

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CLOTHILDE GAGNÉ-DOYON 

ÉTUDE QUASI-EXPÉRIMENTALE DE TYPE CAS UNIQUE PORTANT SUR LES EFFETS
D'UN ATELIER DE GROUPE BASÉ SUR L'AUTOCOMPASSION ET L'IMAGE
CORPORELLE AUPRÈS DE PERSONNES ÉTUDIANTES UNIVERSITAIRES

FÉVRIER 2025

Et je dis à mon corps, doucement
« Soyons amis ».
Il prit une profonde inspiration et me répondit :
« J'ai attendu ça toute ma vie ».

Nayyirah Waheed

Résumé

Les préoccupations concernant l'image corporelle ont augmenté depuis la pandémie de la Covid-19, et ce, particulièrement auprès des femmes et des communautés étudiantes. Ces préoccupations peuvent être associées à divers enjeux psychologiques tels qu'une faible estime de soi, des symptômes dépressifs et/ou anxieux et le développement d'un trouble des comportements alimentaires. Le développement de l'autocompassion, chez ces personnes, pourrait leur permettre de promouvoir une relation saine et affectueuse avec leur image corporelle. Cette étude vise à évaluer les effets d'un programme d'intervention en modalité de groupe basé sur l'autocompassion sur le développement d'une image corporelle positive chez des personnes étudiantes universitaires. Elle vise également à mesurer la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel programme auprès de cette communauté. Ce programme, qui est adapté pour l'image corporelle, vise à développer des compétences en autocompassion et pour ce faire, différentes activités expérientielles ont été proposées. La méthode à cas unique de type ABA' a été utilisée pour 15 temps de mesures : 4 en pré-intervention (A), 7 en intervention (B) et 4 en suivi (A'). La phase d'intervention est une adaptation sur 5 séances de 2h30 du programme d'autocompassion en pleine conscience de Germer et Neff (2020). De plus, un devis de recherche mixte incluant des analyses qualitatives, quantitatives de type Tau-U et visuelles a été utilisé. L'autocompassion a été mesurée à l'aide du *Self Compassion Scale Short-Form* (SCS S-F). L'image corporelle négative pour les participantes femmes a été mesurée à l'aide du *Body Shape Questionnaire-8B* (BSQ-8B) alors que l'image corporelle négative pour le participant homme a été mesurée à l'aide du *Body Image and Body Change Inventory*. Le *Body*

Appreciation Scale-2 (BAS-2) a été utilisé pour mesurer l'image corporelle positive de toutes les personnes participantes. Des mesures portant sur la fréquence hebdomadaire de méditation, les événements de vie et l'appréciation du programme ont aussi été prises. Il était attendu que ce programme permette l'augmentation des scores d'autocompassion (1), la diminution des scores d'image corporelle négative (2) et l'augmentation des scores d'image corporelle positive (3) des personnes participantes. Ces hypothèses ont pu être confirmées aux analyses visuelles, quantitatives et qualitatives pour la moyenne des personnes participantes. Sur le plan individuel, des effets significatifs liés à une amélioration de l'autocompassion et de l'image corporelle ont été trouvés pour la majorité des personnes participantes. Il était aussi attendu que ce programme présente une bonne faisabilité et acceptabilité. Les commentaires d'appréciations des personnes participantes suggèrent que cette hypothèse est également confirmée. L'analyse des résultats suggère que divers éléments tels que les caractéristiques personnelles, les événements de vie et la fréquence de méditation pourraient avoir eu un impact sur l'évolution des scores de certaines personnes participantes. Ces résultats préliminaires suggèrent la pertinence pour les milieux universitaires d'offrir un programme aux membres de sa communauté étudiante qui vivent des enjeux d'image corporelle et qui souhaiterait développer des outils visant à favoriser une relation positive avec leur corps. Il serait également intéressant de l'implanter afin d'en évaluer l'efficacité dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée en milieu universitaire, ce qui permettrait d'obtenir une évaluation plus robuste de ses effets.

Table des matières

Résumé.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des abréviations symboles ou sigles.....	ix
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
L'image corporelle.....	7
Image corporelle négative.....	8
Image corporelle positive.....	10
L'autocompassion.....	12
L'autocompassion et l'image corporelle.....	15
Objectifs et hypothèses.....	26
Méthode.....	28
Devis de recherche.....	29
Intervention.....	31

Procédure.....	32
Participants et recrutement.....	34
Instruments de mesure.....	35
Questionnaire sociodémographique	35
Autocompassion.....	36
Image corporelle négative	37
Image corporelle positive	39
Fréquence de méditation et événements vécus dernièrement	40
Appréciation des ateliers d'autocompassion.....	40
Analyses	41
Résultats	44
Données descriptives.....	45
Résultats pour la moyenne des personnes participantes	46
Analyses visuelles et quantitatives.....	46
Résultats pour chaque personne participante individuellement	54
Participant 1	54
Participant 2.....	61
Participant 3.....	68
Participant 4.....	75

Participant 5.....	81
Participant 6.....	88
Participant 7	95
Participant 8.....	102
Analyses qualitatives de l’appréciation du programme	108
Discussion	114
Résultat des analyses visuelles et quantitatives	116
Résultats de l’analyse qualitative	123
Implication des résultats et forces de l’étude	125
Limites de l’étude et recommandations	128
Conclusion	131
Références	134
Appendice A.....	142
Appendice B.....	148
Appendice C.....	150

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Thèmes associés aux réponses d'appréciation des personnes participantes.....109

Liste des figures

Figure

1	Moyenne du groupe : autocompassion.....	47
2	Moyenne du groupe : image corporelle négative.....	47
3	Moyenne du groupe : image corporelle positive.....	48
4	Taille d'effet (Tau-U) : autocompassion.....	51
5	Taille d'effet (Tau-U) : image corporelle négative.....	51
6	Taille d'effet (Tau-U) : image corporelle positive.....	52
7	Moyenne du groupe : fréquence hebdomadaire de méditation.....	54
8	Participant 1 : autocompassion.....	55
9	Participant 1 : image corporelle négative.....	55
10	Participant 1 : image corporelle positive.....	56
11	Participant 1 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	60
12	Participant 2 : autocompassion.....	62
13	Participant 2 : image corporelle négative.....	62
14	Participant 2 : image corporelle positive.....	63
15	Participant 2 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	67
16	Participant 3 : autocompassion.....	69
17	Participant 3 : image corporelle négative.....	69
18	Participant 3 : image corporelle positive.....	70
19	Participant 3 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	74
20	Participant 4 : autocompassion.....	76

21	Participant 4 : image corporelle négative.....	76
22	Participant 4 : image corporelle positive.....	77
23	Participant 4 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	81
24	Participant 5 : autocompassion.....	83
25	Participant 5 : image corporelle négative.....	83
26	Participant 5 : image corporelle positive.....	84
27	Participant 5 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	87
28	Participant 6 : autocompassion.....	89
29	Participant 6 : image corporelle négative.....	89
30	Participant 6 : image corporelle positive.....	90
31	Participant 6 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	94
32	Participant 7 : autocompassion.....	96
33	Participant 7 : image corporelle négative.....	96
34	Participant 7 : image corporelle positive.....	97
35	Participant 7 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	101
36	Participant 8 : autocompassion.....	103
37	Participant 8 : image corporelle négative.....	103
38	Participant 8 : image corporelle positive.....	104
39	Participant 8 : fréquence hebdomadaire de méditation.....	108

Liste des abréviations symboles ou sigles

CFT.....	Compassion focused therapy
MSC.....	Mindfulness Self-Compassion
MBSR.....	Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience
IMC.....	Indice de masse corporelle
SAE.....	Services aux étudiants
UQAC.....	Université du Québec à Chicoutimi

Remerciements

C'est avec un profond sentiment de fierté et d'accomplissement que je termine cette aventure qu'est l'essai doctoral. Cette réussite n'aurait pas été possible sans l'apport de plusieurs personnes tout au long de mon parcours doctoral.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement mes deux directrices : Linda Paquette et Jacinthe Dion. Je suis reconnaissante que vous ayez accepté de me suivre dans mon projet et d'avoir pu bénéficier de vos expertises sur la pleine conscience et sur l'image corporelle. Je vous remercie également pour vos commentaires constructifs, votre soutien, votre disponibilité et votre sens de l'humour. Ensemble, vous avez rendu mon expérience d'essai positive et agréable. Je remercie également Karine Côté et Catherine Malboeuf-Hurtubise qui ont généreusement accepté de faire la relecture de mon essai.

Je remercie aussi Linda Brisson et Martine Vaillancourt, toutes deux enseignantes en autocompassion pour Autocompassion Montréal, qui ont pris le temps de lire le plan de mes ateliers et qui m'ont conseillée afin qu'ils soient adaptés à une population étudiante universitaire. Ce projet de recherche n'aurait pu être réalisé sans la collaboration avec les Services aux étudiants (SAE) de l'UQAC. Je vous remercie pour votre confiance et je remercie plus particulièrement Jennifer Clavelin, psychologue aux SAE qui a accepté de coanimer les ateliers avec moi.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance aux membres de ma famille qui m'ont suivi de près tout au long de mes études : mon père Claude Doyon, ma mère Isabelle Gagné et mon beau-père Jean Métivier. Je vous remercie sincèrement pour avoir cru en moi, pour vos encouragements, votre présence et votre soutien qui m'ont permis de persévérer dans l'adversité et de croire en moi. Merci à Érika Larouche, ma collègue, ma coloc, mais surtout mon amie, avec qui nous avons passé de nombreuses heures ensemble à avancer nos essais respectifs tout en nous motivant. Tu as été un pilier dans la réussite de cet essai.

D'autres personnes ont joué un rôle significatif pour moi dans mon parcours doctoral et dans la réalisation de cet essai, que ce soit par le soutien offert ou par les connaissances, les compétences ou les aptitudes relationnelles qu'elles m'ont transmises : Elsa Witty, Marie-Claude Boulay, mes pairs doctorantes, Jade Montroy, Marie-Michèle Côté Dion et Virginie Lavoie. À vous toutes, je vous remercie.

En terminant, ce projet n'aurait pu être réalisé sans l'apport de chaque personne participante aux ateliers. Je vous remercie sincèrement pour votre belle participation, vos réflexions, votre présence aux autres et pour la couleur que vous avez apportée à ce groupe. Vous m'avez fait expérimenter une première expérience d'animation de manière très positive. Je vous souhaite une belle continuité dans vos projets de vie, le plus possible dans la bienveillance et la compassion

Introduction

L'insatisfaction corporelle est un enjeu bien présent dans la société actuelle. Une étude mondiale réalisée par Dove indique que 54 % des femmes affirment être leur pire critique en termes de beauté alors que seulement 4 % des femmes se considèrent belles (Dove, 2021). D'autres études suggèrent qu'entre 43 et 72 % des individus présentent des préoccupations ou des insatisfactions quant à leur poids (Cain et al., 2010; Rozin et al., 2003; Women and Equalities Committee, 2020).

Selon Rodgers et al. (2021), ces préoccupations pour le corps s'inscrivent dans un système politique et économique où les personnes sont encouragées à s'autosurveiller. De ce système est issu le concept de « santéisation » qui promeut la responsabilité individuelle quant à sa propre santé comme étant un devoir moral. Le corps occupe une place importante dans ce système et est considéré comme la représentation externe des qualités internes de la personne. Ainsi, une silhouette mince est associée à la discipline, le contrôle de soi en plus de donner accès à plusieurs récompenses sociales (aisance économique, satisfactions relationnelles, etc.). À l'inverse, un poids considéré supérieur à la norme peut être perçu comme un échec personnel, un manque de grâce en plus de refléter des défauts de la personnalité tels que le manque de contrôle de soi et la paresse (Rodgers et al., 2021). Les médias ont largement contribué à la stigmatisation des corps plus larges puisqu'ils mettent de l'avant ces stéréotypes et plusieurs études ont suggéré un

lien significatif entre la fréquence d'usage des médias, ainsi que l'insatisfaction corporelle, le désir de minceur et la comparaison sociale (Holland & Tiggemann, 2016; Seekis et al., 2019; Vall-Roqué et al., 2021). De plus, les données d'une enquête réalisée au Québec suggèrent qu'une fréquence quotidienne plus élevée de consommation de médias sociaux est associée à une plus grande préoccupation quant au poids (Durette et al., 2021).

Des études réalisées à travers le monde et au Québec indiquent que la pandémie de COVID-19 a contribué à une augmentation des préoccupations liées au poids (Durette et al., 2021; Robertson et al., 2021; Women and Equalities Committee, 2020). Des données indiquent également que ces préoccupations sont plus élevées chez les femmes et les personnes de 30 ans et moins (Robertson et al., 2021). Au Québec plus précisément, ces préoccupations sont davantage présentes chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, comparativement aux adultes de plus de 25 ans (Durette et al., 2021). D'autres études réalisées auprès de la communauté étudiante suggèrent également une augmentation des préoccupations (Zhou & Wade, 2021) et des distorsions cognitives par rapport au poids (Keel et al., 2020), une augmentation de l'évaluation corporelle, une plus grande pression des médias ainsi qu'une plus grande internalisation des idéaux sociétaux de minceur (Baceviciene & Jankauskiene, 2021). Ces résultats mettent en lumière que les enjeux reliés à l'image corporelle sont bien présents chez les jeunes adultes, dont ceux de la communauté étudiante universitaire, et qu'intervenir auprès de cette population pourrait être pertinent.

Plusieurs raisons ont été proposées pour expliquer l'augmentation de ces préoccupations. Dans une étude réalisée aux Royaume-Unis (Women and Equalities Committee, 2020), les réponses des participants au sondage suggèrent qu'ils perçoivent moins de soutien pour des enjeux de santé mentale et que la fermeture des gyms ainsi que la perte de routine font craindre de prendre du poids. Ils perçoivent également une pression des médias sociaux qui mettent l'accent sur la perte de poids et l'importance de l'apparence en temps de confinement. Aussi, l'augmentation du temps passé devant les écrans a davantage exposé les participants à des publicités de produits visant à réduire le poids (Women and Equalities Committee, 2020). Ailleurs dans le monde, des études ont suggéré un lien significatif entre la fréquence d'usage des médias, ainsi que l'insatisfaction corporelle, les comportements orientés vers la minceur et la comparaison sociale (Holland & Tiggemann, 2016; Seekis et al., 2019; Vall-Roqué et al., 2021). Au Québec, les données d'un sondage indiquent que 52 % des participants consultant des médias sociaux plusieurs fois par jour étaient davantage préoccupés quant à leur poids alors que seulement 35 % des participants qui ne consultent jamais les réseaux sociaux étaient préoccupés par leur poids (Durette et al., 2021).

Considérant la prévalence élevée d'insatisfaction corporelle dans le monde, il apparaît pertinent de s'intéresser à des interventions visant à se distancier des exigences corporelles véhiculées par la société et favorisant le développement d'une image corporelle positive. Plusieurs recherches soutiennent la pertinence de promouvoir une relation saine et affectueuse avec l'image corporelle (Marta-Simões et al., 2016) et pour

ce faire, des modèles alternatifs basés sur l'autocompassion pourraient s'avérer intéressants (Moffitt et al., 2018). Dans ce contexte, la présente étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe basée sur l'autocompassion sur l'image corporelle positive et négative de personnes étudiantes universitaires.

Contexte théorique

Dans cette section, une définition multidimensionnelle de l'image corporelle est d'abord présentée, notamment en ce qui concerne la distinction entre l'image corporelle négative et l'image corporelle positive ainsi que leurs conséquences respectives. Une définition de l'autocompassion et ses diverses perspectives théoriques, de même que les interventions basées sur l'autocompassion sur l'image corporelle sont ensuite présentées. Enfin, l'objectif de l'étude ainsi que les hypothèses de recherches sont décrits.

L'image corporelle

L'image corporelle est la relation qu'une personne entretient avec son corps et qui englobe des comportements, des perceptions, des pensées et des émotions à l'égard du corps (Cash, 2004; Grogan, 2022). Selon Grogan (2022), la composante comportementale se réfère aux comportements que la personne exerce par rapport à son corps qui englobe les comportements d'évitement (ex : évitement du pèse-personne ou de situations sociales où le corps est exposé) et de vérification du corps. La composante perceptuelle suggère que l'image corporelle que la personne entretient est subjective : elle peut ainsi être différente de son image réelle, telle qu'elle est perçue par son entourage. La composante cognitive englobe les pensées et les croyances que la personne a envers son corps en plus d'englober l'investissement quant à l'apparence, soit l'importance que la personne accorde à l'apparence physique dans sa vie comparativement à d'autres sphères de sa vie.

Elle inclut aussi les idéaux de beauté ayant été intériorisés par la personne ainsi que les conséquences anticipées en lien avec l'apparence du corps. La composante affective fait référence aux émotions que la personne expérimente à l'égard de son corps. Ces émotions peuvent être négatives ou positives et sont influencées par le niveau de satisfaction corporelle.

Image corporelle négative

Une personne qui possède une image corporelle négative est insatisfaite de son corps dans la mesure où elle entretient des pensées et des sentiments négatifs à l'égard de son corps ou de certaines parties de celui-ci. L'image corporelle négative fait également référence à l'évaluation négative de divers aspects du corps (silhouette, taille, musculature, poids, etc.) en plus d'impliquer une divergence entre l'évaluation qu'une personne fait de son corps et son idéal corporel (Grogan, 2022). Selon Seekis et al. (2019), les personnes ayant une image corporelle négative peuvent ressentir une honte quant à leur corps puisqu'ils ont la perception d'avoir échoué à atteindre les standards corporels véhiculés par la société. Certaines personnes peuvent développer une anxiété envers leur apparence qui se manifeste par un sentiment de malaise ou d'appréhension à l'idée que leur corps ou qu'une partie de leur corps ne puisse pas répondre aux standards de beauté culturellement définis. Une image corporelle négative peut aussi se manifester par un souci de la manière dont leur corps apparaît aux yeux des autres, pouvant conduire à des comportements de surveillance continue de leur corps.

Plusieurs enjeux sont associés à une image corporelle négative, notamment une faible estime de soi (Wichstrøm & von Soest, 2016), un risque plus élevé de développer des symptômes dépressifs (Silva et al., 2019) et anxieux, des affects négatifs et une faible représentation de soi en raison de l'évaluation négative (Ricard, 2021). De plus, pour les femmes, l'insatisfaction corporelle serait associée négativement à la satisfaction sexuelle et conjugale au sein de couples hétérosexuels (Gagnon-Girouard et al., 2014). Aussi, la conscience que son corps ne correspond pas à l'idéal de beauté véhiculée par la société peut engendrer un stress chronique pouvant entraîner des conséquences physiologiques, telles qu'une augmentation de la sécrétion de cortisol (Tomiya, 2014). Enfin, les préoccupations à l'égard du poids et l'idéal de minceur constituent des facteurs de risque important de développement d'un trouble alimentaire tels que la boulimie et l'anorexie mentale (American Psychiatric Association, 2015; Ricard, 2021).

La plupart des études à ce jour se sont intéressées aux dimensions négatives de l'image corporelle et moins sur ses dimensions positives (Marta-Simões et al., 2016). Néanmoins, certains chercheurs suggèrent que l'exploration des composantes positives de l'image corporelle est essentielle au succès des programmes de prévention et d'intervention dans le domaine de l'image corporelle (Marta-Simões et al., 2016) et que cela pourrait rendre plus efficaces et durables les gains du traitement (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Image corporelle positive

La définition d'image corporelle positive ne fait pas consensus chez les chercheurs et différentes conceptions sont proposées (Ricard, 2021). Néanmoins, l'image corporelle positive ne se situerait pas sur le même continuum que l'image corporelle négative (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Posséder une image corporelle positive n'implique donc pas obligatoirement de ne plus du tout être insatisfait de son corps. Il suffit d'apprendre à l'aimer suffisamment pour le traiter avec respect et pour lui offrir ce dont il a besoin (Ricard, 2021). Tylka et Wood-Barcalow (2015b) suggèrent que l'image corporelle positive serait à la fois stable et malléable, façonnée par l'identité sociale en plus d'être composée de plusieurs dimensions qui s'influencent mutuellement. Ces dimensions sont l'appréciation corporelle, l'acceptation et l'amour corporel, la conception générale de la beauté, l'investissement adaptatif quant à l'apparence, la positivité intérieure ainsi que le filtre cognitif (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

L'appréciation corporelle se définit par la capacité à apprécier les différents éléments du corps et de sa santé, ainsi qu'à apprécier le corps pour ce qu'il nous permet de faire plutôt que pour ce qu'il laisse paraître. L'acceptation et l'amour corporel concernent la capacité d'exprimer de l'amour et du confort malgré la présence d'insatisfactions corporelles. La conception générale de la beauté s'oppose au modèle unique de beauté et suggère que la beauté peut être présente sous une grande variété d'apparences qui tiennent également compte de caractéristiques personnelles telle que la confiance en soi,

l'altruisme, etc. L'investissement adaptatif quant à l'apparence se réfère à la capacité à s'offrir des soins à l'égard du corps (p. ex., habillement, coiffure, maquillage, etc.). Ces soins, dont la fonction principale est le bien-être et non le désir de correspondre à des standards culturels de beauté, permettent de mettre de l'avant la personnalité et la beauté naturelle de la personne. La positivité intérieure relie l'image corporelle positive aux sentiments positifs et aux comportements adaptatifs de la personne. Cette dimension peut aussi se manifester par la posture, le sourire et l'affirmation de soi. Enfin, le filtre cognitif consiste à filtrer les informations compatibles avec une image corporelle positive (ex. : tous les corps sont beaux) de celles qui pourraient la mettre en danger (ex. : il faut être mince pour être attirant) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

En plus de ces six dimensions, d'autres auteurs suggèrent une définition de la flexibilité de l'image corporelle qui se réfère à la capacité d'expérimenter des émotions, des sensations, des pensées et des perceptions à l'égard de son corps tout en continuant à s'investir pleinement dans les domaines de sa vie, et ce, peu importe que la personne soit satisfaite ou non de son corps (Sandoz et al., 2013). Ceux-ci parviennent à accepter leur expérience en lien avec leur corps même si elle est inconfortable sans chercher à la modifier ou à adopter un comportement impulsif visant à atténuer l'inconfort lié à cette expérience (Linardon et al., 2021).

L'autocompassion

L'autocompassion est basée sur trois dimensions interdépendantes (Germer & Neff, 2020; Neff, 2003a). Tout d'abord, la pleine conscience, qui est le principal pilier sur lequel repose l'autocompassion, désigne la capacité à se tourner vers la souffrance sans jugement, à refléter ce qui se passe sans distorsions/exagérations, ce qui permet d'adopter une perspective plus nuancée de nous-mêmes (Germer & Neff, 2020; Neff, 2003a). Kabat-Zinn (2003) définit quant à lui la pleine conscience comme étant la conscience qui émerge lorsque nous accordons une attention volontaire au moment présent, sans juger l'expérience qui se déroule instant après instant. La pleine conscience peut être cultivée par la méditation. Ensuite, le sentiment d'humanité commune, qui s'oppose à l'isolement, nous amène à reconnaître que les défis, échecs et imperfections sont universels et que, par notre nature humaine, nous conservons malgré tout notre dignité (Germer & Neff, 2020; Neff, 2003a). Enfin, la bienveillance envers soi-même, qui s'oppose à l'autocritique, se caractérise par un dialogue interne empreint de chaleur et d'encouragement, un désir de prendre soin de soi et de répondre à ses besoins (s'apaiser, se valider, se motiver, mettre ses limites, etc.). Un individu bienveillant envers lui-même cherchera à comprendre ses vulnérabilités au lieu de les condamner et parviendra à s'accepter sans jugement (Germer & Neff, 2020; Neff, 2003a).

L'utilisation d'interventions fondées sur l'autocompassion s'est avérée efficace dans le développement de la pleine conscience et de la capacité à se montrer compatissant

envers soi-même en plus de favoriser diverses variables du bien-être psychologique (Neff & Germer, 2013). Elle pourrait aussi s'avérer pertinente dans le développement d'une image corporelle positive puisqu'elle s'adresse à des mécanismes observés chez ceux étant satisfaits de leur corps (Seekis et al., 2019). En effet, la bienveillance envers soi-même est contraire à l'auto-évaluation négative ainsi que les critiques de l'insatisfaction corporelle et de la honte du corps. Quant à l'humanité commune, elle amène à reconnaître que tous les humains ont des imperfections corporelles en plus de diminuer le sentiment d'isolement qui peut exacerber l'anxiété reliée à l'apparence. Enfin, la pleine conscience permet de ne pas se sentir envahi par les pensées négatives reliées à l'apparence et à ne pas s'identifier à celle-ci, permettant une vision plus nuancée de son apparence. En bref, l'autocompassion offre une manière alternative de se valoriser et de s'accepter et pourrait permettre d'augmenter la satisfaction corporelle (Seekis et al., 2019). Elle suggère également qu'il est possible de s'apprécier et d'avoir une image corporelle positive malgré un contexte socioculturel où la minceur est valorisée.

À ce jour, plusieurs approches basées sur l'autocompassion ont été développées (Germer & Neff, 2020). Par exemple, la *Compassion focused therapy* (CFT), développée par Paul Gilbert, est une thérapie individuelle adressée à ceux qui luttent avec un haut niveau d'autocritique et de honte et dont l'objectif est de développer l'autocompassion à l'aide de diverses pratiques dont la pleine conscience (Kelly et al., 2017). Plus précisément, elle cherche à aider les personnes autocritiques à comprendre les origines, les fonctions et les conséquences de leur autodénigrement. La CFT aide à reconnaître

l'importance d'entretenir une relation à soi plus compatissante en plus de s'intéresser à briser les peurs reliées à l'autocompassion (Kelly et al., 2017; Seekis et al., 2019).

Le *Mindfulness Self-Compassion* (MSC) est aussi l'un de ces programmes. Sa structure s'inspire du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) de John Kabat-Zinn en plus d'emprunter diverses pratiques à la CFT. Le MSC est un programme de groupe d'une durée de 8 séances de 2h30, à raison d'une fois par semaine en plus d'une retraite silencieuse d'une journée (Germer & Neff, 2020; Neff & Germer, 2013). Ce programme, qui tient compte des 3 composantes de l'autocompassion mentionnées plus haut, propose plusieurs exercices, des expériences interpersonnelles afin de faciliter le sentiment d'humanité commune, ainsi que des méditations formelles et informelles visant à accroître l'autocompassion. Au terme de ces exercices, les personnes participantes sont invitées à faire un retour de leur expérience par le dialogue exploratoire avec le thérapeute (Germer & Neff, 2020; Neff & Germer, 2013). Le dialogue exploratoire est « un dialogue entre soi et l'autre qui reflète idéalement la relation de soi à soi et que les enseignants souhaitent que les participants cultivent, à savoir une présence aimante et connectée » (Germer & Neff, 2020, p. 179). Il vise également à renforcer les ressources de la pleine conscience et de l'autocompassion des personnes participantes après l'expérience qu'elles ont vécue (Germer & Neff, 2020). Dans le cadre de cette étude portant sur l'image corporelle, une courte adaptation de ce programme a été réalisée.

L'autocompassion et l'image corporelle

Jusqu'à ce jour, la littérature sur les liens entre l'autocompassion et l'image corporelle positive et négative est encore émergente bien que de plus en plus de recherches sont faites sur le sujet (Seekis et al., 2019; Turk & Waller, 2020). La plupart de ces études sont de nature corrélationnelle (Germer & Neff, 2020). Dans une recension de 28 études, dont la plupart corrélationnelles, il est suggéré que l'autocompassion agit comme un facteur de protection à l'insatisfaction corporelle et les troubles alimentaires (Braun et al., 2016). Plus précisément, les résultats de cette recension indiquent que l'autocompassion serait négativement associée à l'insatisfaction corporelle, le désir de minceur, la honte du corps, l'anxiété liée à l'apparence, les comportements de surveillance du corps, la comparaison sociale liée à l'apparence ainsi que la pression de minceur véhiculée par les médias. De plus, l'autocompassion serait positivement associée à la flexibilité corporelle et à l'appréciation corporelle. Cette recension met également en lumière l'effet prédictif, modérateur et médiateur de l'autocompassion sur plusieurs de ces variables (Braun et al., 2016). Dans une autre méta-analyse composée de 41 études, il est suggéré, avec une taille d'effet moyenne ($r = 0,52$), que de plus hauts niveaux d'autocompassion seraient associés à une plus grande image corporelle positive et que cette association est plus forte chez les personnes plus âgées et ayant un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé. De plus, un niveau plus faible d'autocompassion serait associé à plus de préoccupations concernant l'image corporelle. Cette taille d'effet serait également moyenne ($r = -0,45$). Ces résultats supportent l'idée que l'autocompassion pourrait être

une stratégie de régulation émotionnelle quant à l'image corporelle (Turk & Waller, 2020). Une autre étude a obtenu des résultats similaires auprès d'adultes en identifiant un lien fort entre l'appréciation corporelle et l'autocompassion. Cette dernière jouerait également un rôle médiateur, i.e., que l'appréciation corporelle serait associée à la honte externalisée par le biais de l'autocompassion (Marta-Simões et al., 2016). Dans une autre étude comparant des femmes de la population générale à des femmes ayant un trouble alimentaire, l'autocompassion a également été étudiée comme variable médiatrice pour expliquer les liens entre la honte externalisée, l'image corporelle et le désir de minceur. Plus précisément, la honte externalisée prédisait les comportements orientés vers la minceur en partie par le biais d'un plus faible niveau d'autocompassion, tant dans l'échantillon non-clinique (de façon partielle) que dans l'échantillon clinique (de façon complète). De plus, chez celles ayant un trouble alimentaire, le lien entre l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur s'expliquait en partie par le biais d'un faible niveau d'autocompassion (Ferreira et al., 2013). La plupart de ces recherches indiquent la pertinence de s'intéresser aux recherches de type expérimental ou quasi-expérimental pour déterminer l'effet de l'autocompassion sur l'image corporelle.

Jusqu'à maintenant, diverses modalités d'interventions basées sur l'autocompassion ont été évaluées dans plusieurs études (Seekis et al., 2019; Turk & Waller, 2020). Turk et Waller (2020) suggèrent d'ailleurs que les interventions basées sur l'autocompassion favoriseraient davantage le développement d'une image corporelle saine que les groupes contrôles. Toutefois, très peu d'études ont examiné l'effet de

l'autocompassion en modalité de groupe sur le développement d'une image corporelle positive.

Seules 3 études recensées ont porté sur l'évaluation des effets d'interventions de groupe basées sur l'autocompassion sur l'image corporelle (Carter et al., 2021; Haley et al., 2024; Kelly et al., 2017). Dans leur étude pilote, Kelly et al. (2017) ont tenté d'examiner l'acceptabilité et la faisabilité d'une intervention de groupe basée sur la CFT en combinaison avec un traitement usuel (*treatment as usual*; TAU) en comparaison à un traitement usuel seul dans le traitement d'un trouble alimentaire chez 22 personnes adultes. La majorité de l'échantillon était composé de femmes et 11 personnes participantes étaient réparties aléatoirement dans chacune des conditions. Le TAU consistait en un suivi individuel basé sur une approche cognitive comportementale ainsi que dialectique comportementale en plus d'autres suivis selon la sévérité du trouble (avec psychiatre, nutritionniste, etc.). Le CFT+TAU consistait en 12 séances de groupe d'une durée de 90 minutes une fois par semaine. Le CFT abordait plusieurs thèmes tels que la honte et l'autocritique en plus de viser le développement de comportements et de pensées plus compatissantes. Des mesures portant entre autres sur les symptômes de troubles alimentaires ont été complétées par les participantes au niveau de base (avant le début du traitement) ainsi qu'aux semaines 4, 8 et 12. Une diminution significative des symptômes de trouble alimentaire, au cours des 12 semaines, a été observée dans la condition CFT+TAU seulement. De plus, les résultats des personnes participantes du groupe CFT+TAU suggèrent qu'un tel programme est faisable et acceptable. Bien que cette étude

ne se soit pas intéressée directement à l'image corporelle des personnes participantes, les résultats ont montré une diminution des préoccupations à l'égard du poids et de l'apparence. Les résultats suggèrent donc qu'un traitement de groupe basé sur l'autocompassion pourrait être efficace dans la diminution des symptômes d'un trouble alimentaire et de l'image corporelle négative. Néanmoins, aucun suivi n'a été réalisé. Il n'est donc pas possible de déterminer si cette modalité d'intervention permet le maintien ou non des acquis (Kelly et al., 2017).

L'étude pilote de Haley et al. (2024) visait à évaluer la faisabilité et l'effet d'un programme en ligne de groupe de 3 séances de 90 minutes adaptées de la MSC sur plusieurs variables telles que l'autocompassion, la honte associée au corps et les comportements de surveillance du corps chez des femmes âgées d'au moins 18 ans et présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25. Pour ce faire, 10 participantes ont été réparties aléatoirement dans le groupe d'autocompassion et 8 dans le groupe contrôle. L'intervention consistait en de l'éducation psychologique sur divers thèmes (ex : définition de l'autocompassion, fonctions de l'autocritique, etc.), des discussions en groupe, des exercices expérientiels ainsi que des devoirs à la maison. Plusieurs exercices étaient reliés aux préoccupations en lien avec l'image corporelle. Des mesures ont été prises avant l'intervention, après l'intervention et au suivi de 1 mois. L'analyse des résultats révèle, pour les participantes du groupe d'autocompassion, une plus grande diminution de la honte associée au corps et des comportements de surveillance du corps en plus d'une plus grande amélioration des scores d'autocompassion

comparativement au groupe contrôle. Ces améliorations se seraient maintenues au suivi. Haley et al. (2024) invitent cependant à la prudence dans l'interprétation de ces résultats en raison du petit échantillon et de la non-équivalence des deux groupes. Des mesures qualitatives ont également pu relever que les participantes ont vécu une expérience positive en plus d'avoir apprécié les méditations et l'environnement de groupe. La modalité en ligne aurait, quant à elle, été moins appréciée.

L'étude pilote de Carter et al. (2021) a permis d'évaluer la faisabilité d'un programme de groupe de 12 séances basé sur la CFT dans la réduction de la honte associée au poids chez des personnes étudiantes non graduées présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30. Pour se faire, 4 femmes et un homme ont participé à deux séances hebdomadaires de groupe d'une durée de 2 heures pendant 6 semaines. Un devis à mesures répétées a été utilisé pour chaque personne participante. Elles ont complété des mesures avant le traitement, après le traitement ainsi que 3 mois après la fin du traitement. Les chercheurs ont utilisé une approche statistique basée sur les travaux de Jacobson et Truax (1991) permettant l'identification de changements significatifs dans la recherche en psychothérapie. Les résultats démontrent une diminution significative de la honte associée au corps à travers le temps. De plus, au post-traitement, 2 personnes participantes ont rapporté des changements significatifs. Les résultats auraient également été maintenus au suivi de 3 mois pour 3 personnes participantes. En ce qui concerne la honte externalisée, les résultats indiquent aussi un effet significatif du programme à travers le temps et 2 personnes participantes ont rapporté des changements significatifs au post-traitement qui

se sont maintenus au suivi de 3 mois. En ce qui concerne la comparaison sociale, 2 d'entre elles ont rapporté des changements significatifs au post-traitement alors que toutes les personnes participantes ont rapporté des changements significatifs au suivi de 3 mois. Les personnes participantes étaient également invitées à compléter un questionnaire de satisfaction à la fin du programme en plus de participer à un groupe de discussion 3 mois plus tard. Les rétroactions qualitatives indiquent l'importance de la dynamique de groupe pour les aider dans la diminution de leur sentiment de honte. Ces résultats suggèrent qu'un programme de groupe basé sur l'autocompassion est prometteur pour aider ceux qui expérimentent de la honte par rapport à leur corps en plus de suggérer le maintien et l'amélioration des acquis après le traitement. Néanmoins, compte tenu du petit échantillon, les auteurs recommandent d'utiliser ultérieurement entre 8 et 12 personnes participantes dans le but de faciliter la mise en place du programme ainsi que la dynamique du groupe (Carter et al., 2021).

Parmi les autres études réalisées, les méditations audios ont été utilisées à titre d'intervention. Un total de 98 femmes (M âge = 38.42) ayant des préoccupations au niveau de leur image corporelle devaient, à chaque jour, sur une période de trois semaines, écouter une méditation audio de 20 minutes d'entraînement à l'autocompassion. Une nouvelle méditation était présentée chaque semaine et elles étaient invitées à essayer d'écouter les méditations tous les jours. Ces femmes ont été comparées à 130 femmes (M âge = 36,42) n'ayant reçu aucune intervention présentant elles aussi des préoccupations quant à leur image corporelle. La répartition entre les deux groupes s'est faite de manière aléatoire.

Des mesures ont été réalisées une à deux journées avant le début des interventions et après celles-ci. Les participantes ayant complété le programme ont aussi complété des mesures au suivi de 3 mois. Les résultats ont montré une augmentation significative de l'appréciation corporelle et de l'autocompassion en plus d'une diminution significative de l'insatisfaction corporelle, de la honte corporelle ainsi que du sentiment de valeur personnelle basée sur l'apparence générale (appearance-contingent self-worth) chez les femmes ayant bénéficié de l'intervention comparativement à celles du groupe contrôle. Les gains se seraient également maintenus au suivi de 3 mois (Albertson et al., 2015).

Toole et Craighead (2016) ont repris cette étude en examinant l'efficacité d'une seule semaine d'une méditation audio d'autocompassion de 20 minutes sur l'image corporelle d'étudiantes non graduées âgées entre 18 et 21 ans ($M = 18,85$) présentant des préoccupations quant à leur image corporelle. Les participantes ont été réparties aléatoirement dans le groupe d'entraînement aux méditations d'autocompassion et dans le groupe contrôle. Elles ont complété des mesures tout juste avant de commencer le programme et à la fin de celui-ci. Les participantes du groupe expérimental étaient invitées à l'écouter tous les jours de la semaine. Des résultats similaires ont été observés. Les participantes du groupe contrôle ($n = 40$) et les participantes devant écouter la méditation ($n = 40$) ont vu leur niveau d'autocompassion augmenter. Cependant, seules celles ayant écouté les méditations présentaient une augmentation significative de leur appréciation corporelle et une diminution significative du sentiment de valeur personnelle basée sur l'apparence générale ainsi qu'une diminution significative de la surveillance du corps.

Aucun changement significatif n'a été observé quant à l'insatisfaction corporelle et la honte corporelle (Toole & Craighead, 2016).

DeWet, Lane et Mulgrew (2020), quant à eux, ont comparé un groupe de 37 (M âge = 22,92) femmes devant écouter deux méditations d'autocompassion en ligne à un groupe de 33 femmes (M âge = 21,27) devant écouter deux méditations guidées par imagerie. Les participantes, qui étaient réparties aléatoirement à chaque groupe, devaient compléter diverses mesures à deux reprises, soit avant et après avoir écouté les deux méditations. Les résultats suggèrent que les deux modalités, entre le pré-test et le post-test, ont augmenté de manière significative le niveau d'autocompassion et l'appréciation corporelle en plus de diminuer de significativement la honte du corps. Ces auteurs avancent que la pleine conscience présente dans les deux modalités pourrait avoir eu un effet sur les améliorations observées (de Wet et al., 2020).

Dans leur étude pilote, Turk et al. (2022) ont quant eux évalué la faisabilité et l'efficacité de deux interventions brèves sur la honte corporelle de 24 femmes âgées d'au moins 18 ans et ayant une image corporelle moyennement à sévèrement négative. Les participantes ont été réparties au hasard entre deux séances en ligne d'une durée de 40 minutes, soit une sur l'exposition au corps et une sur l'autocompassion. La première condition consistait à observer son corps au complet sans distraction. La deuxième condition consistait à expérimenter des méditations tirées de la MSC. Des mesures portant entre autres sur l'insatisfaction corporelle, l'appréciation corporelle, la honte externalisée

et l'anxiété ont été réalisées. Les participantes devaient également noter sur 100, toutes les 5 minutes (donc 8 temps de mesures), la honte qu'elles ressentaient par rapport à leur corps. Les résultats suggèrent, avec une taille d'effet forte ($r = 0,88$), que la honte ressentie par rapport au corps a significativement diminué à travers les 8 temps de mesures pour la condition autocompassion comparativement à la condition d'observation où la taille d'effet est faible ($r = 0,24$). Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes concernant les autres variables.

D'autres études ont également comparé l'effet de diverses modalités d'écriture sur des variables d'image corporelle positive et négative. Par exemple, dans une étude réalisée auprès de 96 femmes étudiantes universitaires âgées entre 17 et 25 ans ($M = 19,45$), Seekis et al. (2017) ont comparé l'effet d'une session d'écriture basée sur l'autocompassion (s'écrire à soi-même avec compassion) ($n = 32$) à une session d'écriture basée sur l'estime de soi (dresser la liste de ses caractéristiques personnelles) ($n = 32$) ainsi qu'à une session d'écriture sur un sujet académique quelconque ($n = 32$) sur l'amélioration de l'image corporelle des participantes après qu'elles aient été induites à un scénario d'image corporelle négative (imaginer des photos de soi non flatteuses ayant été postées sur les médias sociaux par un ami). La répartition des participantes dans chaque groupe s'est faite de manière aléatoire. Des mesures ont été prises au pré-traitement, au post-traitement ainsi qu'à un suivi de 2 semaines. Il est observé que les modalités d'écriture d'autocompassion et d'estime de soi ont permis d'augmenter la satisfaction corporelle au post-traitement et au suivi contrairement au groupe contrôle (sujet académique quelconque). Quant à

l'appréciation corporelle, elle était plus élevée au post-traitement dans la modalité d'écriture autocompatissante seulement comparativement à la modalité d'écriture basée sur l'estime de soi et sur un sujet académique.

Dans une étude similaire, d'autres auteurs ont réparti aléatoirement 149 étudiantes non graduées (M âge = 22,49) dans 3 groupes d'interventions brèves afin de comparer une modalité d'écriture d'autocompassion (s'écrire à soi-même avec compassion) à une modalité d'écriture basée sur l'estime de soi (écrire ses qualités personnelles) ainsi qu'à une modalité d'écriture de distraction à la suite d'un scénario favorisant une image corporelle négative (feuilleter des revues présentant de jeunes femmes minces en bikini). Des mesures portant sur l'insatisfaction corporelle ont été prises au pré-traitement et au post-traitement. Les résultats indiquent que l'insatisfaction quant au poids et à l'apparence a diminué dans les conditions d'autocompassion et d'estime de soi. Cependant, la modalité d'autocompassion s'est avérée supérieure à la modalité d'estime de soi lorsque les participantes présentaient un niveau modéré ou élevé d'insatisfaction corporelle (Moffitt et al., 2018).

Ziemer et al. (2019) ont comparé une modalité d'écriture basée sur l'autocompassion (écrire à propos de son image corporelle selon une perspective autocompatissante) ($n = 51$) à une modalité d'écriture expressive traditionnelle (écrire à propos de ses sentiments profonds en lien avec son image corporelle) ($n = 50$) à un groupe contrôle (écrire à propos d'un événement de la journée de manière détaillée et factuelle)

($n = 51$) auprès d'étudiantes universitaires. Les participantes, qui étaient réparties aléatoirement à chaque modalité, devaient écrire 20 minutes par semaines pendant 3 semaines. Des mesures ont été complétées au pré-traitement et au post-traitement. Les résultats indiquent que la modalité d'écriture autocompatissante a permis aux étudiantes d'augmenter leur niveau d'autocompassion seulement, alors qu'aucune amélioration de l'image corporelle a été observée dans chacun des groupes. Cependant, un effet médiateur de l'autocompassion a été observé. Plus précisément, la modalité d'écriture autocompatissante a augmenté le niveau d'autocompassion. En retour, une plus grande augmentation de l'autocompassion était associée à de plus grands gains sur l'image corporelle positive.

Bien que ces études indiquent des résultats prometteurs dans le développement d'une image corporelle positive, certaines limites ont été adressées. Par exemple, il a été observé que les retombées du traitement pouvaient être influencées par l'attitude des personnes participantes (Braun et al., 2016; Seekis et al., 2019). Dans ce sens, l'autocompassion et les mythes qui y sont associés peuvent engendrer une méfiance chez les participants, voire une peur de développer l'autocompassion. Par exemple, certaines personnes craignent que l'autocompassion les amène à s'apitoyer sur leur sort, à être faibles, à être paresseuses, à être centrées sur elles-mêmes et à devenir narcissiques (Germer & Neff, 2020). Il serait donc pertinent que les programmes d'autocompassion comprennent une composante visant à déconstruire les mythes entourant l'autocompassion avant d'entamer les interventions visant à l'accroître. Par ailleurs,

certain auteurs ont observé une forte attrition chez les personnes participantes (Albertson et al., 2015) et ont relevé la pertinence de mettre en place des interventions qui s'étalent sur de plus courtes périodes de temps (Toole & Craighead, 2016). Néanmoins, d'autres affirment qu'il faudrait réaliser des interventions sur une plus longue période pour bien comprendre l'effet de l'autocompassion (Seekis et al., 2019). Turk et Waller (2020), quant à eux, soulèvent que la plupart de ces études ne se soient intéressées qu'à l'image corporelle négative ou positive séparément, rendant la comparaison entre elles difficile. Ils suggèrent que les prochaines études puissent considérer à la fois ces deux concepts afin de distinguer l'impact de l'autocompassion sur ces deux indicateurs de l'image corporelle. Enfin, plusieurs études ont inclus des éléments autres que l'autocompassion dans leurs interventions, rendant difficile l'isolation de l'effet de l'autocompassion des autres composantes incluses dans les programmes (Seekis et al., 2019). La présente étude cherche à pallier certaines de ces limites.

Objectifs et hypothèses

La présente étude vise donc à évaluer l'effet d'une intervention de groupe basée sur l'autocompassion auprès de personnes étudiantes universitaires sur leur image corporelle. Plus précisément, elle vise à déterminer si la participation à ce programme :

- (1) augmente de manière significative la capacité des personnes participantes à s'offrir de la compassion,
- (2) augmente de manière significative l'image corporelle positive des personnes participantes et
- (3) diminue de manière significative l'image corporelle

négative des personnes participantes. De plus, la présente étude vise à évaluer l'appréciation et l'acceptabilité d'un tel programme auprès de personnes étudiantes universitaires.

Basée sur les résultats des recherches antérieures (Seekis et al., 2019), il est possible d'émettre l'hypothèse qu'au terme de ce programme, le niveau d'autocompassion des personnes participantes aura augmenté. Il est également attendu que l'image corporelle positive augmente tandis que l'image corporelle négative diminue. Finalement, en se basant sur les résultats obtenus par Carter et al. (2021) ainsi que Kelly et al. (2017), il est attendu que ce programme présente une bonne acceptabilité et qu'il soit apprécié par des personnes étudiantes universitaires.

Méthode

Cette section présente le devis de recherche mixte de type cas unique à mesures répétées avec mesures qualitatives. Les informations concernant l'intervention réalisée, la procédure de recherche de même que le recrutement des personnes participantes sont ensuite présentées. Les différents instruments utilisés pour mesurer l'autocompassion, l'image corporelle négative et l'image corporelle positive sont également détaillés. Enfin, les stratégies d'analyses descriptives, qualitatives, visuelles et statistiques sont présentées.

Devis de recherche

La présente étude est basée sur un devis mixte incluant des mesures d'appréciations qualitatives ainsi que la méthode probante quasi-expérimentale à cas unique (Kazdin, 2021; McMillan & Morley, 2010). Il s'agit d'un devis individuel à mesures répétées sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle qui permet de rendre compte de la variabilité d'une personne dans le temps (McMillan & Morley, 2010). Dans ce devis, l'évaluation se fait donc de manière continue tout au long de l'étude à travers plusieurs phases et les informations recueillies permettent d'effectuer des prédictions et de les tester en utilisant la personne elle-même comme son propre contrôle (Kazdin, 2021). Afin d'évaluer l'effet du programme d'autocompassion sur l'image corporelle des personnes étudiantes, le schème de recherche ABA' a été utilisé. Comme

nous supposons un effet d'apprentissage des ateliers, A' a été considéré comme des mesures de suivi. Dans ce devis, les effets du programme d'autocompassion (B) sont mesurés à partir de mesures autorapportées mesurées à plusieurs reprises au niveau de base (A), alors qu'aucune intervention (B) n'est encore réalisée (Kazdin, 2021). Les informations autorapportées recueillies à la première phase (A) visent à décrire le niveau habituel d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive des personnes participantes (Kazdin, 2021; McMillan & Morley, 2010). La phase d'intervention (B) permet, par ces mêmes mesures autorapportées, d'évaluer si le niveau d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive des personnes participantes s'écarte du niveau habituel observé au niveau de base (A). Si les mesures observées en B diffèrent de celles projetées en A, il est possible d'attribuer ces changements à l'intervention (B), soit les ateliers d'autocompassion. Néanmoins, d'autres facteurs personnels tels que des événements de vie coïncidant avec l'intervention, l'expérience, la maturation et la répétition peuvent menacer la validité des résultats (Kazdin, 2021; McMillan & Morley, 2010). Par conséquent, un suivi a été utilisé pour vérifier si les changements sont attribuables à l'intervention (B) (Kazdin, 2021). Comme les analyses quantitatives ont pour principale limite qu'elles ne permettent pas de relever adéquatement l'histoire personnelle des personnes participantes ainsi que leur perspective individuelle (Creswell, 2015), des composantes qualitatives portant sur les événements de vie et l'appréciation du programme ont été ajoutées.

Intervention

Ce projet découle d'un partenariat avec les Services aux étudiants (SAE) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) qui souhaitaient mettre en place des interventions sur l'image corporelle en raison de l'augmentation des enjeux concernant l'image corporelle des personnes étudiantes qui sollicitaient leur service. Dans le cadre de ce projet de recherche, une adaptation de la MSC, contenant 5 ateliers de 2h, a été offerte à des personnes étudiantes universitaires. La description générale du programme pour chacun des ateliers est présentée en appendice A. Ces ateliers ont été donnés à raison d'une par semaine, tous les jeudis, à partir de la semaine du 6 février 2023, et ce, jusqu'à la semaine du 20 mars 2022. Aucun atelier n'a eu lieu lors de la semaine de relâche (semaine du 27 février 2023). Cependant, au besoin, les personnes participantes pouvaient avoir une rencontre individuelle de soutien d'une durée de 20 minutes pendant cette semaine. Aucun atelier n'a eu lieu lors de la semaine du 13 mars, puisqu'une des animatrices avait la COVID-19. Les ateliers ont suivi une structure similaire à la structure utilisée par la MSC. Cette structure était composée de 5 étapes : (1) un partage en groupe portant sur la pratique de l'autocompassion des personnes participantes dans la semaine précédant la présente rencontre. (2) Une méditation principale suivie de quelques minutes de silence pour se poser et réfléchir à ce que les personnes participantes ont vécu. Une discussion en groupe a ensuite eu lieu pour partager l'expérience directe de chaque personne dans sa méditation. (3) Une présentation et une explication brève des thèmes de la rencontre. La plupart des rencontres couvraient deux thèmes. Ceux-ci ont été expérimentés de diverses manières

pendant les séances : méditations formelles, pratiques informelles, exercices écrits ainsi que partage en dyade/triade ou en grand groupe; (4) Une clôture résumant les thèmes de la rencontre et qui est accompagnée d'un poème qui reflète le thème de la rencontre et (5) Administration des questionnaires autorapportés.

L'élaboration des 5 ateliers a été effectuée à l'été 2022 et a été approuvée par Lynda Brisson, psychologue, ainsi que Martine Vaillancourt, ergothérapeute et psychothérapeute, toutes deux enseignantes au centre Autocompassion Montréal. Elles se sont assurées que le contenu des ateliers puisse être adapté à des personnes étudiantes universitaires et qu'il puisse être animé par une doctorante en psychologie. Dans l'ensemble, les 5 ateliers du programme d'autocompassion ont suivi cet ordre : introduction à l'autocompassion (atelier 1), expérimentation de la pleine conscience (atelier 2), expérimentation de la bienveillance envers soi-même (ateliers 3 et 4), favoriser une image corporelle positive autrement que par l'apparence physique (atelier 5). Les ateliers ont été animés par une doctorante en psychologie ainsi que par une psychologue des Services aux étudiants de l'UQAC.

Procédure

Dans un premier temps, une approbation éthique a été obtenue en date du 3 octobre 2022 à la suite de démarches entreprises auprès du Comité d'Éthique et de la Recherche de l'UQAC. Le numéro du certificat éthique est présenté en Appendice B. Le recrutement

s'est ensuite déroulé à l'automne. Les personnes participantes potentielles ont été rencontrées individuellement pour vérifier si le programme pouvait convenir à leur besoin et pour signer le formulaire de consentement. Pendant cette rencontre, elles ont également été informées des risques associés à leur participation de même que des ressources psychosociales qu'ils peuvent solliciter au besoin. La cueillette des données a été réalisée à la session d'hiver 2023 pendant 15 semaines à raison d'une fois par semaine dans cet ordre : 4 mesures pré-ateliers (1A; 2A; 3A; 4A) ; 7 mesures pendant l'intervention (5B; 6B; 7B; 8B; 9B; 10B; 11B) ; 4 mesures post-intervention (12P; 13P; 14P; 15P). La collecte de donnée devait initialement avoir lieu pendant 14 semaines, mais un atelier a été reporté d'une semaine en raison de la COVID-19 (temps 10). Des données ont tout de même été collectées lors de cette semaine malgré l'absence d'ateliers. À chaque temps de mesure, les personnes participantes ont complété les questionnaires d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive ainsi que le questionnaire hebdomadaire sur la fréquence de méditation et sur les événements vécus dernièrement. Ces questionnaires sont présentés en appendice C. Le questionnaire sociodémographique a quant à lui été administré une seule fois au temps 1 alors que le questionnaire d'appréciation a été administré au temps 11, à la fin du dernier atelier. Une compensation de 50\$ a été offerte à toutes les personnes participantes ayant complété l'ensemble des questionnaires. Les ateliers ont eu lieu à l'UQAC dans un local de classe qui permet la confidentialité.

Participants et recrutement

Pour être admissibles au projet, les personnes participantes devaient répondre aux deux critères suivants : être une personne étudiante à l'UQAC et désirer améliorer la relation qu'elle a à l'égard de son image corporelle. Les personnes non-étudiantes ou qui étudient à l'extérieur de l'UQAC étaient exclues. Aussi, bien que le fait de souffrir d'un trouble mental important ne faisait initialement pas partie des critères d'exclusion, les personnes s'engageant dans ce type de programme étaient responsables de leur sécurité et de leur bien-être. Ils devaient donc pouvoir s'engager dans un processus de réflexion personnelle et d'exploration de leur monde interne sans se sentir facilement submergé (Germer & Neff, 2020).

Initialement, 12 personnes participantes étaient inscrites aux ateliers. Comme les ateliers se complexifient davantage à mesure que les semaines passent et que les acquis des ateliers précédents étaient importants pour bénéficier de la suite des ateliers, les personnes participantes ayant manqué plus de 2 ateliers ont été exclues du programme ($n = 2$). Une participante s'est désistée pour des raisons personnelles hors de son contrôle. Nous avons également dû exclure un participant puisque le contenu des ateliers ainsi que la modalité de groupe ne convenaient pas à l'intensité de ses difficultés et à ses besoins. Au total, 8 personnes participantes ont complété les ateliers.

Afin de recruter les personnes participantes, des affiches annonçant la tenue des ateliers d'autocompassion ont été installées aux entrées de l'UQAC. De la publicité a été également faite à plusieurs endroits : infolettre de l'UQAC, Facebook, les SAE, ainsi que par courriel envoyé à l'ensemble des étudiants de l'UQAC par l'entremise de la secrétaire de chaque module (psychologie, travail social, sciences infirmières, etc.). Les personnes professionnelles œuvrant aux SAE ont également suggéré ces ateliers d'autocompassion aux personnes étudiantes qui viennent les consulter. La participation au projet s'est donc faite sur une base volontaire et la méthode du premier arrivé – premier retenu a été utilisée.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire a été administré afin de récolter des informations sur l'âge, le genre, le programme d'étude, et les diagnostics de santé mentale des personnes participantes. Le questionnaire a également permis d'obtenir des renseignements sur leur pratique de méditation avant d'entamer le programme ainsi que sur leurs attentes quant au programme. Les dernières questions posées étaient les suivantes : 1) Que venez-vous chercher dans ces ateliers? ; Avez-vous une pratique de méditation? Si oui, à quoi ressemble-t-elle?

Autocompassion

Self Compassion Scale Short-Form (SCS S-F)

Le niveau d'autocompassion des participant.es a été mesuré à l'aide du *Self Compassion Scale Short-Form* (SCS S-F) (Raes et al., 2011) qui constitue une version courte du Self Compassion Scale développé et validé par Neff (2003b). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 12 items qui mesurent le niveau d'autocompassion des personnes participantes à l'aide de 6 sous-échelles portant sur la bienveillance envers soi-même, l'auto-jugement, l'humanité commune, l'isolement, la pleine conscience et la sur-identification (ex. d'items : Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin, Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances, etc.). Ce questionnaire utilise une échelle de Likert en 5 points (1 presque jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent et 5 presque toujours). Certains items sont également inversés (1 = presque toujours et 5 = presque jamais) (Neff, n. d.). Pour déterminer le niveau d'autocompassion, il suffit de diviser la somme totale des réponses par 12. Un score inférieur à 2.5 suggère un faible niveau d'autocompassion alors qu'un score au-delà de 3.5 suggère un niveau élevé d'autocompassion (Neff, n. d.). Ce questionnaire a été validé d'une part dans un échantillon composé d'hommes et de femmes parlant le néerlandais puis d'autre part dans un échantillon composé d'hommes et de femmes parlant anglais (Raes et al., 2011). Ce dernier présenterait une corrélation presque parfaite ($r \geq 0.97$) avec sa version longue en plus de présenter une cohérence interne élevée ($\alpha = 0.86$) pour sa version anglaise en ce qui concerne le score total (Raes et al., 2011).

Image corporelle négative

Body Shape Questionnaire-8B (BSQ-8B)

L'image corporelle négative des participantes femmes a été mesurée par le BSQ-8B qui constitue une des versions courtes et en français du BSQ-34 développé et validé par Cooper et al. (1987). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 8 items qui mesurent l'insatisfaction corporelle générale des femmes (ex. d'item : Avez-vous eu honte de votre corps?), les comportements alimentaires reliés à l'insatisfaction corporelle (ex d'item : Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime?) ainsi que l'insatisfaction corporelle par rapport aux autres (ex. d'item : Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous?) (Lentillon-Kaestner et al., 2014). Ce questionnaire utilise une échelle de Likert en 6 points (1 jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent, 5 très souvent, 6 toujours) et pour y répondre, la personne se fie aux 4 dernières semaines (Cooper et al., 1987). Pour la présente étude, les personnes participantes devaient se fier uniquement à la dernière semaine. Un score élevé indique que la personne présente de plus grandes préoccupations et inconforts avec son corps, soit une image corporelle négative plus élevée. Sa version française a été validée par Lentillon-Kaestner et al. (2014) auprès de femmes étudiantes ainsi qu'auprès de femmes obèses avec et sans trouble alimentaire. L'outil présente une cohérence interne acceptable ($\alpha = 0.71 - 0.82$) en plus d'être simple et court à remplir (Lentillon-Kaestner et al., 2014).

Body Image and Body Change Inventory

L'image corporelle négative du participant homme a été mesurée par la sous-échelle portant sur la satisfaction quant à l'image corporelle du *Body Image and Body Change Inventory* (Ricciardelli & McCabe, 2002). Plus précisément, cette sous-échelle mesure de manière autorapportée en 3 items la perception que la personne a de son poids, de la forme de son corps et de la forme de ses muscles. Le participant devait donc, à l'aide d'une échelle de Likert en 5 point (1 très insatisfait à 5 très satisfait) mentionner à quel point il était satisfait de ces trois aspects de son apparence physique. Un score plus faible suggère une plus grande insatisfaction corporelle. Cette sous-échelle a été validée auprès d'adolescents et d'adolescentes ($\alpha > 0.80$) (Ricciardelli & McCabe, 2002), mais elle a été retenue pour cette étude en raison du fait qu'elle est rapide à compléter. Elle a aussi été retenue auprès du participant homme puisque la plupart des hommes ayant initialement testé le BSQ-8B s'y sentaient peu représentés puisqu'il ne tenait pas compte de leur masse musculaire. Dans ce sens, il a été démontré que chez la plupart des hommes présentant une ou des insatisfactions corporelles, ceux-ci étaient davantage préoccupés par l'idée d'obtenir de la masse musculaire plutôt que de perdre du poids comme cela est le cas chez plusieurs femmes (Grogan, 2022).

Image corporelle positive

Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)

L'image corporelle positive des personnes participantes a été mesurée à l'aide du *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté et unidimensionnel de 10 items qui mesurent l'image corporelle positive (ex. d'items : Je respecte mon corps, Je ressens de l'amour pour mon corps, Je sens que je suis belle, même si je suis différente des images véhiculées par les médias, etc.). Ce questionnaire a été validé dans plusieurs études et dans plusieurs langues avec une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0.84 - 0.96$) (Kling et al., 2019). Sa version française a été validée par Kertechian et Swami (2017) et présente une cohérence interne comparable aux autres études ($\alpha = 0.92$). Ce questionnaire utilise une échelle de Likert en 5 points (1 jamais, 2 rarement, 3 quelques fois, 4 souvent, 5 toujours). Plus le score est élevé, plus la personne possède une image corporelle positive élevée (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Les propriétés psychométriques de cet outil demeurent invariantes selon le genre et le groupe ethnique en plus d'être partiellement invariantes entre les divers pays (Kling et al., 2019). De plus, il est facile à administrer et à coter en plus d'être court et peu susceptible de causer de la fatigabilité (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Il s'agit donc d'un outil de choix dans un contexte où les personnes participantes, de genre et de nationalité différents, devront compléter à plusieurs reprises les mêmes questionnaires.

Fréquence de méditation et événements vécus dernièrement

Un questionnaire a été développé par notre équipe pour évaluer leur pratique de méditation et les événements particuliers survenus dans la dernière semaine. Deux questions ouvertes étaient posées hebdomadairement : 1) Dans la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous eu une pratique de méditation de pleine conscience ou de méditation d'autocompassion? ; 2) Dans la dernière semaine, avez-vous vécu des situations particulières (par exemple : examen, situations relationnelles, autres stressseurs, etc.) pouvant avoir un impact sur vos émotions, pensées et comportements? Si oui, décrivez-la.

Appréciation des ateliers d'autocompassion

Un questionnaire composé de questions ouvertes et développé par notre équipe a permis d'identifier les éléments appréciés et moins appréciés des ateliers ainsi que d'évaluer la perception subjective des personnes participantes quant à l'évolution de leurs pensées, émotions et comportements associés à leur image corporelle. Les questions posées étaient les suivantes : 1) Quels éléments du programme as-tu particulièrement aimés? ; 2) Quels éléments du programme as-tu moins aimés? ; 3) Ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des pensées en lien avec ton image corporelle? ; 4) Ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des émotions en lien avec ton image corporelle? ; 5) Ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des comportements en lien avec ton image corporelle? ; 6)

Aurais-tu des suggestions de modifications afin d'améliorer le programme? ; 7)
Recommanderais-tu ce programme à d'autres étudiants?

Analyses

Des analyses descriptives ont été réalisées pour décrire les données sociodémographiques des personnes participantes de même que la fréquence de pratique de méditation d'autocompassion et de pleine conscience au cours de la dernière semaine.

Des analyses visuelles ont également été réalisées. Cette méthode d'analyse est généralement utilisée dans les études de cas pour examiner la présence d'effets issus d'une intervention (ateliers d'autocompassion) sur une ou des variables données (niveau d'autocompassion, image corporelle négative et image corporelle positive) (Kratochwill et al., 2014). Les analyses visuelles permettent d'identifier diverses caractéristiques à l'intérieur d'une même phase (A, B et suivi) et entre les phases, soit la tendance, le niveau, la variabilité des données, le chevauchement des données entre les phases ainsi que l'immédiateté des effets entre la fin et le début d'une phase (Kratochwill et al., 2010; Kratochwill et al., 2014). Plus précisément, la tendance correspond à une ligne (ou pente) droite qui représente les données dans une même phase. Cette pente peut être descendante, stable ou ascendante. Une pente allant dans le sens d'une amélioration des symptômes pendant la phase de pré-intervention réduit la validité d'un effet lié à l'intervention, car cela sous-entend que l'amélioration était déjà amorcée avant le début du traitement. La

présence d'une pente dans cette phase doit donc être prise en compte dans les analyses subséquentes. Le niveau correspond à la moyenne des résultats à l'intérieur de chaque phase. Quant à la variabilité, elle fait référence à l'étendue des données par rapport à la ligne droite de la tendance. Le chevauchement correspond à la proportion de données d'une phase qui se chevauchent avec les données de la phase précédente. Moins il y a de données qui se chevauchent, plus il est possible de conclure en l'effet d'une phase sur l'autre. Enfin, l'immédiateté des effets se réfère au changement dans le niveau, la tendance ou la variabilité entre les trois dernières données d'une phase et les 3 premières de la suivante. Plus le changement entre les phases est immédiat, plus il est possible de conclure que ces changements sont attribuables à l'intervention (Kratochwill et al., 2010, p. 18). Si l'analyse visuelle permet de documenter au moins 3 de ces effets, il est possible de conclure en une relation causale du traitement (Kratochwill et al., 2010).

En support aux analyses visuelles, l'indice Tau-U a été utilisé. Il s'agit d'une méthode d'analyse de non-chevauchement (non-overlap method) utilisée dans les devis à cas unique qui permet entre autres de contrôler une tendance indésirable (soit une pente ascendante ou descendante allant dans le sens d'une amélioration des symptômes) au niveau de base (phase A). Dans ce sens, la présence d'une pente non contrôlée à cette phase ne permet pas de conclure que les changements observés à la phase B sont attribuables à l'intervention. L'indice Tau-U, qui se mesure entre -1 et 1 permet également d'évaluer des changements statistiquement significatifs entre les différentes phases en plus

de fournir la taille de l'effet (Parker et al., 2011). Compte tenu de la petite taille d'échantillon, les alphas de Cronbach des questionnaires utilisés n'ont pas été calculés.

Les événements stressants vécus au cours de la dernière semaine ainsi que l'appréciation des ateliers ont quant à eux fait l'objet d'analyses qualitatives. Plus précisément, les principaux thèmes abordés dans les commentaires des personnes participantes ont été identifiés à partir de la méthode de codification en deux étapes de Saldaña (2021). Des codes, c'est-à-dire « un mot ou une courte phrase désignant symboliquement un attribut sommatif, saillant, capturant l'essence et/ou évocateur à une partie des données linguistiques » [traduction libre] (Saldaña, 2021, p. 5), ont été identifiés. Ceux-ci ont ensuite été analysés (répétitions, régularité, similarité, contrastes) afin d'établir des catégories. La codification, la catégorisation ainsi que l'analyse réflexive qui en a suivi a permis de dégager les principaux thèmes abordés (Saldaña, 2021). Des valences positives, neutres et négatives ont été attribuées aux codes puisque l'un des objectifs de l'étude vise à évaluer l'appréciation des ateliers par les personnes étudiantes.

Résultats

Cette section présente l'ensemble des résultats des personnes participantes. Dans un premier temps, les données descriptives de l'échantillon sont présentées. Dans un deuxième temps, les résultats des analyses visuelles et statistiques (Tau-U) sont présentés pour la moyenne du groupe et pour chaque personne participante individuellement. La fréquence hebdomadaire de méditation, les événements de vie ainsi que l'appréciation qualitative individuelle des personnes participantes sont également considérés dans ces analyses. Enfin, la synthèse de l'appréciation qualitative du programme est présentée.

Données descriptives

Afin de garantir la confidentialité et d'éviter que les personnes participantes se reconnaissent entre elles, les données sociodémographiques sont présentées pour l'ensemble de l'échantillon et non de façon individuelle. Au total, 7 femmes ($n = 7$) et 1 homme ($n = 1$) ont participé à l'étude. Les personnes participantes étaient âgées entre 20 et 43 ans ($M = 26,5$; $ÉT = 7,69$). Leurs programmes d'études étaient les suivants : baccalauréat en administration ($n = 2$), baccalauréat en psychologie ($n = 2$), maîtrise en sciences clinique et biomédicale ($n = 1$), maîtrise en lettre ($n = 1$), maîtrise en linguistique ($n = 1$) et certificat en scénarisation ($n = 1$). Quatre personnes étaient de nationalité canadienne, 2 étaient de nationalité française alors que les autres étaient de nationalité

française/portugaise ($n = 1$) et béninoise ($n = 1$). Deux d'entre elles présentaient des troubles de santé mentale, soit un trouble anxieux ($n = 1$) ainsi qu'un trouble anxieux et un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité ($n = 1$).

Résultats pour la moyenne des personnes participantes

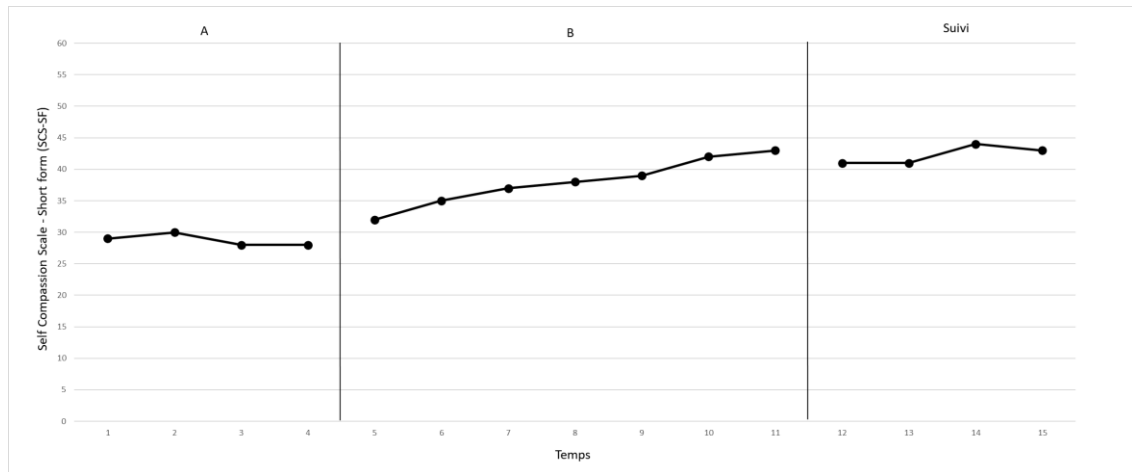
Analyses visuelles et quantitatives

Les figures 1, 2 et 3 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative (pour les femmes) et d'image corporelle positive pour la moyenne du groupe.

L'analyse visuelle de la figure 3 révèle une tendance stable quoique légèrement descendante au niveau de base (A). Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation du score d'autocompassion. Une tendance stable, quoique légèrement ascendante, est observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 38$) et la phase de suivi ($M = 42,3$) comparativement à la phase A ($M = 28,8$). Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation continue du score d'autocompassion à partir de la phase d'intervention. La faible étendue dans chacune des phases suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, aucun (0 %) chevauchement n'est observé entre les phases A et B alors que 75 % des données au suivi

Figure 1

Moyenne du groupe : autocompassion

**Figure 2**

Moyenne du groupe : image corporelle négative

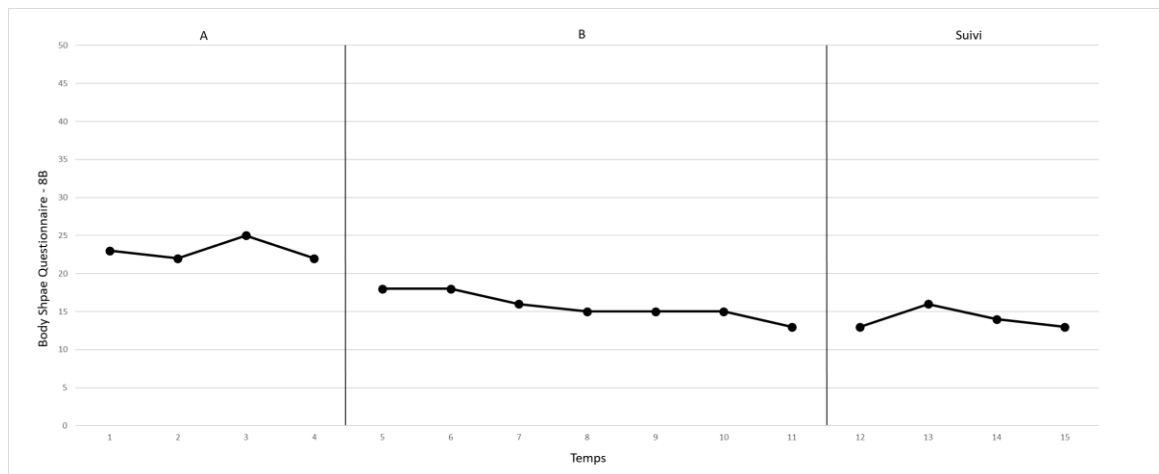
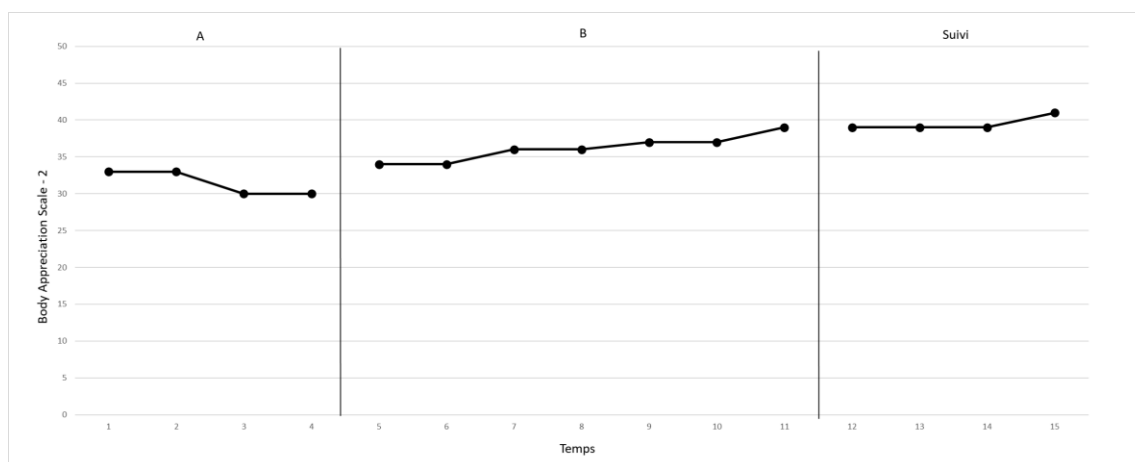


Figure 3*Moyenne du groupe : image corporelle positive*

chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation du score d'autocompassion en phase d'intervention (B) comparativement à la phase A et d'un score d'autocompassion qui demeure similaire en phase de suivi comparativement à la phase d'intervention (B). Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B en raison de l'augmentation des scores d'autocompassion dès le début de la phase d'intervention (B). Il ne semble pas y avoir d'effet immédiat entre la phase B et le suivi.

L'analyse visuelle de la figure 2 révèle, pour la moyenne des participantes femmes, une tendance stable au niveau de base (A). Une tendance descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative. Une tendance stable au suivi est observée. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase

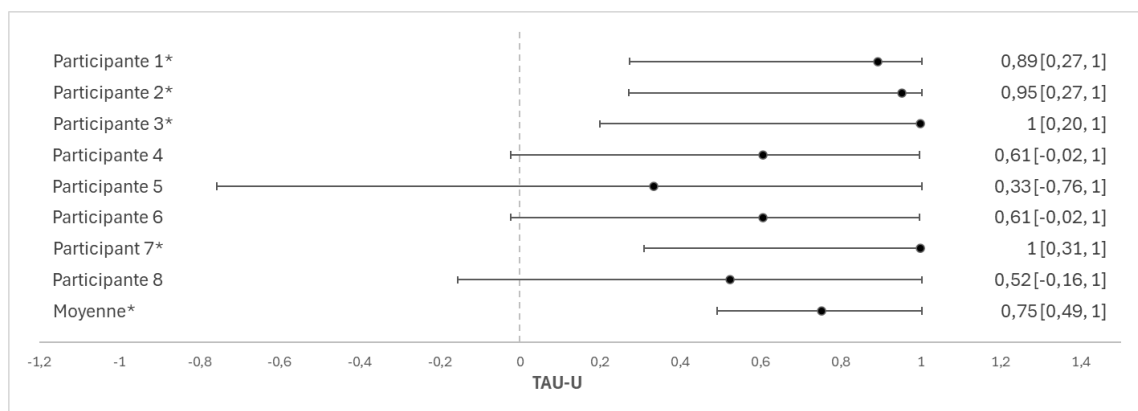
d'intervention ($M = 15,7$) et la phase de suivi ($M = 14$) comparativement à la phase A ($M = 23$). Ces résultats vont dans le sens d'une diminution du score d'image corporelle négative à partir de la phase d'intervention (B). La faible étendue dans chacune des phases suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, aucun (0 %) chevauchement n'est observé entre les phases A et B alors que toutes les données du suivi (100 %) chevauchent celles de la phase d'intervention (B). Ces résultats vont dans le sens d'une diminution du score d'image corporelle négative en phase d'intervention (B) comparativement à la phase A et d'un score d'image corporelle négative qui se stabilise à partir du suivi. Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B en raison de la diminution des scores d'image corporelle négative dès le début de la phase B. Un effet immédiat est aussi observé entre les phases B et suivi en raison de la stabilisation des données au suivi.

L'analyse visuelle de la figure 3 révèle une tendance légèrement descendante au niveau de base (A). Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'image corporelle positive. Une tendance stable au suivi est observée. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 36,1$) et la phase de suivi ($M = 39,5$) comparativement au niveau de base ($M = 31,5$). Ces résultats suggèrent une augmentation du score d'image corporelle positive à partir de la phase d'intervention (B). La faible étendue dans chacune des phases suggère une faible variabilité des données. Aussi, concernant l'analyse du chevauchement, aucun (0 %) chevauchement n'est observé

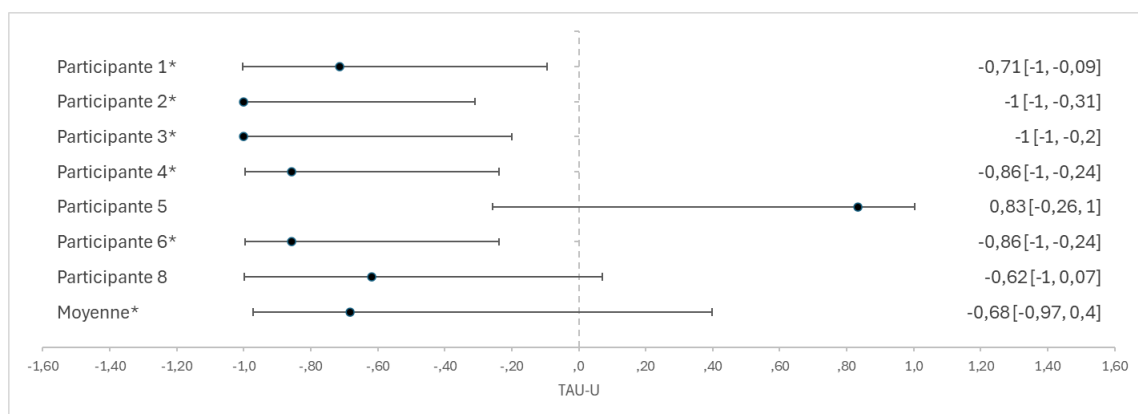
entre les phases A et B alors que 75 % des données du suivi chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation du score d'image corporelle négative en phase d'intervention (B) comparativement à la phase A et d'un score d'image corporelle similaire entre la phase B et de suivi. Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B due à l'augmentation du score d'image corporelle positive au début de la phase d'intervention (B). Une immédiateté des effets semble aussi présente entre la phase B et le suivi puisque les données se stabilisent au début du suivi.

En complément aux analyses visuelles, les figures 4, 5 et 6 présentent, pour chaque personne participante et pour la moyenne du groupe, les tailles d'effet (Tau-U) avec intervalles de confiance à 90 % entre les phases A et B pour les scores d'autocompassion, d'image corporelle négative pour les femmes et d'image corporelle positive.

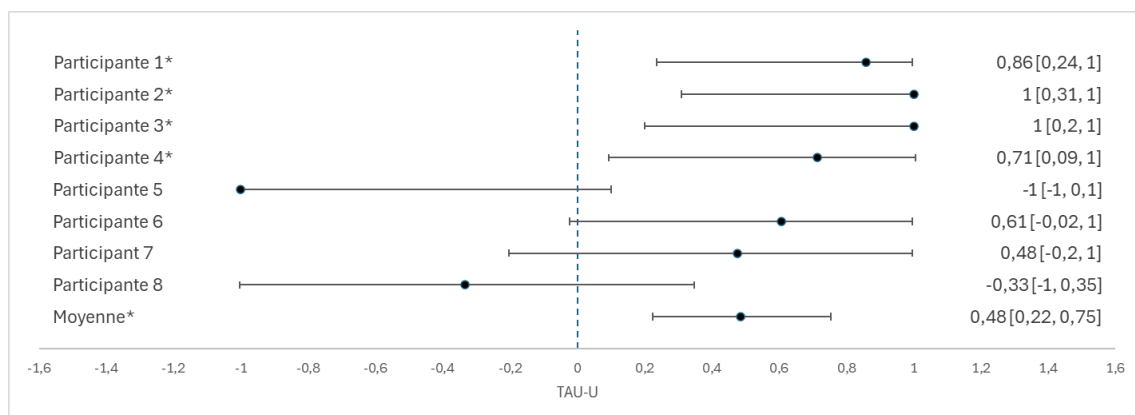
Pour les scores d'autocompassion (figure 4), tous les effets vont dans la direction attendue et ils se répartissent entre 0,33 (participante 5) et 1 (participante 3 et participant 7). La moyenne pondérée des personnes participantes suggère une taille d'effet significative de 0,75, IC à 90 %, [0,49, 1]. Parmi les personnes participantes, 4 (50 %) ont obtenu un résultat significatif, suggérant une augmentation de leur niveau d'autocompassion en phase B comparativement à la phase A. Il est à noter que la pente a dû être contrôlée pour la participante 6 en raison d'une tendance ascendante en phase A.

Figure 4*Taille d'effet (Tau-U) : autocompassion*

* = changements significatifs

Figure 5*Taille d'effet (Tau-U) : image corporelle négative*

* = changements significatifs

Figure 6*Taille d'effet (Tau-U) : image corporelle positive*

* = changements significatifs

Pour les scores d'image corporelle négative pour les femmes (figure 5), seule la participante 5 avait un effet n'allant pas dans le sens attendu. Ce résultat peut être attribuable au fait qu'elle n'avait qu'un temps de mesure en phase A. Les effets varient entre -1 (participants 2 et 3) et 0,83 (participante 5). La moyenne pondérée des participantes suggère une taille d'effet significative de -0,68, IC à 90 % [-0,97, 0,4]. Cinq participantes (71 %) ont eu un résultat significatif, suggérant une diminution de leur niveau d'image corporelle négative en phase B comparativement à la phase A. Compte tenu d'une tendance stable en phase A, selon le calculateur Tau-U, pour l'ensemble des participantes, aucune pente n'a été contrôlée.

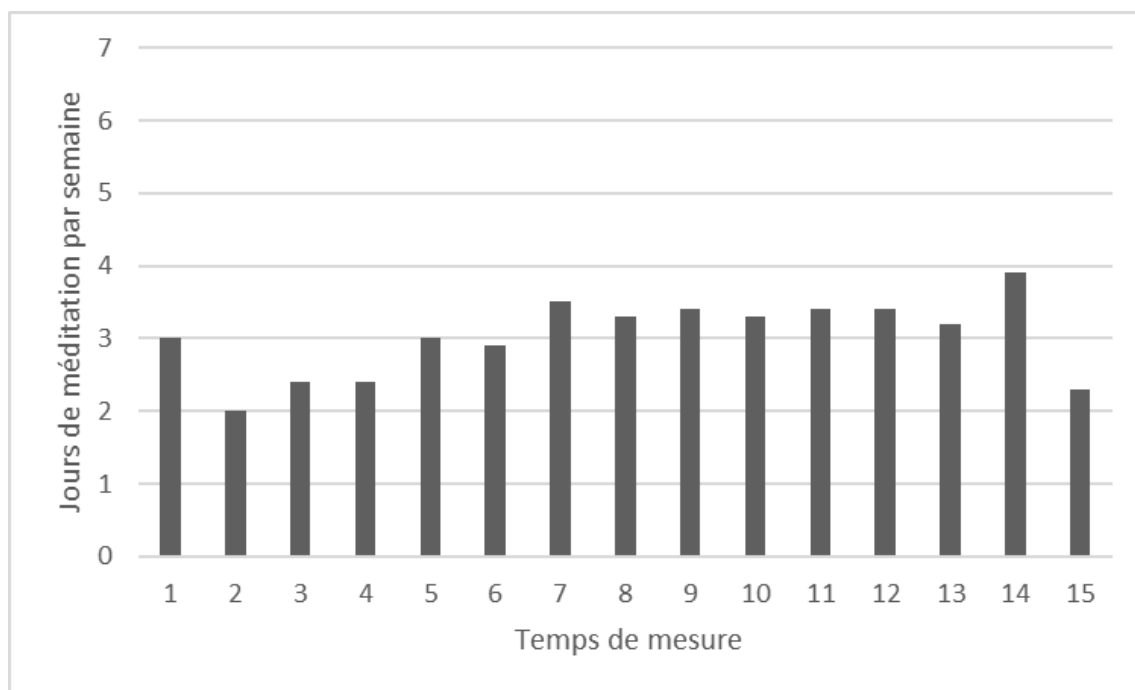
Pour les scores d'image corporelle positive (figure 6), deux participantes (5 et 8) avaient un effet n'allant pas dans le sens attendu. Les effets varient entre -1 (participante 5) et 1 (Participants 2 et 3). La moyenne pondérée des personnes participantes suggère

une taille d'effet significative de 0,48, IC à 90 %, [0,22, 0,75]. 4 personnes participantes (50 %) ont eu un résultat significatif, suggérant une augmentation de leur niveau d'image corporelle positive en phase B comparativement à la phase A. Compte tenu d'une tendance stable en phase A, selon le calculateur Tau-U, pour l'ensemble des personnes participantes, aucune pente n'a été contrôlée.

La figure 7 présente l'évolution de la fréquence de méditation hebdomadaire (jours par semaine) pour la moyenne des personnes participantes. Avant d'entamer le programme, la fréquence de pratique de méditation par semaine de l'ensemble des personnes participantes était variable, allant de zéro à 7 jours par semaine. Comparativement à la phase de pré-intervention (A), une augmentation de la fréquence de méditation est observée à la phase d'intervention (B), soit 3,3 fois au lieu de 2,5 fois. La fréquence de méditation au suivi est similaire à celle observée pendant la phase d'intervention (B), soit 3,2 fois. Ces résultats pourraient aller dans le sens d'un bon engagement envers les ateliers. En général, toutes les personnes participantes ont exprimé avoir vécu des situations stressantes à un moment ou un autre, telles que des conflits relationnels, des situations familiales difficiles, des événements inattendus, une charge de travail plus élevée, etc. Bien que ces événements de vie aient pu affecter négativement l'expérience des personnes participantes, il est peu probable que la moyenne des résultats ait été affectée puisque les analyses visuelles et quantitatives montrent des résultats positifs lors de la phase d'intervention.

Figure 7

Moyenne du groupe : fréquence hebdomadaire de méditation



Résultats pour chaque personne participante individuellement

Participant 1

La participante 1 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle cherchait des clés pour être plus en harmonie, douce et clémentine envers elle-même. Elle a participé aux 5 ateliers offerts. Elle a également complété les questionnaires toutes les semaines, sauf au temps 15. Les figures 8, 9 et 10 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive pour la participante 1.

Figure 8

Participant 1 : autocompassion

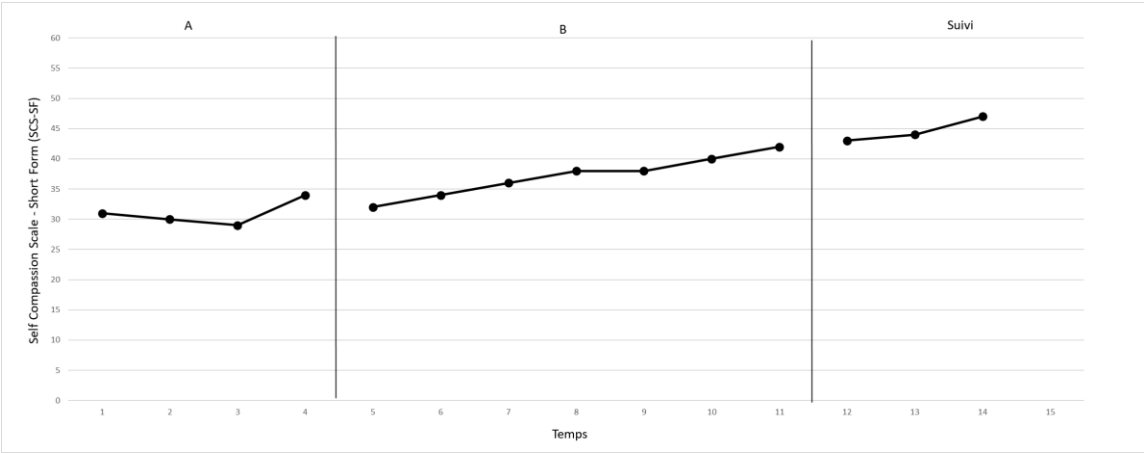


Figure 9

Participant 1 : image corporelle négative

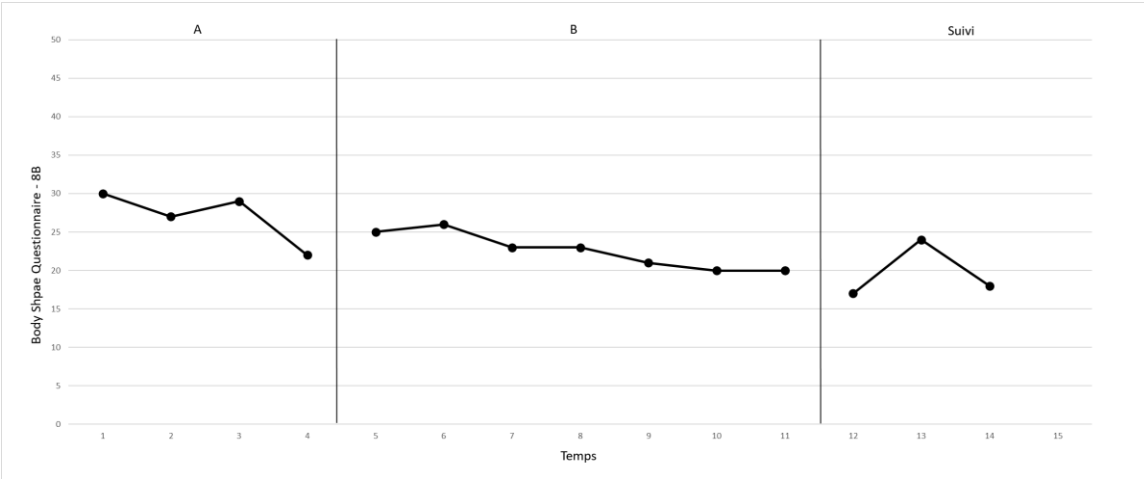
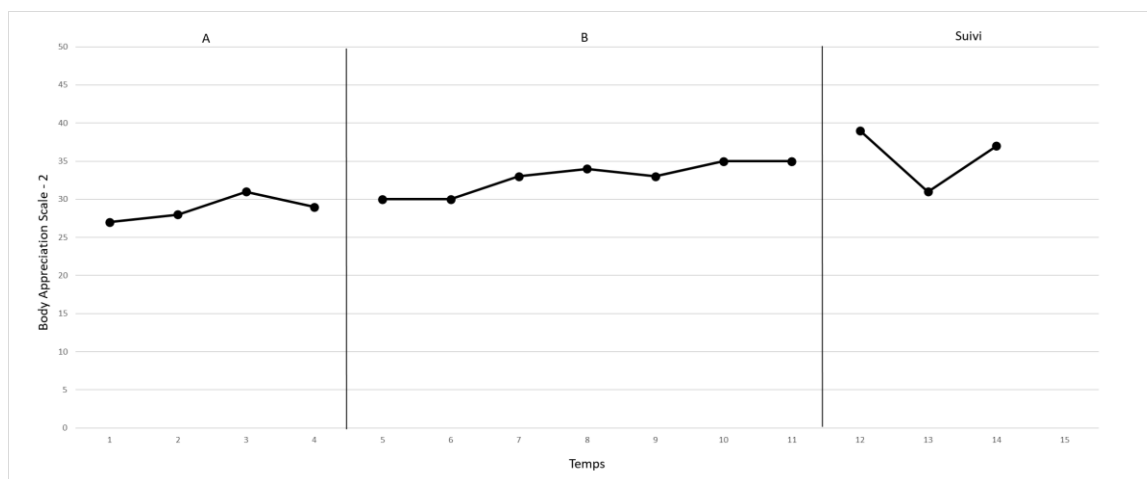


Figure 10*Participante 1 : image corporelle positive*

L'analyse visuelle de la figure 8 révèle une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) et au suivi, ce qui suggère une augmentation du score d'autocompassion. Ces observations sont en cohérence les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 0,89, IC à 90 %, [0,27, 1]. Il est toutefois difficile d'établir la tendance du niveau de base (A) puisqu'elle présente une pente descendante et une pente ascendante. Les analyses statistiques suggèrent néanmoins une tendance stable. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 37,1$) et la phase de suivi ($M = 44,7$) comparativement au niveau de base ($M = 34$). La faible étendue dans chacune des phases suggère une faible variabilité des données. Aussi, concernant l'analyse du chevauchement, 14,3 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 0 % des données au suivi chevauchent celle en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation

continue du score d'autocompassion, et ce, même après la fin de la phase d'intervention (B). Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre les phases A et B, suggérant une augmentation du score d'autocompassion au début du traitement. Aucune immédiateté des effets n'est observée entre les phases B et suivi, puisque les scores au début du suivi semblent augmenter au même rythme que les scores à la fin de la phase d'intervention (B).

L'analyse visuelle de la figure 9 révèle une tendance descendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de -0,71, IC à 90 %, [-1, -0,09]. Compte tenu de la pente ascendante et descendante présentes à la phase de suivi en raison d'une augmentation du score d'image corporelle négative au temps 13, il est difficile d'établir la tendance dans cette phase. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 22,6$) et la phase de suivi ($M = 19,7$) comparativement au niveau de base ($M = 27$). La faible étendue dans les phases A et B suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est observée en phase de suivi dû à l'augmentation du score d'image corporelle négative au temps 13. Concernant l'analyse du chevauchement, 57,1 % des données en phase B chevauchent celles en phase A alors que 33,3 % des données au suivi chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une diminution tardive des scores d'image corporelle

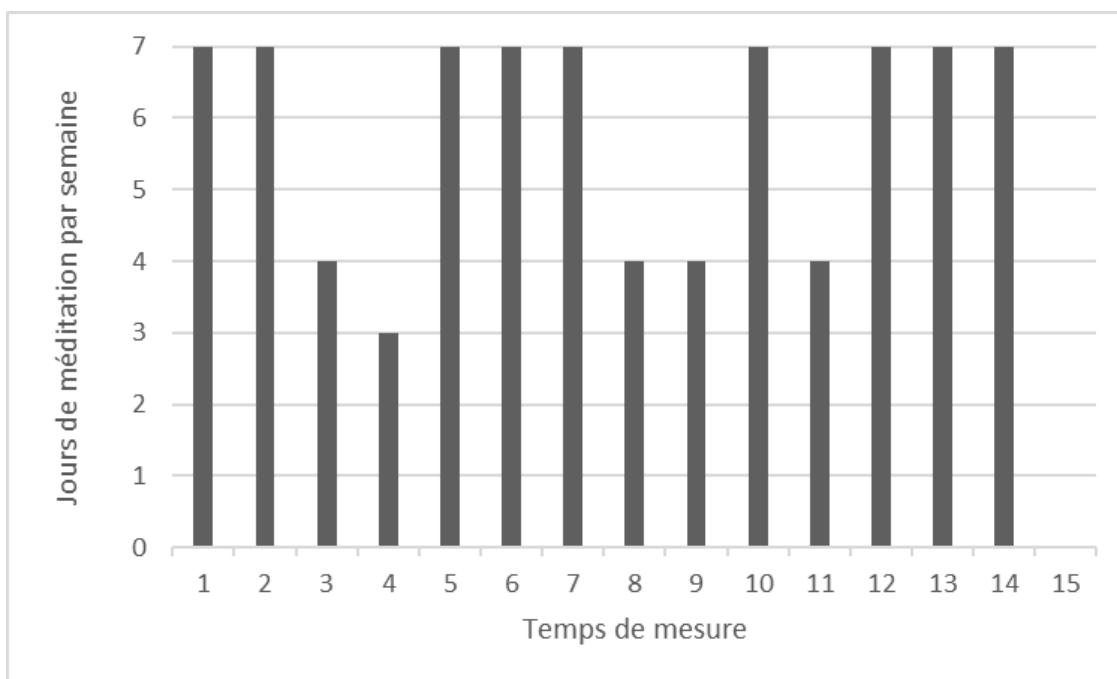
négative en phase B comparativement à la phase A et d'une diminution des scores d'image corporelle négative au suivi en comparaison à la phase B, si l'on ne tient pas compte du score plus élevé au temps 13. Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre les phases B et suivi, suggérant des résultats plus variables au terme de l'intervention. Aucun effet immédiat n'est observé entre la phase A et le début de la phase B.

L'analyse visuelle de la figure 10 révèle une tendance légèrement ascendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'image corporelle positive. Ces observations sont cohérentes avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 0,86, IC à 90 %, [0,24, 1]. En général, il semble avoir une tendance légèrement descendante au suivi bien qu'elle soit difficile à établir en raison de ses pentes descendantes et ascendantes attribuables à la diminution du score d'image corporelle positive au temps 13. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 32,9$) et la phase de suivi ($M = 35,7$) comparativement au niveau de base ($M = 28,8$). La faible étendue dans les phases A et B suggère peu de variabilité des données. Une variabilité est observée en phase de suivi dû à la diminution du score d'image corporelle positive au temps 13. Concernant l'analyse du chevauchement, 28,6 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 33,3 % des données au suivi chevauchent celles en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation des scores d'image corporelle positive en phase B comparativement à la

phase A et d'une augmentation de ceux-ci au suivi, si l'on ne tient pas compte du score plus bas au temps 13. Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre la phase B et le suivi, suggérant des résultats plus variables au terme de l'intervention. Aucun effet immédiat n'est observé entre la phase A et le début de la phase B.

La figure 11 présente l'évolution de la fréquence de méditation hebdomadaire (jours par semaine) pour la participante 1. Avant de commencer le programme, elle rapportait méditer depuis deux ans. Au moment d'entamer le programme, elle tentait d'intégrer dans son quotidien une heure de méditation le matin et une heure le soir. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 82 fois pendant les 14 semaines où elle a complété les questionnaires. La fréquence de méditation à la phase de pré-intervention (A) et d'intervention (B) sont similaire, soit respectivement de 5,3 et 5,7 fois par semaine. Une augmentation au suivi est constatée avec une moyenne de 7 fois par semaine. La fréquence de méditation de la participante 1 témoigne de son engagement dans les ateliers et en dehors de ceux-ci, ce qui peut avoir favorisé l'amélioration de ses scores détaillés plus haut.

Pendant cette période, la participante 1 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 5, 7, 8, 10 et 13. Ces événements se caractérisent généralement par des imprévus à gérer, par des problèmes de santé dans la famille, par des problèmes financiers ainsi que par une charge de travail et de responsabilités familiales élevée. Les problèmes financiers de la participante au temps 13 pourraient avoir eu une influence sur

Figure 11*Participante 1 : fréquence hebdomadaire de méditation*

l'augmentation du score d'image corporelle négative et la diminution du score d'image corporelle positive au temps 13. Au temps 14, la participante a participé, avec sa mère, à une retraite de yoga impliquant un volet de croissance personnelle. Cet événement concorde avec l'augmentation de la fréquence de méditation au suivi en plus de coïncider à la diminution du score d'image corporelle négative et à l'augmentation du score d'image corporelle positive au temps 14.

Au terme de du programme d'autocompassion, la participante 1 a rapporté son appréciation des ateliers notamment en ce qui concerne le climat de groupe et le « cocon

de douceur » que les rencontres ont créés pour elle. Elle rapporte avoir moins apprécié les partages en groupe. Elle a également exprimé les impacts positifs qu'ont eus ces ateliers sur ses pensées (augmentation du discours positif et bienveillant) et ses émotions (diminution de la critique interne et des exigences quant au corps qu'elle souhaiterait avoir). Elle n'observe pas de changements quant à ses comportements puisqu'elle nomme encore faire attention à son alimentation et s'entraîner en vue de perdre du poids. L'ensemble de ces changements rapportés par la participante sont en cohérence avec les changements observés aux échelles détaillées plus haut.

Participante 2

La participante 2 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle cherchait du soutien. Elle a participé aux 5 ateliers offerts. Elle a également complété les questionnaires toutes les semaines, sauf au temps 2. Les figures 12, 13 et 14 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive pour la participante 2.

L'analyse visuelle de la figure 12 révèle une tendance ascendante au niveau de base (A), bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante est également observée à la phase d'intervention (B) et au suivi, ce qui suggère une augmentation du score d'autocompassion. Ces observations sont en cohérence avec

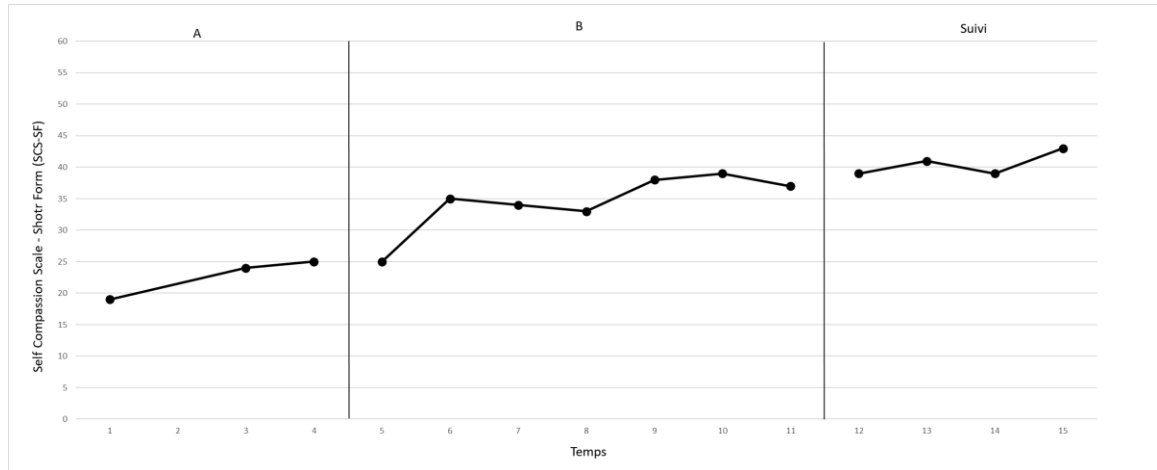
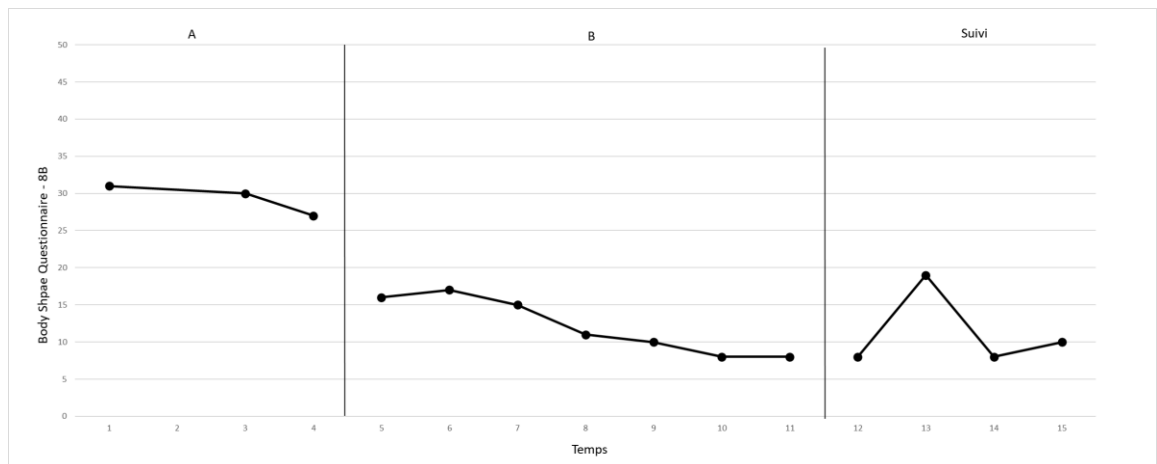
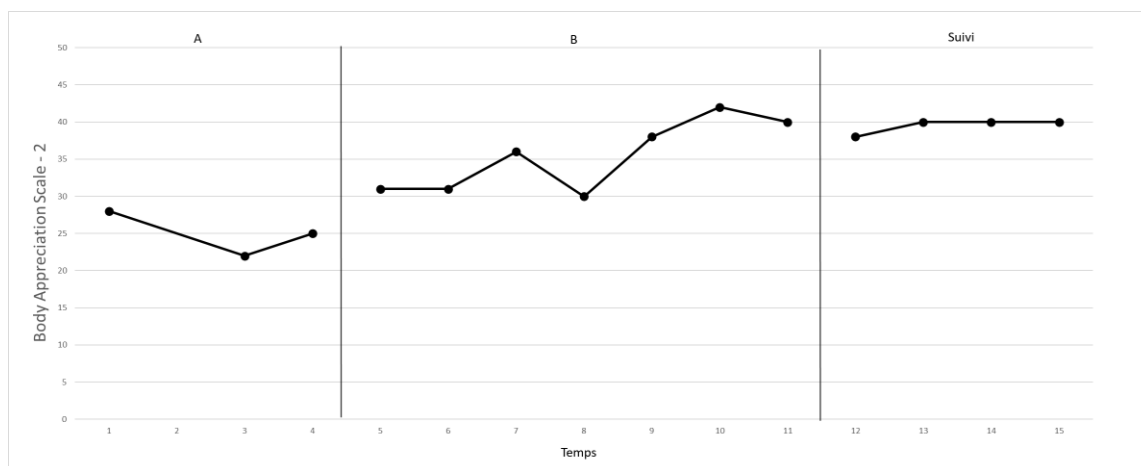
Figure 12*Participante 2 : autocompassion***Figure 13***Participante 2 : image corporelle négative*

Figure 14*Participante 2 : image corporelle positive*

les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 0,95, IC à 90 %, [0,27, 1]. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 34,4$) et la phase de suivi ($M = 40,5$) comparativement au niveau de base ($M = 22,7$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. La phase d'intervention (B) présente, quant à elle, plus de variabilité en raison d'une augmentation importante du score d'autocompassion au temps 6, suivi d'une diminution des scores jusqu'au temps 8, puis d'une ré-augmentation des scores à partir du temps 9. Concernant l'analyse du chevauchement, 14,3 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 50 % des données au suivi chevauchent celle en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation du score d'autocompassion à la phase B comparativement à la phase A et de résultats similaires au suivi. Enfin, une immédiateté des effets est présente entre les phases A et B, suggérant

une augmentation plus marquée du score d'autocompassion au début du traitement (B). Aucune immédiateté des effets n'est observée entre les phases B et suivi.

L'analyse visuelle de la figure 13 révèle une tendance descendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de -1, IC à 90 %, [-1, -0,31]. Compte tenu de la pente ascendante et descendante présente à la phase de suivi en raison d'une augmentation du score d'image corporelle négative au temps 13, il est difficile d'établir la tendance dans cette phase. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 12,1$) et la phase de suivi ($M = 11,3$) comparativement au niveau de base ($M = 29,3$). La faible étendue dans les phases A et B suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est toutefois observée en phase de suivi due à l'augmentation importante du score d'image corporelle négative au temps 13. Concernant l'analyse du chevauchement, aucune donnée (0 %) en phase B ne chevauche celles en phase A alors que 75 % des données au suivi chevauchent celles de la phase B. Le temps 13 présente une donnée extrême qui va au-delà du plus haut score observé dans la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une diminution des scores d'image corporelle négative en phase B comparativement à la phase A et d'une stabilisation des scores d'image corporelle négative au suivi, si l'on ne tient pas compte du score extrême. Enfin, une immédiateté des effets est présente entre les phases A et B,

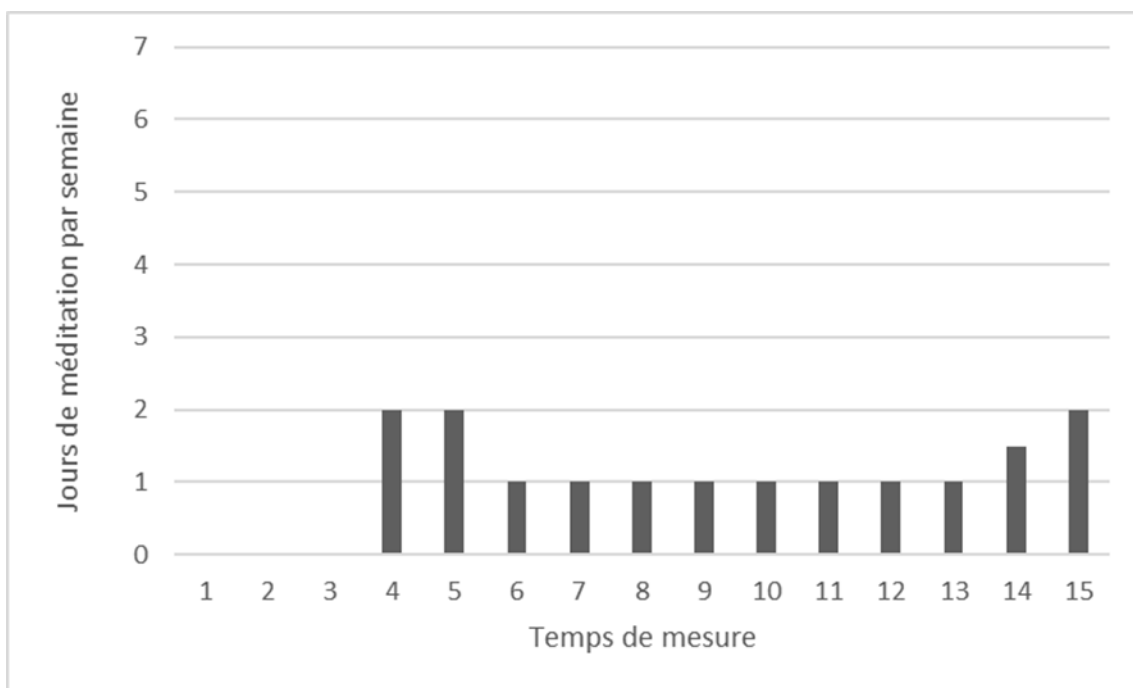
suggérant une diminution immédiate des scores d'image corporelle négative au début du traitement (B). Une immédiateté des effets est aussi observée entre les phases B et suivi, suggérant des résultats plus variables après la phase d'intervention (B).

L'analyse visuelle de la figure 14 révèle une tendance descendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère, une augmentation des scores d'image corporelle positive. Ces observations sont cohérentes avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 1, IC à 90 %, [0,31, 1]. Une tendance stable est observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 35,4$) et la phase de suivi ($M = 39,5$) comparativement au niveau de base ($M = 25$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est toutefois observée en phase B en raison de la diminution du score d'image corporelle positive de la participante au temps 8. Concernant l'analyse du chevauchement, aucune (0 %) donnée de la phase B ne chevauche celles de la phase A alors que toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation des scores d'image corporelle positive en phase B comparativement à la phase A et d'une stabilisation des scores au suivi. Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B, suggérant une augmentation immédiate des scores d'image corporelle positive au début du traitement (B). Une

immédiateté de l'effet est aussi observée entre les phases B et suivi puisque les données se stabilisent au terme de la phase d'intervention (B).

La figure 15 présente la fréquence de méditation hebdomadaire pour la participante 2. Elle ne rapporte aucune pratique antérieure de méditation avant de commencer le programme. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 16 fois pendant les 14 semaines où elle a complété les questionnaires. Comparativement à la phase de pré-intervention (A), une légère augmentation de la fréquence moyenne de méditation est observée à la phase d'intervention (B), soit 1,1 fois au lieu de 0,5 fois. La fréquence moyenne de méditation par semaine au suivi est similaire à la phase d'intervention, soit 1,3.

Pendant cette période, la participante 2 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 1, 4, 5, 7, 8, 9, 13 et 15. Ces événements se caractérisent généralement par des stressors associés à l'université (nouvelle session, cours et examens), mais aussi par des émotions fortes associées à une plaisanterie ayant mal tournée, des disputes, un sentiment de solitude ainsi que des problèmes financiers et familiaux. Les disputes et le sentiment de solitude ressentis au temps 8 pourraient avoir contribué à la diminution des scores d'autocompassion et d'image corporelle positive de la participante à ce même temps de mesure. Une dispute de couple ainsi que des problèmes familiaux aux temps 13 pourraient, quant à eux, avoir contribué à l'augmentation du score d'image corporelle négative de la participante au temps 13.

Figure 15*Participante 2 : fréquence hebdomadaire de méditation*

Au terme du programme d'autocompassion, la participante 2 a rapporté son appréciation quant à plusieurs éléments des ateliers (climat de groupe, méditations guidées, partages en groupe, réflexions guidées et poèmes partagés à la fin). L'intérêt de la participante envers le programme en général a pu favoriser son engagement dans celui-ci et être en lien avec les résultats détaillés plus haut. Elle rapporte avoir moins apprécié la méditation du scan corporel compatissant. Elle a également exprimé les impacts positifs qu'ont eus les ateliers sur ses pensées (plus d'humanité commune, soit plus grande indulgence envers soi-même comme elle peut l'être avec un ami), ses émotions (capacité à légitimer, à comprendre et à calmer ses émotions grâce à la méditation) et ses

comportements (diminution de la surveillance du corps orientée vers ses yeux et ses bourrelets). L'ensemble de ces changements rapportés par la participante sont en cohérence avec les changements observés aux échelles détaillées plus haut.

Participante 3

La participante 3 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle souhaitait avoir plus confiance en elle-même et découvrir de nouvelles choses. Dans l'ensemble, elle a participé à 3 ateliers sur 5. Plus précisément, elle a été absente au premier et au quatrième atelier. Elle a également complété les questionnaires à 12 temps de mesures sur 15. Les mesures des temps 3, 4 et 13 sont manquantes. Pour cette participante, les résultats aux analyses visuelles et quantitatives devront être interprétés avec précaution. Dans ce sens, un effet plancher et plafond est observé puisqu'elle a coché la réponse minimale ou maximale à toutes les questions des questionnaires à différents temps de mesure. De plus, la participante ne possède que 2 temps de mesures dans la phase A alors qu'il importe d'avoir au moins 3 temps de mesure dans cette phase pour conclure en un effet significatif du traitement (Kratochwill et al., 2010). Les figures 16, 17 et 18 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive de la participante 3.

L'analyse visuelle de la figure 16 révèle une tendance ascendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance

Figure 16

Participant 3 : autocompassion

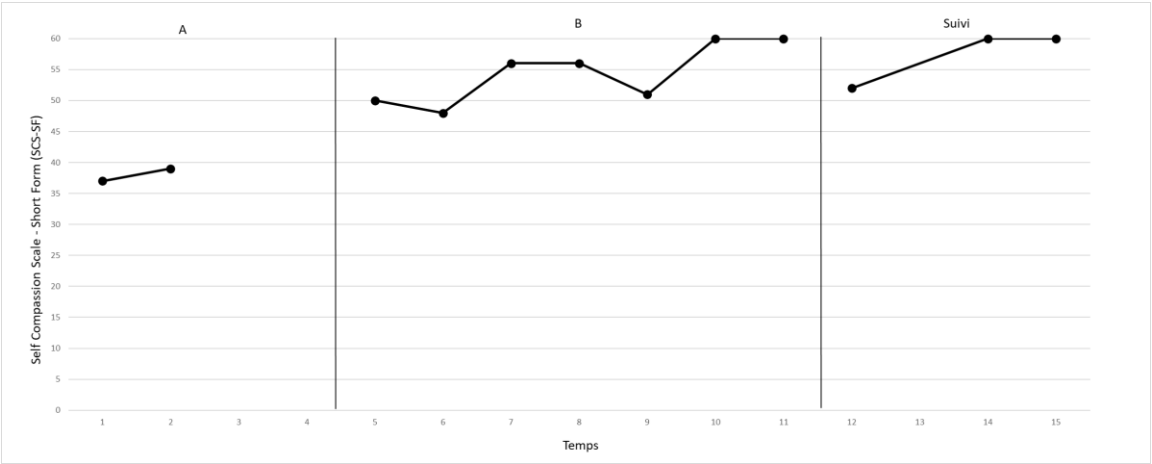


Figure 17

Participant 3 : image corporelle négative

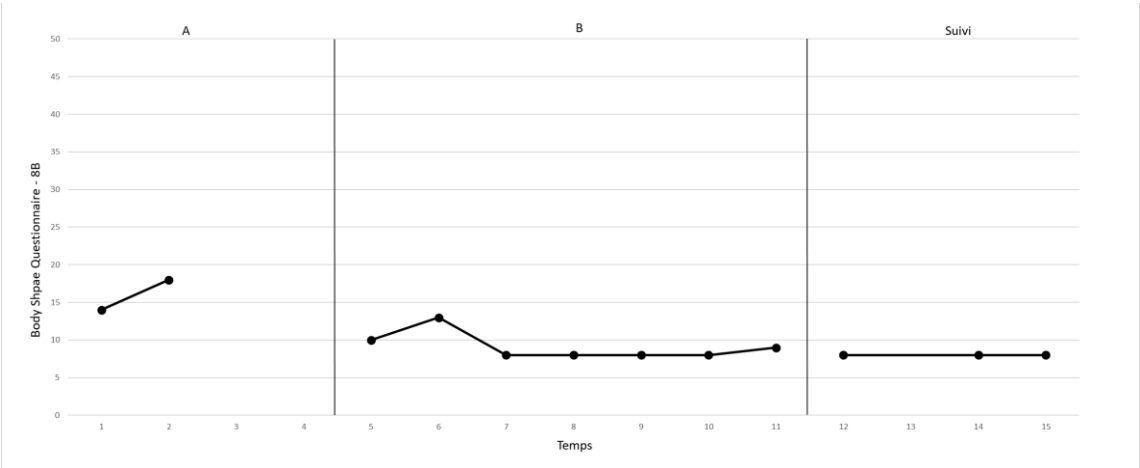
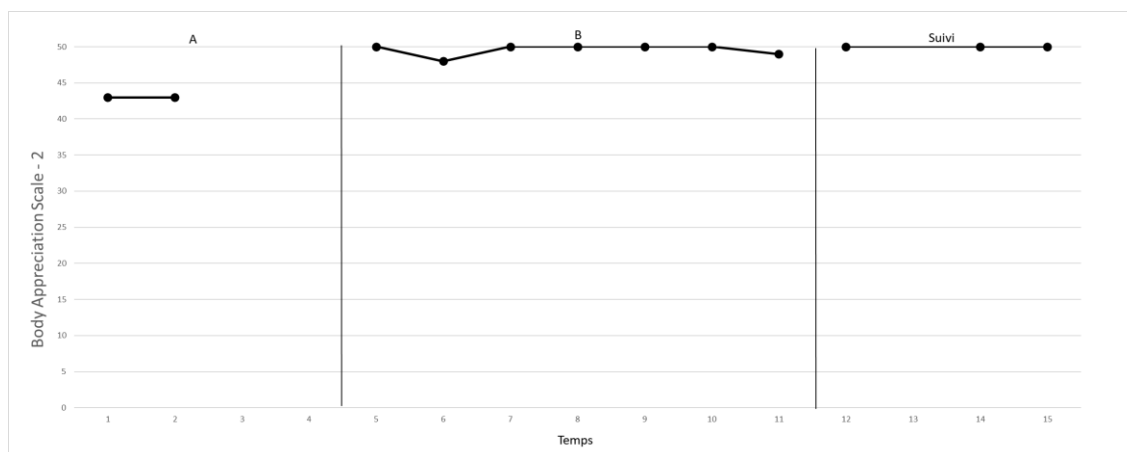


Figure 18*Participante 3 : image corporelle positive*

ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'autocompassion. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 1, IC à 90 %, [0,2, 1]. Une tendance stable, quoique légèrement ascendante, est observée au suivi, suggérant une stabilisation des scores d'autocompassion de la participante 3. Ces données sont à interpréter avec précaution, puisque la participante 3 présente un score maximal (60) d'autocompassion qui ne peut être amélioré. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 54,4$) et la phase de suivi ($M = 57,3$) comparativement au niveau de base ($M = 38$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggèrent une faible variabilité des données. Une variabilité est présente dans la phase d'intervention (B) en raison d'une diminution des scores d'autocompassion aux temps 6 et 9. Concernant l'analyse du chevauchement, 0 % des données de la phase B

chevauchent celles de la phase A suggérant une augmentation des scores d'autocompassion au début du traitement. Toutefois, les données manquantes aux temps 3 et 4 rendent difficile la confirmation de cette observation. 100 % des données au suivi chevauchent celles de la phase d'intervention (B), ce qui suggère une stabilisation des scores d'autocompassion au suivi. Dans ce sens, la participante 3 avait déjà atteint le score maximal (60) d'autocompassion aux temps 10 et 11. Compte tenu de l'absence de scores aux temps 3 et 4, il n'est pas possible de conclure en un effet immédiat du programme sur le score d'autocompassion de la participante 3. Aucune immédiateté de l'effet ne semble non plus présente entre les phases B et suivi puisque les données demeurent stables de la fin de la phase B jusqu'au suivi.

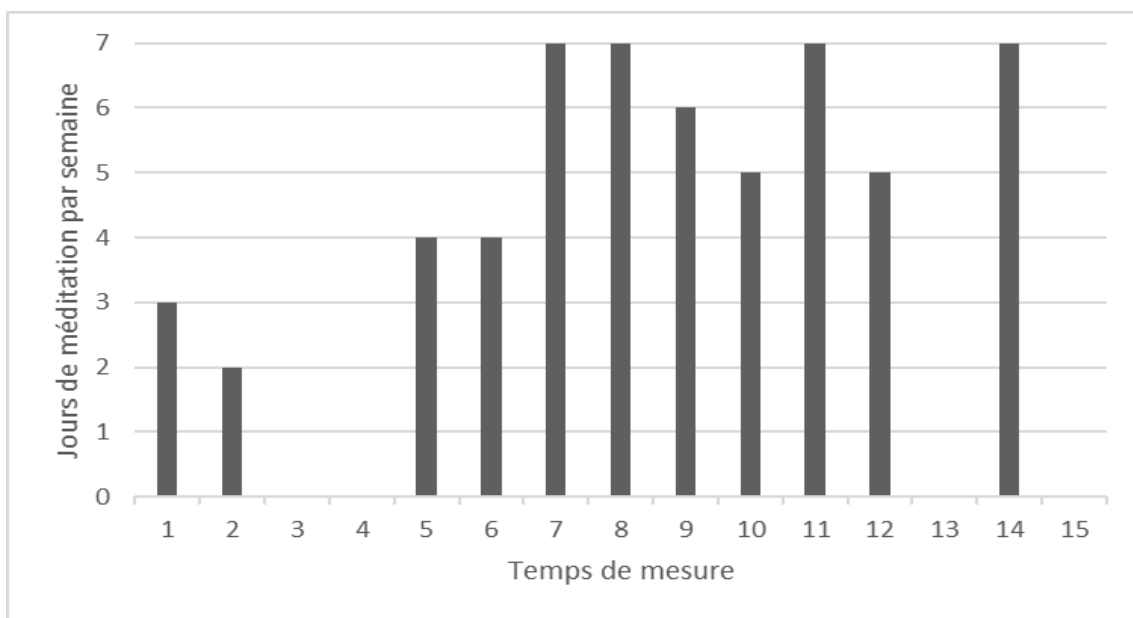
L'analyse visuelle de la figure 17 révèle une tendance ascendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance descendante (T5 à T7) puis stable (T7 à T11) à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère, une diminution des scores d'image corporelle négative puis une stabilisation de ceux-ci. Dans ce sens, ayant atteint le score minimal (8) d'image corporelle positive à partir du temps 7, les scores de la participante ne pouvaient continuer à diminuer. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de -1, IC à 90 %, [-1, -0,2]. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 9,1$) et la phase de suivi ($M = 8$) comparativement au niveau de base ($M = 16$). La faible étendue dans chacune des phases suggère une faible variabilité des données.

Concernant l'analyse du chevauchement, 0 % des données en phase B chevauchent celles en phase A, suggérant une diminution des scores d'image corporelle négative au début du traitement. Toutefois, les données manquantes aux temps 3 et 4 rendent difficile la confirmation de cette observation. De plus, toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles de la phase d'intervention (B), ce qui suggère une stabilisation des scores d'image corporelle négative au suivi. Dans ce sens, la participante 3 avait déjà atteint le score minimal (8) d'autocompassion au temps 7. Compte tenu de l'absence de scores aux temps 3 et 4, il n'est pas possible de conclure en un effet immédiat du programme sur le score d'image corporelle négative de la participante 3. Aucune immédiateté de l'effet ne semble non plus présente entre les phases B et suivi puisque les données demeurent stables de la moitié de la phase B jusqu'au suivi.

L'analyse visuelle de la figure 18 révèle une tendance stable au niveau de base (A), ce qui est cohérent avec les analyses statistiques. Une tendance stable correspondant au score maximal d'image corporelle positive (50) est également observée aux phases B et suivi. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 49,6$) et la phase de suivi ($M = 50$) comparativement au niveau de base ($M = 43$). Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 1, IC à 90 %, [-0,2, 1]. La quasi-absence d'étendue dans chacune des phases suggère des résultats stables à travers le temps. Concernant l'analyse du chevauchement, 0 % des données en phase B chevauchent celles en phase A suggérant une augmentation des scores d'image corporelle

positive au début du traitement (B). Toutefois, les données manquantes aux temps 3 et 4 rendent difficile la confirmation de cette observation. De plus, toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles de la phase d'intervention (B), ce qui suggère une stabilisation des scores d'image corporelle positive au suivi. Dans ce sens, la participante 3 avait déjà atteint le score maximal (50) d'image corporelle positive au temps 5. Compte tenu de l'absence de scores aux temps 3 et 4, il n'est pas possible de conclure en un effet immédiat du programme sur le score d'image corporelle positive de la participante 3. Aucune immédiateté de l'effet n'est présente entre les phases B et suivi puisque les données demeurent stables du début de la phase B jusqu'au suivi.

La figure 19 présente l'évolution de la fréquence de méditation hebdomadaire (jours par semaine) pour la participante 3. Avant de commencer le programme, elle rapportait avoir une pratique de méditation de 15 à 20 minutes par jour. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 57 fois pendant les 12 semaines où elle a complété les questionnaires. Il est à noter que pendant le temps 15, la participante n'a pas répondu à la question portant sur la fréquence hebdomadaire de méditation. Il peut s'agir d'un oubli ou d'une omission volontaire. La fréquence hebdomadaire de méditation à la phase A est plus basse (2,5) que celles en phase d'intervention (5,71) et de suivi (6), ce qui suggère une augmentation de la pratique de méditation à partir de la phase d'intervention (B) ainsi qu'un bon engagement dans les ateliers et en dehors de ceux-ci. Cet engagement soutenu pendant la durée du programme pourrait avoir contribué au maintien de scores élevés aux différentes échelles telles que détaillées plus haut.

Figure 19*Participante 3 : fréquence hebdomadaire de méditation*

Pendant cette période, la participante 3 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 6, 7, 9, 11, 14 et 15. Elle n'a cependant jamais détaillé la source des événements stressants pour elle. Il est donc difficile d'établir un lien entre les événements vécus et les résultats obtenus aux échelles d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive.

Au terme du programme d'autocompassion, la participante 3 a rapporté son appréciation des ateliers en ce qui concerne le climat du groupe et les méditations guidées. Elle a également apprécié les moments d'autocompassion envers elle-même. Elle n'a pas rapporté d'éléments moins appréciés. La participante a exprimé des impacts positifs du

programme sur ses comportements (s'accepte comme elle est et remercie davantage son corps) et sur ses pensées. Elle n'a toutefois pas détaillé la nature des changements sur ses pensées. La participante n'a pas répondu à la question portant sur les impacts du programme sur ses émotions.

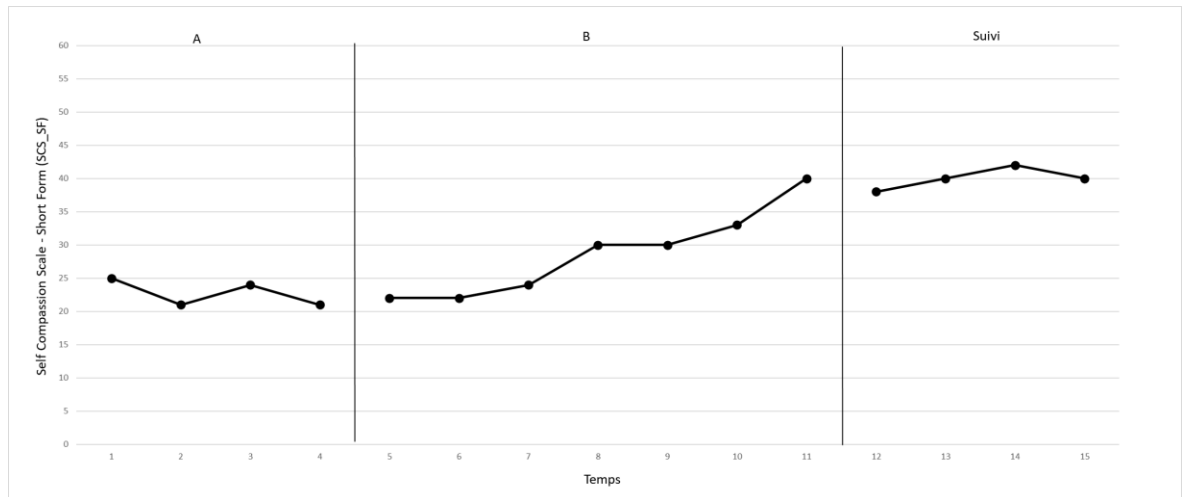
Participante 4

La participante 4 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle cherchait à être plus à l'écoute d'elle-même et à moins se dévaloriser. Dans l'ensemble, elle a participé aux 5 ateliers offerts et elle a complété les questionnaires à tous les temps de mesure. Les figures 20, 21 et 22 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive pour la participante 4.

L'analyse visuelle de la figure 20 révèle une tendance relativement stable au niveau de base (A), ce qui est en cohérence avec les analyses statistiques. Une tendance ascendante est observée à la phase d'intervention (B), ce qui suggère une augmentation du score d'autocompassion comparativement à la phase A. Toutefois, les analyses Tau-U, avec une taille d'effet de 0,61, IC à 90 %, [-0,02, 1], ne suggèrent pas de résultats significatifs. Une tendance légèrement ascendante est aussi observée au suivi, ce qui suggère que les scores d'autocompassion de la participante continuent d'augmenter après la phase d'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une

Figure 20

Participante 4 : autocompassion

**Figure 21**

Participante 4 : image corporelle négative

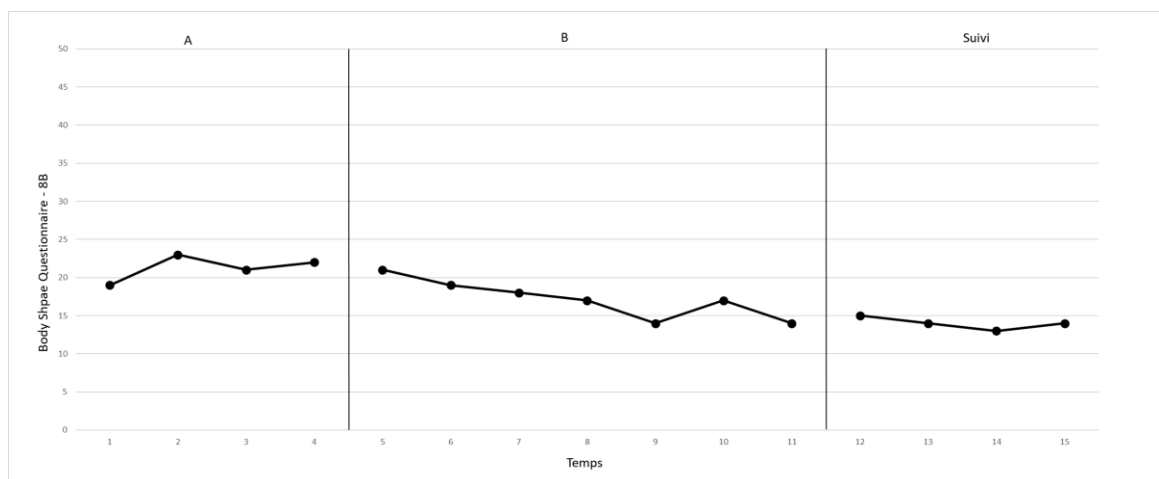
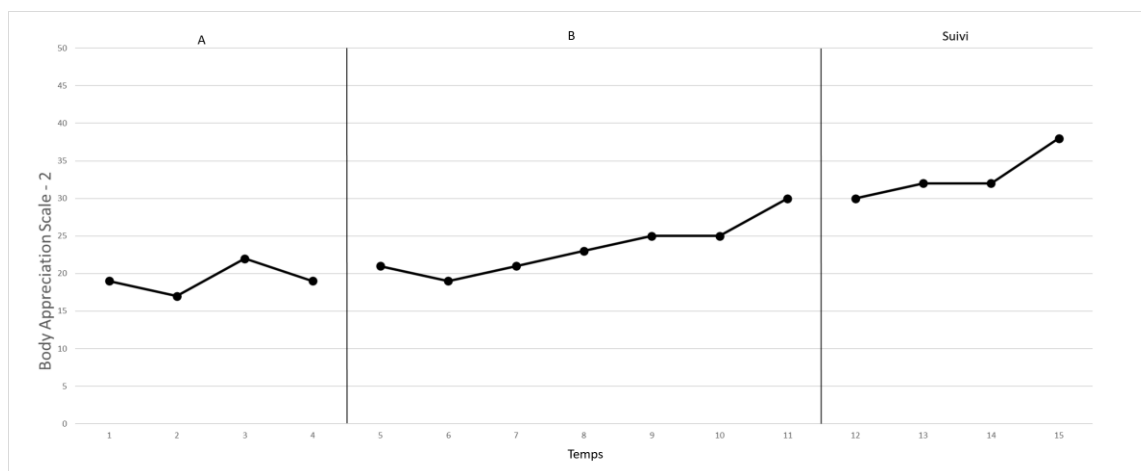


Figure 22*Participante 4 : image corporelle positive*

amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 28,7$) et la phase de suivi ($M = 40$) comparativement au niveau de base ($M = 22,8$). La faible étendue dans l'ensemble des phases suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, 48,8 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 75 % des données au suivi chevauchent celle en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation tardive du score d'autocompassion à la phase B comparativement à la phase A, ce qui peut expliquer les résultats non-significatifs des analyses Tau-U. Ces résultats suggèrent aussi des résultats similaires entre la phase B et le suivi. Enfin, l'analyse de l'immédiateté suggère que l'effet du programme sur le score d'autocompassion de la participante 4 n'est pas immédiat. Une immédiateté de l'effet serait observable entre les phases B et suivi puisque les données au suivi continuent d'augmenter, mais plus lentement.

L'analyse visuelle de la figure 21 révèle une tendance légèrement ascendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de -0,86, IC à 90 %, [-1, -0,24]. Une tendance descendante est également observée au suivi, ce qui suggère que les scores d'image corporelle négative de la participante continuent à diminuer après la phase d'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 17,1$) et la phase de suivi ($M = 14$) comparativement au niveau de base ($M = 21,3$). La faible étendue dans l'ensemble des phases suggère une faible variabilité des données. Une légère variabilité est toutefois présente en phase B due à l'augmentation du score d'image corporelle négative au temps 10. Concernant l'analyse du chevauchement, 28,6 % des données en phase B chevauchent celles en phase A alors que 75 % des données au suivi chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une diminution des scores d'image corporelle négative en phase B comparativement à la phase A et de résultats similaires entre la phase B et le suivi. Enfin, une immédiateté des effets est présente entre les phases A et B, suggérant une diminution des scores d'image corporelle négative au début du traitement (B). Une immédiateté des effets n'est pas observée entre les phases B et suivi.

L'analyse visuelle de la figure 22 révèle une tendance relativement stable au niveau de base (A), ce qui est en cohérence avec les analyses statistiques. Une tendance

ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'image corporelle positive. Ces observations sont cohérentes avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 0,71, IC à 90 %, [0,09, 1]. Une tendance ascendante est aussi observée au suivi, ce qui suggère que les scores d'image corporelle positive de la participante continuent d'augmenter après la phase d'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 23,4$) et la phase de suivi ($M = 33$) comparativement au niveau de base ($M = 19,3$). La faible étendue dans les phases d'intervention et de suivi suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est toutefois observée en phase A en raison de la diminution du score d'image corporelle positive au temps 2 et d'une augmentation de celle-ci au temps 3. Concernant l'analyse du chevauchement, 42,8 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation plus tardive du score d'image corporelle positive à la phase B comparativement à la phase A. De plus, 25 % des données au suivi chevauchent celles de la phase d'intervention (B), ce qui suggère que les scores d'image corporelle positive de la participante 4 continuent d'augmenter après l'intervention (B). Enfin, l'analyse de l'immédiateté suggère que l'effet du programme sur le score d'image corporelle positive pour la participante 4 n'est pas immédiat. Une immédiateté de l'effet ne serait pas observable entre les phases B et suivi puisque les données à la fin de la phase B augmentent de manière similaire à celles au début du suivi. La figure 23 présente la fréquence de méditation hebdomadaire pour la participante 4. Celle-ci a rapporté avoir une pratique de méditation avant d'entamer le programme. Elle

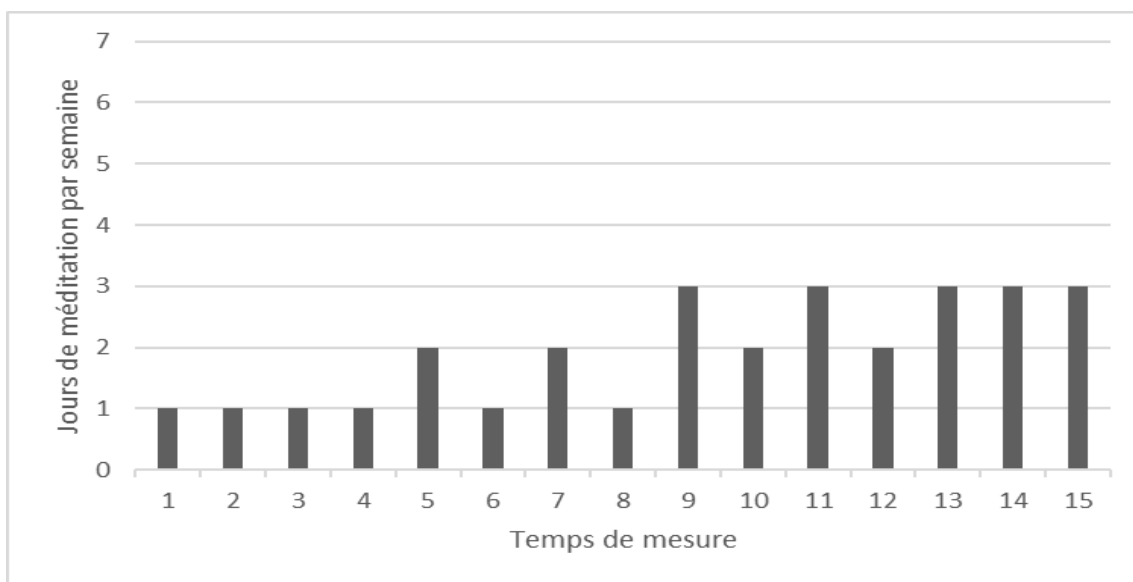
n'a pas spécifié la nature ni la fréquence de cette pratique. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 29 fois pendant les 15 semaines. Une augmentation de la fréquence hebdomadaire moyenne de méditation est observée à la phase d'intervention (2), puis au suivi (2,75) comparativement à la phase A (1). Le début des ateliers pourrait être en lien avec l'augmentation de la fréquence de méditation hebdomadaire de la participante. Ces résultats témoignent également de son engagement envers le programme et en dehors des séances, ce qui peut avoir contribué à l'amélioration de ses scores aux différentes échelles mentionnées plus haut.

Pendant cette période, la participante 4 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 2, 4, 5, 7, 9, 11, 14 et 15. Ces événements se caractérisent surtout par des stressors associés aux examens dans ses cours à l'université, mais aussi par de la distance avec sa famille ainsi qu'une critique d'une personne extérieure sur une situation où elle n'avait pas le contrôle. Ces événements pourraient avoir eu une influence sur les résultats détaillés plus haut et peut-être expliquer les changements tardifs observés sur son score d'autocompassion.

Au terme du programme, la participante a rapporté son appréciation quant au scan corporel compatissant. Elle ne rapporte aucun élément moins apprécié. Elle a également exprimé les impacts positifs qu'ont eus les ateliers sur ses pensées (discours interne plus positif ainsi qu'une augmentation de l'appréciation corporelle qui se témoigne par une plus grande conscience de ce que son corps peut réaliser au quotidien) et ses émotions

Figure 23

Participant 4 : fréquence hebdomadaire de méditation



(meilleure image d'elle-même et développement de pensées plus positives). La participante exprime également mieux se comporter envers elle-même sans détailler la nature de ses comportements. Ces changements sont en cohérence avec les changements observés aux échelles détaillées plus haut.

Participant 5

La participante 5 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle souhaitait développer des trucs et des astuces pour méditer en plus de se sentir mieux dans sa peau. Dans l'ensemble, elle a participé à 4 ateliers sur 5. Plus précisément, elle a été absente au dernier

atelier. Elle a complété les questionnaires à 10 temps de mesures sur 15. Les mesures des temps 1, 3, 4, 10 et 14 sont manquantes. Comme la participante ne possède qu'un temps de mesures dans la phase A, il ne sera pas possible de conclure en un effet significatif du programme sur ses scores différents. De plus, pour l'ensemble de ces variables, il ne sera pas possible de réaliser l'analyse de la tendance et de la variabilité en phase A, de même que l'analyse du chevauchement et de l'immédiateté entre les phases A et B. Le reste des analyses statistiques et visuelles sera présenté, mais leur interprétation nécessite une grande prudence. Les figures 24, 25 et 26 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive de la participante 5.

L'analyse visuelle de la figure 24 révèle une tendance stable à la phase d'intervention (B). Ces résultats suggèrent que les scores d'autocompassion de la participante n'ont pas augmenté à l'intérieur de la phase d'intervention, ce qui est en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet non-significative de 0,33, IC à 90 %, [-0,76, 1]. Une tendance légèrement ascendante est, quant à elle, observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, celle-ci est similaire pour chacune des phases, soit respectivement de 39 (A), 39,5 (B) et 40,3 (suivi), ce qui ne suggère pas d'amélioration. La faible étendue dans les phases B et suivi suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, 66,7 % des données au suivi chevauchent celle en phase B, ce qui suggère que les données au suivi sont similaires à celles de la phase

Figure 24

Participante 5 : autocompassion

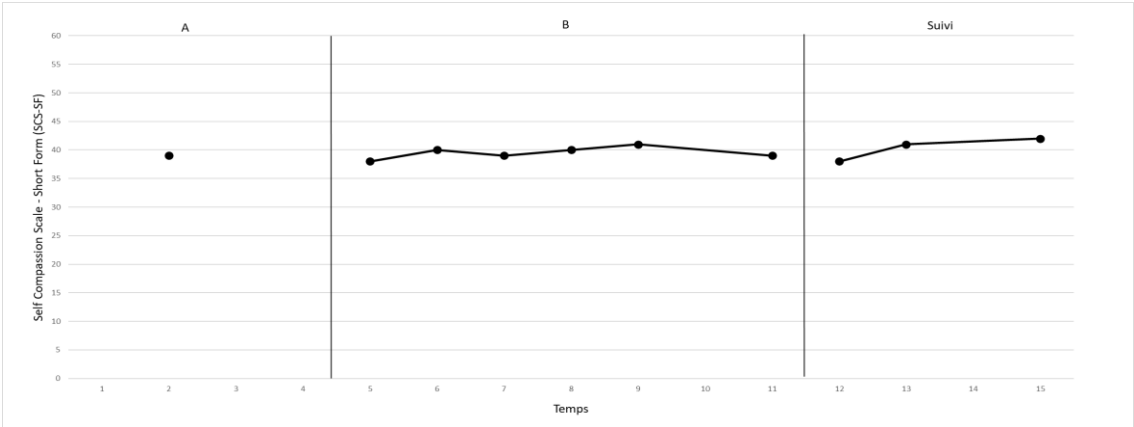


Figure 25

Participante 5 : image corporelle négative

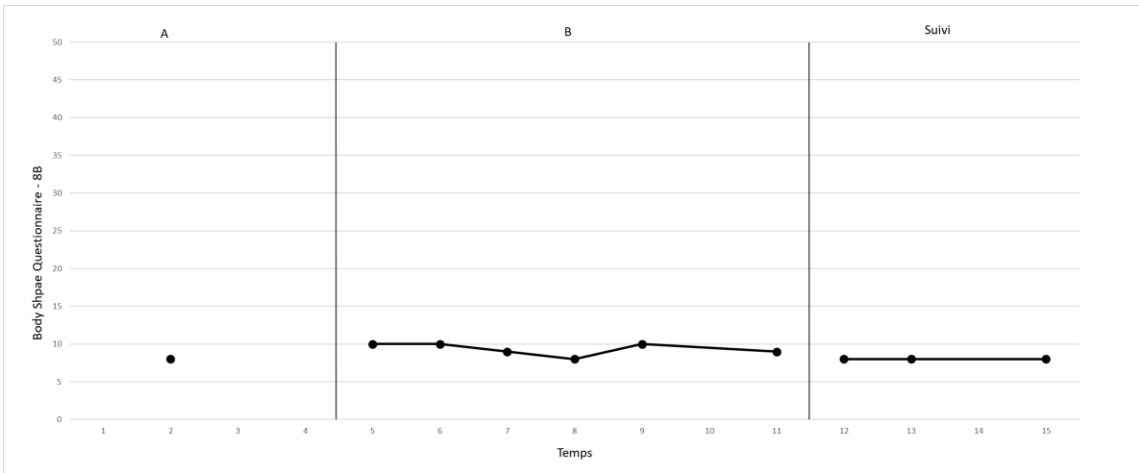
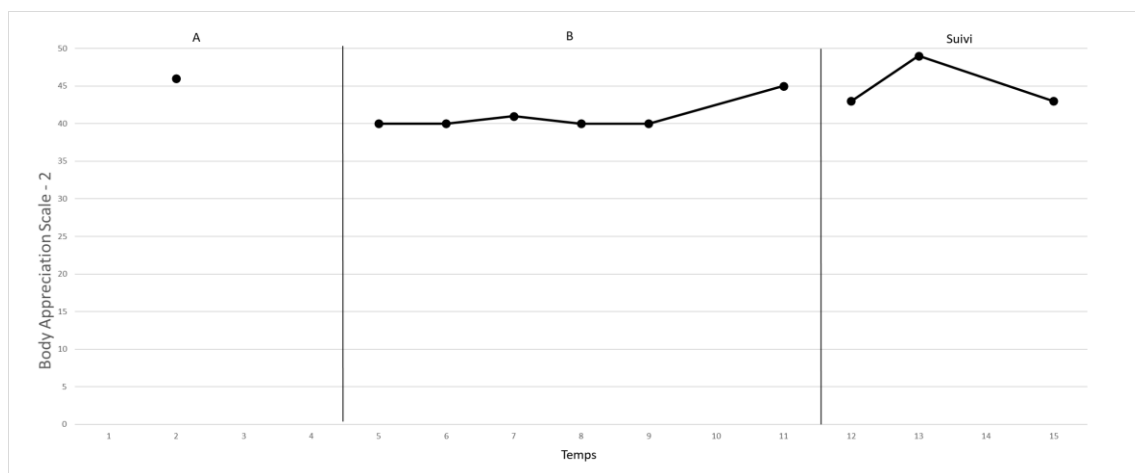


Figure 26*Participante 5 : image corporelle positive*

d'intervention (B). En raison de cette similitude, aucune immédiateté des effets n'est observée entre ces phases.

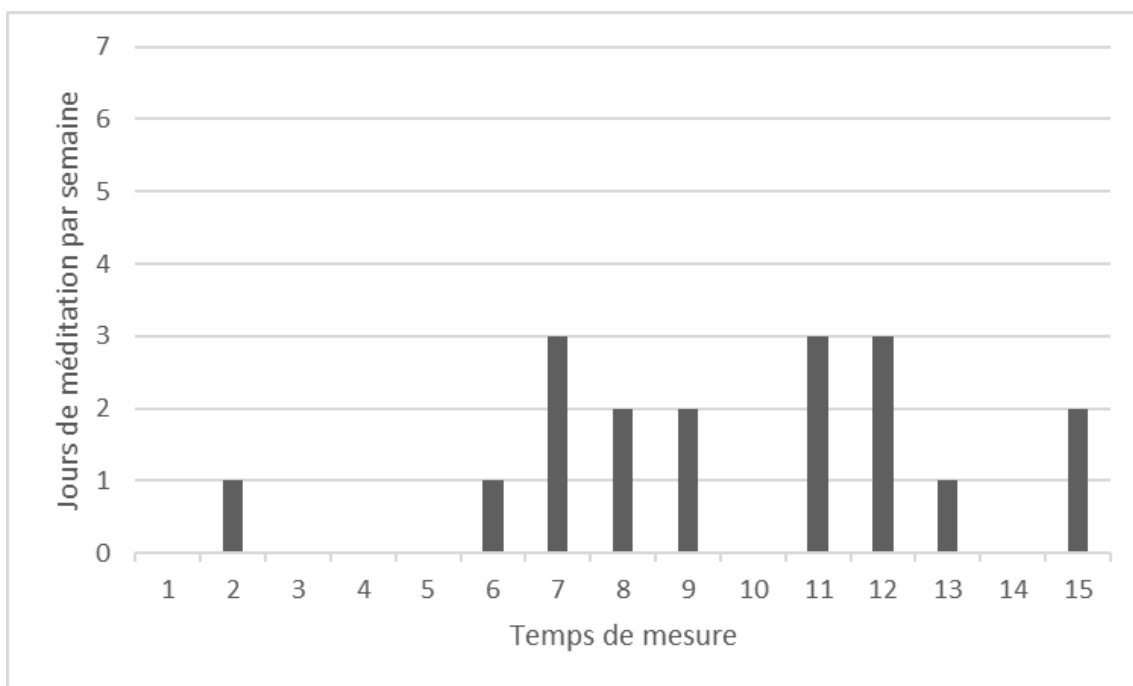
L'analyse visuelle de la figure 25 révèle une tendance stable à la phase d'intervention (B). Ces résultats suggèrent que les scores d'image corporelle négative de la participante n'ont pas diminué pendant la phase d'intervention. Étant donné que la participante avait déjà un score très bas d'image corporelle négative, cela pourrait expliquer en quoi le programme n'a pu permettre une diminution de ces scores à travers le temps. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet non significative de 0,83, IC à 90 %, [-0,26, 1]. De plus, l'effet ne va pas dans le sens attendu (suggère une augmentation plutôt qu'une diminution) et pourrait être attribuable à l'absence de données suffisantes en phase A pour effectuer l'analyse. Une

tendance stable qui correspond au seuil minimal d'image corporelle négative (8) est, quant à elle, observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, celle à la phase d'intervention (B) est similaire (9,3) à celles en phase A (8) et suivi (8). La faible étendue dans les phases B et suivi suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, toutes les données au suivi (100 %) chevauchent celles en phase B, ce qui suggère que les données au suivi sont similaires à celles de la phase d'intervention (B). En raison de cette similitude, aucune immédiateté des effets n'est observée entre ces phases.

L'analyse visuelle de la figure 26 révèle une tendance stable à la phase d'intervention (B) entre les temps 5 et 9 ainsi qu'une tendance ascendante à partir du temps 9. Ces résultats suggèrent que les scores d'image corporelle positive de la participante ont augmenté de manière tardive. De plus, comme la participante avait déjà un score élevé d'image corporelle positive, cela pourrait expliquer en quoi le programme n'a pu permettre une augmentation des scores à travers le temps. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet non significative de -1, IC à 90 %, [-1, 0,1]. De plus, l'effet ne va pas dans le sens attendu (suggère une diminution plutôt qu'une augmentation) et pourrait être attribuable à l'absence de données suffisantes en phase A pour effectuer l'analyse. Il semble y avoir une tendance stable au suivi bien qu'elle soit difficile à établir compte tenu d'une tendance ascendante et descendante étant attribuable à un score plus élevé d'image corporelle positive au temps 13. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, elle est plus faible à

la phase d'intervention (41) comparativement à la phase de suivi (45) et à la seule donnée présente à la phase A (46). Ces résultats suggèrent une diminution des scores d'image corporelle positive de la participante pendant la phase d'intervention. La faible étendue dans la phase B suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est présente à la phase de suivi en raison du score plus élevé au temps 13. Concernant l'analyse du chevauchement, 66,7 % des données au suivi chevauchent celles en phase B, ce qui suggère que les données au suivi sont similaires à celles de la phase d'intervention (B) si l'on ne tient pas compte de la donnée plus élevée au temps 13. En raison de cette similitude, aucune immédiateté des effets n'est observée entre ces phases.

La figure 27 présente la fréquence de méditation hebdomadaire (jour/semaine) pour la participante 5. Comme pratique antérieure de méditation avant de commencer le programme, elle rapporte faire de la pleine conscience en plus d'écouter des vidéos sur YouTube qui lui permettent de se détendre et de se concentrer sur le moment présent. Elle n'a pas donné de détails concernant la fréquence de cette pratique. Dans l'ensemble, la participante rapporte avoir médité 18 fois pendant les 10 semaines où elle a complété les questionnaires. Une légère augmentation de la fréquence hebdomadaire moyenne de méditation est observée à la phase d'intervention (1,8), puis au suivi (2) comparativement à la phase A (1). Compte tenu de l'absence de données au temps 1, 3 et 4, il n'est pas possible de déterminer si le début des ateliers pourrait être en lien avec l'augmentation de la fréquence de méditation hebdomadaire de la participante.

Figure 27*Participante 5 : fréquence hebdomadaire de méditation*

Pendant cette période, la participante 5 a rapporté avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 2, 5, 6, 7, 11 et 12. Ces événements se caractérisent par des stressors associés à la vie universitaire (adaptation à un nouvel horaire, examens et exposés oraux), à l'adaptation à un nouvel emploi, à un syndrome prémenstruel, au souvenir d'un événement de vie douloureux ainsi qu'à des enjeux relationnels et familiaux. Le cumul de ces événements pourrait avoir eu une influence sur ses résultats et expliquer l'absence de changements significatifs pour l'ensemble des échelles détaillées plus haut en plus de la rendre moins disponible à méditer de manière quotidienne. La participante 5 n'a pas donné son appréciation qualitative du programme. Toutefois, comme elle avait manqué le dernier

atelier, une rencontre individuelle d'une durée de 20 min a eu lieu avec elle. La participante a profité de cette rencontre pour nous partager qu'elle a apprécié de participer aux ateliers.

Participante 6

La participante 6 s'est inscrite à ce programme puisqu'elle cherchait de la guidance et des techniques pour pratiquer davantage l'autocompassion sur tous les aspects de sa personnalité et toutes les sphères de sa vie. Elle a participé à tous les ateliers. Elle a également complété les questionnaires à tous les temps de mesures. Les figures 28, 29 et 30 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive de la participante 6.

L'analyse visuelle de la figure 28 révèle une tendance ascendante à la phase A. En raison de cette tendance ascendante, la pente a dû être contrôlée statistiquement pour cette phase. Une tendance ascendante est observée à la phase d'intervention (B), ce qui suggère une augmentation des scores d'autocompassion. Toutefois, les analyses Tau-U indiquent une taille d'effet non significative de 0,61, IC à 90 %, [-0,02, 1] qui pourrait être attribuable à l'amélioration de la participante observée dès le début de la phase A. Une tendance descendante est observée à la phase de suivi, ce qui suggère que les scores d'autocompassion diminuent au terme de l'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention

Figure 28

Participant 6 : autocompassion

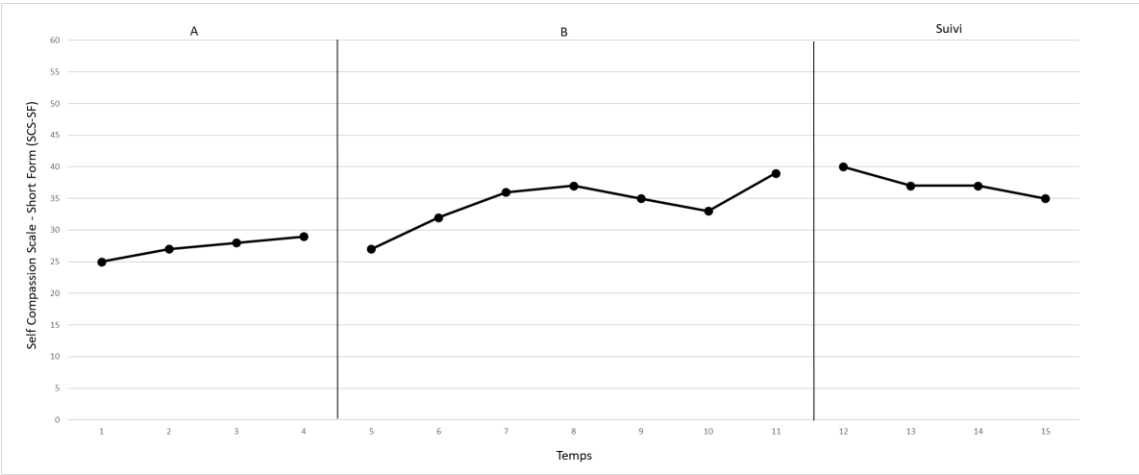


Figure 29

Participant 6 : image corporelle négative

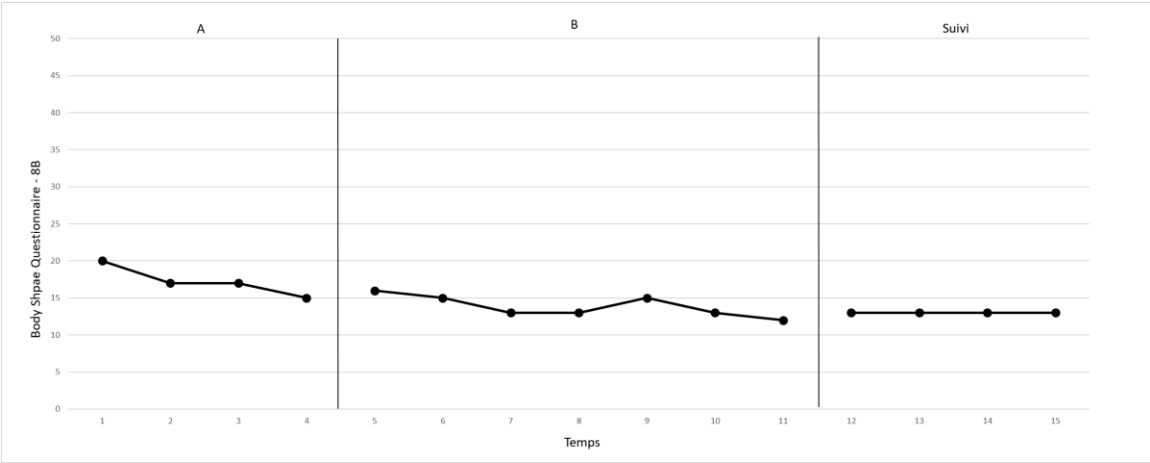
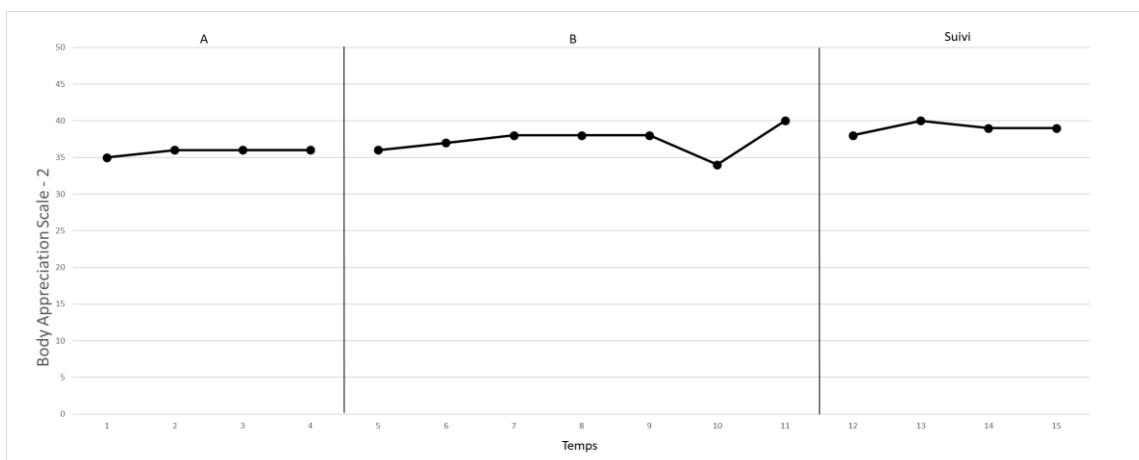


Figure 30*Participante 6 : image corporelle positive*

($M = 34,4$) et la phase de suivi ($M = 37,3$) comparativement au niveau de base ($M = 27,3$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est présente pendant la phase d'intervention (B) due à une diminution du score d'autocompassion au temps 10. Concernant l'analyse du chevauchement, 14,2 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 75 % des données au suivi chevauchent celle en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation du score d'autocompassion à partir de la phase d'intervention (B) et de résultats similaires au suivi. Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre les phases A et B, suggérant une augmentation plus rapide du score d'autocompassion au début de l'intervention (B). Une instantanéité des effets est aussi observée entre les phases B et suivi, puisque les scores au début du suivi commencent à diminuer.

L'analyse visuelle de la figure 29 révèle une tendance descendante à la phase A bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère, une diminution des scores d'image corporelle négative. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de -0,86, IC à 90 %, [-1, -0,24]. Une tendance stable est observée au suivi, ce qui suggère que les résultats de la participante se stabilisent après l'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 13,9$) et la phase de suivi ($M = 13$) comparativement au niveau de base ($M = 17,3$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. Une légère variabilité est toutefois observée en phase B due à une légère augmentation du score d'image corporelle négative au temps 9. Concernant l'analyse du chevauchement, 28,6 % des données en phase B chevauchent celles en phase A alors que toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une diminution des scores d'image corporelle négative en phase B comparativement à la phase A et d'une stabilisation de ceux-ci au suivi. Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre les phases B et suivi, suggérant des résultats stables au terme de l'intervention. Aucun effet immédiat n'est observé entre la phase A et le début de la phase B en raison de tendances descendantes similaires.

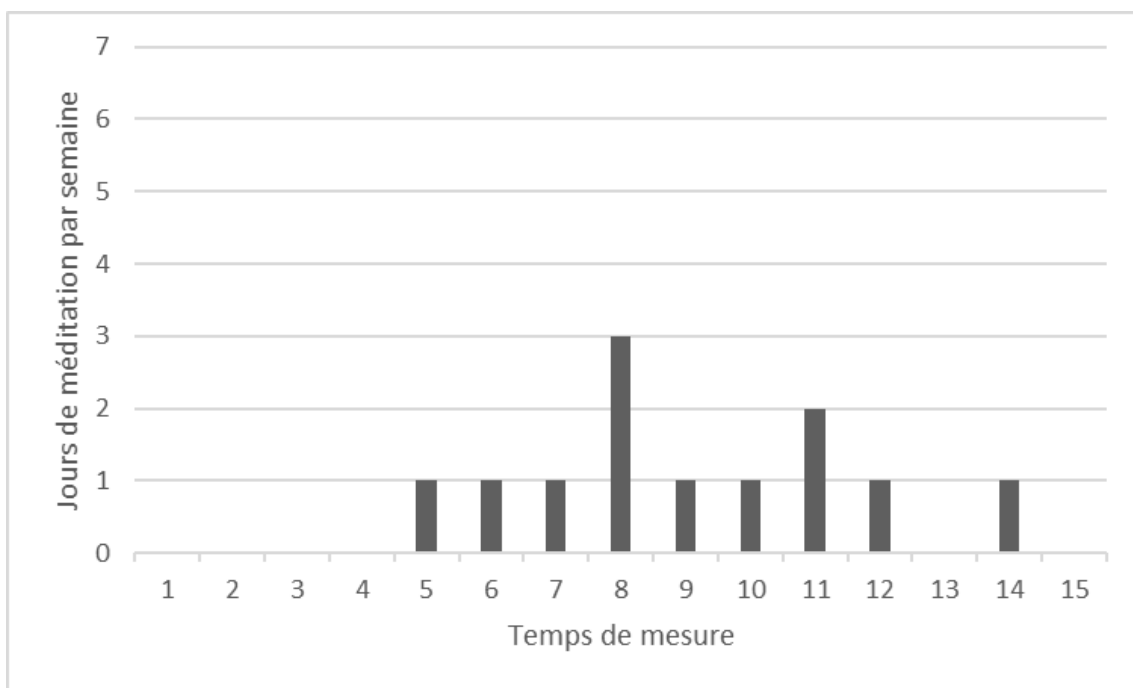
L'analyse visuelle de la figure 30 révèle une tendance stable à la phase A, ce qui est en cohérence avec les analyses statistiques. Une tendance légèrement ascendante est

observée à la phase d'intervention (B), ce qui suggère une légère augmentation des scores d'image corporelle positive. Les analyses Tau-U indiquent une taille d'effet non significative de 0,61, IC à 90 %, [-0,02, 1]. Une tendance stable est observée au suivi suggérant une stabilisation des résultats après l'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une légère amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 37,1$) et la phase de suivi ($M = 39$) comparativement au niveau de base ($M = 35,8$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggèrent peu de variabilité des données. Une variabilité est toutefois présente à la phase d'intervention (B) due à une diminution du score d'image corporelle positive au temps 10. Concernant l'analyse du chevauchement, 28,6 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que toutes (100 %) des données au suivi chevauchent celles en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation des scores d'image corporelle positive en phase d'intervention (B) comparativement à la phase A et d'une stabilisation de ceux-ci après l'intervention (B). Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B due à l'augmentation des scores au début de la phase B. Une immédiateté des effets est aussi observée entre la phase B et le suivi, suggérant des résultats plus stables au terme de l'intervention (B).

La figure 31 présente l'évolution de la fréquence de méditation hebdomadaire (jours par semaine) pour la participante 6. Avant de commencer le programme, elle rapportait méditer rarement. Quand elle le faisait, il s'agissait de méditations guidées de pleine conscience. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 12 fois pendant les 15

semaines. Une augmentation de la fréquence de méditation est observée à partir de la phase B (1,45) comparativement à la phase A (0). Une diminution de la fréquence de méditation au suivi (0,5) est observée. Il est possible que la guidance offerte dans les méditations lors des ateliers lui ait permis d'être plus régulière dans sa pratique de méditation. L'augmentation de la fréquence de méditation en phase d'intervention coïncide avec l'amélioration des scores de la participante aux différentes échelles en phase d'intervention, alors que la diminution de la fréquence de méditation au suivi coïncide avec la diminution et la stabilisation de ses scores au suivi.

Pendant cette période, la participante 6 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 1, 3, 6, 8, 10, 11 13 et 14. Ces événements se caractérisent généralement par des imprévus à gérer en lien avec l'école, le travail et ses transports. L'adaptation à la routine de l'école après un arrêt de maladie, la fatigue, la Covid-19, une séance difficile avec sa travailleuse sociale, une tâche scolaire difficile avec un délai de remise court, la conscience d'une limite physique de son corps ainsi que l'organisation d'un événement bénévole lui faisant vivre un sentiment d'incompétence ont été d'autres événements relatés par la participante 6. Il est possible que la quantité de ces événements aient pu la rendre moins disponible pour méditer de manière quotidienne en plus d'avoir eu une influence sur les faibles améliorations remarquées pour les scores d'autocompassion et d'image corporelle positive. Les nombreux imprévus présents à la semaine 10 pourraient d'ailleurs avoir eu une influence sur la diminution des scores d'autocompassion et d'image corporelle positive au temps 10.

Figure 31*Participante 6 : fréquence hebdomadaire de méditation*

Au terme du programme d'autocompassion, la participante 6 a rapporté son appréciation des ateliers en général notamment en ce qui concerne le climat de groupe et l'équilibre théorie-pratique qui lui a permis de mieux comprendre les concepts de l'autocompassion et de mieux les mettre en pratique. Parmi les éléments moins appréciés, elle a rapporté trouver le programme trop court et qu'elle aurait bénéficié de plus de rencontres. Elle a aussi moins apprécié certaines questions des questionnaires qui étaient difficiles à comprendre pour elle. Elle n'a pas spécifié les questionnaires et les questions concernés. La participante 6 a également exprimé les impacts positifs qu'ont eu ces ateliers sur ses pensées (augmentation de l'appréciation corporelle en remerciant

davantage son corps pour ce qu'il lui permet de faire et en acceptant ses imperfections, augmentation de l'humanité commune) et ses émotions (diminution de la critique interne au profit d'une plus grande indulgence et remercie davantage son corps pour ce qu'il lui permet de réaliser). Elle ne note aucun changement sur ses comportements. Dans ce sens, elle rapporte ne jamais avoir vraiment entretenu de comportements négatifs/nocifs à l'égard de son corps et que son problème était plus en lien avec son attitude à l'égard de son image corporelle. Bien que peu d'amélioration ait été rapportée de manière quantitative quant aux scores d'autocompassion et d'image corporelle positive de la participante 6, celle-ci exprime qualitativement percevoir une amélioration et que ces ateliers ont été bénéfiques pour elle. Les propos de la participante sont également en cohérence avec l'amélioration observée pour les scores d'image corporelle négative détaillés plus haut.

Participant 7

Le participant 7 s'est inscrit à ce programme pour apprendre davantage sur la pratique de l'autocompassion afin de l'appliquer dans son quotidien. Il nous a exprimé avoir peu d'enjeux sur son image corporelle à explorer. Dans l'ensemble, il a participé aux 5 ateliers offerts. Il a également complété les questionnaires toutes les semaines, sauf au temps 2. Les figures 32, 33 et 34 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive pour le participant 7.

Figure 32

Participant 7 : autocompassion

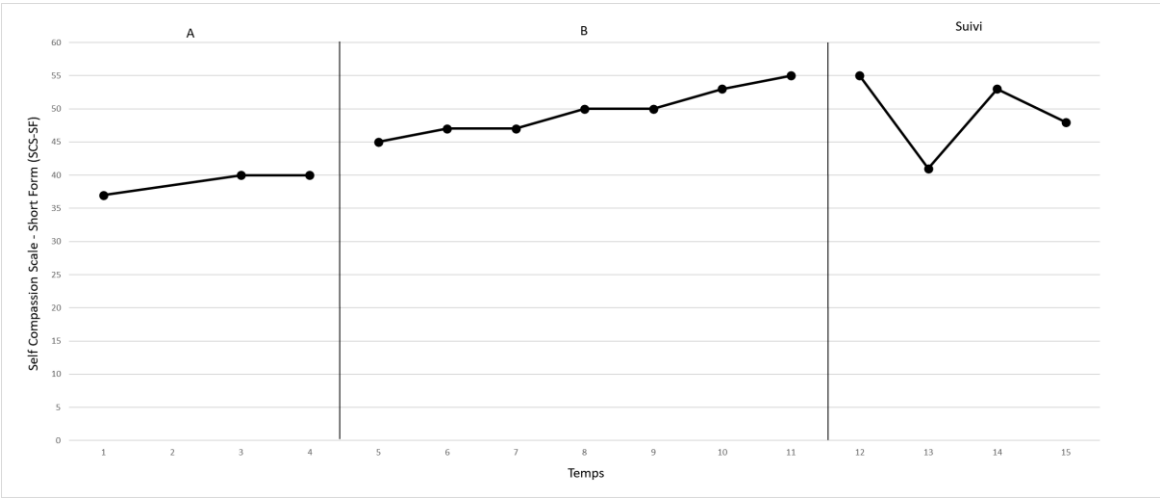


Figure 33

Participant 7 : image corporelle négative

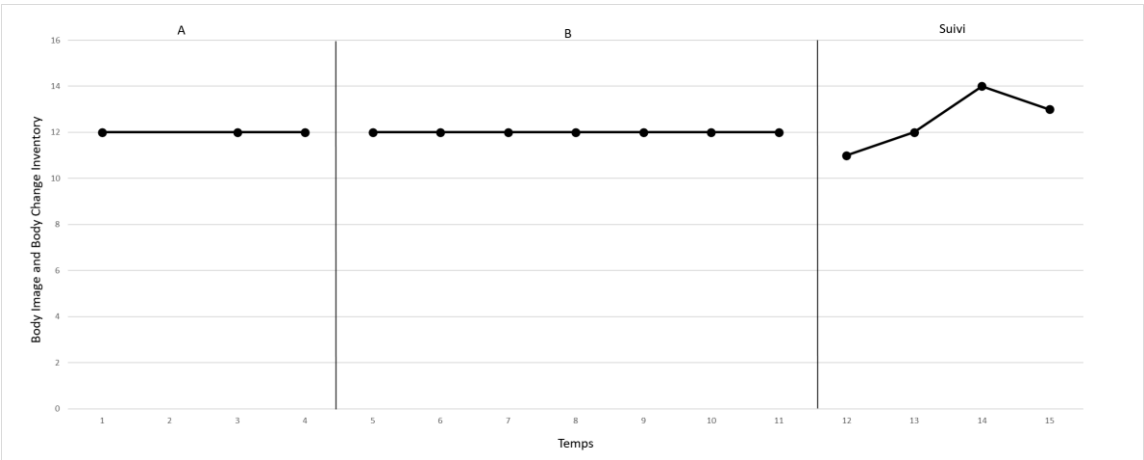
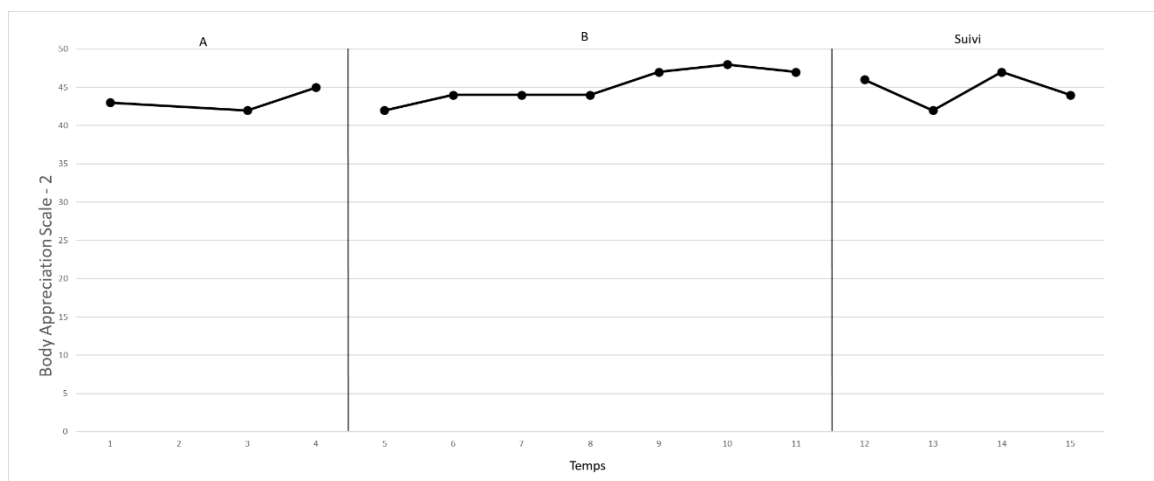


Figure 34*Participant 7 : image corporelle positive*

L'analyse visuelle de la figure 32 révèle une tendance ascendante à la phase A, bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est aussi observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'autocompassion. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet significative de 1, IC à 90 %, [0,31, 1]. La phase de suivi présente une pente descendante, ce qui suggère que les scores d'autocompassion commencent à diminuer au terme de l'intervention pour le participant 7. Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 49,8$) et la phase de suivi ($M = 49,3$) comparativement à la phase A ($M = 39$). La faible étendue dans les phases A et B suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est présente à la phase de suivi en raison d'une diminution

importante du score d'autocompassion au temps 13. Aussi, concernant l'analyse du chevauchement, aucune (0 %) donnée de la phase B ne chevauche celles de la phase A alors que 75 % des données au suivi chevauchent celles en phase B. Le temps 13 présente une donnée extrême qui va en dessous du plus bas score observé dans la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation des scores d'autocompassion à la phase B comparativement à la phase A ainsi qu'une diminution de ceux-ci au suivi. Un effet immédiat est observé entre les phases A et B en raison de l'augmentation de ces scores. Un effet immédiat est aussi observé entre les phases B et suivi puisque les scores d'autocompassion diminuent au terme de l'intervention (B).

L'analyse visuelle de la figure 33 révèle une tendance stable au niveau de base (A), ce qui est en cohérence avec les analyses statistiques. Une tendance stable est aussi observée lors de la phase d'intervention, ce qui va dans le sens d'une absence de changement pour les scores d'image corporelle négative. Ces résultats sont en cohérence avec les analyses Tau-U qui suggèrent une taille d'effet non significative de 0, IC à 90 %, [-0,69, 0,69]. Une tendance ascendante est quant à elle observée au suivi, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative (pour le questionnaire utilisé pour les hommes, un score plus élevé suggère une diminution, contrairement au questionnaire utilisé pour les femmes où un score plus élevé suggère une augmentation de l'image corporelle négative). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, aucune amélioration n'est observée pour la phase A (12) et d'intervention (12). Une légère amélioration est toutefois observée au suivi (12,5). La faible étendue dans chacune des

phases suggère une faible variabilité des données. Enfin, aucune immédiateté des effets n'est présente entre les phases A et B. Une immédiateté des effets est observée entre les phases B et suivi, suggérant que les scores commencent à augmenter après l'intervention (B).

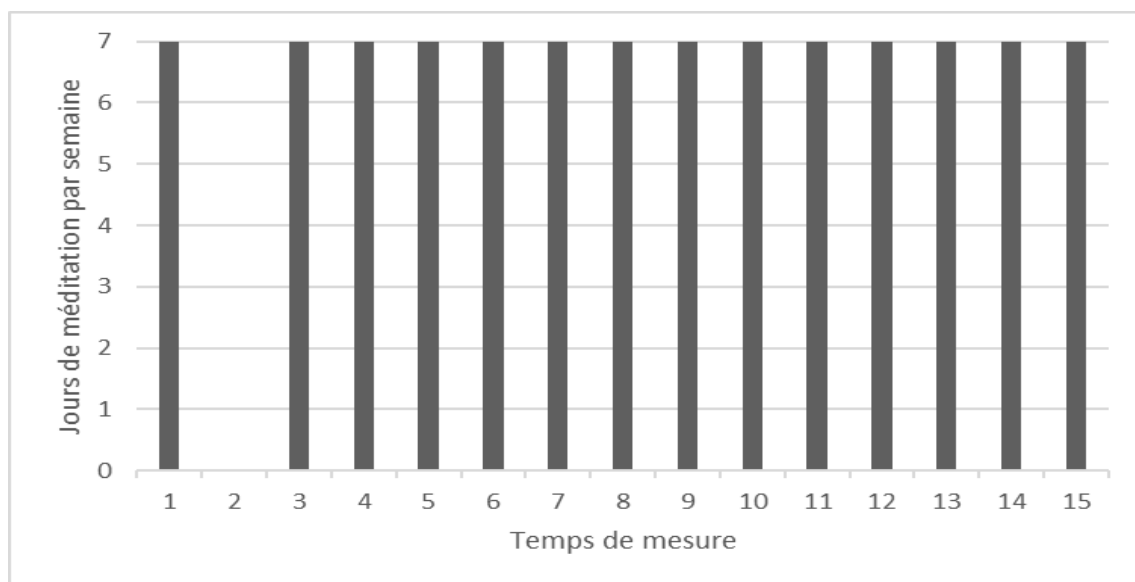
L'analyse visuelle de la figure 34 révèle une tendance légèrement ascendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une augmentation des scores d'image corporelle positive. Les analyses Tau-U suggèrent toutefois une taille d'effet non significative de 0,48, IC à 90 %, [-0,2, 1]. Une tendance relativement stable est observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, une légère amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 45,1$) et la phase de suivi ($M = 44,8$) comparativement à la phase A ($M = 43$). La faible étendue dans les phases A et B suggère peu de variabilité des données. Une certaine variabilité est observée à la phase de suivi dû à la diminution du score d'image corporelle positive au temps 13 suivi par l'augmentation de celui-ci au temps 14. Concernant l'analyse du chevauchement, 57,1% des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles en phase B. Ces résultats suggèrent une augmentation tardive des scores d'image corporelle positive à la phase d'intervention (B) comparativement à la phase B ainsi que des résultats similaires au suivi comparativement à la phase B. Enfin, une immédiateté des effets semble présente entre la phase B et le suivi, suggérant des résultats un peu plus variables au terme de

l'intervention (B). Aucun effet immédiat n'est observé entre la phase A et le début de la phase B.

La figure 35 présente la fréquence de méditation hebdomadaire pour le participant 7. Le participant, avant de commencer le programme, rapporte une pratique quotidienne de méditation assise pendant 30 minutes. Dans l'ensemble, il rapporte avoir médité 98 fois pendant les 14 semaines où il a complété les questionnaires. La fréquence moyenne de méditation (jour par semaine) est identique pour chaque phase, soit de 7 fois par semaine. Cette pratique pourrait être en lien avec les scores bas d'image corporelle négative ainsi que les scores élevés d'autocompassion et d'image corporelle positive.

Pendant cette période, le participant 7 rapporte avoir vécu plusieurs événements stressants aux temps 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13 et 15. Ces événements se caractérisent par des stressors associés à l'université (examens, remises de travaux et présentations orales), mais aussi par une sinusite qui lui engendrait de la douleur ainsi que par un entretien d'embauche. La remise de travail, l'exposé oral et l'entretien d'embauche tous présents au temps 13 pourraient avoir contribué à la diminution du score d'autocompassion et d'image corporelle positive du participant à ce même temps de mesure.

Au terme du programme d'autocompassion, le participant 7 a rapporté son appréciation quant aux partages en groupe et les méditations guidées. Il ne rapporte aucun élément moins apprécié. Il a également exprimé les impacts positifs qu'ont eus les ateliers sur ses

Figure 35*Participant 7 : fréquence hebdomadaire de méditation*

pensées (plus d'appréciation corporelle, soit plus grande acceptation de son corps et une plus grande reconnaissance de ce qu'il lui permet de faire), ses émotions (prise de recul et diminution de la critique interne lui permettant un apaisement émotionnel) et ses comportements (insertion de moments de tendresse envers son corps dans sa routine quotidienne). Bien que peu d'amélioration n'ait été rapportée de manière quantitative quant à l'image corporelle négative et positive du participant, celui-ci exprime qualitativement percevoir une amélioration. Les propos du participant sont également en cohérence avec l'amélioration observée pour ses scores d'autocompassion.

Participant 8

La participante 8 s'est inscrite à ce programme, car elle cherchait une réconciliation avec son corps. Elle a participé à 3 ateliers sur 5. Elle a été absente aux ateliers 1 et 3. Elle a complété les questionnaires toutes les semaines, sauf au temps 1 et 13. Les figures 36, 37 et 38 présentent l'évolution des scores d'autocompassion, d'image corporelle négative et d'image corporelle positive pour la participante 8.

L'analyse visuelle de la figure 36 révèle une tendance descendante au niveau de base (A), bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance ascendante est observée à la phase d'intervention (B), ce qui suggère une augmentation du score d'autocompassion comparativement à la phase A. Toutefois, les analyses Tau-U, avec une taille d'effet de 0,52, IC à 90 %, [-0,16, 1], ne suggèrent pas de résultats significatifs. Une tendance ascendante est aussi observée au suivi, ce qui suggère que les scores d'autocompassion de la participante continuent d'augmenter après la phase d'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'autocompassion, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 25,1$) et la phase de suivi ($M = 32$) comparativement au niveau de base ($M = 21,7$). La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est présente à la phase d'intervention (B) due à une baisse du score d'autocompassion au temps 8 et 11 ainsi qu'une augmentation plus marquée de ce score au temps 10. Concernant l'analyse du

Figure 36

Participante 8 : autocompassion

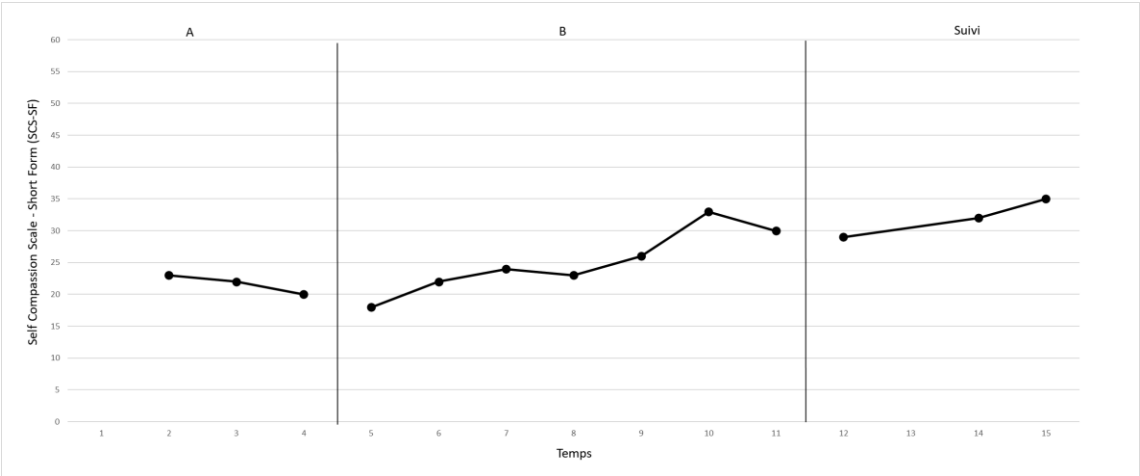


Figure 37

Participante 8 : image corporelle négative

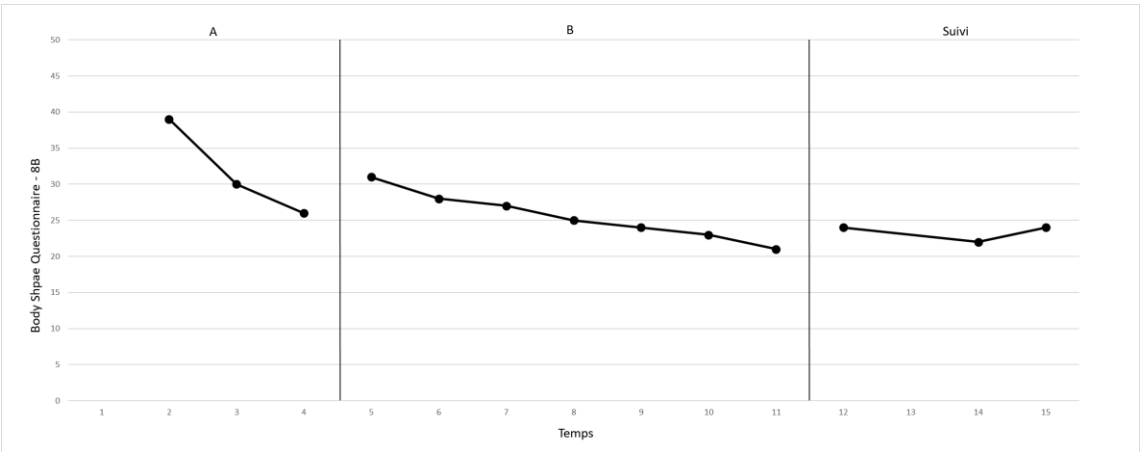
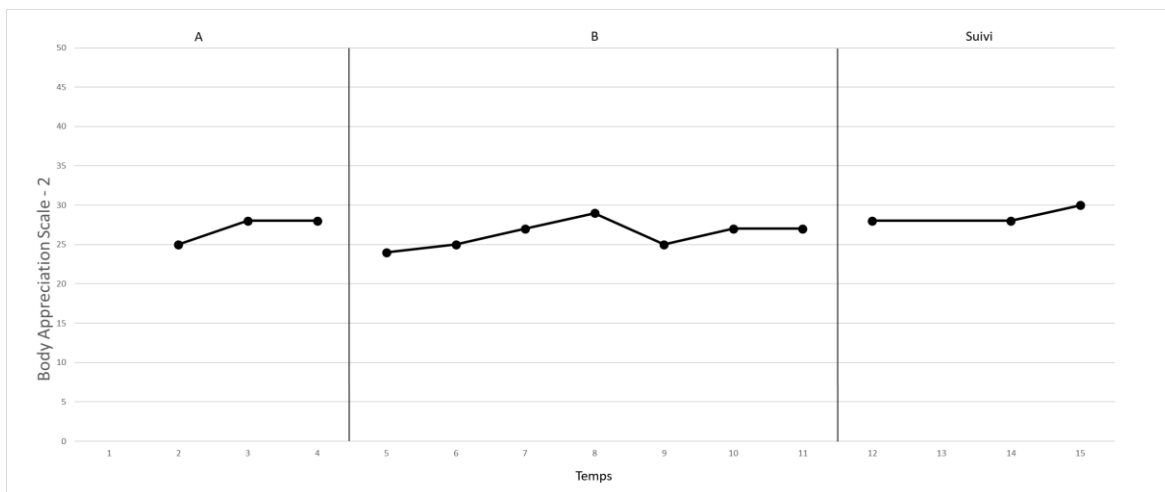


Figure 38*Participante 8 : image corporelle positive*

chevauchement, 42,9 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A. alors que 66,7% des données au suivi chevauchent celle en phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une augmentation tardive du score d'autocompassion à la phase B comparativement à la phase A, ce qui peut expliquer les résultats non significatifs des analyses Tau-U. Ces résultats suggèrent aussi des scores similaires entre la phase B et le suivi. Enfin, une immédiateté des effets est observée entre les phases A et B puisque les scores d'autocompassion cessent de diminuer à la phase B pour ensuite augmenter. Une immédiateté des effets est aussi observée entre les temps B et suivi en raison de scores moins variables au suivi comparativement à la fin de la phase B.

L'analyse visuelle de la figure 37 révèle une tendance descendante au niveau de base (A) bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance

descendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère une diminution des scores d'image corporelle négative. Toutefois, les analyses Tau-U, avec une taille d'effet de -0,62, IC à 90 %, [-1, 0,07], ne suggèrent pas de résultats significatifs. Une tendance stable est observée au suivi, ce qui suggère que les scores d'image corporelle négative de la participante 8 se stabilisent après la phase d'intervention (B). Concernant la moyenne des scores d'image corporelle négative, une amélioration est observée pour la phase d'intervention ($M = 25,6$) et la phase de suivi ($M = 23,3$) comparativement au niveau de base ($M = 31,7$). La faible étendue dans l'ensemble des phases suggère une faible variabilité des données. Concernant l'analyse du chevauchement, 42,9 % des données en phase B chevauchent celles en phase A alors que toutes (100 %) les données au suivi chevauchent celles de la phase B. Ces résultats vont dans le sens d'une diminution tardive des scores d'image corporelle négative en phase B comparativement à la phase A, ce qui peut expliquer les résultats non significatifs des analyses Tau-U. Ces résultats suggèrent aussi des scores similaires entre la phase B et le suivi. Enfin, une immédiateté des effets est présente entre les phases A et B, suggérant une diminution plus lente des scores d'image corporelle négative au début du traitement (B) comparativement à la phase A. Une immédiateté des effets est aussi observée entre les phases B et suivi en raison de la stabilisation des données au suivi.

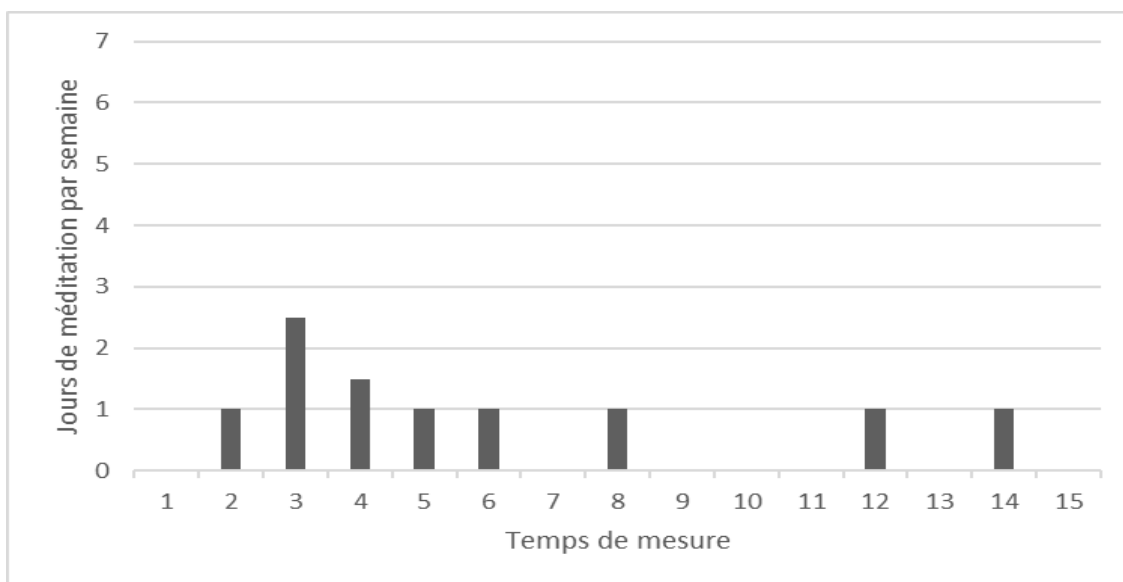
L'analyse visuelle de la figure 38 révèle une tendance légèrement ascendante au niveau de base (A), bien que les analyses statistiques suggèrent une tendance stable. Une tendance légèrement ascendante à la phase d'intervention (B) est observée, ce qui suggère

une légère augmentation des scores d'image corporelle positive pendant cette phase. Toutefois, les analyses Tau-U, avec une taille d'effet de -0,33, IC à 90 %, [-1, 0,35], ne suggèrent pas de résultats significatifs. De plus, la taille d'effet ne va pas dans la direction souhaitée et suggère une diminution plutôt qu'une augmentation. Une tendance légèrement ascendante est observée au suivi. Concernant la moyenne des scores d'image corporelle positive, bien que les résultats soient similaires entre chacune des phases, les scores d'image corporelle positive sont plus élevés à la phase A ($M = 27$) et au suivi ($M = 28,7$) comparativement à la phase d'intervention ($M = 26,3$). Ces résultats suggèrent que, pour la participante 8, le programme d'autocompassion a eu pour effet de diminuer son image corporelle positive et que le retrait de celui-ci a eu pour effet de l'augmenter. Ces résultats pourraient expliquer la taille d'effet n'allant pas dans le sens désiré. La faible étendue dans les phases A et suivi suggère une faible variabilité des données. Une variabilité est toutefois observée en phase B en raison de la diminution du score d'image corporelle positive au temps 9. Concernant l'analyse du chevauchement, 85,7 % des données de la phase B chevauchent celles de la phase A alors que 66,7 % des données de la phase de suivi chevauchent celle en phase B. Ces observations vont dans le sens de résultats relativement similaires tout au long des temps de mesures. Enfin, un effet immédiat est observé entre la phase A et B dû à la diminution des scores d'image corporelle positive au début de la phase B. Un effet immédiat est aussi observé entre la phase B et suivi dû à l'augmentation des scores d'image corporelle positive au suivi.

La figure 39 présente la fréquence de méditation hebdomadaire pour la participante 8. Celle-ci a rapporté, avant d'entamer le programme, faire de la cohérence cardiaque. Elle n'a pas spécifié la fréquence de cette pratique. Dans l'ensemble, elle rapporte avoir médité 10 fois pendant les 13 semaines où elle a complété les questionnaires. Une diminution de la fréquence hebdomadaire moyenne de méditation est observée à la phase d'intervention (0,4) et au suivi (0,6) comparativement à la phase A (1,7). Ces résultats témoignent d'un plus faible engagement de la participante envers le programme et en dehors des séances et pourraient être en lien avec les faibles améliorations aux échelles détaillées plus haut.

Pendant cette période, elle rapporte avoir vécu peu d'événements stressants. Des problèmes familiaux ayant engendré une dispute avec un frère sont relatés au temps 6 alors que les problèmes de santé de sa grand-mère sont relatés aux temps 14 et 15. Ces événements pourraient avoir eu une influence sur les résultats détaillés plus haut.

Au terme du programme, la participante 8 a rapporté son appréciation quant aux méditations d'autocompassion. Elle ne rapporte aucun élément moins apprécié. Elle a également exprimé les impacts positifs qu'ont eus les ateliers sur ses pensées. Plus précisément, elle a rapporté que ces ateliers lui ont permis de réfléchir à son image corporelle et à la faire évoluer dans le bon sens du terme. Elle n'a toutefois pas détaillé la nature de ses réflexions et de ses pensées. Elle rapporte également que le programme, grâce aux méditations, a eu un impact sur ses émotions sans en détailler la nature des changements. Enfin, concernant l'impact des ateliers sur les comportements envers son

Figure 39*Participante 8 : fréquence hebdomadaire de méditation*

corps, la participante relate plus d'humanité commune, c'est-à-dire qu'elle comprend davantage qu'elle n'est pas la seule à vivre avec des enjeux d'image corporelle.

Analyses qualitatives de l'appréciation du programme

Le tableau 1 présente les thèmes associés aux réponses des personnes participantes 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 8 au questionnaire d'appréciation des ateliers d'autocompassion. La participante 5 n'a, quant à elle, pas présenté son appréciation des ateliers.

Tableau 1 (suite)*Thèmes associés aux réponses d'appréciation des personnes participantes (suite)*

Questions	Thèmes	Participant.es							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Impacts sur les émotions	Diminution de la critique interne/ discours plus positif/bienveillant	X			X		X	X	
	Légitimation et meilleure compréhension		X						
	Apaisement émotionnel		X					X	
	A remarqué un impact non défini								X
	Non répondu			X					
	N'identifie aucun impact	X					X		
Impacts sur les comportements	Diminution surveillance du corps		X						
	Remercier son corps			X					
	Meilleurs comportements envers soi-même				X				
	Moments de tendresse							X	
	Humanité commune								X
Recommandations	Oui	X	X	X	X		X	X	X

En ce qui concerne les éléments appréciés du programme, les participantes 1, 2, 3 et 6 ont exprimé avoir apprécié le climat de groupe. La participante 2 et le participant 7 ont apprécié les partages en groupe. Les médiations guidées ont été appréciées par la majorité des personnes participantes (2, 3, 4, 7 et 8). Les participantes 2 et 6 ont apprécié

le programme en général. La participante 3 a apprécié les prises de conscience sur le corps que le programme a permis. Enfin, la participante 6 a apprécié l'équilibre théorie/pratique.

Quant aux éléments moins appréciés, la participante 1 a moins apprécié les partages en dyade alors que la participante 2 a moins apprécié la méditation du scan corporel. La participante 6 a indiqué trouver le programme trop court et aurait apprécié qu'il soit plus long. Elle a aussi moins aimé certaines questions dans les questionnaires. La majorité des participant.es (3, 4, 7 et 8) a indiqué n'avoir aucun élément moins apprécié.

Comme suggestions pour améliorer le programme, la participante 2 suggère d'ajouter plus de séances au programme et de mettre plus d'interactions. Le fait de redonner le programme l'année suivante a été suggéré par la participante 4. La participante 6 suggère que le programme ne soit pas uniquement axé sur l'image corporelle. Les autres personnes participantes (1, 3, 7 et 8) n'avaient pas de suggestions.

L'ensemble des personnes participantes (1, 2, 3, 4, 6, 7 et 8) a exprimé des impacts positifs du programme d'autocompassion sur leurs pensées en lien avec leur corps. Les participantes 1, 2 et 4 ont exprimé avoir un discours plus positif et/ou bienveillant. Les personnes participantes 4, 6 et 7 ont noté une augmentation de leur appréciation corporelle. Une augmentation du sentiment d'humanité commune est exprimée chez les participantes 2 et 6. La participante 8 a exprimé que ce programme lui a permis de réfléchir

sur son image corporelle et de la faire évoluer dans le bon sens. Enfin, la participante 3 n'a pas spécifié quels impacts a eu ce programme sur ses pensées.

En ce qui concerne leurs émotions en lien avec leur corps, la majorité des personnes participantes (1, 2, 4, 6, 7 et 8) a exprimé des impacts positifs du programme d'autocompassion sur celles-ci. Une diminution de la critique interne et/ou une augmentation d'un discours plus positif/bienveillant est observée chez les personnes participantes 1, 4, 6 et 7. La participante 2 nomme davantage légitimer ses émotions et mieux les comprendre. La participante 2 et le participant 7 expriment que ce programme leur a permis un apaisement émotionnel. Enfin, la participante 8 a exprimé que le programme avait eu un impact positif sur elle en pratiquant la méditation, mais celle-ci n'a pas spécifié quel était l'impact.

Concernant des changements au niveau de leurs comportements envers leurs corps, deux participantes (1 et 6) ont indiqué que ce programme n'avait pas eu d'impact sur ceux-ci. Une diminution des comportements de surveillance du corps est nommée par la participante 2. La participante 3 exprime remercier davantage son corps pour ce qu'il lui permet de faire. La participante 4 indique mieux se comporter envers son corps sans spécifier la nature de ses comportements. Le participant 7 exprime inclure davantage de moments de tendresse envers son corps dans sa routine quotidienne. Enfin, la participante 8 exprime que ce programme a eu un effet sur ses comportements sans en spécifier la nature.

Dans l'ensemble, les données rapportées par toutes celles a ayant répondu au questionnaire d'appréciation suggèrent qu'elles ont apprécié le programme et qu'il leur a été bénéfique dans diverses sphères. Elles recommandent également toutes ce programme à d'autres personnes étudiantes.

Discussion

Cette section fournit un rappel de l'étude en plus de présenter un résumé des résultats des analyses quantitatives, visuelles et qualitatives pour la moyenne des personnes participantes ainsi que pour chaque personne participante individuellement. Une discussion sur ces résultats en regard des hypothèses de recherche et des résultats de la littérature scientifique est ensuite exposée. Enfin, les forces de l'étude, ses retombées ainsi que ses limites sont détaillées.

Cette étude visait à évaluer les effets d'un programme d'intervention de groupe basé sur l'autocompassion composé de 5 ateliers sur l'image corporelle de personnes étudiantes universitaires tout en considérant l'influence des événements de vie ainsi que la fréquence hebdomadaire (jour/semaine) de méditation. De plus, cette étude visait à évaluer l'acceptabilité et l'appréciation d'un tel programme auprès de cette population. Pour se faire, un devis de recherche mixte incluant une méthode à cas unique de type ABA' a été utilisé. Au total, 8 personnes étudiantes ont complété le programme. De façon générale, les résultats obtenus permettent de conclure que les ateliers d'autocompassion ont permis d'accroître l'autocompassion et l'image corporelle positive, en plus de diminuer l'image corporelle négative chez les personnes participantes, confirmant les hypothèses de recherche. Ils ont également été favorablement appréciés par l'ensemble de celles-ci.

Résultat des analyses visuelles et quantitatives

Les résultats obtenus aux analyses visuelles permettent de conclure que les ateliers d'autocompassion ont permis l'augmentation des scores d'autocompassion et d'image corporelle positive en plus d'avoir permis la diminution des scores d'image corporelle négative pour la moyenne du groupe, confirmant ainsi les hypothèses de départ. En effet, pour chaque variable, au moins trois effets parmi la tendance, le niveau, la variabilité, le chevauchement et l'immédiateté ont pu être documentés, permettant de conclure en une relation causale selon les critères de Kratochwill et al. (2010). Les résultats des analyses Tau-U ont également permis de démontrer, pour ces trois variables, que ces changements étaient significatifs en comparaison à la phase de pré-intervention dont les scores étaient stables selon les analyses statistiques. L'augmentation des scores d'autocompassion observée dans cette étude va dans le sens des conclusions tirées d'études antérieures ayant porté sur l'efficacité de programmes d'autocompassion (Albertson et al., 2015; Kelly et al., 2017; Neff & Germer, 2013). Quant à la diminution des scores d'image corporelle négative et à l'augmentation des scores d'image corporelle positive, ces conclusions rejoignent également celles d'études similaires (Albertson et al., 2015; Carter et al., 2021; Haley et al., 2024; Kelly et al., 2017; Toole & Craighead, 2016) ainsi que par plusieurs études recensées par Seekis et al. (2019) et pas Turk et Waller (2020).

En ce qui concerne l'hypothèse de recherche sur l'effet de ces ateliers sur l'augmentation des scores d'autocompassion sur le plan individuel, celle-ci a pu être

partiellement confirmée. Plus précisément, les analyses visuelles ont permis de documenter au moins 3 effets sur 5 pour la majorité des personnes participantes (1, 2, 3, 4, 6, 7 et 8), suggérant que les ateliers d'autocompassion ont permis l'augmentation des scores d'autocompassion pour elles. Les résultats aux analyses Tau-U ont également permis de démontrer que cette augmentation était significative, mais seulement pour la moitié d'entre elles (1, 2, 3 et 7). Pour les participantes 4 et 8, presque la moitié de leurs scores à la phase B chevauchaient celles de la phase A, suggérant que leurs scores d'autocompassion à la phase B ont augmenté tardivement, ce qui peut avoir contribué aux résultats non significatifs. Comme la participante 5 n'avait qu'une donnée en phase A, il était impossible de déterminer statistiquement l'effet des ateliers sur ses scores d'autocompassion. Enfin, la participante 6 présentait une pente ascendante en phase A qui a dû être contrôlée. Cette tendance ascendante déjà présente en phase A a pu rendre moins significative la tendance ascendante observée à la phase B. Il est possible que l'idée de commencer ce programme ait pu susciter l'espoir, la motivation à changer de comportements ainsi qu'un processus réflexif sur soi, ce qui a pu contribuer à l'amélioration de ses scores d'autocompassion avant même de le commencer. Cette rémission spontanée a déjà été documentée dans la recension de Rutherford et al. (2012) dont les résultats suggèrent que les symptômes associés à la dépression ont tendance à s'améliorer dans l'attente d'une intervention alors que les personnes participantes étaient sur une liste d'attente.

En ce qui a trait à l'hypothèse de recherche sur l'effet de ces ateliers sur la diminution des scores d'image corporelle négative, celle-ci a pu être partiellement confirmée sur le plan individuel. Plus précisément, les analyses visuelles ont permis de documenter au moins 3 effets sur 5 pour la majorité des personnes participantes (1, 2, 3, 4, 6 et 8), suggérant que les ateliers d'autocompassion ont permis la diminution des scores d'image corporelle négative pour elles. Les résultats aux analyses quantitatives Tau-U ont également permis de démontrer que ces diminutions étaient significatives pour plus de la moitié des personnes participantes (1, 2, 3, 4 et 6). Bien que la participante 3 ait obtenu des résultats significatifs, elle a coché la réponse minimale à toutes les questions à partir du 7^e temps de mesure. Étant donné qu'elle n'a pas assisté à l'ensemble des ateliers, il est possible que ses résultats soient attribuables à un biais de désirabilité sociale. Le fait que ce programme ait été animé par la personne qui l'a créé dans le cadre de son doctorat a pu influencer les réponses de cette participante. Pour la participante 5, l'absence suffisante de données en phase A n'a pas permis de déterminer statistiquement l'effet des ateliers sur son score d'image corporelle négative. Le participant 7 avait fait part, au début des ateliers, ne pas avoir de préoccupations importantes quant à son image corporelle, ce qui peut être en lien avec les scores faibles d'image corporelle négative observés pendant toutes les phases de l'étude. Pour la participante 8, presque la moitié de ses scores à la phase B chevauchaient celles de la phase A, suggérant que ses scores d'image corporelle négative à ont diminué tardivement.

Concernant l'hypothèse de recherche sur l'effet de ces ateliers sur l'augmentation des scores d'image corporelle positive, celle-ci a pu être partiellement confirmée sur le plan individuel. Plus précisément, les analyses visuelles ont permis de documenter au moins 3 effets sur 5 pour la majorité de personnes participantes (1, 2, 3, 4, 6 et 7), suggérant que les ateliers d'autocompassion ont permis l'augmentation des scores d'image corporelle positive pour elles. Les résultats aux analyses quantitatives Tau-U ont également permis de démontrer que ces augmentations étaient significatives, mais seulement pour la moitié des personnes participantes (1, 2, 3 et 4). Bien que la participante 3 ait obtenu des résultats significatifs, elle a coché la réponse maximale à toutes les questions à partir du 5^e temps de mesure. Comme elle n'a pas participé à l'ensemble des ateliers, il est possible que ses résultats soient attribuables à un biais de désirabilité sociale. De plus, les participantes 5 et 8 ont obtenu des résultats aux analyses statistiques n'allant pas dans le sens désiré, soit une diminution des scores d'image corporelle positive. Pour la participante 5, l'absence suffisante de données en phase A n'a pas permis de déterminer statistiquement l'effet des ateliers sur son score d'image corporelle négative. Par contre, d'autres éléments pourraient expliquer ces résultats. Selon Lindahl et al. (2017), les expériences méditatives peuvent engendrer plusieurs défis, difficultés et altérations fonctionnelles sur plusieurs sphères telles que cognitive (ex : désillusion, et pensées irrationnelles) et affectives (peur, anxiété, panique, dépression, colère, rappel d'expériences traumatiques, etc.). Dans le même ordre d'idée, selon Germer et Neff (2020), quand nous nous offrons de la compassion, cela nous ramène à de vieilles blessures et à des souvenirs douloureux que nous avons écarté pour bien fonctionner et où

nous aurions eu besoin de compassion alors que nous n'en avons pas eu. Ce phénomène qui se manifeste lors de l'entraînement à l'autocompassion se nomme le retour de flamme. De plus, certaines méditations telles que le scan corporel compatissant impliquent de prendre conscience de plusieurs parties de notre corps. Ce type d'exercice est propice à l'activation de souvenirs traumatisants et les personnes participantes sont fortement invitées à « sauter » certaines parties de leur corps qui les rendent trop inconfortables, par exemple la région pelvienne pour certaines femmes (Germer & Neff, 2020). Dans ce sens, bien que le retour de flamme et les stratégies à adopter pour assurer sa sécurité lorsqu'elle survient aient été abordés lors de la première séance, il est possible que les exercices basés sur la pleine conscience du corps et l'apprentissage de l'autocompassion aient pu éveiller un passé douloureux, voire traumatisant chez cette participante en lien ou non avec son corps. Il est également possible que ces changements dans ses scores d'image corporelle positive soient attribuables à un ou des événements extérieurs aux ateliers. Dans ce sens, la participante 5 avait évoqué le rappel physique et mental d'un souvenir douloureux au temps 7. Pour la participante 6, l'augmentation lente de ses scores d'autocompassion peut expliquer ses résultats. Notamment, celle-ci a été affectée par de nombreux événements de vie stressants en plus d'avoir peu appliqué la méditation de pleine conscience dans son quotidien pendant la durée de l'étude. Ces résultats rejoignent les conclusions de Albertson et al. (2015) dont les résultats ont démontré que la fréquence d'écoute d'une méditation audio était significativement associée à l'appréciation corporelle. Selon elles, il est probable que le développement de l'appréciation corporelle soit particulièrement dépendante des méditations qui permettent d'augmenter la conscience du corps de

manière bienveillante. Pour le participant 7, comme mentionné plus haut, celui-ci avait fait part au début des ateliers ne pas avoir de préoccupations importantes quant à son image corporelle. Enfin, pour la participante 8, comme la participante 5, l'émergence de certaines difficultés telles qu'énoncées par Lindahl et al. (2017), le retour de flamme et les méditations axées sur le corps pourraient avoir contribué aux résultats allant dans le sens contraire attendu. Dans ce sens, ces ateliers pourraient avoir réactivé en elle des souvenirs douloureux en lien avec son corps et/ou l'avoir amené à prendre davantage conscience des zones de son corps qui la rendent inconfortable. De plus, elle a été absente à deux rencontres importantes : la première qui permet d'avoir les bases pour développer l'autocompassion ainsi que la troisième dont l'accent est mis sur l'apprentissage de la bienveillance envers soi-même. Selon Germer et Neff (2020), c'est aussi lors de la 3^e rencontre que les personnes participantes commencent à s'ouvrir davantage aux autres et à développer plus de confiance en elles. Encore selon eux, les personnes participantes qui risquent le plus de bénéficier du programme sont celles qui ont assisté aux trois premières rencontres. Il est donc possible que la participante 8 n'ait pu bénéficier des expériences et des apprentissages nécessaires à la bonne mise en pratique de l'autocompassion dans le développement d'une image corporelle positive. Aussi, la participante 8 présentait le plus haut score d'image corporelle négative des participantes femmes en plus d'être sous la moyenne des personnes participantes pour les scores d'image corporelle positive avant d'entamer le programme. Il est possible que les enjeux d'image corporelle chez elle étaient plus complexes et nécessitaient des interventions plus spécifiques et personnalisées que

ce que pouvaient offrir les ateliers d'autocompassion. Enfin, il est possible que les changements dans ses scores soient attribuables à des événements extérieurs aux ateliers.

Dans l'ensemble, la fréquence de méditation pour la moyenne du groupe à chaque temps de mesure est bonne, suggérant un bon engagement de leur part en dehors des ateliers. Sur le plan individuel, plusieurs variations sont présentes allant d'une pratique méditative tous les jours de la semaine à moins d'une. Pour Germer et Neff (2020), les changements positifs engendrés par le programme d'autocompassion sont partiellement dépendants de la fréquence de méditation de la personne en dehors des séances. Dans ce sens, il est possible que la fréquence hebdomadaire de pratique méditative ait eu un effet sur les résultats de certaines personnes participantes. D'ailleurs, la plupart des personnes participantes ayant une pratique plus élevée de méditation dans la semaine ont obtenu des résultats plus significatifs aux différentes échelles que la plupart personnes participantes ayant une plus faible fréquence de pratique méditative. Divers facteurs peuvent avoir contribué à une pratique plus faible, telle qu'une faible disponibilité en raison d'un manque de temps ou d'événement de vie stressant vécus au même moment. Aussi, il est possible que certaines personnes aient vécu une « désillusion » par rapport au programme d'autocompassion. Pour Germer et Neff (2020), il s'agit d'une étape dans l'apprentissage de l'autocompassion où les personnes réalisent que l'autocompassion ne permet pas d'enlever leur souffrance ou diminuer leurs défauts personnels. Elles sont donc susceptibles de vivre une désillusion face au programme qui n'a su répondre à leurs attentes. Cette phase pourrait avoir affecté le niveau de motivation de certaines personnes

participante dans leur pratique méditative hebdomadaire. Enfin, il est également possible que pour certaines de ces personnes participantes, la méditation de pleine conscience ait été une modalité qui leur convenait moins.

Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative suggère que les personnes participantes ont apprécié le programme d'autocompassion, notamment en ce qui a trait au climat de groupe, aux partages en groupe et aux méditations guidées. D'ailleurs, toutes celles ayant complété le questionnaire d'appréciation ont exprimé qu'elles recommanderaient ce programme à d'autres personnes étudiantes. Ces propos rejoignent ceux rapportés par les personnes participantes de l'étude de Carter et al. (2021) concernant l'importance du sentiment de sécurité dans l'exploration et l'expression de sentiments douloureux ainsi que l'importance du sentiment de connexion avec les autres dans leur souffrance. Pour cette étude, une attention particulière a été mise, dès le premier atelier, sur la co-crédation avec les personnes participantes d'un espace sécuritaire et bienveillant qui favorise l'inclusion et la diversité. Il est probable que ce cadre sans jugement ait pu leur donner la sécurité psychologique nécessaire pour vivre les ateliers de manière positive. Quelques éléments moins appréciés ont également été soulevés tels que la courte durée du programme ainsi que la méditation du scan corporel.

L'ensemble des personnes participantes a également détaillé les impacts positifs qu'a eu ce programme sur leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements en lien avec leurs corps. Au niveau des pensées, l'augmentation de l'appréciation corporelle a été observée par plusieurs. Sur la sphère émotionnelle, la légitimation des émotions et un apaisement émotionnel ont été relevés. Sur le plan comportemental, elles soulèvent des changements, tels que remercier davantage leur corps et intégrer des moments de tendresse dans leur quotidien. Deux participantes ont noté que ces ateliers n'ont pas eu d'impacts sur leurs comportements. Ces résultats peuvent s'expliquer par un accent du programme davantage mis sur le développement d'un discours interne bienveillant ainsi que la validation émotionnelle et moins sur la modification des comportements. Par exemple, une participante a noté continuer à s'entraîner et à faire attention à son alimentation pour perdre du poids¹. Néanmoins, des études suggèrent que l'autocompassion et la capacité à se traiter avec bienveillance sont associées à plusieurs comportements visant à prendre soin de sa santé comme dormir suffisamment, manger sainement et faire de l'activité physique (Holden et al., 2021; Sirois et al., 2015). La diminution de la critique interne et l'apparition d'un discours interne plus bienveillant a été soulevée par la majorité des personnes participantes comme étant un changement à la fois sur les sphères de leurs pensées et de leurs émotions. Aucune distinction entre les pensées, les émotions et les comportements ne leur a été apportée. Il est possible que cela ait apporté une confusion chez certaines expliquant le chevauchement des réponses entre

¹ Le programme ne vise pas à amener les personnes participantes à adopter des comportements de contrôle alimentaire ou de contrôle du poids.

ces catégories. De plus, cette confusion peut s'expliquer par le lien étroit entre les pensées, les émotions et les comportements qui s'interinfluencent entre elles comme décrit dans les approches cognitives comportementales (Early & Grady, 2017).

En somme, l'analyse qualitative suggère que les personnes participantes ont perçu des impacts positifs de ce programme, qu'il est faisable et apprécié, ce qui est en cohérence avec les conclusions tirées dans le cadre d'autres études ayant évalué des programmes similaires sur l'image corporelle (Carter et al., 2021; Kelly et al., 2017). Ainsi, l'hypothèse portant sur la faisabilité et l'appréciation du programme est confirmée.

Implication des résultats et forces de l'étude

Cette étude se veut un ajout à la littérature encore peu existante portant sur l'effet d'ateliers de groupe d'autocompassion sur l'image corporelle des personnes participantes. De plus, cette étude a pour avantage de venir pallier diverses limites énumérées par les études antérieures sur le sujet (Braun et al., 2016; Seekis et al., 2019; Turk & Waller, 2020). Dans ce sens, pour favoriser l'engagement des personnes participantes et diminuer leur méfiance envers l'autocompassion, le programme comprenait une composante visant à mettre en lumière certains mythes associés à l'autocompassion et la déconstruction de ceux-ci. Une autre force de cette étude consistait en la faible attrition des personnes participantes. Hormis 4 personnes participantes n'ayant pu entamer le programme pour des conflits d'horaires ou des raisons personnelles, toutes celles ayant commencé le

programme s'y sont investies jusqu'au dernier temps de mesure. Aussi, en suivant la recommandation de Carter et al. (2021), un nombre plus élevé de personnes participantes a été recruté et 8 d'entre elles ont composé le groupe, ce qui a pu faciliter la mise en place du programme ainsi que la dynamique du groupe.

Sur le plan méthodologique, la plus grande force de cette étude réside dans son devis de type à cas unique en complémentarité avec des analyses statistiques Tau-U et des analyses qualitatives portant sur les événements de vie et l'appréciation du programme. Dans ce sens, ce type de devis a permis de vérifier l'effet du programme d'autocompassion de manière valide malgré la présence d'un petit nombre de personnes participantes en plus d'écarter la possibilité que les effets évalués soient uniquement attribuables à un effet du temps, ce qui ne serait pas possible avec un devis de type pré-post. Grâce aux analyses visuelles, il a été possible de documenter de manière précise l'évolution des scores d'autocompassion ainsi que d'image corporelle négative et positive pour chaque personne participante individuellement à travers les différentes phases de la recherche, offrant une idée de la progression et du processus vécu par les personnes participantes. La présence des analyses Tau-U a quant à elles permis de confirmer ou non les résultats aux analyses visuelles en tenant compte de la pente en phase A et en le corrigeant au besoin, ce qu'il n'est pas possible de réaliser avec les analyses visuelles seulement. La présence d'analyses qualitatives d'appréciation a permis de confirmer les résultats des analyses visuelles et statistiques en plus de préciser les domaines (cognitif, affectif et comportemental) où les personnes participantes ont perçu le plus de changements. Aussi, la prise en compte des

événements de vie et la fréquence hebdomadaire de méditation a permis d'examiner certains facteurs non attribuables à l'intervention et pouvant avoir eu une influence sur la fluctuation des scores d'autocompassion ainsi que d'image corporelle négative et positive.

Concernant l'intervention, ce programme a été coanimé par une psychologue des Services aux étudiants de l'UQAC qui connaît bien les besoins et caractéristiques de la population étudiante ainsi que par une doctorante en psychologie clinique ayant complété le programme de la MSC d'une durée de 8 semaines et ayant élaboré les ateliers pour cette étude. Ces caractéristiques propres aux intervenantes ont pu favoriser le bon déroulement des ateliers. De plus, la cohésion entre les deux intervenantes a pu favoriser un climat de groupe positif et l'engagement des personnes participantes envers les ateliers. Enfin, l'utilisation du manuel officiel pour professionnel pour enseigner l'autocompassion (Germer & Neff, 2020) de même que l'approbation de deux enseignantes en autocompassion expérimentées depuis plusieurs années ont permis d'ajouter de la crédibilité à ce programme.

En résumé, cette étude présente plusieurs forces et a su démontrer ses impacts positifs, sa faisabilité et son acceptabilité auprès de la communauté étudiante universitaire. Tout en poursuivant les recherches visant à améliorer ce programme, il apparaît pertinent que ce type programme puisse progressivement être offert par les services psychosociaux des divers milieux étudiants. De plus, ce programme permettrait de répondre à un besoin dans le milieu étant donné que plusieurs personnes de ce groupe d'âge sont susceptibles

de vivre avec des préoccupations concernant leur poids et leur apparence (Durette et al., 2021; Robertson et al., 2021) en plus d'élargir l'offre de service de ces milieux à plusieurs personnes en même temps dans un contexte social où il y a une pénurie dans l'offre de service en santé mentale au Québec (Couturier, 2023).

Limites de l'étude et recommandations

Cette étude présente quelques limites. D'abord, bien que les 4 mesures de suivi permettent d'évaluer le maintien des acquis sur une période à court terme, il n'est pas possible de déterminer les effets de ce programme à moyen et long terme. Il pourrait être intéressant, comme Carter et al. (2021) ou Neff et Germer (2013), d'ajouter une mesure de suivi 3 ou 6 mois après la fin de l'intervention. Aussi, afin d'enrichir les données qualitatives, il aurait été intéressant d'inclure des échanges en groupe concernant la perception des personnes participantes quant aux effets qu'a eu ce programme sur elles quelques mois après la fin du programme tels que réalisés par Carter et al. (2021). De plus, compte tenu de données manquantes au niveau de base (A) pour certaines personnes participantes et qu'il importe d'en avoir au moins 3 pour établir la tendance dans cette phase (Kratochwill et al., 2010), il aurait été intéressant d'inclure 5 temps de mesures au lieu de 4 afin de nous assurer d'avoir au moins 3 données dans cette phase pour chaque personne participante. Par ailleurs, l'analyse des données a été réalisée une fois qu'elles étaient toutes compilées. Il pourrait être pertinent, ultérieurement, de prévoir des analyses des mesures en cours de recherche afin de dépister une ou des personnes participantes

vivant une expérience négative et d'intervenir si leur situation se détériore. Cela donnerait l'opportunité de constater plus tôt certains biais dans les résultats tels que la désirabilité sociale et permettrait de faire un suivi avec les personnes concernées. Aussi, il pourrait s'avérer pertinent de définir certains concepts présents dans les questionnaires, tels que ceux se rapportant à l'image corporelle, mais aussi à la distinction entre les pensées, les émotions et les comportements afin d'éviter l'incertitude et la confusion chez certaines personnes participantes lorsqu'elles répondent aux questionnaires. Enfin, comme un devis quasi-expérimental de type cas unique ne permet pas l'introduction randomisée de différentes modalités d'intervention, il n'a pas été possible d'écarter l'éventualité que les effets positifs s'expliquent par le soutien du groupe et non le programme en lui-même. En ce sens, il serait pertinent de tester les effets comparatifs de ce programme dans le cadre d'un devis expérimental randomisé et contrôlé, par exemple lors d'une implantation dans plusieurs universités et en comparaison avec d'autres programmes de groupe.

Dans un autre ordre d'idée, le présent programme est une courte adaptation de la MSC qui se déroule hebdomadairement pendant 8 à 9 semaines consécutives (Germer & Neff, 2020; Neff & Germer, 2013). Pour cette étude, ce programme s'est échelonné sur une période de 7 semaines, bien que 5 séances étaient planifiées. Comme le programme a été interrompu en raison de la semaine de relâche et par la Covid-19 chez une intervenante, il pourrait être intéressant de mesurer les effets de ce programme ultérieurement lors de 5 semaines consécutives sans interruption.

D'autres limites concernent le recrutement des personnes participantes ainsi que leurs caractéristiques. Plusieurs d'entre elles ont exprimé leur souci d'améliorer leur relation avec leur image corporelle, sans que cela soit leur motif principal pour participer au groupe et/ou sans avoir d'enjeux importants concernant celle-ci, ce qui peut expliquer des changements peu significatifs observés pour les variables d'image corporelle négative et positive. Aussi, des études futures pourraient s'attarder aux participants qui ne montrent pas d'améliorations sur ces variables, afin de mieux comprendre pour qui et dans quel contexte ce type d'intervention est favorable. De plus, bien que la taille de l'échantillon était suffisante pour démarrer le groupe, il pourrait être intéressant, dans une autre recherche, de recruter plus de personnes participantes dans le but de créer deux groupes et d'utiliser un devis de type cas unique à niveau de base multiple afin de comparer les résultats entre eux. Enfin, la participante 5 qui n'avait qu'une donnée dans la phase A, n'a pas été exclue des analyses. Toutefois, la présence de ses données extrêmes occasionnée par le manque de données en phase A a pu biaiser et rendre moins représentatifs les résultats pour la moyenne des personnes participantes à l'ensemble des échelles.

Pour finir, bien que cette étude se veut un ajout à la littérature déjà existante sur l'autocompassion et l'image corporelle, davantage de recherches seront nécessaires pour bien cerner l'effet de l'autocompassion en modalité de groupe sur l'image corporelle de personnes étudiantes universitaires.

Conclusion

En conclusion, cette étude visait à déterminer l'effet de 5 ateliers de groupe basés sur l'autocompassion sur l'image corporelle positive et négative de personnes étudiantes universitaires en plus d'évaluer son acceptabilité et sa faisabilité. Les résultats permettent de démontrer qu'un tel programme est faisable et apprécié en plus d'avoir des impacts positifs sur l'image corporelle et le niveau d'autocompassion des personnes étudiantes universitaires. Bien qu'aucun impact négatif ait été observé, certains résultats individuels suggèrent toutefois que ce programme a eu moins d'impact positif sur l'image corporelle pour quelques personnes. Ceux-ci peuvent être attribuables à des caractéristiques et des événements de vie externes aux ateliers, laissant entrevoir l'importance de tenir compte du contexte de vie des personnes participantes lors de la mise en place de tels ateliers.

Cette recherche possède plusieurs retombées sur le plan clinique et se veut un ajout à la littérature encore jeune portant sur les effets d'interventions de groupe d'autocompassion sur l'image corporelle. Il s'avère donc pertinent de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les processus à l'intérieur d'un tel groupe qui favorisent le développement d'une image corporelle plus saine. Il serait intéressant de reproduire cette étude en recrutant des personnes participantes dont les enjeux d'image corporelle sont plus importants. L'utilisation d'un devis randomisé contrôlé auprès d'un plus grand nombre de personnes participantes et l'ajout d'un second groupe de

comparaison permettraient d'utiliser des analyses statistiques plus raffinées. Ces analyses permettraient de vérifier si les changements observés sur l'image corporelle passent par un effet médiateur de l'autocompassion ou de la capacité à être en pleine conscience.

Références

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Baceviciene, M., & Jankauskiene, R. (2021). Changes in sociocultural attitudes towards appearance, body image, eating attitudes and behaviours, physical activity, and quality of life in students before and during COVID-19 lockdown. *Appetite*, 166. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105452>
- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Cain, A. S., Epler, A. J., Steinley, D., & Sher, K. J. (2010). Stability and change in patterns of concerns related to eating, weight, and shape in young adult women: A latent transition analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 255-267. <https://doi.org/10.1037/a0018117>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Couturier, E. (2023). *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/10/2023-10-Sante-mentale-WEB.pdf>
- Creswell, J. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.
- de Wet, A. J., Lane, B. R., & Mulgrew, K. E. (2020). A Randomised Controlled Trial Examining the Effects of Self-Compassion Meditations on Women's Body Image. *Body Image*, 35(2020), 22-29.

- Dove. (2021). *Notre recherche*. Repéré le 10 janvier 2022 à <https://www.dove.com/ca/fr/stories/about-dove/our-research.html>
- Durette, G., Gonzalez-Sicilia, D., Lemétayer, F., Paquette, M.-C., & Pigeon, É. (2021). *Habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids en contexte de COVID-19 : portrait de la situation et pistes d'action*. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3133-habitudes-vie-sommeil-poids-covid-19.pdf>
- Early, B. P., & Grady, M. D. (2017). Embracing the contribution of both behavioral and cognitive theories to cognitive behavioral therapy: Maximizing the richness. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 39-48. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0590-5>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>
- Gagnon-Girouard, M.-P., Turcotte, O., Paré-Cardinal, M., Lévesque, D., St-Pierre Tanguay, B., & Bégin, C. (2014). Image corporelle, satisfaction sexuelle et conjugale chez des couples hétérosexuels. [Body image, sexual and marital satisfaction among heterosexual couples.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 134-146. <https://doi.org/10.1037/a0029097>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2020). *Programme d'autocompassion en pleine conscience : un guide pour professionnels*. De Boeck Supérieur.
- Grogan, S. (2022). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (4th ed.). Routledge.
- Haley, E. N., Dolbier, C. L., Campbell, L. C., Carels, R. A., & Braciszewski, J. M. (2024). Brief self-compassion intervention for women of higher weight and internalized weight bias: A randomized pilot study. *International Journal of Behavioral Medicine*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10297-z>
- Holden, C. L., Rollins, P., & Gonzalez, M. (2021). Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *Journal of Health Psychology*, 26(12), 2330-2341. <https://doi.org/10.1177/1359105320912448>

- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). *A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes* [doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.008]. Elsevier Science.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56-85.
<https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- Keel, P. K., Gomez, M. M., Harris, L., Kennedy, G. A., Ribeiro, J., & Joiner, T. E. (2020). Gaining “The Quarantine 15:” perceived versus observed weight changes in college students in the wake of COVID-19. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1801-1808. <https://doi.org/10.1002/eat.23375>
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-487. <https://doi.org/10.1002/cpp.2018>
- Kertechian, S., & Swami, V. (2017). An examination of the factor structure and sex invariance of a French translation of the Body Appreciation Scale-2 in university students. *Body Image*, 21, 26-29. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.005>
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisén, A., Brandão, M. P., Silva, A. G., Dooley, B., Rodgers, R. F., & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body Image*, 30, 170-211.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). *Single -case desing technical documentation*.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED510743.pdf>
- Kratochwill, T. R., Levin, J. R., Horner, R. H., & Swoboda, C. M. (2014). Visual analysis of single-case intervention research: Conceptual and methodological issues. Dans T. R. Kratochwill, & J. R. Levin (Éds.), *Single-case intervention research*:

- Methodological and statistical advances*. (pp. 91-125). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14376-004>
- Lentillon-Kaestner, V., Berchtold, A., Rousseau, A., & Ferrand, C. (2014). Validity and reliability of the French Versions of the Body Shape Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 471-477. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.843537>
- Linardon, J., Anderson, C., Messer, M., Rodgers, R. F., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. *Body Image*, 37, 188-203. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.005>
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PLoS ONE*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among portuguese young adults: The role of self-compassion. *Eating Behaviors*, 23, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>
- McMillan, D., & Morley, S. (2010). Single case quantitative methods for practice-based evidence. Dans M. Barkham, G. Hardy, E., & J. Mellor-Clark (Éds.), *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies* (pp. 109-138). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470687994.ch5>
- Moffitt, R. L., Neumann, D. L., & Williamson, S. P. (2018). Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. *Body Image*, 27, 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.008>
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (n. d.). *Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF) Information*. University of Texas at Austin. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-SF-information.pdf>

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Ricard, M.-M. (2021). *De l'insatisfaction à l'acceptation corporelle : développer une relation plus positive avec son corps*. JDF Éditions.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2002). Psychometric evaluation of the Body Change Inventory: An assessment instrument for adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 3(1), 45-59. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00044-7](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00044-7)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105062>
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2021). #Take idealized bodies out of the picture: A scoping review of social media content aiming to protect and promote positive body image. *Body Image*, 38, 10-36. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.03.009>
- Rozin, P., Bauer, R., & Catanese, D. (2003). Food and life, pleasure and worry, among American college students: Gender differences and regional similarities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.132>
- Rutherford, B. R., Mori, S., Sneed, J. R., Pimontel, M. A., & Roose, S. P. (2012). Contribution of spontaneous improvement to placebo response in depression: A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research*, 46(6), 697-702. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.008>
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4e éd.). Sage.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire.

Journal of Contextual Behavioral Science, 2(1-2), 39-48.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>

Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. (2017). The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. *Body Image*, 23, 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.003>

Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. L. (2019). *Self-compassion interventions in body image: A review of the literature*. Nova Science Publishers.

Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 65(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>

Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661-669. <https://doi.org/10.1037/hea0000158>

Tomiya, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>

Toole, A. M., & Craighead, L. W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image*, 19, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.001>

Turk, F., Kellett, S., & Waller, G. (2022). Comparing self-compassion versus body exposure for adult women with moderate to severe body dissatisfaction: A feasibility and pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1002/cpp.2724>

Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

- Vall-Roqué, H., Andrés, A., & Saldaña, C. (2021). *The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among adolescent and young women* [doi:10.1016/j.pnpbp.2021.110293]. Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110293>
- Wichstrøm, L., & von Soest, T. (2016). Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. *Journal of Adolescence*, 47, 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.003>
- Women and Equalities Committee. (2020). *Body image survey results*. House of Commons. <https://committees.parliament.uk/publications/2691/documents/26657/default/>
- Zhou, Y., & Wade, T. D. (2021). The impact of COVID-19 on body-dissatisfied female university students. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1283-1288. <https://doi.org/10.1002/eat.23521>
- Ziemer, K. S., Lamphere, B. R., Raque-Bogdan, T. L., & Schmidt, C. K. (2019). A randomized controlled study of writing interventions on college women's positive body image. *Mindfulness*, 10(1), 66-77. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0947-7>

Appendice A

Plan des ateliers d'autocompassion (Hiver 2023)

Séance 1 : Introduction à l'autocompassion (Durée totale : 2h00) Date : Semaine du 6 février 2023	
Objectifs 1) Créer une ambiance de groupe connectée et sécurisante 2) Établir une base conceptuelle de l'autocompassion 3) S'initier à l'autocompassion par l'expérimentation	
Activité de bienvenue • Courte méditation d'introduction • Présentation des participant.es et des animatrices	10 minutes
Établissement des règles du groupe ➤ Participants identifient comment ils voudraient être traités pour se sentir en sécurité dans le groupe et comment il voudrait traiter les autres pour qu'ils se sentent en sécurité dans le groupe (réflexion papier crayon + partage)	15 minutes
Thème 1 de la séance ➤ Comment aborder les ateliers d'autocompassion	15 minutes
Pause	10 minutes
Exercice : Comment je traite un ami? ➤ Les participants réfléchissent à comment ils traitent un ami quand ils vivent des difficultés et ensuite, ils réfléchissent à comment ils se traitent eux-mêmes quand ils vivent des difficultés ➤ Réflexion papier-crayon + partage en grand groupe.	15 minutes
Thème 2 de la session ➤ Découvrir l'autocompassion ➤ Dans cette section, l'autocompassion est brièvement définie	5 minutes
Exercices en lien avec le thème 2 de la session ➤ Toucher apaisant (exercice guidé par l'animatrice) ➤ Pause d'autocompassion (méditation guidée + partage en groupe)	5 minutes 15 minutes
Conclusion ➤ Retour sur les thèmes abordés	5 minutes
Administration des questionnaires	15-20 minutes

Séance 2 : Expérimenter la pleine conscience (Durée totale : 2h00) Date : 13 février 2023)	
Objectif de la séance 1. Amener les participants à apporter une présence attentive à leur souffrance et à laisser de la place pour une réponse compatissante.	
Discussion sur la pratique à la maison ➤ partage en groupe	15minutes
Méditation principale (méditation guidée et retour en groupe) ➤ La respiration affectueuse	20 minutes
Thème 1 de la session ➤ La pleine conscience et concepts apparentés ➤ Dans cette section, les concepts sont brièvement définis ○ Vagabondage mental ○ Ce qu'est la pleine conscience ○ Pleine conscience vs Autocompassion	20 minutes
Exercices en lien avec le thème 1 de la session ➤ Ancrage des pieds au sol ➤ Exercice guidé de pleine conscience des pieds + retour en groupe	10 minutes
Pause + se poser	10 minutes
Thème 2 de la session ➤ La résistance ➤ Définition de la résistance et identification en groupe des indices de résistance des participants	10 minutes
Exercices en lien avec le thème 2 de la session ➤ Comment nous nous causons des souffrances inutiles ➤ Exercice guidé de style papier-crayon où les participants identifient une situation non désirée de leur vie en lien avec leur image corporelle et à laquelle ils résistent. Ils sont ensuite invités à apporter une réponse compatissante à cette situation de résistance. ➤ Réflexion papier-crayon + partage en dyade + partage en grand groupe)	20 minutes
Conclusion ➤ Retour sur les thèmes abordés	5 minutes
Administration des questionnaires	15-20 minutes

Séance 3 : Expérimenter la bienveillance envers soi-même (Durée totale : 2h00) Date : Semaine du 20 février 2023	
Objectifs 1. Amener les participants à développer une conscience aimante à l'égard d'eux-mêmes et à cultiver une voix intérieure plus compatissante	
Discussion sur la pratique à la maison ➤ Partage en groupe	15 minutes
Thème 1 de la session ➤ La bienveillance envers soi-même (Définition)	5 minutes
Méditation principale (méditation guidée et retour en groupe) ➤ Amour bienveillant pour un être cher	20 minutes
Exercices en lien avec le thème 1 ➤ Mouvement compatissant ➤ Exercice guidé par l'animatrice où les participants bougent diverses parties de leur corps en pleine conscience	10 minutes
Pause + se poser	10 minutes
Thème 2 de la session ➤ Utiliser des phrases bienveillantes ➤ Court exposé magistral où l'animatrice explique l'importance des phrases bienveillantes et leurs caractéristiques.	10 minutes
Exercices en lien avec le thème 2 de la session ➤ Trouver ses propres phrases bienveillantes ➤ Exercice guidé de style papier-crayon où les participants identifient les mots qu'ils auraient eu besoin d'entendre dans une situation difficile vécue en lien avec leur image corporelle. ➤ Rédaction d'une lettre compatissante à soi-même.	30 minutes
Conclusion Retour sur les thèmes abordés	5 minutes
Administration des questionnaires	15-20 minutes

Rencontres individuelles (Durée : 20 minutes) Date : Semaine du 27 février 2023 (Relâche)
Rencontre individuelle au besoin. Les participants peuvent prendre RDV avec l'animatrice principale s'ils éprouvent des difficultés et des blocages en lien avec leur pratique d'autocompassion. Cette rencontre vise également à soutenir le participant et à le motiver pour le reste des ateliers.

Séance 4 : Expérimenter la bienveillance envers soi-même (suite) (Durée totale : 2h00) Date : Semaine du 6 mars 2023	
Objectif de la séance 1. Remplacer progressivement le discours critique des participants en un discours davantage bienveillant	
Discussion sur la pratique à la maison ➤ Partage en groupe ➤ Explication magistrale des étapes de la progression (l'effort, la désillusion et l'acceptation)	20 minutes
Méditation principale (méditation guidée et retour en groupe) ➤ Le scan corporel compatissant	20 minutes
Thème de la session ➤ L'autocritique et les besoins associés à l'autocritique ➤ Définition de l'autocritique et des besoins + partage en groupe	10 minutes
Pause + se poser	10 minutes
Activités en lien avec le thème de la session ➤ Trouver sa voix compatissante ➤ Exercice guidé de style papier-crayon où les participants vont à la rencontre de leur autocritique, identifient leurs besoins derrière l'autocritique et remplacent leur discours autocritique en discours bienveillant. ➤ Réflexion papier-crayon + partage en dyade-triade + partages en groupe	35 minutes
Conclusion ➤ Retour sur les thèmes abordés	5 minutes
Administration des questionnaires	15-20 minutes

Séance 5 : Favoriser une image corporelle positive autrement que par l'apparence Date : Semaine du 13 mars 2023 (Durée : 2h00)	
Objectifs de la séance : 1. Apprendre à cultiver le bonheur et une image corporelle positive autrement que par l'apparence physique 2. Conclure les séances de manière positive	
Méditation principale (méditation guidée et retour en groupe) ➤ Le scan corporel compatissant	20 minutes
Thème 1 de la session ➤ Cultiver le bonheur et apprécier son corps (définition et discussion sur les concepts) ○ Savourer les petites choses de la vie ○ Gratitude pour les petites choses ○ Appréciation de soi Exercices en lien avec le Thème 1 de la session ➤ Savourer : ➤ Savourer un geste que l'on a avec son propre corps (frotter les mains) et identifier d'autres moments dans le quotidien où il est possible de savourer des moments avec son corps ➤ Avoir de la gratitude : ➤ Identifier 10 choses du quotidien qu'on ne réalise pas, mais pour lequel nous sommes reconnaissants. ➤ Réflexion papier crayon + partage en groupe ➤ S'apprécier tel que nous sommes : ➤ Identifier 1 qualités qui rendent fière ➤ Réflexion papier crayon + partage en groupe	45 minutes (Peut être coupé en deux par la pause)
Pause + se poser	10 minutes
Ce dont j'aimerais me rappeler : ➤ Les participants identifient ce qui les ont touchés pendant le programme et aussi, ce qui a été le plus facile, difficile, agréable, ce qui a le plus fonctionné pour eux (réflexion papier-crayon + partage en petit groupe)	20 minutes
Conclusion ➤ Partage en 3 mots des participants qui illustrent leur expérience des ateliers	5 minutes
Administration des questionnaires	15-20 minutes

Appendice B

Certification éthique

Cet essai doctoral a fait l'objet d'une certification éthique. Le numéro du certificat est 2023-1119.

Appendice C

Questionnaires utilisés

Questionnaire sociodémographique

Nom : _____ Prénom : _____

Âge : _____

Programme d'étude : _____

Nombre de sessions complétées : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Quel sexe vous-a-t-on attribué à la naissance (sur votre certificat de naissance original)?

- ☐ Sexe masculin
- ☐ Sexe féminin

Quel est le genre ou le sexe qui est le vôtre ou que vous ressentez être le vôtre (votre identité de genre)?

- ☐ Masculin/homme
- ☐ Féminin/femme
- ☐ Identité ou expérience d'une autre culture (ex., bispirituel, deux-esprits)
- ☐ Non-binaire, fluide dans le genre ou autre (ex., genderqueer)
- ☐ Autre : _____

Avez-vous un problème de santé mentale de longue durée qui vous limitent dans vos activités? (Dure ou qui devrait durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui (Vous pouvez cocher plus d'une réponse) :

- ☐ Trouble anxieux (ex. anxiété généralisée, trouble panique, phobie)
- ☐ Trouble bipolaire
- ☐ Trouble dépressif
- ☐ Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

- ☐ Trouble obsessionnel-compulsif
- ☐ Trouble du spectre de la schizophrénie
- ☐ Trouble du spectre de l'autisme
- ☐ Trouble de la personnalité
- ☐ Autre, précisez : _____
- ☐ Ne répond pas

Que venez-vous chercher dans ces ateliers? :

Avez-vous une pratique de méditation? Si oui, à quoi cela ressemble? :

Questionnaire hebdomadaire sur la fréquence de méditation et sur les événements vécus dernièrement

1. Dans la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous eu une pratique de méditation de pleine conscience ou de méditation d'autocompassion?

Dans la dernière semaine, avez-vous vécu des situations particulières (par exemple : examen, situations relationnelles, autres stressors, etc.) pouvant avoir un impact sur vos émotions, pensées et comportements? Si oui, décrivez-la.

Questionnaire sur l'autocompassion

Self-compassion scale – Short Form (SCS-SF)

Lisez attentivement chaque énoncé avant de répondre. Pour chaque énoncé, indiquez à quelle fréquence vous vous comportez de cette façon, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

	Presque jamais				Presque toujours
1. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
2. J'essaye d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	1	2	3	4	5
3. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaye d'avoir une vision équilibrée de la situation.	1	2	3	4	5
4. Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5. J'essaye de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.	1	2	3	4	5
6. Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5
7. Quand quelque chose me contrarie, j'essaye de garder mes émotions en équilibre.	1	2	3	4	5
8. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9. Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10. Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaye de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.	1	2	3	4	5
11. Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Questionnaire sur l'image corporelle négative des participantes femmes

Body Shape Questionnaire-8B (BSQ-8B)

Nous aimerions connaître comment vous vous êtes sentie par rapport à votre silhouette au cours des dernières quatre semaines. Lisez, s'il vous plaît, chaque question et choisissez entre les six propositions (1 jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent, 5 très souvent, 6 toujours) celle qui vous semble la plus juste.

Au cours des quatre dernières semaines :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?	1	2	3	4	5	6
2. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
3. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
4. Avez-vous eu honte de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
5. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire régime ?	1	2	3	4	5	6
6. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (par exemple le matin) ?	1	2	3	4	5	6
7. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?	1	2	3	4	5	6
8. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?	1	2	3	4	5	6

Questionnaire sur l'image corporelle négative des participants hommes
Body Image and Body Change Inventory

Pour chaque énoncé, choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation :

	Très insatisfait	Assez insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Assez satisfait	Très satisfait
1. À quel point es-tu satisfait de ton poids ?					
2. À quel point es-tu satisfait de la forme de ton corps?					
3. À quel point es-tu satisfait de la forme de tes muscles?					

Questionnaire d'image corporelle positive

Body Appreciation Scale 2 (BAS2)

Pour chaque énoncé, indiquez à quel point la question est vraie à propos de vous (1 = jamais, 2= rarement, 3 = quelquefois, 4 = souvent, 5 = toujours)

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Toujours
1. Je respecte mon corps	1	2	3	4	5
2. Je me sens bien à propos de mon corps	1	2	3	4	5
3. Je sens que mon corps présente au moins certaines bonnes qualités	1	2	3	4	5
4. Je prends une attitude positive à l'égard de mon corps	1	2	3	4	5
5. Je suis attentif.ve aux besoins de mon corps	1	2	3	4	5
6. Je ressens de l'amour pour mon corps	1	2	3	4	5
7. J'apprécie les caractéristiques différentes et uniques de mon corps	1	2	3	4	5
8. Mes comportements révèlent mon attitude positive envers mon corps; par exemple, je garde ma tête haute et je souris	1	2	3	4	5
9. Je suis confortable dans mon corps	1	2	3	4	5
10. Je sens que je suis beau/belle même si je suis différent/e des images de beautés véhiculées dans les médias (ex: mannequins, actrices/acteurs)	1	2	3	4	5

Questionnaire d'appréciation des ateliers d'autocompassion

1. Quels éléments du programme as-tu particulièrement aimés ?

2. Quels éléments du programme as-tu moins aimés ?

3. Ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des pensées en lien avec ton image corporelle?

☐ Oui (si oui, comment cela t'a aidé?)

☐ Non (si non, pourquoi?)

4. Ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des émotions que tu ressens à l'égard de ton image corporelle?

☐ Oui (si oui, comment cela t'a aidé?)

☐ Non (si non, pourquoi?)

5. Comment ce programme a-t-il pu t'aider sur le plan des comportements en lien avec ton image corporelle?

☐ Oui (si oui, comment cela t'a aidé?)

☐ Non (si non, pourquoi?)

6. Aurais-tu des suggestions de modifications afin d'améliorer le programme ?

7. Recommanderais-tu ce programme à d'autres étudiants?
