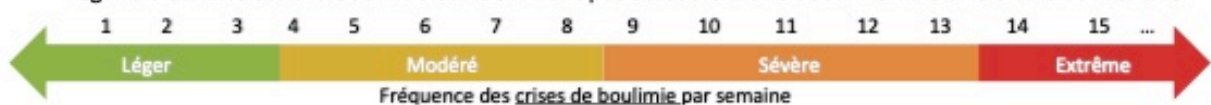
## Boulimie

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués; usage abusif de laxatifs; diurétiques; lavements ou autres médicaments; jeûnes activités physiques excessifs
- C. Les crises de boulimie et comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale



## Trouble d'accès hyperphagique

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie
- B. Durant les crises de boulimie, au moins 3 des critères suivants d'absence de contrôle sont présents :
  - 1) Prise alimentaire nettement plus rapide que la normale
  - 2) L'individu mange jusqu'à l'apparition de sensations de distension abdominale inconfortable
  - 3) Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation physique de faim
  - 4) Prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées
  - 5) Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir
- C. Les comportements boulimiques sont source d'une souffrance marquée
- D. Les comportements boulimiques surviennent en moyenne une fois par semaine sur une période de 3 mois
- E. Les comportements boulimiques n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés réguliers comme dans la boulimie et ne survient pas au cours d'une boulimie ou d'une anorexie mentale



## Annexe II - Outil d'évaluation de la participation

### Participatory Evaluation Measurement Instrument

**Table 1**  
**Coding Scheme for Extent of Involvement**

Number of Tasks Nonevaluative Stakeholders are Involved in	Level of Membership	
	Intuitive label	Numerical
0	No involvement	.00
1	Limited/weak involvement	.25
2	Moderate involvement	.50
3	Substantial/strong involvement	.75
4	Full involvement	1.00

**Table 3**  
**Coding Scheme for Diversity of Participants**

Number of Nonevaluative Stakeholder Types Involved	Level of Membership	
	Intuitive	Numerical
0	No diversity	.00
1	Limited/weak diversity	.25
2	Moderate diversity	.50
3	Substantial/strong diversity	.75
4	Full diversity	1.00

**Table 4**  
**Coding Scheme for Control of the Evaluation Process**

Level of Membership	
Intuitive	Numerical
Exclusive control by evaluator and/or nonparticipating evaluation sponsor	.00
Limited/weak control by participants	.25
Shared control between participants and evaluator and/or nonparticipating evaluation sponsor	.50
Substantial/strong control by participants	.75
Exclusive control by participants	1.00

Note: "Participants" refer to nonevaluative stakeholders participating in the evaluation. Evaluation sponsors are considered "participants" if they are directly involved in the actual production of the evaluation.

## Annexe III - Grille d'audit des ajustements proposés

**Rappel des procédures d'utilisation de la grille d'audit:** La grille sera remplie durant la ronde de consultation du groupe de travail où la doctorante consignera les éléments à ajuster et leurs justifications. Suite à la ronde de consultation, en période de travail individuel, la doctorante écoutera l'enregistrement audio de la discussion du groupe de travail afin de compléter la collecte de données.

Date de collecte:	Étape du projet:	Sources de données:	Moment de complétion:
	<input type="checkbox"/> E1	<input type="checkbox"/> Discussions en direct avec le groupe de travail <input type="checkbox"/> Enregistrement audio de la discussion avec le groupe de travail	<input type="checkbox"/> Durant la ronde de consultation <input type="checkbox"/> Post-ronde de consultation en période de travail ou réflexion individuelle

**Rappel de l'objectif de recherche [OS.1]** Modéliser et analyser la théorie d'intervention d'une formation de type *Recovery College* favorisant les ACA fonctionnels

Éléments à valider	Ajustements proposés: ajouts, retraits, précisions. Instructions spécifiques: Noter avec précision ce qui est retiré, ajouté, précisé	Justifications, appuis aux ajustements demandés
<b>Canevas de formation (sections du canevas)</b>		
Titre de la formation		
Sujet de la formation		
Thèmes couverts (3-4)		
Autres thèmes (optionnels)		
Objectifs d'attestation		
Description de la formation (100-150 mots)		
<b>THÈME 1</b>		
Intro du CASR		
Objectif du thème 1		
Activité(s) d'apprentissage		
Contenus théoriques à transmettre		
Phrase clé (l'essentiel à retenir pour les apprenants)		
Matériel requis		
<b>THÈME 2</b>		
Objectif du thème 2		
Activité(s) d'apprentissage		
Contenus théoriques à transmettre		

	Phrase clé (l'essentiel à retenir pour les apprenants)		
	Matériel requis		
	<b>THÈME 3</b>		
	Objectif du thème 3		
	Activité(s) d'apprentissage		
	Contenus théoriques à transmettre		
	Phrase clé (l'essentiel à retenir pour les apprenants)		
	Matériel requis		
	<b>THÈME 4</b>		
	Objectif du thème 3		
	Activité(s) d'apprentissage		
	Contenus théoriques à transmettre		
	Phrase clé (l'essentiel à retenir pour les apprenants)		
	Matériel requis		
<b>Modélisation théorique de l'intervention</b>			
Le rationnel de l' intervention	La problématique à laquelle l'intervention souhaite répondre (dans sa formulation)		
	L'ampleur de la problématique, son importance, sa portée.		
	Les conséquences de la problématique		
	Les facteurs contributifs, causaux de la problématique (pris en charge par l'intervention)		
	Autres éléments/aspects à considérer		
Modèle de changement	La formulation de l'intervention		
	Les causes abordées par l'intervention		
	Les retombées attendues:		
	Proximales		
	Intermédiaires		
Distales			

Modèle d' action	Les groupes-cibles de l'intervention		
	Les moyens pour motiver la participation		
	Les moyens et stratégies pour éliminer/limiter les barrières à la participation		
	Le contexte et les partenaires de la mise en œuvre de l'intervention		
	Appuis requis par le contexte et les partenaires pour favoriser la mise en œuvre.		

## Annexe IV – Journal de recherche d’analyse logique

**Rappel procédure de collecte de données:** À chaque moment de complétion du journal de recherche la responsable du projet tentera de répondre aux questions de recherche avec les informations recueillies.

Date de collecte:	Étape du projet:	Sources de données:	Moment de complétion:
	<input type="checkbox"/> E1	<input type="checkbox"/> Discussion en direct en ronde de consultation avec le groupe de travail <input type="checkbox"/> Enregistrement audio de la ronde de consultation avec le groupe de travail	<input type="checkbox"/> Post ronde de consultation <input type="checkbox"/> Période de travail ou réflexion individuelle

Objectif de recherche [OS.1] Modéliser et analyser la théorie d’intervention d’une formation de type <i>Recovery College</i> favorisant les attitudes et comportements alimentaires fonctionnels (analyse logique)	
Questions de recherche (A-B-C-D) et sous-questions (en point de forme):	
<b>A) Quelles sont les composantes principales de l’intervention ?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les composantes de l’intervention sont-elles claires, précises et bien ciblées, sinon comment les améliorer ?</li> <li>• Les thèmes identifiés dans les contenus théoriques sont-ils bien ciblés ? Quelles modifications doivent y être apportées ?</li> <li>• Pour quelles raisons les modifications doivent-elles être apportées ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le canevas de formation est-il bien développé (complet, clair et précis) ? Quelles améliorations doivent y être apportées ?</li> <li>• Pour quelles raisons les modifications doivent-elles être apportées ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les activités pédagogiques potentielles sont-elles bien ciblées, claires, précises et complètes ?</li> <li>• Quelles améliorations devraient être apportées aux activités pédagogiques ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs pédagogiques sont-ils adéquats, et bien formulés ?</li> <li>• Quelles modifications devraient être apportées ?</li> </ul>	
<b>B) Quelle est la validité théorique de l’intervention?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les retombées visées par l’intervention sont-elles bien ciblées et claires ? Sont-elles atteignables dans le temps ? Quelles sont les améliorations à y apporter ?</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la cohérence entre les retombées visées, les caractéristiques de l'intervention et la problématique? Comment peut-on l'améliorer ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la solidité de l'intervention ? Comment pourrait-on l'améliorer?</li> </ul>	
<b>C) Quelles sont les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'intervention ?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment promouvoir l'intervention ?</li> <li>• Au sein de quelles organisations partenaires la promouvoir ?</li> <li>• Comment promouvoir l'intervention afin de rejoindre la diversité de personnes ciblées?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment les apprenants pourront-ils s'inscrire à l'intervention ?</li> <li>• Quels sont les éléments à considérer pour l'inscription ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment les formateurs devront-ils être accompagnés dans la mise à l'essai de l'intervention ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les ressources matérielles nécessaires pour mettre à l'essai de l'intervention ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les ressources humaines nécessaires (formateurs certifiés, accompagnateur en soutien informatique, etc..) à la mise à l'essai de l'intervention ?</li> </ul>	
<b>D) Quels sont les facteurs facilitants et les défis anticipés pour la mise en œuvre de l'intervention ?</b>	
<b>Autres observations et/ou réflexions de la responsable</b>	



# Annexe V – Avis du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR pour la phase 1



Le 8 septembre 2021

Madame Joanie Thériault  
Étudiante  
Département d'anatomie

Madame,

Le comité d'éthique a reçu votre demande de certification pour le projet **Solution novatrice en matière d'attitudes et de comportements alimentaires: le modèle Recovery College** en date du 12 août 2021.

Lors de sa 279<sup>e</sup> réunion tenue le 27 août 2021, le Comité d'éthique a analysé votre projet et vous informe que tel qu'il nous a été présenté, le projet semble être une évaluation de programme. Les études consacrées à l'amélioration de la gestion et les activités d'évaluation de programmes, si elles servent à des fins d'évaluation, de gestion ou d'amélioration, ne relèvent pas de la compétence des Comités d'éthique de la recherche (au sens de l'[Énoncé politique des trois conseils - EPTC2 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains, article 2.5](#)).

Si toutefois le but est, en plus de l'évaluation de programme, de répondre à une ou des questions de recherche, des changements majeurs sont requis à votre demande de certification éthique :

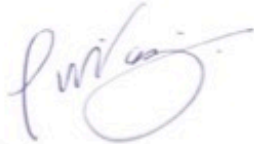
- Présenter clairement la ou les questions de recherche et revoir toute la demande de certification éthique en fonction de ces questions de recherche. Détailler quelles sont les retombées.

Votre dossier revu et corrigé devra alors être présenté à nouveau au comité. Un tableau indiquant ce qui a été ajouté ou modifié par rapport à la demande précédente pour

répondre aux demandes du comité devra être joint au dossier. Vous pouvez consulter le [calendrier des réunions du comité d'éthique en ligne](#).

Je vous rappelle que, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, vous ne pouvez entreprendre votre recherche sans l'approbation finale du comité d'éthique de la recherche.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.



JULIANA MIGUEL VAZ  
Conseillère en développement de la recherche  
Décanat de la recherche et de la création

JMV/nr

c. c. Mme Catherine Briand, professeure au Département d'ergothérapie

# Annexe VI – Guide d’entrevue individuelle pour apprenants

## Accueil et confidentialité

1. Salutations et remerciements
  - a. Vous avez pris connaissance et signé le formulaire d’information et de consentement. Demander si la personne a des questions avant de débiter l’entrevue.
  - b. Rappeler l’objectif du projet de recherche soit d’apprécier (en d’autres termes d’examiner) la conformité de la mise en œuvre selon deux volets: la conformité au modèle théorique initialement développée et la conformité aux principes du modèle RC.
2. Explications sur le déroulement de l’entrevue
  - a. L’entrevue durera 60minutes
  - b. La conversation sera enregistrée pour des fins d’analyse
    - i. Toutefois les informations demeureront confidentielles comme prévu par les normes éthiques: les données seront dénominalisées pour l’analyse.
    - ii. Les données seront conservées dans un ordinateur et protégées d’un mot de passe accessible uniquement par la responsable du projet et les personnes autorisées.
  - c. Il est possible d’arrêter l’entrevue en tout temps.

## Présentation et mise en contexte

Si vous êtes à l’aise avec ces procédures, nous allons débiter.

## Partie 1 – Conformité à la modélisation théorique

Vous avez participé à la formation « Attitudes et comportements alimentaires: les comprendre, les adopter, les encourager ». Nous allons donc discuter de votre expérience de cette formation afin de bien comprendre comment s’est déroulée cette formation pour vous et ce que vous en avez retiré. Ceci nous permettra de comprendre si la formation s’est déroulée comme prévu ou non et surtout de comprendre pourquoi.

### Thème 1 – Les retombées de l’intervention qui ont été atteintes (question de recherche a)

- Pouvez-vous me décrire les raisons qui font que vous vous êtes inscrit à cette formation spécifiquement ?
- Pouvez-vous m’expliquer quelles étaient vos attentes en vous inscrivant à cette formation ?

(reformulation/ relance: quels étaient vos objectifs en vous inscrivant à cette formation)

- Parlez-moi de ce que vous avez retiré de cette formation.

(reformulation/ relance: quels ont été les bienfaits pour vous d’avoir suivi cette formation)

- Est-ce que vos attentes ont été satisfaites ?

Thème 2 – L'influence du contexte sur la mise en œuvre de l'intervention (question de recherche b)

- Sans vous censurer, parlez-moi de votre expérience de formation. Comment ça s'est déroulé pour vous ?
- Qu'avez-vous pensé de cette formation ?

(reformulation/ relance: comment s'est passée la formation ? Comment avez-vous trouvé votre expérience ?)

Cette formation est différente d'autres types d'expérience d'apprentissage que vous avez peut-être déjà expérimenté. Je vais vous poser des questions sur certains aspects distinctifs de la formation *Recovery College* que vous avez suivie pour comprendre ce que vous en pensez.

- Sans vous censurer, comment avez-vous vécu le fait d'être plusieurs personnes d'horizons différents (étudiants, intervenants, membres de l'entourage, personnes en rétablissement) rassemblées pour apprendre au sujet des attitudes et comportements alimentaires fonctionnels ?
- Parlez-moi de votre expérience avec les deux formatrices, qui ont elles aussi des expertises variées, qu'avez-vous pensé de ce mode d'animation ?
- Qu'est-ce que vous avez particulièrement apprécié de ce type d'animation? Qu'est qui serait à améliorer ?
- Qu'avez-vous pensé du format de la formation se déroulant en ligne sur 3 séances de 2 heures ?

(reformulation/ relance: comment avez-vous vécu la formation dans son contexte, soit le fait d'être plusieurs personnes d'horizons différents, que la formation était donnée par deux formatrices aux expériences variées, le fait que la formation était donnée virtuellement)

- Expliquez-moi s'il y a des éléments qui sont venus faciliter ou au contraire rendre plus difficile le déroulement de la formation ? lesquels ?

Donnez-moi **des exemples concrets**.

(reformulation/ relance: est-ce qu'il y a des facteurs qui ont facilité ou compliqué le déroulement de la formation ? lesquels ?)

Partie 2 – Conformité aux principes *Recovery College*

Toujours en lien avec la formation « Attitudes et comportements alimentaires: les comprendre, les adopter, les encourager » que vous avez suivie, nous allons maintenant discuter de la manière dont cette formation s'inscrit dans le modèle *Recovery College*. Plusieurs principes composent le modèle *Recovery College* tel que le croisement des savoirs (expérientiel, pratiques et académiques) ; l'approche éducative ;

l'espace inclusif et égalitaire, entre autres. Je vais vous poser plusieurs questions à propos de ces principes ainsi que sur votre expérience en tant qu'apprenant d'une formation basée sur le modèle *Recovery College*.

Thème 1 – Les principes *Recovery College* auxquels la formation répond (question de recherche e) et la façon dont elle y répond (question de recherche f)

**\*\* Information pour l'interviewer: ne pas nommer les principes, ils sont nommés à titre indicatif\*\***

#### *Principe de Co-production et de savoirs intégrés*

- Plusieurs expertises et savoirs (expérientiels, pratiques, académiques) sont présents dans les formations *Recovery College*, quel est votre point de vue sur la place occupée par les différents types d'expertise et de savoirs dans la formation ? Est-ce que tous les types de savoirs étaient présents ? Pouvez-vous m'en donner **des exemples concrets**.

(reformulation/ relance: est-ce que les différents types de savoirs étaient présents ? donnez des exemples)

- Comment avez-vous expérimenté la production d'un savoir collectif ? Est-ce que toutes les expertises et savoirs ont été mis ensemble pour générer un savoir collectif ?

(reformulation/ relance: comment s'est passée la mise en commun des savoirs afin de créer un savoir collectif)

#### *Principe d'approche éducative*

- Qu'est-ce qui distingue la formation R d'autres types de formation ou d'autres types d'approches d'apprentissage ? Pouvez-vous m'en donner **des exemples vécus durant la formation**.
- Qu'est-ce que cette formation avait d'unique que vous n'avez jamais expérimenté dans un contexte d'apprentissage ?

#### *Principe d'espace inclusif, ouvert et égalitaire*

- Comment était la diversité du groupe d'étudiants et de formateurs ? Pouvez-vous m'en donner **des exemples concrets**

(reformulation/ relance: est-ce que le groupe était diversifié, comment ? donnez des exemples concrets)

- Quelle est votre point de vue sur la place donnée à chaque personne et chaque type de savoir dans cette formation ? Pouvez-vous m'en donner **des exemples concrets**

(reformulation/ relance: est-ce que la place accordée à chaque type de savoir et d'expérience était équitable ? comment cela s'est manifesté, donnez-moi des exemples)

- Comment décrieriez-vous les relations que vous avez entretenues avec les autres apprenants, avec les formateurs ?

(si la personne a de la difficulté à s'y retrouver en termes de relation avec les autres apprenants, lui rappeler qu'elle a participé à des activités en sous-groupes – petits groupes - lui demander comment ça s'est passé avec les autres apprenants...)

- Comment avez-vous expérimenté les possibilités d'ouverture, d'échange et de discussion? Pouvez-vous m'en donner **des exemples vécus durant la formation.**

#### *Principe de l'approche de rétablissement*

- Quel est votre point de vue sur la place laissée au partage d'expériences personnelles au sein de la formation ? **Pouvez-vous me donner des exemples de situations vécues durant la formation.**

(reformulation/ relance: comment s'est déroulé le partage d'expériences personnelles durant la formation)

- Comment la formation a-t-elle amené les personnes présentes à miser sur leurs forces, leurs capacités/compétences? **Pouvez-vous me donner des exemples concrets.**

#### *Principe du travail en dyade complémentaire*

- Comment avez-vous vécu l'animation de la formation par les deux formateurs ? J'aimerais que vous me parliez du leadership et la coopération. **Vous pouvez me donner des exemples concrets vécus** durant la formation.

Thème 2 – Les facteurs qui peuvent expliquer les écarts des principes RC et les solutions à envisager (question de recherche g)

- Nous venons de discuter du caractère distinctif ou unique de la formation *Recovery College* que vous venez dû suivre. Est-ce que des facteurs ont influencé l'expérience unique que vous avez vécue dans cette formation ? Si oui, les quels ?
- Qu'est-ce qui devrait être fait différemment dans cette formation et pourquoi ? Si des choses doivent être faites différemment, quels en seraient les bienfaits ?

(reformulation/ relance: qu'est-ce que vous changeriez à cette formation et pourquoi / s'il fallait modifier la formation, qu'est-ce que ces modifications apporteraient à la formation)

Clôture de l'entrevue

Si vous aviez 3 mots pour décrire votre expérience de cette formation, quels seraient-ils ?

Qu'est-ce que vous aimeriez ajouter à cette entrevue ?

C'est ce qui met fin à l'entrevue. Nous vous remercions grandement de votre participation et collaboration.

## Annexe VII – Journal de bord de mise en œuvre

**Rappel procédure de collecte de données:** À chaque moment de complétion du journal de recherche la responsable du projet tentera de répondre aux questions de recherche avec les informations recueillies.

Date de collecte:	Étape du projet:	Sources de données:	Moment de complétion:
	<input type="checkbox"/> E2	<input type="checkbox"/> Entretien avec les formateurs <input type="checkbox"/> Entretiens individuels avec les apprenants	<input type="checkbox"/> Période de travail ou réflexion individuelle <input type="checkbox"/> Post entretien avec les formateurs <input type="checkbox"/> Post entretien avec les apprenants

<b>OS.2 – volet 2.1</b>	
<b>Apprécier la conformité de la mise en œuvre de l'intervention modélisée en regard de la modélisation théorique développée en première étape et l'atteinte des retombées établies dans la logique d'action.</b>	
<b>Questions de recherche (A-B-C-D) et sous-questions (en point de forme):</b>	
<b>A) Quelles retombées de l'intervention ont été atteintes ?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'écart entre les retombées attendues et celles atteintes, à quoi peut-on attribuer cet écart?</li> </ul>	
<b>B) Comment le contexte influence-t-il la mise en œuvre de l'intervention ?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment les éléments organisationnels (structure, processus de recrutement et d'inscription, déroulement de l'intervention) influencent-ils l'implantation de l'intervention?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment les personnes concernées par la formation (formateurs, apprenants, groupe de travail) ont-elles influencé l'implantation de l'intervention ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment l'environnement physique et numérique a-t-il eu un effet sur l'implantation de l'intervention ?</li> </ul>	
<b>C) Quelles raisons peuvent expliquer les écarts de conformité à la modélisation théorique de l'intervention ?</b>	
<b>D) Comment l'intervention s'est-elle transformée ?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles composantes de l'intervention se sont transformées (le cas échéant) et pourquoi ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont les pistes de solution à envisager face à une transformation de l'intervention ?</li> </ul>	
<b>Autres observations et/ou réflexions de la responsable</b>	



# **Annexe VIII – Guide d’entrevue individuelle pour formatrices**

## **Accueil et confidentialité**

1. Salutations et remerciements : Vous avez pris connaissance du formulaire d’information et de consentement et l’avez signé, auriez-vous des questions avant que nous débutions ?

Rappeler l’objectif du projet de recherche soit d’apprécier la conformité de la mise en œuvre selon deux volets : la conformité au modèle théorique initialement développée et la conformité aux principes du modèle RC.

2. Explications sur le déroulement de l’entrevue

L’entrevue durera environ 60 à 75 minutes. La conversation sera enregistrée pour des fins d’analyse. Toutefois les informations demeureront confidentielles comme prévu par les normes éthiques : les données seront dénominalisées pour l’analyse. Les données seront conservées dans un ordinateur et protégées d’un mot de passe accessible uniquement par la responsable du projet et les personnes autorisées. Il est possible d’arrêter l’entrevue en tout temps.

## **Présentation et mise en contexte**

Si vous êtes à l’aise avec ces procédures, nous allons débuter.

### **Partie 1 – Conformité à la modélisation théorique**

Dans la première partie de ce projet, vous avez développé une formation Recovery College intitulée «Attitudes et comportements alimentaires : les comprendre, les adopter, les encourager» et vous avez également participé au processus de validation de cette formation, que l’on appelle une analyse logique. Votre formation ayant été validée au cours de l’analyse logique, vous avez procédé à sa mise en œuvre au sein du Centre d’apprentissage Santé et Rétablissement, c’est-à-dire que vous avez donné votre formation à un groupe d’une quinzaine d’apprenants selon un format de 3 sessions virtuelles d’une durée de deux heures échelonnées sur 3 semaines. Nous allons donc discuter de votre expérience de la mise en œuvre de votre formation, comment ça s’est passé, ce qui a bien été et moins bien été et les améliorations à apporter selon votre perspective.

## **Thème 1 – Les retombées de l'intervention qui ont été atteintes (question de recherche a)**

- Pouvez-vous me nommer quels étaient vos objectifs de formation ?

(reformulation/ relance : parlez-moi des objectifs de vos trois thèmes)

Rappel des objectifs, les nommer aux apprenants

1. Prendre conscience et découvrir différentes façons d'apprécier son corps au-delà de l'apparence physique
2. Comprendre les différents besoins auxquels l'alimentation répond et découvrir des contextes de repas favorables à la connexion à ces besoins.
3. S'ouvrir aux différentes significations de l'alimentation et donner un sens personnel à l'alimentation dans les occupations au quotidien.

- Avez-vous l'impression que les objectifs de votre formation ont été atteints et pourquoi ?

(reformulation/ relance : est-ce que vos objectifs ont tous été atteints ? si oui lesquels, sinon lesquels ?

Pourquoi est-ce que vos objectifs ont été atteints ou pas ?)

- Avec le recul et l'expérience d'avoir donné la formation une fois, que pensez-vous des objectifs que vous aviez établis pour votre formation ? Est-ce que vous modifieriez les objectifs que vous aviez établis ? Si non, pourquoi garderiez-vous les mêmes objectifs ?
- Si oui, qu'est-ce que vous modifieriez quant aux objectifs de votre formation ?
- Pourquoi feriez-vous ces modifications ?

(reformulation/ relance : pensez-vous qu'il faudrait modifier certains objectifs ? pourquoi ?)

- Selon vous, qu'est-ce que les apprenants ont retiré de votre formation? et pourquoi ?

(reformulation/ relance qu'est-ce que les apprenants ont tiré ou retenu de votre formation et pourquoi ?)

## **Thème 2 – L'influence du contexte sur la mise en œuvre de l'intervention (question de recherche b)**

- Parlez-moi de votre expérience d’avoir donné cette formation. Comment ça s’est déroulé pour vous ?

(reformulation/ relance : comment s’est passé votre formation ? Comment avez-vous trouvé votre expérience ?)

- Selon votre perspective qu’est-ce qui s’est bien déroulé ? Donnez-moi **des exemples concrets**.
- Qu’est-ce qui a été plus difficile ? Donnez-moi des exemples concrets.
- Pourquoi selon vous ?

(reformulation/ relance : qu’est-ce qui a bien été ? et moins bien été ? pourquoi ?)

- Expliquez-moi s’il y a des éléments qui ont facilité ou nuit au déroulement de votre formation ? lesquels ? **Donnez-moi des exemples concrets**.

(reformulation/ relance : est-ce qu’il y a des facteurs qui ont facilité ou compliqué le déroulement de votre formation ? lesquels ?)

### **Thème 3 – Les raisons qui peuvent expliquer les écarts avec le modèle théorique initial (question de recherche c)**

- Est-ce que votre formation a été mise en œuvre exactement comme ce qui a été prévu ?
- Qu’est-ce qui a été différent de ce que vous aviez prévu ? Pourquoi selon vous ?

(reformulation/ relance : Est-ce qu’il y a eu des écarts avec la formation développée et validée initialement ? pourquoi selon vous ?)

### **Thème 4 – Les transformations subies par la formation (question de recherche d)**

- Est-ce que votre formation s’est transformée en cours de route ? si oui pourquoi ?
- Pouvez-vous me donner des exemples précis de changement ?

(reformulation/ relance : est-ce qu’il y a eu des changements dans votre formation et si oui pourquoi ?)

- Dans le cas où votre formation se serait transformée, est-ce que cela est positif selon vous ?
- Est-ce que cela a été positif pour vous ? Pour les apprenants ? Les deux ?

- Et si votre formation s'est transformée positivement, pourquoi selon vous ?
- Et si les transformations n'ont pas été positives, pourquoi selon vous ?
- Quelles solutions devrait-on considérer pour pallier la transformation ou les changements subis par la formation ?

(reformulation/ relance : est-ce que les transformations ont été positives pour vous comme formateurs ou pour les apprenants ? ou au contraire ont-elles été défavorables ? pourquoi selon vous ?)

## **Partie 2 – Conformité aux principes Recovery College**

Toujours en lien avec la mise en œuvre de la formation que vous avez développée et qui a été validée à la première étape du projet, nous allons maintenant discuter de la manière dont votre formation s'est inscrite dans le modèle Recovery College. Vous êtes très familiers avec les principes et mécanismes d'action du modèle Recovery College et j'aimerais qu'on discute de la mise en œuvre de votre formation en regard de ces principes.

### **Thème 1 – Les principes RC auxquels la formation répond (question de recherche e)**

- Puisque vous êtes formateurs d'expérience, que vous avez développé et donné d'autres formations au sein du modèle RC, quels principes du modèle sont présents dans votre formation sur les ACAF ?

(reformulation/ relance : à quels principes croyez-vous que votre formation répond)

Les principes en rafale :

Co-production et de savoirs intégrés

Approche éducative

Espace inclusif, ouvert et égalitaire

Approche de rétablissement

Travail en dyade complémentaire

- Pouvez-vous me donner des exemples précis de la présence de ces principes ?

### **Thème 2 – La façon dont la formation rencontre les principes RC (question de recherche f)**

- Comment se sont manifestés les principes Recovery College dans votre formation ? Vous pouvez donner des exemples précis d'évènements ou de situations vécues dans la formation.
- Qu'est-ce qui a fait en sorte que votre formation rencontre les principes RC ?

(reformulation/ relance : De quelle manière est-ce que votre formation rencontrait les principes RC)

**Thème 3 – Les facteurs qui peuvent expliquer les écarts des principes RC et les solutions à envisager (question de recherche g)**

- Est-ce que des principes Recovery College étaient absents de la formation, ou moins présents ? Si oui lesquels ?
- Pourquoi selon vous ces principes étaient-ils absents ou moins présents ?

(reformulation/ relance : qu'est-ce qui a fait en sorte que les principes n'étaient pas présents ? Quels facteurs peuvent expliquer l'absence de certains principes, selon vous ?)

**Clôture de l'entrevue**

Nous approchons de la fin de notre entrevue, j'aimerais savoir quelles sont vos suggestions ou recommandations pour améliorer ou bonifier votre formation ?

Si vous aviez 3 mots pour décrire votre expérience d'avoir développé et mis en œuvre cette formation, quels seraient-ils ?

Qu'est-ce que vous aimeriez ajouter à cet entrevue ?

C'est ce qui met fin à l'entrevue. Nous vous remercions grandement de votre participation et collaboration.

## Annexe IX – Grille d’observation du processus

Ehyh 46h 6

Date de collecte:	Étape du projet:	Sources de données:	Moment de complétion:	
	<input type="checkbox"/> E2	<input type="checkbox"/> Observation en contexte de mise à l’essai	<input type="checkbox"/> En cours d’observation <input type="checkbox"/> Post-observation, visionnement de la séance)	
<b>Dimension 1 — ESPACE INCLUSIF ET OUVERT</b>				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l’intervention répond				
Indicateurs Question de recherche f) de quelle façon l’intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	Éléments observés	Validation		Notes explicatives et pistes de solution Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts aux principes et quelles solutions envisager
		Oui	Non	
INDICATEUR 1 — VARIÉTÉ DES APPRENANTS: Les apprenants ont des savoirs, expertises, expériences variées et diverses.				
INDICATEUR 2 — ESPACE DE PAROLE: De l’espace est donné pour que les apprenants s’expriment s’ils le désirent, tout en respectant leur rythme				

INDICATEUR 3 — COMMUNICATION INCLUSIVE: Les communications sont inclusives (langage clair, vulgarisé, place et respect au silence) de sorte que les propos sont compréhensibles de tous.				
INDICATEUR 4 — VALORISATION DES DIFFÉRENCES: Les différences de points de vue sont acceptées et valorisées				
INDICATEUR 5 — CLARTÉ ET HUMOUR DANS LA COMMUNICATION: Les formateurs ne laissent aucun malaise subsister ; ils nomment l'implicite et utilisent l'humour				
<b>Notes réflexives personnelles</b>				

<b>Dimension 2 — ESPACE ET APPROCHE D'APPRENTISSAGE ACTIF</b>				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l'intervention répond				
<b>Indicateurs</b> Question de recherche f) de quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	<b>Éléments observés</b>	<b>Validation</b>		<b>Notes explicatives et pistes de solution</b> Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts au principes et quelles solutions envisager
		Oui	Non	
INDICATEUR 1 - PARTICIPATION DES APPRENANTS: Les				

apprenants sont encouragés à participer aux discussions et activités d'apprentissage				
INDICATEUR 2 — ÉLÉMENTS THÉORIQUES BIEN CHOISIS ET INTÉGRÉS: Les éléments théoriques présentés sont ciblés et bien choisis ainsi qu'intégrés à des méthodes actives d'apprentissages.				
INDICATEUR 3 — MÉTHODES ACTIVES D'APPRENTISSAGE: Des méthodes actives d'apprentissage (activités qui mettent en action), des médiums variés (images, tableaux, vidéos) et/ou des métaphores sont utilisés pour soutenir l'apprentissage.				
INDICATEUR 4 — UTILISATION DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL: Les expériences vécues sont utilisées pour soutenir l'apprentissage (introduire des concepts ou messages clés, amener la réflexion, stimuler l'échange).				



<b>Notes réflexives personnelles</b>	
--------------------------------------	--

<b>Dimension 3 — ESPACE AUX INTERACTIONS ET RAPPORTS SOCIAUX ÉGALITAIRES</b>				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l'intervention répond				
<b>Indicateurs</b> Question de recherche f) de quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	<b>Éléments observés</b>	<b>Validation</b>		<b>Notes explicatives et pistes de solution</b> Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts au principes et quelles solutions envisager
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
INDICATEUR 1 — VALEURS HUMANISTES: Les interactions s'appuient sur des valeurs humanistes et sont empreintes de respect, de bienveillance et d'écoute, de confiance mutuelle				
INDICATEUR 2 — CONSIDÉRATION DES PROPOS DE TOUS: La façon dont les idées et propos sont reçus par les apprenants et les formateurs sont pris avec considération et valorisés				
INDICATEUR 3 — POSTURE ÉGALITAIRE DES ANIMATEURS: Une position d'animateur et/ou de facilitateur plutôt que d'expert est prise par les formateurs dans un souci d'égalité mutuelle.				

--	--	--	--	--

Dimension 4 — TRAVAIL EN DYADE COMPLÉMENTAIRE				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l'intervention répond				
Indicateurs Question de recherche f) de quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	Éléments observés	Validation		Notes explicatives et pistes de solution Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts au principes et quelles solutions envisager
		Oui	Non	
INDICATEUR 1 — PARTAGE DE L'ESPACE DE PAROLE: La parole entre les formateurs est partagée en fonction de leurs forces et ressources				
INDICATEUR 2 — PARTAGE DES RESPONSABILITÉS: Les tâches d'animation sont partagées en fonction des forces et ressources deux formateurs.				
INDICATEUR 3 — COMPLÉMENTARITÉ DES EXPERTISES: Les expertises de la dyade se complètent et s'alimentent mutuellement				

INDICATEUR 4 — COOPÉRATION ET CONFIANCE: La coopération et le lien de confiance sont évidents dans la dyade				
<b>Notes réflexives personnelles</b>				

<b>Dimension 5 — CO-PRODUCTION DE CONNAISSANCE ET INTÉGRATION DES SAVOIRS</b>				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l'intervention répond				
<b>Indicateurs</b> Question de recherche f) de quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	<b>Éléments observés</b>	<b>Validation</b>		<b>Notes explicatives et pistes de solution</b> Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts au principes et quelles solutions envisager
		Oui	Non	
INDICATEUR 1 —LIENS ENTRE SAVOIRS: Des liens sont faits entre les trois types de savoirs (théoriques, pratiques et expérientiels) tant par les apprenants que les formateurs				
INDICATEUR 2 — CRÉATION D'UN SAVOIR COLLECTIF: Un savoir collectif est créé par les apprenants et les formateurs,				

basé sur les trois types de savoirs (théoriques, pratiques et expérientiels)				
INDICATEUR 3 — HYBRIDATION ET COLLABORATION: La discussion et la contribution mutuelle des apprenants et des formateurs sont priorisées dans les activités				
<b>Notes réflexives personnelles</b>				


<b>Dimension 6 — INCARNE LES PRINCIPES DU RÉTABLISSEMENT</b>				
Question de recherche e) quels sont les principes <i>Recovery College</i> auxquels l'intervention répond				
<b>Indicateurs</b> Question de recherche f) de quelle façon l'intervention rencontre-t-elle les principes <i>Recovery College</i>	<b>Éléments observés</b>	<b>Validation</b>		<b>Notes explicatives et pistes de solution</b> Question de recherche g) quels facteurs peuvent expliquer les écarts au principes et quelles solutions envisager
		Oui	Non	
INDICATEUR 1 — SAVOIR EXPÉRIENTIEL: L'histoire et le vécu personnel et/ou professionnel sont au centre des apprentissages et verbalisé de façon constructive (courte, concise et cohérente)				

INDICATEUR 2 — MESSAGE D'ESPOIR: Les exemples partagés sont marquants, constructifs et suscitent l'espoir				
INDICATEUR 3 — PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT: La vision du rétablissement adoptée par les formateurs et apprenants va au-delà de la présence ou de l'absence de symptômes (loin du vocable médical et clinique)				
INDICATEUR 4 — CENTRÉ SUR LES FORCES ET LE POUVOIR D'AGIR: La vision du rétablissement adoptée par les formateurs et apprenants met l'emphase sur les forces, ressources et expertises des personnes (loin du vocable de déficits et limitations) ainsi que leur pouvoir d'agir et ce, peu importe leurs statuts et rôles sociaux.				
INDICATEUR 5 — LUTTE À LA STIGMATISATION à déterminer. Quelque chose de l'ordre de la normalisation... normalisation des difficultés, valorisation des stratégies pour aller mieux, les universaliser (peuvent aider tout				

le monde pas juste les personnes malades)...				
<b>Notes réflexives personnelles</b>				

# Annexe X - Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR pour la phase 2

3818

 **UQTR**  
Savoir.  
Surprendre.

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS**

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** La formation « Attitudes et comportements alimentaires - vers une posture favorable pour tous »: une étude d'implantation

**Chercheur(s) :** Joanie Thériault  
Département d'ergothérapie


**Organisme(s) :** FRQS


**N° DU CERTIFICAT :** CER-21-281-07.06

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 12 novembre 2021 au 12 novembre 2022

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

  
Me Richard LeBlanc  
**Président du comité**

  
Fanny Longpré  
**Secrétaire du comité**

*Décanat de la recherche et de la création*      **Date d'émission :** 12 novembre 2021