

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ÈRE NUMÉRIQUE : RÉCITS D'EXPÉRIENCE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

SARA ISABELLE HADLEY

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Merci à tous ceux qui ont été à mes côtés durant ce périple des dernières années.

Merci à tous ceux qui m'ont encouragée et qui ont cru en moi.

Merci à mes parents qui m'ont rappelé des dizaines de fois que je suis capable ; merci à mon conjoint, qui a su trouver les bons mots pour apaiser mon stress ; merci à mes proches et mes collègues de travail, qui m'ont parfois rappelé que j'avais le droit de me reposer ; merci à ma boule de poils, pour sa chaleur lors de longues journées de rédaction à la maison.

Merci à Sylvie Jochems, ma directrice, pour ta guidance, ton accompagnement, tes encouragements, ta confiance et ta bonne humeur.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Les troubles des conduites alimentaires : un problème social	5
1.2 Adolescence, socialisation et construction de soi	7
1.2.1 L'adolescence : identité et autonomie	8
1.2.2 La recherche de validation de soi : reconnaissance sociale, prestige et capital social.....	8
1.2.3 Intimité et espace public.....	11
1.3 Un regard extérieur.....	13
1.3.1 Le discours des adultes	13
1.3.2 Le discours médiatique à l'égard du phénomène pro-ana-mia.....	14
1.4 Interventions sociales	15
1.4.1 Au près d'adolescentes avec un trouble des conduites alimentaires	15
1.4.2 Au près d'adolescentes pro-ana-mia	15
1.4.2.1 Interventions en ligne	15
1.4.2.2 Interventions hors ligne	17
1.5 Question de recherche.....	18
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE.....	20
2.1 Une sociologie de l'individu	20
2.1.1 Concept d'expérience	21
2.1.2 Le rétablissement: l'expérience d'un processus.....	22
CHAPITRE 3 CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	26
3.1 Orientation méthodologique	26
3.1.1 Stratégie de recherche.....	26
3.1.2 Approche narrative	26
3.2 Population et échantillonnage	27
3.2.1 Les participantes et les critères de sélection	28
3.2.2 Le recrutement	28
3.3 Collecte de données.....	29
3.3.1 L'entretien individuel pour recueillir le récit d'expérience	29

3.3.2	Autres sources d'informations.....	30
3.4	Traitement et analyse de données	31
3.5	Considérations éthiques	32
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....		34
4.1	Récits d'expérience	34
4.1.1	Catherine.....	34
4.1.2	Émilie.....	38
4.1.3	Annie.....	41
4.1.4	Julia	44
4.1.5	Gabrielle.....	47
4.1.6	Rose.....	51
4.2	Portrait synthèse des récits d'expérience des participantes	55
CHAPITRE 5 DISCUSSION		63
5.1	Expériences de socialisation	64
5.1.1	Socialisation genrée et de classe	64
5.1.2	Une socioculture qui se prolonge en ligne	67
5.1.3	Le pouvoir des mots sur le rapport au corps	70
5.1.4	Rapport au phénomène pro-ana-mia sur le Web.....	71
5.1.5	Besoins de sensibilisation et d'éducation.....	73
5.2	Processus de rétablissement	75
5.2.1	Démarches favorisant le rétablissement	77
5.2.2	Démarches d'aide infructueuse des adolescentes	82
5.2.3	Besoins exprimés par les participantes à l'égard d'interventions sociales.....	85
5.3	Pratiques d'intervention sociale prometteuses et émergentes	86
5.3.1	Intervention avec les individus et les familles	88
5.3.2	Interventions avec les groupes	91
5.3.3	Interventions dans les écoles.....	93
5.3.4	Interventions avec les communautés, les institutions et le public.....	96
CONCLUSION		98
ANNEXE A Guide d'entretien.....		102
ANNEXE B Formulaire de consentement		104
RÉFÉRENCES		110

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Présentation des participantes.....	55
Tableau 2. Facteurs influençant le trouble des conduites alimentaires	56
Tableau 3. Expérience de rétablissement	57
Tableau 4. Expérience de socialisation en ligne	58
Tableau 5. Formes d'aide reçues.....	60
Tableau 6. Besoins à l'égard d'interventions sociales selon les jeunes femmes	61
Tableau 7. Pistes de solutions, d'interventions proposées par les participantes	62

RÉSUMÉ

Ce mémoire traite de l'expérience de jeunes femmes ayant eu un trouble alimentaire à l'adolescence à l'ère numérique. La socialisation à l'adolescence se faisant en ligne et hors ligne, il est intéressant de porter notre attention sur les expériences d'adolescentes ayant un trouble des conduites alimentaires, autant sur Internet qu'en personne. Le phénomène pro-ana-mia peut être décrit comme le contenu Web qui fait la promotion des troubles alimentaires comme un choix de vie. Il s'agit d'un enjeu actuel qui mérite d'être approfondi. Cette recherche vise plus précisément à comprendre les expériences de socialisation en ligne et hors ligne lors de l'adolescence ainsi que les expériences des jeunes femmes à l'égard de leur rétablissement. Pour cette recherche, nous nous sommes tournés vers une sociologie de l'individu comme cadre théorique. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués avec six jeunes femmes adultes qui ont eu un trouble alimentaire à l'adolescence, qui ont pris du recul face à cette période de leur vie et qui peuvent témoigner de leur processus de rétablissement. Les participantes ont témoigné de leur expérience sous forme d'un récit de vie. À la lumière de l'analyse des résultats, il est possible de dresser plusieurs constats. Bien que les participantes n'aient pas toutes participé au phénomène pro-ana-mia, elles étaient d'accord pour dire que leurs usages des technologies numériques et des réseaux sociaux jouent un rôle quant au désir de minceur à l'adolescence et que les troubles des conduites alimentaires peuvent donc être influencés par la socialisation en ligne. Également, il importe de mentionner qu'outre Internet, l'environnement social et familial d'une adolescente peut aussi influencer son rapport au corps. L'approche du professionnel consulté, le cas échéant, fut toute aussi déterminante pour le processus de rétablissement. Finalement, des recommandations pour la pratique du travail social sont proposées sous formes de pratiques prometteuses et émergentes. Entre autres, les pratiques d'intervention sociale élaborées dans ce travail sont les approches humanistes et narratives en contexte individuel ou de groupe, le groupe de soutien, ainsi que certaines initiatives qui seraient à considérer dans les établissements scolaires ainsi que dans les communautés.

Mots-clés : Trouble des conduites alimentaires, socialisation, adolescence, phénomène pro-ana-mia, expérience, processus de rétablissement, pratiques d'intervention sociale, technologies numériques et réseaux sociaux.

ABSTRACT

This thesis focuses on the experiences of young women who had an eating disorder as teenagers in the digital age. As adolescent socialization takes place online and in person, it is interesting to delve into the experiences of adolescent girls with an eating disorder, both online and in person. The pro-ana-mia phenomenon can be described as web content that promotes eating disorders as a lifestyle choice. This is a current issue that deserves to be deepened. More specifically, this research aims to understand the experiences of online and in person socialization during adolescence, as well as the experiences of young women with regard to their recovery. For this research, we used the sociology of the individual theoretical framework. Semi-structured one-on-one interviews were conducted with six young adult women who had an eating disorder in adolescence, who have taken a step back from this period in their lives and who can testify to their recovery process. The participants spoke of their experience in the form of a life story. In light of the results from the analysis, it is possible to make several observations. Although not all women participated in the pro-ana-mia phenomenon, they agreed that their uses of digital technologies and social networks play a role in the desire for slimness in adolescence and that eating behaviors can therefore be influenced by online socialization. Also, it is important to mention that in addition to the Internet, the social and family environment of a teenager can also influence her relationship with her body. Equally important to the recovery process was the approach of the professional consulted (if applicable). Finally, recommendations for the social work practice are proposed. Among others, the promising and emerging social intervention practices described are humanistic and narrative approaches in individual or group contexts, the support group, as well as certain initiatives that should be considered in schools and communities.

Keywords: Eating disorder, socialization, adolescence, pro-ana-mia phenomenon, experience, recovery process, social intervention practices, digital technologies and Social Networks.

INTRODUCTION

À l'ère numérique, de nouveaux phénomènes sociaux se manifestent. Certains apparaissent intéressants et souhaitables. Les adolescents ont de plus en plus d'outils pour communiquer, s'exprimer et s'autonomiser. La socialisation à l'adolescence s'inscrit de plus en plus en ligne, en continuité avec les relations créées à l'école et dans le voisinage. Également, Internet offre la possibilité aux jeunes de créer des liens avec des gens qui les rejoignent par divers intérêts communs via différents sites, forums et réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat, Discord, Reddit. Toutefois, d'autres phénomènes sociaux inquiètent et interrogent les adultes, dont les intervenants sociaux : la cyberviolence, la cyberdépendance et l'accès facile à des contenus parfois jugés inappropriés au bon développement des jeunes. Or, au-delà de jugements moraux ou du moins d'a priori sur ces mouvances, le travail social a tout intérêt à analyser les problèmes sociaux et les pratiques sociales, notamment celles de l'intervention sociale au regard du contexte numérique. Le phénomène « pro-ana-mia » est une problématique d'actualité qui fait usage du numérique et qui est d'intérêt pour le travail social.

Balleys (2015 : 12) nous propose de nous projeter dans l'univers des adolescents d'aujourd'hui et suggère qu'ils expérimentent deux espaces relationnels qui s'inscrivent en parallèle: l'école (et/ou autre lieu de sociabilité directe) et l'écran numérique (faisant référence à l'ordinateur, le téléphone portable, la tablette, la console de jeux vidéo ou autres). Les jeunes ayant de nouveaux moyens pour communiquer, s'exprimer et partager, la socialisation en personne se prolonge en ligne (Balleys, 2015). Selon un Zoom santé publié en 2015 par l'Institut de la statistique du Québec, près du tiers des jeunes âgés de 12 à 24 ans passaient plus de 15 heures par semaine devant les écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo, lecture ou autre activité) (Du Mays et Bordeleau, 2015 : 3). Depuis la pandémie mondiale du coronavirus COVID-19, les technologies numériques deviennent essentielles pour certaines activités qui sont interdites en présentiel. Selon les parents, 81% des jeunes de 13 à 17 ans passeraient davantage de temps devant les écrans depuis le début de la pandémie (Académie de la transformation numérique, 2021 : 5). En 2020, 59% des jeunes Québécois âgés de 13 à 17 ans consacraient plus de 10 heures par semaine à naviguer sur Internet (sans compter les autres types d'activités qui impliquent un écran numérique) (*ibid.*). Que deviennent les troubles des conduites alimentaires à l'ère du numérique ? Se prolongent-ils en ligne ?

Les troubles des conduites alimentaires existent depuis longtemps. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), les troubles des conduites alimentaires peuvent être considérés

des troubles de la santé mentale (American Psychiatric Association, 2013). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie et de contribuer à la vie de sa communauté » (Gouvernement du Québec, 2023). Soulignons que selon cette définition, avoir une bonne santé mentale ne signifierait pas l'absence d'un diagnostic.

À l'ère numérique, la problématique prend une autre forme. Depuis peu de temps, nous entendons parler de concept « pro-ana ». « Ana » représente l'anorexie dans le jargon Internet, tandis que « Mia » désigne la boulimie (Atkins, 2002; Casilli, Mounier, Pailler & Tubaro, 2013 : 13; Casilli & Tubaro, 2016 : 5). On a tendance à parler du phénomène pro-ana pour désigner le contenu Web des gens qui prônent les comportements sur le contrôle de l'alimentation. Le rapport du projet de recherche « ANAMIA » révèle toutefois qu'une mince proportion (20% dans le milieu francophone et un peu plus de 30% dans le milieu anglophone) des utilisateurs des sites dits « pro-ana » seraient anorexiques alors qu'environ 60 à 70% d'entre eux auraient des comportements de boulimie. Les auteurs du rapport proposent alors aux gens d'utiliser la dénomination « ana-mia¹ » pour mieux décrire les contenus des sites en question (Casilli, Mounier, Pailler & Tubaro, 2013 : 49). La qualification de « pro » ana-mia provient des propos des administrateurs des sites affirmant que les troubles de conduites alimentaires sont un choix de vie plutôt qu'une maladie (Casilli, Mounier, Pailler & Tubaro, 2013 : 13). Par exemple, en naviguant sur des blogues ou des forums qualifiés de pro-ana-mia, on peut constater des citations comme celle-ci, afin de contrôler le type de personnes qui participent aux échanges :

Pas de malades, les troubles du comportements alimentaires doivent être pris en charge par des professionnel.le.s. Pas de régimeuses, nous ne sommes pas là pour faire un petit régime avant l'été. Nous sommes là pour nous soutenir dans notre quête de perfection et ce dans la bonne humeur².

Le contenu des sites pro-ana-mia est souvent provocateur et les utilisateurs y décrivent l'histoire de leur « carrière » de contrôle de l'alimentation : crises, vomissements, photos, statistiques corporelles (grandeur, poids actuel, poids visé, calories intégrées chaque jour), trucs et astuces pour arriver à avoir le

¹ Le terme ana-mia sera utilisé dans ce mémoire.

² Repéré sur le Web en 2018 sur un forum de discussion qualifié de « pro-ana » public

corps « parfait », etc. (Casilli, Mounier, Pailler & Tubaro, 2013 : 13 ; Casilli, 2013 : 111-112 ; Casilli & Tubaro, 2016 : 62, 65).

Les créateurs et les utilisateurs des sites pro-ana-mia sont généralement des femmes³, majoritairement des adolescentes et des jeunes adultes, qui ont un trouble des conduites alimentaires (Casilli, 2013 : 111 ; Casilli et Tubaro, 2016 : 19). Elles utilisent le Web comme outil de rencontre, d'entraide et de soutien entre femmes qui veulent perdre du poids, ou encore les utilisent-elles comme plateforme de débat (Casilli, 2013 : 111). Elles découvrent comment perdre du poids avec des astuces comme « mastiquer mais n'avale pas, ne mange que de la confiture sans sucre, commence à fumer, bois beaucoup de boisson gazeuse diète ou encore donne-toi des coups à l'estomac lorsque tu ressens la faim » (Atkins, 2002). Également, elles apprennent à cacher leur perte de poids pour ne pas inquiéter leurs proches (*ibid.*). Non seulement les utilisatrices des sites pro-ana-mia s'encouragent entre elles, elles sont régulièrement stimulées par la voix de la maladie elle-même. Voici un exemple de lettre faisant référence à la voix d'Ana ou de Mia, soutenant ses performatrices :

Alors tu as faim à cet instant ? Quand tu te sens vide, ça signifie que tu es vide de tout péché. Ne me montre pas que tu ne possèdes aucun contrôle de toi ! Ne me défie pas. Tu sais pertinemment que si tu manges tout de suite, tu te retrouves la tête dans les toilettes à vomir jusqu'à ce que tu voies du sang, de l'eau et que tu souffres atrocement à l'estomac ! Ne me laisse pas tomber, ne mange pas. Ta meilleure amie, Ana. (Anonyme, « Lettre d'Ana », s.l.n.d., cité dans Casilli, 2013 : 114).

Ces types de publications véhiculent surtout sur les blogues et les pages personnelles (Casilli & Tubaro, 2016 : 62). En 2002, selon des groupes tels « *America's National Association for Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)* », il existait déjà environ 400 sites pro-ana-mia sur le Web créés et gérés par des femmes âgées de moins de 20 ans (Atkins, 2002). Quelques années plus tard, l'étude de Casilli et Tubaro (2016 : 66) nous informe que le nombre de sites pro-ana-mia a augmenté. En effet, il a été possible de repérer entre 557 et 667 sites pro-ana-mia entre les années 2010 et 2014 sur le Web français. Toutefois, seulement 20% des sites ont été actifs tout au long de la durée de leurs observations. Les auteurs expliquent que ces sites n'ont pas une longue durée et se renouvellent fréquemment en raison des circonstances de vie personnelle des administrateurs ou des visiteurs (exemple : leur âge ou le

³ Ce projet de recherche ne fait pas abstraction du fait qu'un homme peut aussi développer un trouble des conduites alimentaires. Toutefois, le phénomène pro-ana-mia étant généralement expérimenté par des femmes, le féminin sera utilisé tout au long de ce mémoire.

rétablissement), ou bien parce que les pages ont été dénoncées, censurées ou supprimées (Casilli et Tubaro, 2016 : 66). En ce qui concerne le nombre de sites pro-ana-mia actifs après 2014, nous n'avons pas trouvé de résultats de recherche en démontrant l'augmentation ou la diminution.

Le phénomène pro-ana-mia étant nouveau depuis les dernières années, les recherches se penchant sur la problématique restent peu nombreuses. Il est intéressant d'explorer l'expérience des jeunes femmes concernées par le phénomène, afin de comprendre les besoins en intervention sociale et ainsi, suggérer des pistes et des recommandations pour la pratique du travail social.

Le présent projet de recherche de 2e cycle problématise d'abord les troubles des conduites alimentaires tout en tenant compte de la socialisation qui se prolonge en ligne chez les adolescents. Que sont les troubles des conduites alimentaires à l'ère numérique ? Quels sont les angles théoriques utilisés pour analyser cette problématique dans la littérature scientifique ? Quels sont les discours médiatiques à cet égard ? Qu'en disent et que font les intervenants sociaux ?

La question de recherche retenue est alors la suivante : quelle est l'expérience de jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'ère numérique ? Afin d'y répondre, les questions secondaires sont les suivantes : quelle fut l'expérience en ligne (notamment, leur rapport au phénomène pro-ana-mia) et hors ligne des jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence ? Quelle fut l'expérience de rétablissement des jeunes femmes à l'égard d'interventions sociales ?

Cela étant posé, le cadre théorique repose sur une sociologie de l'individu. Pour nous aider à répondre aux questions de recherche, les concepts d' « expérience » et de « rétablissement » seront conceptualisés pour ensuite énoncer l'expérience du processus de rétablissement.

Finalement, pour opérationnaliser cette recherche, le cadre méthodologique prendra une approche qualitative et narrative, utilisant le récit de vie et d'expérience des jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence pour recueillir leurs vécus et par conséquent, mieux comprendre les besoins en intervention sociale.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre est un espace de discussion autour de l'objet de recherche. Les thèmes traités dans cette section serviront à une meilleure compréhension de l'ensemble de celui-ci. Avant de problématiser les défis d'intervention liés aux troubles des conduites alimentaires, nous explorons la réalité dans laquelle vivent les principales concernées, ainsi que le regard que pose sur elles le monde extérieur.

Dans ce chapitre, nous parlerons d'abord des troubles des conduites alimentaires comme étant un problème social. Nous aborderons ensuite la socialisation à l'adolescence et nous nous pencherons sur certains comportements des jeunes autant en personne que sur le Web⁴. Nous poserons également un regard extérieur sur ces comportements alors que nous verrons quel est le discours des adultes à l'égard de la socialisation en ligne ainsi que le discours des médias à l'égard du phénomène pro-ana-mia. Finalement, nous ferons un bilan des interventions sociales utilisées auprès d'adolescentes avec un trouble des conduites alimentaires, ainsi que des interventions sociales qui furent tentées auprès d'adolescentes pro-ana-mia. La question de recherche sera présentée et mise en contexte à la fin de ce chapitre.

1.1 Les troubles des conduites alimentaires : un problème social

Il existe plusieurs types de troubles des conduites alimentaires, les plus connus étant l'anorexie et la boulimie. Pour les décrire simplement, l'anorexie se caractérise par une « famine auto-imposée, avec perte de poids très importante » (Casilli et Tubaro, 2016 : 29) alors que la boulimie se manifeste par des épisodes répétitifs de prise de nourriture incontrôlée et excessive, suivis de moyens compensatoires pour éviter la prise de poids (Casilli et Tubaro, 2016 : 31). Le phénomène pro-ana-mia est souvent mis dans la même catégorie que les troubles des conduites alimentaires. Ce phénomène étant une prolongation en ligne directe avec l'anorexie et la boulimie, nous parlerons ici des troubles des conduites alimentaires comme problème social.

Fox, Ward et O'Rourke (2005) décrivent l'anorexie selon quatre différents modèles explicatifs : le modèle médical, le modèle psychosocial, le modèle socioculturel et le modèle féministe. Selon le modèle médical,

⁴ Notez que les extraits présentés issus des réseaux sociaux le sont uniquement pour illustrer l'existence du phénomène et que ces extraits ne se substituent aucunement aux sources scientifiques.

l'anorexie (ainsi que la boulimie) sont considérées comme des maladies mentales qui font d'ailleurs partie du DSM-5. Le traitement valorisé selon cette perspective sera le contrôle de l'alimentation pour un retour à un poids normal (Fox, Ward et O'Rourke, 2005 : 946). Le modèle psychosocial dépeint plutôt l'anorexie comme une conséquence de la perception de la société par rapport à la nourriture, l'obésité et le corps féminin. Ce modèle suggère aussi que le trouble peut émerger en réaction du développement de la sexualité adulte en lien avec un faible estime de soi, des distorsions cognitives, le stress et les problèmes familiaux. Sous un angle socioculturel, le modèle ne peut ignorer les normes sociales quant à la minceur et au corps « idéal » féminin : la culture des célébrités et du cinéma, les médias et la pression sociale à atteindre ces idéaux de beauté féminine qui sont aussi l'objet du désir sexuel. Finalement, le modèle féministe nous explique l'anorexie comme une réaction d'opposition au système patriarcal, dans le sens où la femme anorexique prend possession de son propre corps. Dans son rôle traditionnel de devoir nourrir sa famille, elle obtient un certain contrôle en arrivant à restreindre son alimentation et devient ainsi moins désirée, moins « féminine » et passe plus inaperçue (Fox, Ward et O'Rourke, 2005 : 947-950).

Enfin, après avoir étudié et analysé un forum pro-ana-mia, Fox, Ward et O'Rourke (2005 : 963) en viennent à analyser le mouvement pro-ana-mia comme étant en soi un modèle explicatif de l'anorexie, rejoignant les modèles socioculturel et féministe sur certains points mais allant à l'encontre de toute idée de traitement ou de rétablissement.

Mais qu'est-ce qu'un problème social ? En 2001, Dorvil et Mayer soulignent que bien qu'il n'y ait pas de consensus parmi les experts pour la définition d'un problème social, le discours dominant le présente comme une situation « où les conditions actuelles sont jugées comme ne pouvant pas répondre adéquatement aux standards sociaux » (Dorvil et Mayer, 2001 : 3). Otero et Roy (2013 : 1) le présentent comme « ce qui pose problème », « ce qui ne fonctionne pas », « ce qu'on ne tolère pas » ou « ce qui déplaît ». Les auteurs ajoutent que la normativité change selon l'époque et selon le contexte (2013 : 3). On peut donc considérer un problème social comme une situation « "qui pose problème", à un moment donné dans une société donnée » (Otero et Roy, 2013 : 1).

Un problème social s'explique par plusieurs dimensions (Otero et Roy, 2013 : 5). En ce qui a trait aux troubles des conduites alimentaires, ils peuvent être compris selon plusieurs angles. Arnoult (2009) explique l'anorexie comme une transgression médicale et sociale. L'auteur fait référence à Claudine Herzlich (1984) qui décrit la maladie comme une déviance par rapport à la norme de la santé parce que

les adolescentes refusent de maintenir un poids acceptable, compromettant ainsi leur santé, voire leur vie (Arnoult, 2009). En ce qui concerne la notion de transgression sociale, Arnoult (2009) affirme que « l'anorexie est un comportement qui se révèle être déviant a posteriori, institué par le désir de se conformer à une norme sociale ». Bref, l'auteur déclare qu'il s'agit d'une déviance particulière puisqu'au début, l'adolescente se conforme aux normes des idéaux de beauté imposées par la société. Ce n'est que plus tard, alors qu'elle continue à maintenir un poids alarmant, qu'elle tombe dans la déviance (*ibid.*, 2009).

Durif-Bruckert souligne que la graisse est d'ailleurs souvent perçue comme extrêmement néfaste et menaçante pour le corps féminin. L'auteur démontre ce que les femmes intériorisent en ce qui consiste la graisse :

De consistance « molle » et « flasque », elle « bouge » et « veut toujours déborder » pour mieux défaire les formes du corps. Les contours gras, indéterminables, presque fuyants sont en fait incontrôlables, en opposition à la fermeté du modèle anorexique. De plus, elle ne se résorbe pas, ne s'évacue pas. Elle est repérée comme étant nocive par ses tendances à l'accumulation et par le pouvoir intrinsèque que lui donne cette propension. Dans une telle abondance, elle « envahit le pourtour des muscles », des organes, « se glisse dans les articulations » (Durif-Bruckert, 2009 : 185).

L'auteur nous rappelle le mythe de la consubstantialité : « On devient ce que l'on mange » (Durif-Bruckert, 2009 : 182). Les moyens utilisés pour contrôler le poids corporel sont parfois extrêmes. Une majorité de femmes en viennent même à idéaliser le corps anorexique : « Quelqu'un d'osseux vraiment me plait, même si c'est excessif, un peu décharné, je trouve ça plus beau que les corps empâtés, oui c'est là mon objectif, ah ! je préfère être de ce côté plutôt que des gros... » (Durif-Bruckert, 2009 : 186). Afin d'atteindre les idéaux, des moyens sont donc pris par les femmes concernant leur alimentation. Certaines femmes feront des diètes qui deviendront beaucoup trop restrictives, certaines développeront l'anorexie, d'autres la boulimie, troubles des conduites alimentaires que certaines prônent même comme choix de vie.

Peu importe l'angle sous lequel on regarde la problématique, malgré que les types d'intervention diffèrent d'un angle à l'autre, tous sont d'accord pour affirmer que l'anorexie est un problème social qui nécessite une intervention (Fox, Ward et O'Rourke, 2005 : 950).

1.2 Adolescence, socialisation et construction de soi

Le présent projet de recherche s'inscrivant dans un contexte de socialisation à l'adolescence, il est important de comprendre les phénomènes qui s'y rattachent. Mis à part le phénomène pro-ana-mia,

comment les adolescentes expérimentent-elles la socialisation ? Casilli et Tubaro (2016 : 10) soulignent que comprendre les usages des adolescentes en ligne aide les parents et les professionnels à anticiper leurs besoins et donc à mettre en place des services et des interventions mieux adaptés. Le phénomène pro-ana-mia étant un problème social s'inscrivant dans un contexte de socialisation à l'adolescence, comprendre leur réalité nous permettra de voir la problématique d'un autre œil. Nous nous plongerons alors dans l'univers des adolescentes afin d'être en mesure d'enlever nos lunettes d'adulte, de parent ou de professionnel.

1.2.1 L'adolescence : identité et autonomie

D'où vient le mot « adolescence » ? Comment les auteurs définissent-ils cette période de la vie ? Beaucoup d'auteurs expliquent l'adolescence comme une transition entre l'enfance et la vie adulte (Hall, 1904 dans Bee & Boyd, 2011 ; Da Conceição Taborda-Simões, 2005 ; Piron, 1993). Balleys (2015 : 15) souligne que le mot en question provient du latin « Adolescere », qui signifie « pousser, grandir, se développer : une définition qui contient l'idée d'une progression, d'un passage vers la maturité ». Tout au long de leur période transitoire, les adolescentes apprennent à se connaître et à se découvrir. Nombreux auteurs sont d'accord : les adolescentes sont en quête d'identité (da Conceição Taborda-Simões, 2005 : 523 ; Balleys, 2015 : 21 ; Rodriguez, Safont-Mottay & Prêteur, 2017 : 357 ; Marcia, 1966, 1980, dans Bee & Boyd, 2011 : 267-268). Elles tentent de développer une vision d'elles-mêmes, construisant leur propre modèle de valeurs, de croyances, de relations avec les autres, d'aspirations, etc. (Bee & Boyd, 2011 : 266). Elles sont en pleine période de construction de soi, et ce, à travers leurs actions, leurs décisions, ce qu'elles projettent aux autres à l'école, mais aussi sur la scène médiatique. Lachance (2013) affirme que le corps est aujourd'hui mis en scène pour s'exprimer, pour dire quelque chose de soi. Casilli et Tubaro (2016 : 63) appuient cette idée, en disant que les images publiées sur les sites pro-ana-mia démontrent un effort de mise en scène de soi telles que les auteurs de ces images voudraient que les autres les perçoivent. Les publications de photos sont pour elles un outil pour s'exprimer, pour s'autonomiser et sont « de plus en plus un support de construction identitaire et de lien social » (Lachance, 2013 : XV).

1.2.2 La recherche de validation de soi : reconnaissance sociale, prestige et capital social

Casilli (2013 : 113) affirme que pour bien cerner le phénomène pro-ana-mia, il est essentiel de se pencher non seulement sur les diverses performances anorexiques et boulimiques qui sont publiées en ligne, mais aussi sur le rapport que la personne qui met en scène son intimité entretient avec son public. Le phénomène pro-ana-mia s'inscrit dans le même contexte que celui de la socialisation adolescente actuelle.

De fait, la construction de soi et de sa valeur sociale va de pair avec ce que les autres pensent. Autrement dit, les adolescentes s'appuient sur leur(s) ami(es) pour valider leurs pensées, leurs actions et leurs prochaines publications :

La reconnaissance d'une personne se réalise seulement à l'aide de médias qui, en vertu de leur structure symbiotique, ont pour modèle les gestes expressifs du corps au moyen desquels les êtres humains se donnent les uns aux autres confirmation de leur valeur sociale (Honneth, 2005 : 50)

Tout individu dépendrait donc naturellement des échanges et des relations qu'il entretient avec autrui et ces liens sont organisés de façon à obtenir de la reconnaissance réciproque (Honneth, 2004 : 134). La reconnaissance obtenue des relations avec autrui est importante pour que les adolescentes réussissent à forger leur identité et qu'elles sentent qu'elles ont de la valeur aux yeux des autres. En publiant des photos, des vidéos et des textes exprimant leurs opinions sur différents sujets, elles cherchent le soutien social par des commentaires ou des réactions positives comme des « likes » (Rodriguez, Safont-Mottay & Prêteur, 2017 : 356). C'est ensuite par les réactions des autres par rapport à leurs publications qu'elles vont être en mesure de se bâtir une idée de ce qui sera accepté ou apprécié d'autrui pour leurs prochaines publications. Ainsi, elles pourront se fonder une idée du « moi acceptable » (Rodriguez, Safont-Mottay & Prêteur, 2017 : 357). En effet, l'étude effectuée par Rodriguez, Safont-Mottay et Prêteur auprès d'adolescentes françaises de 11 à 15 ans, toutes utilisatrices régulières d'Internet, conclut que « le regard que les adolescentes portent sur elles-mêmes est indissociable du regard de l'autre et du rôle qu'elles leur attribuent » (2017 : 364). Des études démontrent que la pression des pairs peut contribuer au développement de la restriction alimentaire, et que cette pression devient encore plus influente lorsque les pairs sont un groupe d'adolescentes pro-ana-mia (Allison, Warin & Bastiampillai, 2013).

Dans la construction de leur identité, les adolescentes cherchent à plaire aux autres. Balleys (2015 : 23) nous rappelle le terme grandement utilisé par les jeunes pour désigner une personne qui est appréciée de beaucoup de monde : la « popularité ». L'auteure utilise le terme « prestige », concept attribué aux jeunes dont les opinions, les idées, les actions et le discours sont plus valorisés que les autres. Elle explique que le prestige se manifeste sous la forme d'une échelle hiérarchique (Balleys, 2015 : 31). Casilli et Tubaro (2016 : 34) nous ramènent à l'époque de la chrétienté médiévale pour expliquer qu'il existe aussi une hiérarchie parmi les adolescentes qui ont des troubles des conduites alimentaires. À cette époque, les femmes qui pratiquaient le jeûne étaient vénérées par les autres parce qu'elles étaient capables de maîtriser leur corps. Elles faisaient preuve d'un grand contrôle (*ibid.*). Les idéaux corporels amenaient la

pression sociale et celles qui réussissaient à contrôler leur alimentation pour atteindre ces idéaux obtenaient la reconnaissance d'autrui. Encore aujourd'hui, dans un milieu psychiatrique par exemple, les femmes anorexiques sont souvent admirées par les autres ayant un autre type de trouble alimentaire (Butcher, Hooley et Mineka, 2014 : 296). Alors que l'anorexie est encore associée à une capacité de contrôle de soi, la boulimie est plutôt associée à une perte de contrôle (Casilli et Tubaro, 2016 : 35). Les crises de perte de contrôle chez les adolescentes qui vivent avec la boulimie sont vécues comme peu valorisantes et même honteuses (*ibid.*). En naviguant sur des forums Web publics, il est possible d'en faire l'observation : « Salut, j'étais anorexique il y a quelques mois depuis j'ai repris du poids mais malheureusement je viens de tomber dans la boulimie. Avez-vous des conseils pour retomber dans l'anorexie ? » (2018⁵).

D'autres auteurs conceptualisent cette reconnaissance sociale sous l'angle du capital social c'est-à-dire que lorsqu'un groupe de pairs est particulièrement influent par rapport aux autres, on peut parler de capital social. Bourdieu (1980 : 2) définit le terme comme « un réseau durable de relations » ou en d'autres mots, comme une « appartenance à un groupe ». À travers leur construction de soi, comme toute adolescente, les jeunes filles pro-ana-mia recherchent les liens amicaux. Elles recherchent le partage d'un intérêt commun, le partage de mêmes objectifs et le soutien de gens qui leur ressemblent et qui les comprennent au travers des moments plus difficiles. Sur les blogues par exemple, elles vont tenter de créer des liens (Casilli & Tubaro, 2016 : 68). Elles écrivent une description d'elles-mêmes afin d'accueillir les gens qui leur ressemblent et qui ont des objectifs similaires, souvent sur leur page d'accueil. Elles feront la même chose sur les blogues des autres pour se créer un réseau, que Casilli et Tubaro (2016 : 68) définiront comme : « l'empreinte numérique, minimale mais observable et mesurable, de l'ensemble de ces choix en termes de relations et de structuration de l'identité de chaque individu, et du vécu qui les accompagne ». En faisant cela, elles s'identifient comme faisant part d'un groupe, d'une communauté : la communauté pro-ana-mia.

Il y a dans la littérature un débat scientifique autour de la socialisation des personnes qui vivent avec un trouble alimentaire. Levine (2012) explique que celles-ci vivent souvent dans l'isolement puisqu'elles ont peur du rejet, qu'elles ont une faible estime d'elle-même et qu'elles ont de la difficulté à avoir confiance en autrui. Elles se verront éviter des activités qui sont associées aux repas de groupe et perdront ce que

⁵ Citation extraite sur le Web en 2018 d'un forum de discussion public

Fischler et Masson (2008) appellent la « commensalité » : le partage de la table (cités dans Casilli et Tubaro, 2016 : 76). Ainsi, elles pourront perdre graduellement les liens familiaux et amicaux qui sont associés aux repas et au partage du plaisir alimentaire (*ibid.*). Par exemple, une personne anorexique pourrait refuser des activités avec son groupe d'ami(e)s si elles impliquent la prise de nourriture. Toutefois, Casilli et Tubaro (2016 : 45) précisent que des études sur la sociabilité médiatisée démontrent aujourd'hui le contraire. En fait, la sociabilité médiatisée permettrait de prolonger, maintenir ou renforcer en ligne les relations déjà existantes (*ibid.*). De plus, le web permettrait aussi le développement de nouvelles relations qui n'auraient pas été possibles sans l'accessibilité aux réseaux sociaux en ligne (Casilli et Tubaro, 2016 : 45). Le phénomène pro-ana-mia étant quand même assez rare, les probabilités qu'une adolescente concernée rencontre une autre personne aussi touchée par la problématique dans la population générale sont faibles (Casilli et Tubaro, 2016 : 43). Les adolescentes concernées ont aujourd'hui accès à Internet et peuvent rencontrer d'autres adolescentes et communiquer avec elles dans la compréhension.

Ces liens s'ajoutent à ceux qui existent en face à face sans les remplacer, élargissant ainsi l'ensemble des contacts susceptibles d'offrir de l'aide, du conseil, ou du soutien en cas de besoin – ce que la littérature appelle parfois le « capital social » des individus (Casilli et Tubaro, 2016 : 45).

Au cinquième chapitre, nous discuterons davantage de ce débat concernant le partage de la table et nous verrons où se situent les participantes de notre étude, à l'égard de leur participation à des activités impliquant le repas, durant la période de leur trouble alimentaire ou leur rétablissement.

1.2.3 Intimité et espace public

On remarque que les relations entre adolescentes n'ont pas tant changé avec la montée des technologies et le développement des réseaux sociaux. Ce qui se passait auparavant se passe toujours, mais se prolonge en ligne. Par contre, ce qui a vraiment changé est la gestion de ce qui devrait être privé et ce qui devrait être gardé pour soi (Balleys, 2015 : 128). Selon Lachance (2013 : XIV), la relation que les jeunes entretiennent avec l'intimité est « bouleversée ». Boyd (2007 : 1) ajoute que la signification du privé et du public change rapidement avant que nous n'ayons le temps de développer le langage et les structures pour le gérer. En effet, avec Internet, il est plus facile de publier une image dans le but qu'elle soit vue par beaucoup de gens. Sur les réseaux sociaux, il suffit d'un seul clic pour donner accès à une photo. C'est instantané, et il s'agit parfois de contenus jugés par certains comme relevant du domaine privé. Entre autres, le corps est un sujet qui est souvent objet de débats. Audet (2004 : 21) souligne les possibilités innombrables de façonner son corps en ayant recours par exemple à la chirurgie esthétique pour défier le

temps et rester éternellement jeune. Lachance (2013 : 140) dit, toujours en parlant du corps, qu'il est « possible aussi de le mettre en scène, de le transformer, de l'érotiser pour dire quelque chose de soi et de signifier autrement sa présence au monde ». Le Breton (2002) appuie en disant que :

Le corps est soumis à un design parfois radical ne laissant rien en friche (body building, régimes alimentaires, cosmétiques, prises de produits comme la DHEA, gymnastiques de toutes sortes, marques corporelles, chirurgie esthétique, transsexualisme, body art, etc.). Posé comme représentant de soi, il devient affirmation personnelle, mise en évidence d'une esthétique et d'une morale de la présence. Il n'est plus question de se contenter du corps que l'on a, mais d'en modifier les assises pour le compléter ou le rendre conforme à l'idée que l'on s'en fait (Le Breton, 2002, p. 7).

Les jeunes sont en processus de construction de leur « soi » et tentent de devenir des personnes qui seront appréciées et admirées par leurs pairs. Vinette (2001) explique que d'une part, nous vivons dans une culture de consommation où les médias mettent en valeur l'esthétique corporelle en idéalisant la minceur, l'associant à la maîtrise de soi, le succès et l'acceptation sociale. D'autre part, l'obésité serait plutôt associée à de la paresse, à un manque de discipline ou même à un échec moral (*ibid.*). Rodriguez, Safont-Mottay & Prêteur (2017 : 362) disent que les adolescentes « expérimentent la publication de contenus personnels et intimes sous le regard d'autrui ». Lachance (2013) utilise le concept « *extimité* » pour désigner cette pratique. Il définit le concept comme « le désir de rendre publics certains aspects de son intimité » (Lachance, 2013 : XIV-XV). Le concept fut proposé dès 2001, à la base par Jacques Lacan qui voulait illustrer que rien n'était jamais ni public ni intime (Tisseron, 2011 : 84). Tisseron (2011 : 84) reprend le concept et propose qu'il s'agisse du « processus par lequel des fragments du soi intime sont proposés au regard d'autrui afin d'être validés ». Sur les sites pro-ana-mia, le contenu consiste généralement en des récits de vie et en des témoignages rédigés comme dans un journal intime, mais qui sont pourtant partagés avec les autres utilisateurs de ces contenus (Casilli et Tubaro, 2016 : 63). En exposant leur intimité sur le Web, les gens confrontent le regard d'autrui.

Écritures de soi, descriptions de gestes et sensations, projections de modèles physiques au moyen de photos retouchées, avatars de puissance et de maîtrise sur son apparence et sa destinée, parangons de perfection face à un contexte alimentaire et sanitaire caractérisé par une cacophonie croissante des avis et des discours, ces représentations des usagers, de leurs activités, postures et sensibilités, laissent deviner le développement idiosyncrasique de tensions et de contraintes, ainsi qu'un répertoire de stratégies de présentation de soi, de ses goûts et de ses problématiques (Casilli, 2013 : 112).

Docteur Patrick Davies et Docteur Zara Lipsey soulignent qu'il est fort intéressant de voir que les adolescentes jugent acceptable et qu'elles soient à l'aise d'exposer leurs pensées les plus intimes sur le moyen le plus accessible au public, alors qu'elles n'arrivent souvent pas à en parler en face à face avec un proche (Doward et Reilly, 2003).

1.3 Un regard extérieur

Tout compte fait, les adolescentes qui participent aux contenus pro-ana-mia en ligne ne sont pas tellement différentes des autres adolescentes de leur âge qui recherchent une validation de soi, un sentiment d'appartenance et des liens significatifs avec autrui. Mais que pensent les adultes de cette nouvelle socialisation chez les jeunes qui se prolonge par le biais des réseaux sociaux ? Et que disent les médias à l'égard du phénomène pro-ana-mia qui reste encore peu étudié ?

1.3.1 Le discours des adultes

Le discours des adultes véhicule que les jeunes ne socialisent plus puisqu'ils passent trop de temps en ligne. Pourtant, Balleys (2015 : 12) nous explique clairement qu'il existe deux types de rapports de socialisation : la sociabilité directe et la sociabilité médiatisée. Lachance (2013 : 2) spécifie que souvent, le discours véhiculé est axé sur la peur, entre autres en raison des publications de photographies qui soulèvent des questions et des craintes de la part des adultes, des parents, des professionnels et parfois même des politiciens. Les propos des adolescentes sur leurs pages personnelles sont parfois dérangeants et peuvent donc devenir un sujet d'inquiétude pour les parents. En effet, Casilli et Tubaro (2016 : 6) soulignent que : « les auteurs de pages "pro-ana" ne font pas l'impasse sur leur souffrance ». Ils utilisent des mots tels que « enfer », « maladie » et même « mort » pour expliquer leur douleur. Dans ce cas, il est légitime pour un parent de s'inquiéter. Toutefois, il faut se rappeler que les adolescentes d'aujourd'hui n'expérimentent plus la socialisation comme les adolescentes des générations précédentes. Balleys (2015 : 132) souligne qu'il est également important de voir l'utilisation des réseaux sociaux non pas seulement à travers ses facteurs de risques, mais aussi à travers les belles relations qui peuvent ressortir des pratiques en ligne. Il faut se rappeler que si les histoires entendues sur les usages en ligne sont souvent des histoires d'intimidation ou de messages dégradants, c'est parce que ce sont celles qui forcément, attirent l'attention et font la une des journaux. On oublie parfois les bons coups que les adolescentes ressortent de leurs pratiques en ligne : les messages positifs, les « likes », la rétroaction de leurs pairs, entre autres. Les liens qu'elles peuvent créer en ligne sont infinis. Malgré tout, la majorité des jeunes témoignent que leur expérience sur Internet est plutôt positive (Biron & Bourassa Dansereau, 2011 : 6). Biron et Bourassa

Dansereau (2011 : 14) posent une question fort intéressante : « Comment éduquer et rendre autonomes ces adolescents, tout en s'assurant de les protéger contre eux-mêmes ? ».

1.3.2 Le discours médiatique à l'égard du phénomène pro-ana-mia

Un discours médiatique contribue fort probablement aux inquiétudes des adultes. Casilli (2013 : 116) souligne que les usagères de sites pro-ana-mia sont qualifiées par les médias d' « apologistes de l'anorexie ». En 2012, le Dr Oz Show présente les sites pro-ana-mia comme un « mouvement dangereux » (Schott & Langan, 2015 : 1161). Le quotidien américain USA Today parle de « *wannarexia* », terme qui provient des mots anglais « *wannabe* » et « *anorexia* » pour désigner les personnes qui désirent devenir anorexiques.

En effet, un discours qui revient souvent parmi les experts est la crainte que le contenu Web pro-ana-mia incite les adolescentes à restreindre leur alimentation pour viser les idéaux de beauté véhiculés en ligne sous forme d'images « thinspiration » (Atkins, 2002; Holland, Dickson & Dickson, 2018; Casilli et Tubaro, 2016; Schott & Langan, 2015). Les experts croient que des adolescentes pourraient vouloir devenir anorexiques pour la reconnaissance sociale (Bauman, 2007). Sarah Beglin, une psychologue clinicienne spécialiste des troubles des conduites alimentaires, confirme l'existence de ce phénomène (citée dans Atkins, 2002). Elle dit qu'il est possible de choisir de devenir anorexique, dans le sens de commencer à contrôler graduellement son alimentation pour se rendre compte de toute l'admiration reçue, et continuer pour encore plus d'admiration (*ibid.*). Les études ont démontré que les adolescentes qui consultent des sites pro-ana-mia sont plus enclines à un désir important d'être minces, se préoccupent davantage de leur apparence, sont plus perfectionnistes, moins satisfaites de leur poids corporel, mais surtout, elles sont plus exposées à des astuces pour perdre du poids (Schott & Langan, 2015 : 1161). Pollack (2003) ajoute que le fait de naviguer sur des sites pro-ana-mia pourrait être une façon de déclencher le développement d'un trouble des conduites alimentaires chez les femmes qui en sont plus vulnérables, ou encore pourrait avoir l'effet d'accentuer le trouble chez celles qui sont déjà touchées.

Au cinquième chapitre, nous discuterons de la possibilité que certaines adolescentes puissent croire qu'elles contrôlent leur alimentation pour être « en bonne santé » et non pas pour atteindre la maigreur, et que par conséquent, elles ne perçoivent pas leurs comportements comme étant problématiques.

1.4 Interventions sociales

Comme mentionné précédemment, peu importe l'angle sous lequel on regarde la problématique, malgré que les types d'intervention diffèrent d'un angle à l'autre, tous sont d'accord pour affirmer que l'anorexie est un problème social qui nécessite une intervention (Fox, Ward et O'Rourke, 2005). Cette partie mettra donc l'emphase sur des descriptions de pratiques d'intervention sociale utilisées auprès des adolescentes présentant un trouble des conduites alimentaires, selon la littérature.

1.4.1 Auprès d'adolescentes avec un trouble des conduites alimentaires

Il existe plusieurs traitements possibles pour venir en aide aux adolescentes qui restreignent leur alimentation. Thibault et coll. (2017) font un bilan des pratiques exemplaires pour traiter l'anorexie en effectuant une revue systématique de la littérature en avril 2014 et janvier 2016. Des 2 476 articles identifiés, ils en retiennent 30 qui respectent les critères de leur recherche. Les auteurs classifient les interventions en quatre modalités thérapeutiques : la médication, l'hospitalisation, le suivi ambulatoire (ou individuel) et la thérapie familiale. D'abord, leur recherche révèle qu'aucune étude ne certifie l'efficacité de la médication, qui serait seulement bénéfique pour traiter des comorbidités psychiatriques ou des symptômes secondaires comme la dépression (Thibault et coll., 2017 : 384). L'hospitalisation, malgré qu'elle ait été auparavant la méthode la plus utilisée, serait aujourd'hui un dernier recours. D'ailleurs, des études ont démontré que le traitement ambulatoire s'avèrerait aussi efficace et il serait plus efficient (représentant un dixième des coûts). Les types de thérapies individuelles utilisées seraient la thérapie cognitivo-comportementale, les traitements comportementaux, l'éducation thérapeutique (ou psychoéducation), la thérapie interpersonnelle et la thérapie motivationnelle (Thibault et coll., 2017 : 385). Finalement, la thérapie familiale serait de plus en plus utilisée depuis quelques années. Elle aurait fait ses preuves en ce qui a trait au maintien du rétablissement, comparativement à la thérapie individuelle (Thibault et coll., 2017 : 386).

1.4.2 Auprès d'adolescentes pro-ana-mia

1.4.2.1 Interventions en ligne

L'intervention auprès d'adolescentes avec des troubles des conduites alimentaires est bien documentée dans la littérature. Toutefois, le défi avec les adolescentes pro-ana-mia, c'est qu'elles rejettent le rétablissement et donc toute forme d'intervention. Par conséquent, il peut s'avérer plus difficile de les rejoindre avec un plan d'intervention. Sachant que les communautés pro-ana-mia sont en grande partie

sur le Web, il existe des moyens pour offrir un soutien aux adolescentes, directement sur les réseaux sociaux par exemple. Certaines pages Internet suggèrent à l'utilisatrice d'aller chercher de l'aide avant de dévoiler son contenu. Sur Instagram, en effectuant une recherche par « *hashtag* » (#), suivi de mots ou termes tels que « anorexie », « *boulimia* », « ana » ou « mia » dans le moteur de recherche, une page de soutien apparaît avec le message suivant :

Besoin d'aide ? Les publications contenant les mots ou les tags que vous recherchez encouragent souvent un comportement pouvant nuire ou conduire au décès. Si vous traversez des moments difficiles, nous sommes là pour vous aider.⁶

À ce moment, l'internaute pro-ana-mia doit choisir entre les options « obtenir de l'aide », « voir les publications », ou « annuler ». La première option l'amène vers un site Internet qui lui suggère de parler à une personne de confiance, lui propose des astuces pour mieux relaxer et la réfère à des lignes d'assistance telle que la ligne téléphonique du « National Eating Disorder Information Centre (NEDIC) ». En revanche, leurs services sont seulement offerts en anglais.

Si tous les sites pro-ana-mia étaient abolis, le problème serait-il réglé ? Certains croient que la censure serait sans doute une façon simple de régler la problématique. Le filtrage et la modération des contenus en ligne sont des façons de tenter de limiter les contenus pro-ana-mia disponibles en ligne. Toutefois, Casilli et Tubaro (2016 : 21) affirment que : « La censure, solution simple et à l'apparence rassurante, a été tentée plusieurs fois, avec des résultats bien médiocres ». Les auteurs disent qu'interdire les contenus pro-ana-mia sur des réseaux comme Tumblr et Pinterest par exemple, n'arrête pas le phénomène, mais redirige plutôt les adolescentes ailleurs sur le Web (*ibid.*).

On pourrait supposer que l'intervention en ligne saurait rejoindre les adolescentes dans leur *extimité*. Si les experts croient que les adolescentes ont plus de facilité à exprimer leur intimité sur le Web qu'en face à face, l'intervention à travers un écran aurait-elle le même effet ? En fait, Barak et Grohol (2011) rapportent que des recherches démontrent l'efficacité des interventions en ligne dans le domaine de la santé mentale. Les auteurs amènent qu'en plus d'assurer l'intimité et l'anonymat et de favoriser l'expression de soi, les interventions en ligne sont moins coûteuses et plus accessibles aux gens qui habitent dans des régions géographiques où il n'y a pas ou peu de services (Barak et Grohol, 2011 : 156).

⁶ Instagram, repéré à : <https://www.instagram.com/explore/tags/ana/?hl=fr>

Doward et Reilly proposaient aussi en 2003 que des services téléconsultation seraient peut-être une façon de rejoindre certaines adolescentes qui rejetteraient les services de santé standard.

1.4.2.2 Interventions hors ligne

Les interventions en ligne ne peuvent toutefois pas remplacer complètement les interventions traditionnelles en face à face. Casilli et Tubaro (2016 : 130) démontrent que les interventions traditionnelles restent nécessaires. Ils citent une participante à leur étude : « S'il y avait un groupe de réunions par chez moi [...], je me dis que j'aimerais bien aller parler avec des personnes réelles. ». Malgré que le phénomène pro-ana-mia soit récent et moins étudié que les troubles des conduites alimentaires en général, il existe dans la littérature des pistes guidant l'intervention auprès d'adolescentes « anti-rétablissement ». D'abord, il est certain que les sites et les communautés pro-ana-mia seront toujours accessibles. Les adolescentes prises en charge et suivant un plan d'intervention hors ligne auront toujours accès à ce type de contenu en ligne. Lester (2007) effectua une étude en faisant de l'observation participante sur une période de 15 ans dans deux cliniques de troubles des conduites alimentaires dans la ville de Mexico. Lors de son observation, elle assista à une rencontre où divers acteurs discutaient du cas de Kelly, cliente de la clinique, qui avait été surprise à naviguer sur des sites avec un contenu pro-ana-mia. La discussion entraîna la formation de deux clans. Certains disaient qu'il fallait interdire à Kelly de consulter ce type de contenu pour conserver le privilège d'avoir son ordinateur portable. D'autres favorisaient plutôt l'autonomie de Kelly, argumentant que lorsqu'elle ne serait plus à la clinique, elle devrait faire ce choix par elle-même (Lester, 2007 : 375).

Selon Roberts Strife et Rickard (2011 : 216), étant donné la prévalence de l'utilisation de sites pro-ana-mia chez les adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires, il faudrait adresser le phénomène en intervention. En effet, il faudrait vérifier avec elles leur utilisation des sites pro-ana-mia, ainsi que des effets négatifs possibles pour ces dernières (*ibid.*).

Les auteurs proposent la thérapie de groupe afin de combler le besoin d'appartenance, de cohésion et de soutien entre adolescentes qui se comprennent (Roberts Strife et Rickard, 2011 : 216). Allison, Warin & Bastiampillai (2014 : 118) ajoutent que l'influence des pairs étant particulièrement importante à cette période de la vie, il est aussi primordial en intervention de s'assurer que l'adolescente maintienne des liens avec d'autres adolescentes qui prônent le rétablissement et ce, le plus tôt possible dans le développement de la maladie. Ils proposent une forme de thérapie centrée sur les pairs. Il s'agit d'un concept qui fut

développé par une adolescente en processus de rétablissement qui insista pour inclure ses ami(e)s dans son plan d'intervention. Cette méthode fut efficace étant donné que ses ami(e)s n'étaient pas des adolescent(e)s pro-ana-mia, mais plutôt pro-rétablissement. Les résultats de la recherche de Casilli, Rouchier et Tubaro (2014) appuient cette idée. Pour l'étude, des forums et des blogues qualifiés de pro-ana-mia furent observés sur une période de 3 ans dans les années 2010 à 2012. Les auteurs disent que des débats sont souvent observés sur ces pages Web parce que des actrices pro-rétablissement confrontent les adolescentes qui prônent l'anorexie. Leurs observations mènent à la conclusion que les actrices finissent par s'influencer entre elles lorsque la plateforme de communication est accessible à tous. Par conséquent, ils proposent la possibilité d'incorporer de façon stratégique et de façon sélective, des agentes pro-rétablissement dans les blogues et les forums pro-ana-mia, afin de tenter de diriger certaines adolescentes vers le rétablissement (Casilli et Tubaro, 2014 : 756).

Finalement, en adoptant une perspective féministe, Enns (2004) suggère que les intervenant(e)s remettent le pouvoir dans les mains des adolescentes en les sensibilisant aux pressions de la société quant aux normes de minceur et de beauté pour les inciter à passer d'une position pro-ana-mia à une position anti-ana-mia (cité dans Roberts Strife & Rickard, 2011 : 217).

1.5 Question de recherche

Les troubles des conduites alimentaires existent depuis longtemps et consistent en une problématique actuelle et réactualisée à l'ère numérique avec le phénomène pro-ana-mia. Les adolescentes peuvent maintenant performer leur identité pro-ana-mia en ligne pour être reconnues par autrui, entre autres, en utilisant leur corps comme outil ou comme objet de construction de soi. D'autres consultent ce contenu en ligne et mettent leur santé en péril. Elles peuvent découvrir des moyens de perdre du poids dans le but d'atteindre une minceur extrême. Il s'agit d'un problème qui mérite l'attention des chercheurs. Casilli et Tubaro (2016 : 58) nous rappellent que les études scientifiques liées au phénomène pro-ana-mia n'ont fait que des premiers pas dans la direction d'une compréhension exhaustive du phénomène. Les auteurs précisent que comprendre les usages du Web des adolescentes aide les parents ainsi que les professionnels à anticiper leurs besoins et donc à mettre en place des services et des interventions mieux adaptés (Casilli et Tubaro, 2016 : 10). Le contenu Web pro-ana-mia est entretenu, en grande majorité, par des filles et des femmes qui ont un trouble des conduites alimentaires (Casilli, 2011; Casilli et Tubaro, 2016). Ce projet de recherche considère que le phénomène pro-ana-mia est une prolongation en ligne de problématiques bien connues: l'anorexie et la boulimie. Les adolescentes qui ont un trouble des conduites

alimentaires et qui sont utilisatrices de technologies numériques sont-elles toutes influencées par le contenu Web pro-ana-mia ? Le cyberspace étant un milieu de socialisation à l'adolescence, ce projet de recherche s'est d'abord intéressé aux expériences de socialisation en ligne et hors ligne des adolescentes lors de la période de leur trouble des conduites alimentaires.

En tant que travailleuse sociale, il est important de comprendre le point de vue des adolescentes pour mieux intervenir auprès d'elles. Lachance (2013 : 4) nous rappelle que les études disponibles en lien avec la socialisation en ligne ne donnent pas la parole aux jeunes. Qui de mieux que les principales concernées par la problématique pour donner leur opinion sur les besoins des adolescentes à l'égard d'interventions sociales. Qui de mieux que des jeunes femmes qui ont réussi à se sortir de leur impasse ? Ce projet de recherche s'est alors ensuite intéressé au rétablissement des jeunes femmes maintenant adultes, à travers leurs expériences à l'égard d'interventions sociales, venant autant de leurs pairs que de professionnels.

Ce mémoire de maîtrise a comme objectif général d'explorer le vécu d'adolescentes concernées par la problématique de recherche, après le processus de rétablissement. Afin d'y parvenir, la question principale est la suivante : quelle est l'expérience de jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence à l'ère du numérique ? Les questions secondaires sont les suivantes : quelle fut l'expérience en ligne (notamment, leur rapport au phénomène pro-ana-mia) et hors ligne des jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence ? Quelle fut l'expérience de rétablissement des jeunes femmes à l'égard d'interventions sociales ?

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre sert à conceptualiser les thèmes importants pour bien saisir les questions de recherche. Il nous aidera à répondre à la question principale de recherche. Puisque celle-ci porte sur l'expérience de jeunes femmes adultes, les particularismes des individus autant que les dimensions plurielles seront considérés. Nous nous tournons alors vers une sociologie de l'individu pour ce faire. Pour bien saisir les questions secondaires autant que la question principale, la notion d'expérience sera conceptualisée, pour ensuite discuter plus particulièrement de l'expérience du processus de rétablissement. Nous ferons un survol de la littérature afin de bien saisir le sens du concept de rétablissement, qui fut grandement l'objet de débat au fil du temps.

2.1 Une sociologie de l'individu

Pendant longtemps, la sociologie, cherchant à étudier les problèmes sociaux et les mouvements collectifs, considérait l'humain et ses expériences personnelles comme un produit de son milieu social et de ses rapports sociaux (Lahire, 2016; Martuccelli, 2009). Lahire (2016 : 57) dit que « les sociologues ont élaboré une vision homogène de l'homme : celui-ci serait d'un "bloc", façonné par un ensemble stable de principes (habitus, schèmes, normes, style de vie...) ». Mais si les sciences sociales s'intéressaient autrefois principalement aux groupes et aux structures sociales, elles se soucient de plus en plus à l'étude de cas. En effet, les normes influencent la façon dont les gens dans une même société pensent et agissent, mais chaque individu est singulier, a sa propre perception de la réalité et ses propres expériences. L'individu n'est donc plus simplement le produit de son milieu social, mais plutôt comme « le produit complexe et singulier d'expériences socialisatrices multiples » (Lahire, 2016 : 59). La socialisation d'un individu résulte de ce qu'il apprend dans diverses sphères de sa vie. Parce qu'au final, les conduites individuelles font sens seulement si elles sont insérées dans leur contexte social (Martuccelli, 2009 : 16). Un individu peut à la fois ou à différents moments de sa vie adopter plusieurs rôles sociaux : fils, ami, père de famille, joueur de soccer, entraîneur, avocat, militant, ou tout autre rôle en relation avec une ou plusieurs personnes. La notion de « personnage social » donne d'ailleurs un sens aux conduites et aux expériences d'un individu, en fonction de sa position sociale ou de son rôle (Martuccelli, 2009 : 16). Par conséquent, l'individu en question est indéniablement le mieux placé pour rendre compte de ses conduites et sa perception de la réalité. Il est l'expert de sa situation. Le processus de socialisation est donc au cœur de ce modèle sociologique. Cela dit, il devient intéressant d'explorer la réalité des actrices directement concernées par

la problématique de cette recherche : les adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires, qui socialisent et naviguent sur le Web et qui peuvent toutes avoir une expérience différente ou une perception différente d'une même page visitée. Tenant compte de la sociologie de l'individu, nous nous intéresserons aux trajectoires singulières de chacune des participantes à notre recherche, et ce même si elles occupent des positions sociales similaires.

2.1.1 Concept d'expérience

Notre façon de percevoir le monde dépend de nos expériences. Afin de théoriser les questions secondaires portant sur les expériences des participantes, voyons ce que les auteurs entendent par « expérience ». D'abord, Zeitler et Barbier (2012 : 108) affirment que la notion d'expérience est souvent très peu, ou pas du tout, définie dans des ouvrages qui lui accordent une importance particulière. Les auteurs ajoutent que cette notion serait complexe et que la définir serait d'une tâche ardue. La notion d'expérience fut beaucoup développée et réfléchiée par de nombreux travaux de John Dewey, psychologue et philosophe, dès les années 1910 (Zeitler et Barbier, 2012 : 109). Dewey postule que l'expérience se divise en deux importantes composantes : « La partie active est l'action de la personne sur le monde, tandis que la partie passive est la trace laissée par l'action du monde sur la personne » (cité dans Zeitler et Barbier, 2012 : 109). L'expérience d'une personne serait donc le produit de sens qu'il se fait de son action et des conséquences de son action sur le monde. Mayer et coll. (2000) disent qu'en recherche qualitative :

L'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes ; leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives. Le chercheur part du postulat que les personnes construisent leur réalité à partir du sens qu'elles donnent aux situations (Mayer et coll., 2000 : 57).

Martuccelli (2009 : 16) ajoute que « c'est en référence à ses propres expériences que le social fait — ou non — sens ». On peut également parler d'une sociologie de l'expérience, développée par François Dubet. Dans le même sens qu'une sociologie de l'individu, l'auteur propose qu'une personne soit irréductible à ses rôles sociaux incarnés. Selon Dubet (1994), l'expérience sociale se définit par les activités cognitives, la manière d'éprouver et la manière de construire le réel. Elle devient l'experte de son environnement et de sa réalité, de par ses expériences.

Par conséquent, comme nous le verrons dans la méthodologie de ce travail, nous effectuons des entretiens individuels, concevant que les jeunes femmes adultes ayant eu l'expérience d'un trouble des conduites

alimentaires ainsi que d'un processus de rétablissement sont les mieux placées pour parler de leurs expériences.

2.1.2 Le rétablissement: l'expérience d'un processus

Afin de répondre à notre deuxième question secondaire, nous explorons dans cette section la signification d'un processus de rétablissement pour les actrices concernées par la problématique. Quel sens prend le terme « rétablissement » pour de jeunes femmes qui ont souffert d'un trouble des conduites alimentaires ? Le rétablissement est-il possible ? Est-ce qu'on peut atteindre un rétablissement complet ? Qu'est-ce que le rétablissement et comment est-il défini par les professionnels, les intervenants sociaux, les personnes elles-mêmes concernées ? Pour le domaine du travail social, est-ce qu'on peut parler d'un rétablissement avec des personnes qui ont un trouble des conduites alimentaires ?

Depuis les années quatre-vingt, plusieurs auteurs ont tenté de définir le concept. Le Robert Dico en ligne⁷ définit le rétablissement comme suit: « action de rétablir (ce qui était altéré, interrompu...) [...] Retour à la santé → guérison ». En anglais, le Merriam-Webster (2021) en ligne⁸ définit la traduction anglaise du rétablissement, *recovery*, ainsi: « *the act, process or an instance of recovering [...] the process of combating a disorder (such as alcoholism) or a real or perceived problem* ». Provencher (2002) postule:

Toute tentative de définition du rétablissement doit mettre en perspective l'expérience subjective de l'individu dans ses efforts de surmonter les symptômes et de dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales associées (Provencher, 2002 : 39).

En ce qui concerne les témoignages de personnes utilisatrices de services en santé mentale, nous pouvons voir une similitude avec ces définitions. Pour John Dewey, l'expérience se présente comme « un processus continu » (Zeitler et Barbier, 2012 : 109). Deegan (1988 : 14) appuie et définit le rétablissement à partir de son expérience personnelle tel un processus et non une destination finale. Elle ajoute que le rétablissement ne signifie pas l'absence de souffrance ou de difficulté. En anglais, elle dit:

In fact, our recovery is marked by an ever-deepening acceptance of our limitations. But not, rather than being an occasion for despair, we find that our personal limitations are the ground from which spring our own unique possibilities. This is the paradox of recovery, i.e., that in

⁷ Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/retablissement>

⁸ Repéré à <https://www.merriam-webster.com/dictionary/recovery>

accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do
(Deegan, 1988: 14-15).

Davidson et coll. (2008), considérant la vision de patients souffrant de schizophrénie ainsi que celle de leur famille, proposent une distinction entre les termes « *recovery* » et *being « in » recovery* en santé mentale. Le premier terme relèverait, selon les auteurs, d'une réalité scientifique et clinique et il serait centré sur la maladie. Le rétablissement peut donc être perçu comme un résultat, suite à une rémission complète. Cela supposerait qu'une personne tenterait toute sa vie à arriver à un rétablissement et pourrait ne jamais réussir à y accéder. Le deuxième terme marquerait davantage la réalité sociale et politique. Le rétablissement serait perçu comme un processus expérientiel et serait centré sur la personne concernée et à sa façon de comprendre et de vivre (Davidson et coll., 2008 : 6-7). En ce sens, l'étude qualitative de Young et Ensing (1999) aurait permis de décrire le processus du rétablissement en trois phases distinctes (cité dans Provencher, 2002 : 38). L'individu dans la première phase accepterait le trouble, serait motivé à faire des changements et entretiendrait de l'espoir en percevant certains comme des modèles ou en utilisant des ressources spirituelles. L'individu dans la deuxième phase serait dans l'actualisation de son pouvoir d'agir et dans la redéfinition du soi, reprendrait des activités dans son quotidien et solidifierait ou développerait des relations avec autrui. Finalement, l'individu dans la dernière phase du rétablissement poursuivrait des objectifs axés sur l'optimisation de sa qualité de vie et de son bien-être (*ibid.*). Les auteurs de cette étude soulignent également que le processus ne serait pas linéaire. L'individu qui aurait des échecs ou des rechutes au cours de son parcours pourra les vivre comme des apprentissages au cours de son cheminement (Young et Ensing, 1999, cités dans Provencher, 2002 : 38).

Dans le domaine de la santé mentale, on fait grandement référence au concept de rétablissement (Roy, 2019). Une recherche de Davies et Gray (2015 : 12), traitant du point de vue des utilisateurs de services en santé mentale sur la participation de l'utilisateur dans son plan d'intervention, amena les répondants à initier d'eux-mêmes le concept de rétablissement, malgré qu'il n'y ait eu aucune question reliée à ce concept. Dans les années 1980, des écrits contribuent à un changement de la vision du rétablissement pour les personnes atteintes d'un trouble la santé mentale (Provencher, 2002; Assad, 2014; Roy 2019). Ces écrits émergent sous forme de témoignages de personnes qui ont bénéficié de services en santé mentale, d'anciens patients, témoignant que la vie de personnes avec des troubles de santé mentale peut s'améliorer (Assad, 2014 : 77). En réponse à ces écrits naît une nouvelle compréhension de l'expérience de la personne avec un trouble de santé mentale. Cette nouvelle vision étant moins « pathologisante », il devient possible de croire en un rétablissement pour les personnes concernées (*ibid.*). Des témoignages

d'anciens utilisateurs de services font ressortir les thèmes de « la subjectivité et [de] la singularité de l'expérience du rétablissement » (Provencher, 2002 : 35). Assad (2014) affirme que le fait de considérer l'expérience du rétablissement a amené des approches différentes en rapport avec l'intervention en santé mentale. L'accent est mis sur la personne : « Ces approches accordent davantage de place et d'intérêt aux dires des personnes concernées, favorisent leur prise de parole, sont intéressées à leur histoire de vie, à la spécificité de leur façon de vivre avec leurs troubles et de leur processus de rétablissement » (Assad, 2014 : 77-78). On reconnaît alors l'expertise expérientielle de la personne et en intervention, on tend vers un partage d'expertise (*ibid.*).

Il est intéressant de se pencher sur la représentation du concept de rétablissement pour le domaine du travail social. La recherche de Roy (2019 : 237) avait comme objectif d'analyser la représentation du rétablissement dans la littérature en travail social afin d'identifier des enjeux potentiels de la vision du rétablissement présentée pour proposer des pistes d'interventions. Suite à l'analyse de 45 articles, Roy (2019) postule que :

Les recherches en travail social définissent habituellement le rétablissement non pas comme la réduction ou l'élimination de symptômes, mais plutôt comme un processus de croissance personnelle et d'amélioration de son rapport identitaire permettant l'engagement dans des vies satisfaisantes: on parle d'espoir et d'optimisme envers le futur, de la quête de sens dans la vie, d'autodétermination, d'entraide et d'amélioration de l'estime de soi (Roy, 2019 : 240).

La définition proposée par Roy (2019) est similaire aux définitions présentées précédemment, relevant du domaine de la santé mentale. La plupart des auteurs disent que le rétablissement est un processus de quête personnelle de sens. Certains auteurs soutiennent d'ailleurs qu'un processus de rétablissement s'accomplit par un sentiment d'utilité sociale, soit en détenant un travail rémunéré ou bien en s'engageant dans le bénévolat (Roy, 2019 : 241). Afin d'y arriver, les moyens varient en fonction de la vision préconisée. Selon une perspective clinique, on parle d'autogestion et de maîtrise de soi et de ses symptômes. En travail social, la perspective privilégiée miserait plutôt sur le processus de reconstruction identitaire : « redéfinition du soi, d'acceptation de soi, de redécouverte de soi et de transformation identitaire (Roy, 2019 : 241). En ce sens, Roy (2019) souligne qu'il faut faire attention à la façon de parler d'un rétablissement. Des critiques à l'égard du concept émergent de l'idée que l'individu doit se responsabiliser, se prendre en charge et s'autogérer ou améliorer son identité, qu'il doit s'engager dans un projet individuel ou social pour donner un sens à sa vie. L'auteur dit que cette vision du rétablissement pourrait favoriser une catégorisation dichotomique des clients dits « bons clients » ou « clients difficiles » : ceux qui se

responsabilisent et qui se prennent en charge, qui sont motivés et qui s'impliquent dans un processus de travail de soi et ceux qui n'en sont pas intéressés (Roy, 2019 : 242). Non seulement il peut être difficile pour certaines personnes atteintes d'un trouble de santé mentale de gérer leurs symptômes ou de les prédire, on demande à ces personnes de se reconstruire, de se redéfinir et de s'améliorer. Il faut faire attention à la façon dont le processus de rétablissement est présenté et utilisé en intervention, c'est-à-dire en évitant d'imposer un modèle de celui-ci, avec des idées préconçues (Roy, 2019 : 243). Le système d'accompagnement en santé mentale devrait repenser la démarche d'appropriation du pouvoir, passant de la participation autonome à la non-participation ou à la participation partielle (Davies et Gray, 2015; Roy, 2019).

CHAPITRE 3

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre décrit la démarche entreprise dans le but de répondre à la question principale de recherche. Nous présenterons d'abord les approches privilégiées pour cette recherche. Nous expliquerons ensuite comment nous avons fait le recrutement des participantes. Suit alors la méthode de collecte de données et leur processus de traitement et d'analyse. Enfin, nous exposerons les limites ainsi que les considérations éthiques de cette recherche.

3.1 Orientation méthodologique

3.1.1 Stratégie de recherche

Cette recherche est de type qualitatif exploratoire. Selon Mayer et coll. (2000 : 57), une perspective méthodologique qualitative est une voie inductive pour décrire et comprendre l'expérience de la vie quotidienne des gens concernés par une problématique. Étant donné que ce mémoire s'intéresse aux expériences de jeunes femmes touchées par la problématique, la recherche qualitative est appropriée et ne cherche pas à généraliser ses résultats. Cette recherche est aussi de type exploratoire, parce qu'elle s'intéresse à un « problème qui a été plus ou moins défini » (Trudel et coll., 2007 : 39) et permet de « définir de nouvelles pistes de recherche » (*ibid.*).

3.1.2 Approche narrative

Pour recueillir les expériences des participantes, nous utilisons une approche narrative. En guise de définition, Murray (2017 : 109) affirme que le terme « narrative » peut être utilisé pour peindre une histoire de vie personnelle, celle d'une communauté ou celle d'une société. Les chercheurs de l'approche narrative utilisent l'interview biographique ou épisodique afin d'encourager les participants à « raconter leur histoire » sous forme de « récit » avec un minimum de directivité de leur part (Murray, 2017 : 118). Le récit serait un « un moyen phénoménologique pour saisir ce changement et nous permet d'injecter du sens dans une chaîne d'événements » (Murray, 2017 : 109).

Le récit d'expérience est une forme de récit de vie. Chalifoux (1984) définit l'histoire de vie comme « un récit qui raconte l'expérience d'une personne » (cité dans Mayer et coll., 2000 : 180). La particularité du récit, c'est qu'il raconte l'expérience de la narratrice, selon sa vision du monde. Laberge (2009 : 105)

précise que « les filtres de la mémoire transforment le passé ; ils sélectionnent les faits, les amplifient ou les occultent, modifient la chronologie ». Au fond, le récit est l'expérience d'autrefois qui est revécue aujourd'hui, passant par la vision du monde actuelle de la narratrice (*ibid.*). Selon Assad (2014 : 81), le récit de vie personnel invite à la prise de conscience, au questionnement, à la réflexion et à la mise à distance, ce qui permet au narrateur de redevenir auteur de sa propre vie. Le récit de vie étant associé à une reprise de pouvoir pour son narrateur (Assad, 2014 : 81), cette méthode peut également contribuer de façon positive à l'expérience d'implication de la participante à ce projet de recherche.

En ce sens, les résultats de cette recherche seront présentés au quatrième chapitre sous forme de récits, racontant l'expérience de chacune des participantes. Ces récits favoriseront une bonne compréhension des expériences de chacune des participantes, afin de pouvoir répondre ensuite à la question principale et aux questions secondaires de cette recherche au cinquième chapitre.

3.2 Population et échantillonnage

En recherche qualitative, les personnes sélectionnées pour participer à l'étude sont celles qui pourront fournir l'information la plus pertinente pour le sujet de recherche (Kohn et Christiaens, 2014 : 77). Ce projet s'intéressant aux expériences d'adolescentes relativement à leur socialisation ainsi que des interventions sociales reçues lors de leur trouble des conduites alimentaires, nous avons considéré la possibilité de procéder à la cueillette des données avec des adolescentes directement concernées par la problématique. Toutefois, afin de bien documenter les expériences des participantes à l'égard d'un processus de rétablissement, nous avons pensé qu'il serait important qu'elles aient un certain recul face à leur trouble des conduites alimentaires. De plus, cela nous a permis de préserver une certaine distance émotionnelle avec la problématique pendant les entretiens. Pour ces raisons ainsi que pour des motifs éthiques, la population à l'étude pour ce projet de recherche se constitue de jeunes femmes adultes qui ont eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence et qui étaient utilisatrices de technologies numériques au moment du trouble.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, l'objectif fut de recueillir un maximum de variabilité de réponses afin d'atteindre la saturation des données (Mayer et coll., 2000 : 183; Kohn et Christiaens, 2014 : 77). Le Gall (1987) souligne qu'il n'existe pas de « méthodologie stricte » en matière de récits de vie (cité dans Mayer et coll., 2000 : 182). L'auteur ajoute qu'il n'y a pas vraiment de « bon nombre de récit » et que dans certains contextes, un seul pourrait même être suffisant. De fait, le contenu fut analysé au fur et à

mesure jusqu'à ce qu'il nous permette de répondre à nos objectifs et à notre question de recherche. Aux fins de cette recherche, nous nous sommes arrêtés après avoir analysé le contenu de six entretiens.

3.2.1 Les participantes et les critères de sélection

Les critères de sélection initiaux pour participer à la recherche étaient les suivants. Les participantes devaient être de sexe féminin, être âgées de 18 à 25 ans inclusivement, devaient avoir présenté un trouble des conduites alimentaires entre 12 et 18 ans inclusivement, avoir été résidente de la province du Québec lors du trouble et finalement, elles ne devaient plus souffrir d'un trouble des conduites alimentaires depuis au moins un an. En ce qui concerne l'aspect « pro-ana-mia », nous avons assumé qu'étant donné que le projet de recherche se rapportait directement à cette problématique, les participantes répondant à l'annonce de recrutement se seraient identifiées comme ayant été une adolescente « pro-ana-mia » à un certain point durant leur trouble. Finalement, cela ne fut pas le cas. Nous y reviendrons dans les prochains chapitres. Après avoir procédé à un entretien individuel avec cinq participantes, une jeune femme de plus de 25 ans s'est montrée intéressée à l'étude. Elle nous informait dans son premier contact avec nous qu'elle avait eu l'expérience du phénomène pro-ana-mia. Nous avons alors accepté que celle-ci soit sélectionnée comme participante. Nous n'avons reçu aucune autre demande de participation par la suite.

De fait, les participantes à cette recherche sont six jeunes femmes âgées entre 18 ans et 30 ans qui ont eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence et qui étaient utilisatrices de technologies numériques à ce moment. Également, toutes les participantes habitaient non seulement dans la province du Québec durant leur trouble, mais plus précisément dans la région du Grand Montréal. Elles avaient donc sensiblement accès aux mêmes types de ressources. Enfin, nous avons constaté que le dernier critère était très subjectif à chacune. Le fait de ne plus souffrir d'un trouble alimentaire depuis au moins un an était, pour certaines, difficilement mesurable. Nous y reviendrons au cinquième chapitre lorsque nous aborderons le processus de rétablissement.

3.2.2 Le recrutement

La problématique s'inscrivant en ligne, le recrutement des participantes s'est effectué sur les réseaux sociaux. Le sujet de l'étude étant délicat, voire tabou, nous avons procédé par appel de personnes volontaires pour participer afin de former notre échantillon (Mayer et coll., 2000 : 84). Nombreux organismes et professionnels œuvrant auprès de jeunes femmes touchées par la problématique des troubles des conduites alimentaires, par la nutrition ou même l'entraînement ont été sollicités pour

publier l’affiche de recrutement sur leur page Facebook et/ou autres réseaux sociaux. L’annonce fut partagée via l’application « *Facebook Messenger* » avec des organismes du Grand Montréal. Entre autres, Anorexie et Boulimie Québec, la Clinique des Troubles Alimentaires – BACA, la Clinique Psychoalimentaire, LauGau Nutrition ainsi que le centre d’entraînement le Vestiaire de Montréal furent interpellés. Ils étaient également invités à parler de cette recherche avec des jeunes femmes qui seraient potentiellement intéressées à participer. L’affiche de recrutement fut également partagée directement sur des pages Facebook dont le groupe « *Intervenant.e.s psychosociaux Montréal* », constitué de plusieurs milliers de membres.

3.3 Collecte de données

3.3.1 L’entretien individuel pour recueillir le récit d’expérience

La collecte des données s’est effectuée par des entretiens individuels semi-dirigés, d’une durée moyenne de 70 minutes. Les entretiens ont été réalisés entre janvier et juillet 2020. Les deux premiers entretiens se sont déroulés en personne alors que les quatre autres ont dû être exécutés par visioconférence, en raison du confinement en lien avec la pandémie mondiale du coronavirus COVID-19. Un enregistrement vocal a été fait pour les entretiens effectués en personne et un enregistrement vidéo a été fait pour les entretiens effectués par visioconférence.

Savoie-Zajc (cité dans Gauthier, 2003 : 295) propose la définition suivante de l’entretien individuel : « Une interaction verbale entre des personnes qui s’engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d’expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d’un phénomène d’intérêt pour les personnes en présence ». Les entretiens avaient comme objectif de recueillir et de comprendre comment chacune des participantes a vécu son trouble alimentaire, ses expériences de socialisation en ligne et hors ligne ainsi que ses expériences à l’égard des interventions sociales, témoignant de ce qui a fonctionné pour elle, ou au contraire, ce qui a nui à son processus de rétablissement. Voici des exemples de questions qui furent posées à chacune des participantes : « Parlez-moi de votre trouble alimentaire pendant l’adolescence. Comment pouvez-vous décrire votre expérience pro-ana-mia ? Quelles sont vos expériences à l’égard d’interventions sociales ? »⁹

⁹ Voir l’annexe A à la fin de ce mémoire pour le guide d’entretien complet

Dans le contexte d'une approche narrative, il est justifié pour cette recherche d'utiliser l'entretien semi-dirigé afin d'obtenir le récit de vie puisqu'il laisse une certaine liberté à l'interviewée, mais il préserve également un certain contrôle à la chercheuse. Toutefois, il est de mise de nous rappeler que le récit interdit à la chercheuse de prendre trop d'espace dans l'interaction (Chanfrault-Duchet, 1987 : 18). Il s'agirait d'une méthode appropriée pour recueillir le récit, mais il faudrait être vigilant pour ne pas rompre le fil du récit en interférant avec la grille de questions à un moment non approprié (Chanfrault-Duchet, 1987 : 20). Les questions ne furent donc pas posées dans l'ordre prévu afin de permettre à chacune des participantes une liberté dans son discours, l'autorisant entre autres de répondre à certaines questions sans qu'elles lui soient posées (Campenhoudt et Quivy, 2011 : 171).

Rappelons-nous que le récit est l'expérience d'autrefois qui est revécue aujourd'hui, passant par la vision du monde actuelle de la narratrice (Laberge, 2009 : 105). En rencontrant des jeunes femmes qui ont eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence, cela permet une meilleure compréhension des expériences vécues lorsqu'elles étaient adolescentes, à travers leur perception en tant que jeune femme ayant réussi à atteindre ce que chacune perçoit comme un rétablissement, un mieux-être ou une amélioration de sa qualité de vie avec son trouble.

3.3.2 Autres sources d'informations

Pour la collecte des données du récit de vie, Mayer et coll. (2000 : 183) soulignent qu'il est pertinent de ne pas se limiter aux propos des participantes en entretien semi-dirigé. Les auteurs affirment qu'il ne faut pas négliger d'autres sources d'informations, qui peuvent servir à compléter les informations recueillies en entretien, comme par exemple des lettres, des photos, des journaux intimes ou personnels, des textes écrits par les participantes, entre autres (Mayer et coll., 2000 : 183). Les participantes furent donc invitées à partager avec la chercheuse, d'autres sources d'information.

De fait, étant donné que cette recherche s'intéresse à la socialisation des participantes pendant leur adolescence ainsi que leur utilisation des technologies numériques durant cette tranche de vie, nous avons cru pertinent de leur donner la possibilité, en entretien, d'explorer les traces de leurs activités antérieures en ligne. Au départ, l'idée pour la cueillette des données était d'utiliser l'entretien sur traces en plus de l'entretien individuel semi-dirigé. Ce choix de méthodologie est semblable à celui de Latzo-Toth, Pastinelli et Gallant (2017) dans leur étude sur les usages des médias sociaux et sur les pratiques informationnelles des jeunes Québécois pendant la grève étudiante de 2012. Par cette méthode, les participantes à notre

recherche étaient invitées, durant une partie de l'entretien, à naviguer sur le Web avec la chercheuse afin de montrer concrètement des exemples de leur participation en ligne. Pour les entretiens effectués en personne, un ordinateur portable était disponible à cet effet. Pour les entretiens en visioconférence, les participantes étaient incitées à partager leur écran avec la chercheuse. Toutefois, cette méthode n'a pas beaucoup servi pendant les entretiens, seulement deux participantes ayant navigué sur le Web avec la chercheuse. Les autres ont plutôt opté pour une description de leurs activités en ligne parce qu'elles ont dit ne pas se souvenir du nom des pages consultées ou bien ne jamais avoir publié en lien avec leur trouble des conduites alimentaires. Suite à l'entretien, deux participantes ont aussi partagé par courriel des photos extraites de leur journal intime d'adolescence.

3.4 Traitement et analyse de données

La méthode utilisée pour l'analyse des récits des participantes fut l'analyse de contenu, méthode la plus couramment utilisée pour analyser des récits (Mayer et coll., 2000 : 185). Mayer et coll. (2000 : 169) soulignent que l'analyse de contenu est utile pour la pratique du travail social puisqu'elle amène une meilleure compréhension des réalités vécues par les personnes concernées par diverses problématiques sociales. Suivant les principes de cette méthode d'analyse, les entretiens furent d'abord transcrits sous forme de verbatim immédiatement après les rencontres avec chacune des participantes (Mayer et coll., 2000 : 184). Le matériel recueilli fut ensuite organisé avec l'aide d'un tableau synthèse divisant les grands thèmes ayant ressorti des entretiens. Pour se familiariser avec les récits de chacune des participantes, la technique utilisée fut la lecture répétée des verbatims (Mayer et coll., 2000 : 185; Murray, 2017 : 123). Afin de mieux comprendre le cheminement de chacune des participantes et pour bien rendre compte de leurs expériences, les événements marquants racontés furent organisés dans un ordre chronologique avant la rédaction pour ensuite procéder à l'écriture du récit de vie pour chacune des participantes.

En ce qui concerne les autres sources d'informations, c'est-à-dire les pages Web visitées lors des entretiens ainsi que les photos de journal intime des participantes, elles ont permis de confirmer et de compléter les données recueillies en entretien (Mayer et coll., 2000 : 184). Lors de l'analyse d'un récit, la question des perspectives est particulièrement importante (Reuter, 2016 : 47). Il ne faut pas oublier que notre perception en tant que chercheuse peut être complètement différente de celle de la narratrice. Si on se réfère aux types de perspectives exposées par Reuter (2016), à titre de chercheuse nous avons une *vision du dehors*, impliquant que la vision, les pensées et les sentiments des personnages du récit nous sont inconnus (Reuter, 2016 : 48). Les autres sources d'informations partagées par les participantes ont alors

permis à la chercheuse d'avoir une meilleure compréhension de leur réalité ainsi que de leur relation avec le phénomène pro-ana-mia.

3.5 Considérations éthiques

Le choix de la méthodologie amène des considérations éthiques. Avant le recrutement, une demande d'approbation au Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a été faite (numéro de certificat : 3879). À la suite de l'approbation, une demande de modification a été faite en raison du confinement en lien avec la pandémie mondiale du coronavirus COVID-19, afin de pouvoir effectuer les entretiens par visioconférence.

Pour cette recherche, des femmes adultes sont interviewées et non des mineures afin de ne pas complexifier le dispositif éthique. Les participantes rencontrées ne devaient pas avoir de trouble des conduites alimentaires lors de l'entretien, ou plus précisément, devaient considérer qu'elles ne vivaient plus de détresse psychologique liée à un trouble des conduites alimentaires depuis au moins un an. Par conséquent, non seulement les participantes ont pu témoigner de leur expérience du processus de rétablissement, mais cela nous a aussi permis de préserver une certaine distance émotionnelle avec la problématique pendant les entretiens. Avant les entretiens, nous avons obtenu le formulaire de consentement signé de chacune des participantes¹⁰. Au début des entretiens, nous leur avons expliqué que certains sujets pourraient leur faire vivre des émotions difficiles et les avons référées vers des services appropriés, auprès desquels elles pourraient bénéficier de soutien si nécessaire. Les participantes ont également été informées qu'elles pouvaient mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment. Dans le but d'éviter la rechute ou l'engagement émotionnel suite aux rencontres, des mesures ont été prises afin que les femmes se tournent vers des ressources au besoin.

En ce qui concerne la confidentialité des données, chacune des participantes devait choisir un nom fictif dès le début de l'entretien et en aucun cas son nom réel ne fut mentionné par la chercheuse lors de l'entretien. Ces noms fictifs furent utilisés pour l'ensemble de cette recherche tant dans les notes de la chercheuse que dans la rédaction du mémoire. Les données numériques furent stockées sur l'ordinateur de la chercheuse auquel personne d'autre n'a accès puisqu'il est verrouillé par un mot de passe. En ce qui

¹⁰ Voir l'annexe B pour le formulaire de consentement complet.

concerne les données papier (notes de la chercheuse, formulaires de consentement), elles sont conservées dans un classeur. Toutes les données seront détruites à la suite de l'acceptation du mémoire.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Au-delà d'une définition préétablie, qu'est-ce que vraiment un trouble des conduites alimentaires pour une adolescente qui l'expérimente ? Certaines le vivent en ligne, d'autres pas du tout. Quel est leur rapport au phénomène pro-ana-mia ? Sont-elles influencées par le contenu Web pro-ana-mia ? Comment sont-elles arrivées à bien vivre avec leur trouble des conduites alimentaires ? En sont-elles encore affectées ? Voilà des questions auxquelles nous aurons des réponses dans ce présent chapitre à travers le récit des participantes. Qui de mieux que des femmes concernées pour nous parler du phénomène à l'étude ? Ce chapitre présente l'expérience de six jeunes femmes impliquées dans cette problématique.

4.1 Récits d'expérience

Les participantes ont toutes, à un moment de leur vie, restreint leur alimentation et développé des moyens pour réduire la taille de pantalons, faire descendre le petit chiffre numérique sur la balance ou bien tout simplement tenter d'atteindre ce qu'elles croyaient être une meilleure version d'elles-mêmes, une version qu'elles pensaient qu'elles aimeraient davantage. Afin d'accéder au corps désiré, elles ont parfois mis leur santé en péril, certaines étant persuadées qu'elles visaient la santé... parce que tout le monde sait que ceux qui sont trop gras n'ont pas réussi à l'atteindre. Atteindre quoi ? Un contrôle de soi ? Une image parfaite ? L'amour d'autrui ? L'amour de soi ? Cette partie présente le récit d'expérience de jeunes femmes qui ont eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence.

4.1.1 Catherine

À l'âge de 7 ans, Catherine est préoccupée par son image corporelle. Elle a la perception d'être plus grosse que les autres, ce qu'elle nommera plus tard un « trouble de perception de sa personne ». À 13 ans, elle fait des compétitions de natation. Elle a confiance en ses entraîneurs qui lui disent qu'elle doit perdre du poids et qu'elle doit être mince pour atteindre un physique de nageuse. Par conséquent, en plus de s'entraîner 25 à 30 heures par semaine, elle restreint son alimentation. Elle mange juste assez pour être capable de performer. À l'âge de 16 ans, en plus de s'entraîner et d'aller à l'école à temps plein, elle commence à travailler. Elle n'a plus de temps. L'avantage d'être anorexique, dit-elle, c'est qu'elle n'a pas à prévoir qu'elle va manger. Lorsqu'elle a un entraînement après l'école et qu'elle doit filer travailler par la suite, elle n'a pas le temps de manger de toute façon. C'est du moins, ce qu'elle voit à ce moment.

Catherine n'a plus assez d'énergie pour toutes ses activités. Après 10 jours pendant lesquels elle n'avait pas mangé, elle raconte :

J'étais rendue à 92 livres. Euh... j'mangeais pu, j'étais vraiment robotique en fait, vraiment sur le mode automatique là. J'avais pu d'émotions, j'dormais pu, j'avais pu vraiment de sensations dans mon corps, j'avais pu vraiment d'envies.

Un jour, Catherine tombe dans un semi-coma. Sa mère la transporte à l'hôpital. Elle ne comprend pas. Sa mère ne la comprend pas. Elle déteste sa mère pour lui enlever ses amis, son école, son entraînement, son contrôle. Catherine admet qu'à ce moment-là, elle ne voyait pas qu'elle avait un problème.

J'suis folle dans l'fond s'ils m'envoient là. T'sais, y'avait pas d'autres réponses à ça à c'moment-là. Moi dans ma tête, c'que j'me faisais dire c'est qu'en plus d'être grosse, dégueulasse, personne m'aimait, ben j'étais folle.

N'étant pas prête à admettre à soi-même que quelque chose ne va plus, Catherine se fâche et se renferme. À l'hôpital, on lui propose de faire ses propres recherches sur ce qu'est l'anorexie. Elle tape « anorexie » sur son moteur de recherche et trouve une définition. Comme elle conçoit que cette définition ne s'applique pas à son cas, elle tape « anorexie pour ou contre » et découvre un site pro-ana. Mais ce n'était pas la première fois que Catherine tombait sur un site Web faisant la promotion de ce « mode de vie ». Lors de son séjour à l'hôpital, sa grand-mère lui rend visite et lui apporte un article qu'elle a écrit lorsqu'elle était en 1^{re} secondaire. Sans trop de souvenirs, elle se met à lire un article, son article, qui traite de sites Web promouvant ces comportements alimentaires comme un mode de vie. Dans son article, Catherine dénonce ce contenu, où elle écrit que « ça pas d'bon sens ». Dans son lit d'hôpital, Catherine est d'accord avec certains points.

J'étais d'accord avec l'idée que... Tu te sens plus légère, avec l'idée que... Au moins t'es pas grosse, que t'es pu dégueulasse, j'étais d'accord avec les points, euh... Disant que t'as pas à comme euh... À devoir prévoir que tu vas manger.

Catherine est fâchée que ce contenu soit public, parce qu'elle veut que ça reste un secret. Elle ne voudrait surtout pas que sa mère sache que ce contenu Web existe. Aujourd'hui, son opinion n'a pas changé. Elle souhaiterait que ce contenu reste caché, mais pour des raisons différentes.

Ça doit être horrible pour un enfant qui a aucune aide pis qui sait pas qu'est-ce qui s'passe pis qui s'voit juste comme étant dégueulasse, pis de voir ces points-là, en se faisant dire que ben... Si t'es anorexique, tu vas être plus mince, tu vas attirer l'attention des autres, euh... Tu

vas être plus attirante t'sais. C'est toute des tellement bons points que tout le monde veut être. Tout le monde veut de l'attention, tout le monde veut être aimé, tout le monde veut... Mais c'est tellement pas la bonne façon de s'y rendre.

C'est pendant son séjour à l'hôpital que Catherine prend conscience que ses comportements alimentaires sont problématiques et liés à la perception qu'elle a d'elle-même. Elle se coupe alors de ce monde fictif. Elle connaît ses faiblesses, elle sait qu'elle pourrait se laisser emporter, se comparer en voyant des photos de transformation physique par exemple, et elle souhaite plutôt un rétablissement. À ce jour, elle n'est jamais retournée sur des sites pro-ana-mia.

Catherine a maintenant pris du recul face à cette époque. Dans les cinq dernières années, elle a eu de l'aide. En sortant de l'hôpital, elle ne pouvait pas avoir les services de l'organisme Anorexie et Boulimie Québec (ANEB) puisque les services n'étaient pas accessibles aux adolescentes de 17 ans et moins. Elle avait quand même d'autres options, mais les ressources Web ne l'intéressaient pas et les groupes de soutien non plus. Elle ne voulait surtout pas discuter de son trouble alimentaire. Elle a tout de même consulté une psychologue, débutant un suivi de trois rencontres par semaine, diminuant éventuellement à une rencontre aux deux semaines.

Cette psychologue-là était vraiment cute là, c'était dans son salon pis c'était une grand-maman. Elle avait comme 60 ans, pis c'était comme chaleureux, comme vraiment beaucoup. J'pense que c'était exactement ça que j'avais de besoin. Pis euh... Oui ça m'a fait du bien. Ça m'a fait du bien parce que j'ai pu parler du trouble alimentaire mais d'autre chose dans ma vie aussi qui allait pas super bien. Pis c'est elle, à c'moment-là qui m'a dit que mon trouble alimentaire partait beaucoup d'un mal de vivre pis que fallait plus adresser ça. Pis on dirait que ça m'a fait du bien de me faire dire que c'est pas juste... T'es pas juste ça... Y'a autre chose pis on peut travailler sur autre chose.

Ce suivi a permis à Catherine de cheminer vers un rétablissement. À 18 ans, elle a été victime d'une agression sexuelle et le trouble a refait surface. À la suite de cet événement, elle a été suivie par une sexologue. Elle est consciente maintenant que certains facteurs pourraient potentiellement faire resurgir le trouble. Aujourd'hui, elle a des personnes dans son réseau de soutien qui continuent d'être aidantes pour elle. Elle a appris que sa meilleure amie communiquait avec sa mère tous les jours alors qu'elles étaient à l'école pour l'informer si elle mangeait ou non. Cette amie lui rappelle encore parfois aujourd'hui de manger lors de périodes plus difficiles. Sa mère, qui a été d'une grande aide dans son processus, lui prépare parfois des repas lorsqu'elle est malade pour qu'elle continue de manger. Le fait d'habiter avec son copain est aussi un facteur aidant puisqu'elle prévoit des repas non seulement pour elle, mais aussi

pour lui. Malgré tout, Catherine compare l'anorexie à la dépression, expliquant qu'elle croit que certaines personnes continueront de se battre avec la maladie tout au long de leur vie.

Y'a pas une journée qui passe sans que j'pense à c'que j'consomme ou de quoi j'ai l'air.

L'été dernier, elle a été hébergée par une famille en Afrique et a été mise au régime parce que culturellement, elle aurait été trop grosse pour être mariée. Durant cette période, Catherine s'est rendu compte que certaines vieilles habitudes sont revenues et elle a dû réapprendre à avoir faim et à aimer la nourriture à son retour de voyage. Elle dit avoir vécu cet événement comme une défaite. Elle se considère tout de même rétablie, mais pas guérie. Elle explique que les aliments ont encore un impact sur sa vie, par exemple lorsqu'elle entend des commentaires sur l'apparence physique. Si une personne se dit « être molle », Catherine se compare et se dit qu'elle est « plus molle ». Elle se souvient de croyances qu'elle avait auparavant à un jeune âge. Elle se souvient qu'une fille doit manger moins qu'un garçon. Elle se souvient que pour être parfaite, une femme doit avoir des courbes, être super mince et avoir des gros seins. Elle se souvient aussi des membres des *cliques* « populaires » au secondaire : les filles qui étaient déjà très formées pour leur âge.

Moi, toute ma vie tous les gens me disaient que j'ressemblais à mon père, pis que j'avais pas de seins, pis que j'étais grosse. [...] Moi je l'savais que j'rentrais pas dans le cadre physique parfait selon la société pis selon ce qui nous était démontré mais t'sais, y'a jamais personne qui nous a dit que c'était correct de pas ressembler à ça.

Finalement, Catherine pense qu'il devrait y avoir plus d'éducation sur les troubles des conduites alimentaires, parce qu'il s'agirait d'un sujet tabou que la population générale ne comprendrait pas assez et en ressortirait des mythes. Selon elle, la sensibilisation doit être faite dès le primaire. Elle précise que l'école ne l'a jamais sensibilisée à cette problématique et que la ligne est mince entre ce qui est considéré comme un trouble et ce qui est normal. Pour sa part, elle aurait aimé que les adultes mettent l'emphase sur le fait qu'une femme mange aussi, qu'elle est belle et qu'elle peut être en santé, peu importe son type de corps. Malgré qu'elle ne fût pas ouverte à ce type d'aide alors qu'elle était adolescente, elle miserait aussi sur des groupes de soutien fermés, en ligne et hors ligne. Elle explique que de tels groupes peuvent permettre à celles qui ont besoin de s'exprimer et de créer des liens avec d'autres, de le faire dans un environnement contrôlé par des professionnels. Elle ajoute que comparativement aux forums et aux blogues qui sont, selon elle, extrêmement malsains, les groupes de soutien sont dirigés par des

professionnels qui peuvent réguler le type d'échanges entre les participantes. Idéalement, la censure resterait la solution clé.

4.1.2 Émilie

Émilie commence son récit en parlant de l'époque où elle n'était qu'une enfant. Comme tous les autres petits, elle aime le sucre. Mais la mère d'Émilie tient à ce qu'elle sache que le sucre la rendra obèse. Déjà à cet âge, elle contrôle son alimentation. Émilie a maintenant 14 ans et c'est Noël. Comme tout le monde, elle profite des festivités et de la nourriture qui attire le regard et qui fait monter l'eau à la bouche. Elle mange trop. Elle doit s'arrêter parce que le gâteau la rendra obèse. Du moins, c'est ce qu'elle croit parce que c'est ce que lui dit sa mère. Ce jour-là, Émilie se fait vomir. Ça lui fait du bien. Elle se sent légère. Elle tire la chasse d'eau de la toilette et évacue sa lourdeur, sa culpabilité et une partie de sa liberté. Elle ne donnera pas raison à sa mère.

Elle faisait tout le temps des commentaires du genre « arrête de manger ça, mange pas ça, mets moins de beurre sur tes toasts tu vas devenir obèse ». [...] À 5 ans j'me faisais frapper dans le ventre par ma mère en me disant « rentre ton ventre, t'as l'air obèse ».

Émilie se dit qu'elle ne recommencera plus malgré le sentiment de bien-être que lui procure ce moyen d'évacuer. De toute façon, elle réessaye mais ça ne fonctionne pas. Elle n'a sûrement pas assez mangé. Avec Internet, elle apprend comment faire. Elle en prend l'habitude. Parfois, elle ne mange pas. Ensuite, elle mange trop. Cette lourdeur, cette culpabilité, Émilie apprend à l'évacuer pour se sentir légère. Elle continue d'évacuer. Elle tente en vain de trouver de nouveaux moyens parce que vomir, ça salit les dents. Elle essaye les laxatifs, mais ça crée des hémorroïdes. Émilie se plonge dans un monde fictif : les forums RPGiques¹¹. Elle fuit dans ce monde utopique, se cache derrière des personnages pour interagir avec d'autres gens qui forgent des amitiés, des relations qui au fond, ne sont qu'imaginaires mais tout de même valorisantes.

Le problème avec les forums, c'est que souvent tu vas avoir certains actrices ou acteurs qui vont être hyper prônés pis hyper populaires chez les gens, que les gens vont tout le temps prendre ces mêmes personnes-là pis ils vont toujours avoir les mêmes caractéristiques. Ils vont souvent être blondes, ils vont souvent être minces ils vont avoir ci, ils vont avoir ça. Pis un moment donné, tu commences à te forger une idée de c'que les gens aiment en général.

¹¹ RPGique, terme provenant de l'abréviation « RPG » pour *Role Playing Game*

[...] Éventuellement, tu vas te comparer à ces personnages-là pis à qu'est-ce que les gens aiment de ce personnage-là.

Émilie est consciente que si elle prend un personnage qui est mince, elle sera plus appréciée. Elle fait également le lien avec les filles qui sont « populaires » sur Instagram, qu'elle compare à des cure-dents. Elle parle d'une fille en particulier avec qui elle est allée à l'école, qui serait devenue une « star Instagram » qui publierait surtout des photos en bikini ou de son corps mince presque nu et qui recevrait parfois des remarques lui disant qu'elle a pris du poids, de façon négative. Émilie compare son corps. Elle reçoit aussi des commentaires sur son propre poids sur ses publications. Elle sait qu'elle n'est pas la plus mince. Elle est consciente que ces activités en ligne affectent la perception qu'elle a de son corps. Mais en même temps, les forums lui permettent de combler un vide, de se sentir bien et valorisée de manière temporaire, de créer des relations et faciliter ses interactions parce qu'en personne, elle a de la difficulté¹². Par conséquent, à la place de quitter, quand Émilie n'est plus bien dans son personnage, elle change de vie.

Pis quand j'ai voulu arrêter de jouer mon personnage parce que j'me sentais pas bien, c'est souvent là que les gens vont commencer à t'faire sentir mal parce que tu vas avoir créé des liens avec les autres personnages.

Dans son monde fictif, Émilie dit avoir un contrôle qu'elle ne peut avoir sur sa vie réelle, sauf sur son alimentation. Vers l'âge de 17-18 ans, Émilie crée un personnage qu'elle nomme Kate. Kate a un trouble alimentaire. C'est la première fois qu'Émilie écrit sur son trouble et cela est positif pour elle, parce que ça lui permet de l'extérioriser. Parler de son trouble derrière le visage de Kate a permis à Émilie de constater que ce qu'elle écrit n'est pas toujours logique. Kate n'a pas mangé depuis des semaines, mais elle se dénude devant son miroir et ne voit aucun changement sur son corps. Elle est toujours aussi grosse.

J'écrivais ça pis j'étais comme : « Man, ça aucun sens genre... ». Mais ça m'faisait du bien d'en parler, vu que j'pouvais en parler à personne parce que j'ai jamais dit à personne pis qui avait pas fu****g de ressources disponibles.

Kate fut le dernier personnage créé par Émilie. Elle sait que les forums sont nocifs, se disant qu'elle n'est pas le seul être qui souffre derrière son personnage. Elle souhaite aller mieux et elle doit continuer à extérioriser son trouble, mais pas avec d'autres adolescents qui la culpabiliseront de quitter le forum. À

¹² Émilie sera plus tard dans sa vie diagnostiquée d'un trouble dans le spectre de l'autisme dit Asperger.

l'école, la travailleuse sociale ne semble pas comprendre ses besoins ni la prendre au sérieux. Elle la voit une seule fois et n'y retourne plus.

À un certain point pendant son trouble, Émilie monte sur la balance après avoir évité de se peser depuis quelques mois: 200 livres. Elle s'arrête de manger pendant trois semaines et perd une quarantaine de livres. Sa mère s'en rend compte lui suggère d'aller chercher de l'aide. Émilie sait que sa perte de poids est extrême et, souhaitant aller mieux, elle se met à faire des recherches sur l'aide disponible pour une personne qui souffre d'un trouble alimentaire. Elle se rend dans un CLSC, qui la réfère à une clinique dans le but de suivre des rencontres de groupe avec d'autres personnes ayant un trouble alimentaire. Toutefois, on dit à Émilie qu'elle peut être inscrite à la liste d'attente et qu'elle serait rappelée dans un an ou deux. Si non, elle a l'option de voir un psychologue mais il faut déboursier pour les sessions. Émilie se rend compte assez rapidement que les services ne lui sont pas accessibles. Seule au monde, elle ne peut compter sur personne d'autre qu'elle-même pour se rétablir. Elle se met à lire en ligne sur la boulimie, ce qu'elle croit encore être son trouble alimentaire à ce moment. Mais Émilie ne connaît pas encore l'hyperphagie et d'ailleurs, personne ne connaît l'hyperphagie, personne ne la comprend. Elle-même ne se comprend pas. Elle essaye donc d'en parler autour d'elle.

Les gens ils te revirent comme un 10 cents pis ils s'en foutent de toi là. « Ah ben là... Non mais t'es pas anorexique, t'es pas en train de mourir là, t'es juste obèse. T'as juste un surpoids, tu peux te reprendre en main. Tu peux aller au gym, tu peux arrêter de manger. Arrête de manger comme d'la scrap pis tu vas reprendre ton poids. » Ça pas rapport. [...] L'hyperphagie y'a personne, y'a sérieusement comme... zéro personne qui m'a dit qui savait c'était quoi avant j'le dise.

Adulte, Émilie s'enrôle dans l'armée. Ça commence à aller mieux, mais elle sait très bien que l'armée n'est qu'un prétexte pour faire de l'activité physique de façon excessive et remettre à quelqu'un d'autre le contrôle de son alimentation. Ce n'est qu'un nouveau moyen temporaire. Maintenant, Émilie considère qu'elle était hyperphagique avec des épisodes de boulimie et d'anorexie. Aujourd'hui, elle a appris à contrôler son trouble alimentaire. Elle reste affectée par son image corporelle, mais elle se dit tout de même en processus de rétablissement, qui pour elle, ne sera probablement jamais terminé. Elle reste pessimiste, ne croyant pas vraiment à un rétablissement complet pour une personne qui souffre d'un trouble alimentaire. Elle précise que sa réalité est différente de celle des autres : que le corps qu'elle voit dans le miroir, elle sait que personne ne le voit de la même façon qu'elle. Elle se demande comment on explique aux autres que sa perception est aussi importante même si elle sait qu'elle n'est pas juste.

Comment t'explique ça à quelqu'un pis comme... Faire comprendre à quelqu'un que comme... oui c'est dans ta tête, mais comme c'est aussi important que si c'était pas dans ta tête là. Tu vas-tu dire à un schizophrène : « T'entends pas des voix ! » ?

Avec du recul, elle aurait aimé que quelqu'un lui dise que l'hyperphagie existe, qu'on la prenne au sérieux et qu'on prenne le temps de la comprendre. Pour elle, la boulimie et surtout l'hyperphagie sont des troubles qui restent invisibles parce que l'anorexie est plus visible, plus « sérieuse ». D'ailleurs, elle aurait aimé être anorexique, se disant qu'au moins elle aurait été prise au sérieux. Elle croit avoir entendu parler d'anorexie à l'école, peut-être de boulimie mais jamais d'hyperphagie. L'éducation étant importante, elle croit qu'il y aurait moyen de conscientiser les jeunes enfants de façon interactive afin de faciliter leur réceptivité.

T'sais par exemple, comment tu perçois ton corps... Du genre euh, j'sais pas moi tu fais des affaires euh... Des insultes que tu t'es déjà fait dire... J'avais déjà vu un moment donné sur YouTube c'était comme un pantin, pis t'allais coller des mots dessus à des places où est-ce qu'on t'avait dit des insultes, des trucs comme ça. T'sais, c'est aussi une manière d'extérioriser.

De cette façon, Émilie soutient que ça permettrait aux jeunes de prendre conscience que les insultes ont un impact beaucoup plus grand et réel qu'on le pense parfois et que c'est déjà plus important que d'essayer de leur expliquer de façon banale alors qu'ils sont assis en classe. Elle croit également que le travail fait à l'école doit se poursuivre à la maison avec les parents ou tuteurs. En plus d'essayer d'éduquer aussi les parents, il serait important que ces derniers gardent un certain contrôle sur les activités de leur enfant sur Internet. Selon Émilie, la censure demeure la solution idéale.

4.1.3 Annie

Annie est une adolescente comme les autres. Dans ses interactions avec les autres, elle se découvre, elle apprend à se connaître, elle forge son identité et elle se laisse influencer. Elle débute son 1^{re} secondaire avec un surplus de poids. Elle ne fait pas nécessairement attention à ce qu'elle mange. Ne sachant pas trop comment s'y prendre pour faire de bons choix nutritifs, elle consulte une nutritionniste afin de retrouver un poids santé. Elle commence à s'entraîner, elle choisit des aliments santé, elle perd du poids, elle se sent bien, elle y prend goût. Cela fait deux ans qu'Annie perd du poids. Vers l'âge de 14 ans, cette condition devient excessive, mais pour elle tout va bien. Ses habitudes entourant la nourriture se transforment en comportements boulimiques, mais pour Annie, c'est encore normal. Elle se fait vomir après avoir mangé et elle court presque tous les soirs. Elle ne comprend pas que perdre du poids peut être problématique, est susceptible d'amener de la détresse et de nuire à sa santé. À la maison, elle est témoin

de conflits entre ses parents et sa sœur aînée. Annie s'isole beaucoup dans sa chambre, elle se cache dans la salle de bain, elle tente de s'échapper. Annie est très présente sur les réseaux sociaux durant ce temps. Sur le web, elle voit des filles minces. Elle les trouve belles. Elle souhaiterait atteindre ce type de corps qu'elle idéalise. Elle publie sur son compte Facebook et sur la page qu'elle a créée sur un blogue dont elle n'est plus certaine du nom. Sa meilleure amie aime la photographie, et Annie accepte d'être son modèle de temps à autre. Elle n'aime pas toujours ses photos, mais son amie lui dit qu'elle est belle. Comme Annie est influençable, elle publie. Elle voit bien que les gens l'apprécient.

Ben t'sais, j'me rappelle que... T'sais, écoute on dirait qu'aujourd'hui ça me gêne de dire ça, c'est bizarre à dire la mais, dans c'temps-là j'étais quand même très fière de qui j'étais, même si c'était quand même pas bien... Nécessairement... C'que j'faisais à mon corps. [...] Pis euh... Mais dans ce temps-là t'sais j'étais fière. J'aimais mes photos, mais y'en a d'autres que moins aussi. C'est vrai que j'étais quand même sévère envers moi aussi là. Mais t'sais y'en a que j'étais fière aussi là, je m'en rappelle.

Les commentaires sont toujours positifs. Annie est fière... la plupart du temps. Lorsqu'elle a des phases plus intenses où elle perd drastiquement cinq à dix livres, certaines remarques font référence à sa perte de poids. Même si elle est fière, Annie ne se sent pas bien du tout. Que les commentaires soient en ligne ou en personne, elle ne les veut pas.

Plus tard, Annie commence à se rendre compte que son moyen pour évacuer la nourriture a des répercussions sur son corps. Elle a souvent un énorme mal de gorge le matin, mais elle n'est pas à l'aise d'en parler. Une année s'écoule et Annie s'ouvre finalement à sa meilleure amie et son petit copain et c'est à ce moment, en leur parlant, qu'elle réalise l'ampleur de ses comportements.

Quand j'ai vu leur réaction, j'avais l'impression que c'était vraiment quelque chose de pas bien. Pis justement que comme, j'suis quelqu'un qui veut pas déplaire aux autres, t'sais j'avais l'impression que... Ben pas que j'leur déplaisais nécessairement mais comme... T'sais que c'était pas bien qu'est-ce que j'faisais là.

La meilleure amie d'Annie et son copain ont joué un grand rôle dans son rétablissement. Comme elle ne voulait pas les décevoir, elle pensait à eux lorsqu'elle avait envie d'évacuer. Un jour, sa meilleure amie lui suggère d'aller voir la travailleuse sociale de l'école pour lui parler de ce qu'elle vit et pour obtenir une opinion professionnelle. Dès la première rencontre avec la travailleuse sociale, Annie a l'impression de ne pas être prise au sérieux. Son mal est normalisé, comme si ce n'était pas grave, que ça arrivait un peu à tout le monde. Ce fut la seule rencontre.

Personne a couru après moi réellement non plus après pour euh... T'sais exemple : « Ah euh... On va reprendre un autre rendez-vous » comme t'sais ? Tu comprends ?

Annie se demande aujourd'hui si elle aurait pu entrer dans le bureau de la travailleuse sociale avec une attitude différente. Elle se questionne, se demande si elle n'avait peut-être pas l'esprit ouvert ou si elle n'était pas encore prête à recevoir de l'aide à ce moment. Peut-être que si sa meilleure amie l'avait accompagnée à son rendez-vous, elle aurait été plus à l'aise ? Elle se pose aussi la question si c'était plutôt parce qu'elle avait peur que ses parents l'apprennent, sa mère travaillant à son école à cette époque.

À ce jour, Annie est toujours en couple avec son copain. Il l'aide en lui offrant un espace sécuritaire lui permettant de s'exprimer en toute confiance, sans jugement. Lorsqu'Annie va moins bien, il travaille avec elle pour trouver des solutions pour l'aider à continuer d'avancer. Les membres de sa famille lui offrent aussi un soutien. Elle a une sœur et un frère plus jeunes qui l'encouragent à bien manger et prennent des nouvelles de temps en temps. Elle constate qu'elle n'est plus seule avec sa détresse comme elle l'a déjà été. Pour parler d'un rétablissement, Annie considère qu'elle est rétablie, mais elle reste quand même alerte parce qu'aujourd'hui encore, elle n'est pas prête à dire qu'elle a une belle relation avec les aliments. En ce qui concerne le terme guérison, elle trouve que c'est un peu fort pour décrire ce qu'elle vit, malgré qu'elle reconnaisse qu'elle est guérie de ce qu'elle s'infligeait, physiquement.

C'est sûr que j'ai l'impression que toute ma vie j'avais peut-être avoir ce trouble-là, t'sais qu'il va falloir que ... Que comme j'contrôle un peu là. [...] Même encore aujourd'hui, t'sais que ce soit avec euh... T'sais mon apparence ou comment j'me sens, j'suis pas 100 pourcent bien avec moi c'est sûr, mais t'sais, j'travaille fort pis comme, j'essaye de lâcher prise sur certaines choses.

À l'école, Annie ne se souvient pas vraiment d'avoir discuté de troubles alimentaires. Elle ne sait plus si elle l'a appris dans ses cours, mais elle savait déjà ce que c'était. Elle n'avait simplement pas conscience que c'est ce qu'elle vivait. Comme les moyens utilisés par Annie pour perdre du poids lui procuraient un sentiment de bien-être, elle ne les aurait pas associés à un trouble, à un problème. Elle pense que les enseignants pourraient mettre plus d'emphasis sur la problématique, parler des ressources disponibles, suggérer un numéro de téléphone de ligne d'aide.

C'est peut-être deux lignes dans un manuel, t'sais en voulant dire que deux lignes c'est peut-être pas suffisant pour comme l'ampleur que ça peut avoir chez quelqu'un.

Annie souligne également que les réseaux sociaux n'avaient pas la même ampleur il y a quelques années comparativement à aujourd'hui. Elle trouve que maintenant, la pression qu'ont les adolescents de publier et de plaire aux autres est pire qu'avant et que les jeunes doivent ressentir encore plus le besoin d'atteindre les idéaux véhiculés sur le Web. En même temps, elle reconnaît qu'il y a aussi beaucoup d'« influenceurs » sur Instagram, autant positifs que négatifs, que tout dépend aussi lesquels les jeunes idolâtrèrent. Certains influenceurs véhiculeront des messages visant à ce que les gens s'acceptent, s'aiment et se trouvent beaux tels qu'ils sont, peu importe leur type de corps. D'ailleurs, Annie dit que les réseaux sociaux ne sont pas que malsains et que la technologie numérique peut ainsi être utilisée pour venir en aide aux jeunes « branchés » d'aujourd'hui. Elle suggère, par exemple, que des rencontres *Zoom* avec des intervenants de ressources spécialisées dans la problématique pourraient être une partie de la solution.

Mais t'sais, c'est sûr que d'habitude t'as besoin d'un transport pour te rendre fait que t'sais, tu dois comme en parler à tes parents. Tandis que t'sais, de nos jours on a toute des téléphones, des ordi fait que ça peut être des trucs qui sont fait euh... T'sais dans la chambre sans nécessairement avoir besoin d'en parler, mais j'pense que c'est quand nous on se sent prêts que là on veut en parler à nos parents là.

Annie croit qu'il est important de respecter le rythme de la personne concernée. En rétrospective, elle aurait aimé pouvoir en parler avec ses proches plus tôt, mais elle croit qu'elle n'était tout simplement pas prête et pas rendue à ce point dans son cheminement. Pour elle, une adolescente qui n'est pas disposée à discuter se refermera et il sera difficile de l'amener vers un rétablissement, surtout s'il n'y a pas encore eu un déclic que quelque chose ne va pas bien.

4.1.4 Julia

Julia est toute petite. Elle est gourmande. À cinq ans, elle veut une deuxième portion de dessert, mais sa mère ne lui en permet qu'une seule. Elle grandit dans une famille dite bien « normale », dans un milieu aisé avec sa sœur et leurs parents. Le souper est servi. Julia et sa sœur s'assoient à table pour déguster le repas préparé par leur mère, mais cette dernière ne mange pas.

Elle évitait de manger en même temps que nous, elle disait que mettons qu'elle allait attendre mon père pour souper, parce que mon père revenait tard de travailler pis tout. T'sais « j'vais attendre ton père », peu importe. Quand j'y repense maintenant, c'est ça que moi j'faisais quand j'étais dans le pire de mon trouble alimentaire pour que les gens me voient pas, pas manger.

Dans son environnement, le sport et la santé sont importants. Les valeurs véhiculées tournent beaucoup autour de l'image de la femme. Les femmes de son entourage discutent de leur poids, de leur alimentation et de restrictions alimentaires. Julia entend parfois des femmes faire des commentaires du genre « Ah, j'vais pas manger de dessert ce soir ». Elle ne se pose pas de questions. Elle normalise ce qu'elle voit autour d'elle. Elle assimile l'information et elle apprend que l'image est importante, que c'est normal de se restreindre de manger certains aliments. Au début de son adolescence, elle est invitée à souper chez une amie. Au menu, du spaghetti. La mère de son amie s'assoit et mange, elle aussi. Julia est surprise. Elle croyait que les mères ne mangeaient pas de pâtes. À son arrivée au domicile familial, elle demande à sa mère si cette dernière sait que les mamans ont le droit de manger des pâtes.

À 16 ans, Julia fait des compétitions de natation. Elle a été conditionnée à restreindre son alimentation et éliminer des aliments trop gras depuis un jeune âge, baignant dans les valeurs qui sont véhiculées autour d'elle. Comme elle s'entraîne beaucoup, elle mange juste assez pour avoir l'énergie nécessaire pour performer. Elle ne peut pas se permettre d'arrêter de manger, mais progressivement, elle augmente ses restrictions. Des gens lui font parfois remarquer qu'elle a perdu du poids. Au fond, elle sait que quelque chose ne va pas. À l'âge de 19 ans, elle ne fait plus de compétition. Elle n'a plus besoin de manger autant et se restreint encore plus.

Quand le secondaire a fini pis le sport s'en allait un peu, t'sais ma vie a complètement changé fait que c'était une façon de garder le contrôle beaucoup beaucoup. [...] Ça l'a commencé un p'tit peu avant l'arrêt du sport mais ça s'est comme détérioré quand j'ai vraiment arrêté parce que comme t'sais, t'arrête pis là tas comme pu ce pouvoir-là qui contrôle tout dans ta vie la t'sais.

Julia n'a plus ses règles. Elle est lasse. Elle commence à travailler dans un camp de jour et la fatigue augmente. Son humeur devient changeante. Elle est fière d'être capable de garder le contrôle. Elle est tellement perfectionniste. Un jour, elle part faire une randonnée avec sa mère, sa tante et ses cousines qui sont aussi très actives. Mais elle n'arrive pas à terminer la randonnée. Elle n'a plus d'énergie. Ce jour-là, Julia comprend qu'elle ne peut plus continuer comme ça, mais dans l'environnement où elle grandit, c'est facile de continuer.

Lorsqu'elle sort du domicile familial pour aller en appartement, elle commence à aller mieux. Elle habite avec une amie qui étudie en relation d'aide. Celle-ci a une belle approche, ce qui aide Julia. Elles discutent et son amie l'incite à aller consulter, ce que Julia décide de faire. Elle parle à un médecin et à deux

psychologues en pratique privée mais cela n'est pas aidant. Elle ne sent pas que le plan d'intervention rejoint ses besoins. Il ne lui est pas nécessaire de creuser dans son enfance pour comprendre d'où vient son trouble. Ça, elle le sait déjà. Elle aimerait plutôt avoir des pistes de solutions, mais les psychologues ne veulent pas travailler dans ce sens. Donc Julia met fin à ses suivis assez rapidement. Elle se met à faire des recherches sur Internet. Elle souhaite vraiment s'en sortir. Elle lit des témoignages de personnes qui sont en rétablissement, elle écoute des documentaires, elle écrit des listes d'aliments qui lui font peur et elle se fixe des objectifs. Elle découvre des sites pro-ana-mia. Heureusement, elle a appris ce qu'est ce phénomène à travers ses recherches et n'adhère pas à ce réseau d'entraide malsain qui, à son avis, contribue à la réticence des jeunes à obtenir de l'aide.

J'me suis dit c'est tellement genre un cercle perpétuel. J'imagine que c'est des jeunes filles qui tombent là-dedans majoritairement. Pis plus t'es jeune, pis plus t'es là-dedans, plus tu dois euh... T'sais, t'embarquer dans des choses comme ça parce que tu veux te faire soutenir j'imagine par ton réseau social, ou par un réseau social parce que le tien te soutient pas là-dedans.

Julia a un réseau social aidant. Elle aime recevoir des gens. Elle sait que la nourriture est liée à l'aspect rassembleur. Elle a une autre amie psychoéducatrice qui l'aide aussi en l'encourageant dans son cheminement, sans lui parler de son alimentation ou de son poids, mais plutôt en lui disant par exemple, qu'on commence à la retrouver. En ce qui concerne sa mère, Julia pense que les discussions avec celle-ci ne semblent pas avoir été ni aidantes ni nuisibles. Julia se bat avec l'anorexie jusqu'à l'âge de 22 ou 23 ans. Elle a des périodes où ça va mieux, des étapes où ça va moins bien. Elle se rend compte qu'elle a plus de déclencheurs lorsqu'elle retourne au domicile familial. Elle croit en une guérison à un niveau purement physique, dans le sens où les symptômes physiques de son trouble alimentaire ne l'affectent plus du tout aujourd'hui. Ses règles ont repris de même que son poids santé et son énergie. Sur le plan psychologique, Julia ne croit pas en une guérison. Elle vit encore des conséquences dans son quotidien et à tous ses repas, tous les jours. Mais elle sait que manger est essentiel à sa survie et elle ne se restreint plus comme elle le faisait auparavant. Elle ne vit plus de détresse psychologique mais elle ne se considère tout de même pas en rétablissement. Pour elle, un rétablissement ne serait jamais définitif. Il serait perpétuel.

T'as tellement regardé... T'sais, les étiquettes de nutrition là, derrière tes aliments là. Pendant ton trouble tu les regardes tellement là, que même aujourd'hui tu me demandes y'a combien de calories dans une cuillère à soupe d'huile d'olive, je le sais! Juste ça, c'est concret là. Mais juste ça, c'est quelque chose que quand tu cuisines maintenant, c'est quelque chose que tu sais.

Malgré qu'elle reconnaisse qu'Internet ait vraiment été aidant pour elle, Julia présume que ce qui jouera un plus grand rôle pour une adolescente concernée par la problématique est le soutien en personne. Elle parle de groupe de soutien et d'entraide en présentiel, dirigés par des intervenants qualifiés pour offrir un espace d'échange et d'expression dans la confiance. Elle insiste aussi sur l'importance de laisser les participantes partager librement sur des sujets qui rejoignent leurs besoins d'une façon positive et dirigée, sans leur interdire de parler de nourriture ou de moyens d'évacuer, par exemple, parce qu'elles sont enfin avec des gens qui les comprendront.

Le fait de pas en parler pis de pas avoir le droit d'en parler devant les autres pis de comprendre c'que les autres vivent, j'pense vraiment que c'est quelque chose qui fait vraiment que les jeunes se tournent vers ça¹³ parce que y'ont pas de ressources concrètes t'sais.

Julia souligne que l'intervenant qui ne brime pas le besoin d'expression d'une adolescente pourra développer un lien de confiance plus facilement avec elle pour pouvoir l'aider. En rétrospective, Julia reconnaît qu'elle aurait pu être suivie par un autre type de professionnel, comme un psychoéducateur, qui focalise davantage sur une réponse aux besoins de la personne. En ce qui concerne l'éducation, Julia déclare ne pas avoir appris ce qu'est un trouble alimentaire à l'école. Elle est mitigée par rapport à la sensibilisation à un jeune âge, disant que cela pourrait présenter un facteur de risque pour développer un trouble alimentaire. Étant donné qu'elle a grandi dans un milieu où les femmes parlaient de restrictions alimentaires, elle se demande comment le sujet pourrait être amené pour qu'il soit un facteur de protection. Elle considère que la sensibilisation devrait plutôt être faite auprès des parents et focaliser sur les facteurs de risque de développer un trouble alimentaire. Auprès des enfants, sans parler de troubles alimentaires, Julia propose de mettre l'accent sur l'importance d'être bien dans sa tête autant que dans son corps et parler de symptômes pour aller chercher de l'aide, sans nécessairement nommer un trouble en particulier.

4.1.5 Gabrielle

Gabrielle fait du patinage artistique. Elle est douée dans son sport. Elle fait de la compétition. Elle veut être la meilleure. Dans le but d'être plus légère dans ses sauts, elle restreint son alimentation. Ses entraîneurs l'encouragent et la félicitent pour ses pertes de poids. Dans son monde, les patineuses sont

¹³ Julia fait référence aux sites pro-ana/mia.

encouragées aux régimes, à se peser tous les jours pour maigrir et garder un poids léger. Ses entraîneurs mettent beaucoup l'accent sur l'apparence.

On me mettait en spectacle devant les autres. Euh... « Regardez comment qu'elle est mince, que sa perte de poids est... » T'sais, comme... « Wow ! C'est donc ben beau bravo ! Qu'est-ce que tu fais pour maigrir de même ? »

Gabrielle est fière parce qu'elle récolte le fruit de ses efforts. Elle y prend goût. Sa balance devient une nécessité pour fonctionner. Autrement, elle vit une détresse psychologique. Il n'y a pas que son sport qui soit source de pression pour elle. À la maison, la conjointe de son père, qui d'ailleurs la pousse énormément dans son sport, est extrêmement contrôlante. Elle restreint l'alimentation de Gabrielle, coupe ses portions de moitié, lui interdit de manger certains aliments, la pèse tous les jours et lui fait des commentaires sur son corps et sur son poids. Gabrielle mange de la laitue pour dîner... seulement de la laitue. Elle sait que les gens se rendent compte de ses pertes de poids. Un jour, une personne commente l'une de ses publications sur Facebook: « Ton dos yer dégeulasse on voit toute tes os mais on dirait que yer tout musclé ». Mais quels que soient les commentaires, elle les perçoit de façon positive, comme une nouvelle petite réussite.

J'me souviens à mon bal on avait pris des photos, pis j'avais une photo que j'avais l'air comme squelettique, pis là toutes mes ami(e)s ils commentaient t'sais « squelette squelette », pis moi j'étais tellement contente que les gens disent ça.

Gabrielle est consciente que ce qu'elle fait pourrait alerter ses proches. Mais c'est correct parce qu'elle connaît les astuces pour les rassurer. Elle avait juste mal au ventre cette journée-là. D'ailleurs, Gabrielle a un suivi avec une nutritionniste et avec une gastroentérologue. On lui fait des listes d'aliments qu'elle ne doit pas manger, pour éviter d'avoir des maux de ventre. Voilà pour elle un autre levier pour continuer ses restrictions. Si elle n'arrive pas à cacher son trouble, quelqu'un interviendra et lui enlèvera son contrôle. C'est Ana qui lui a appris cela sur les blogues qu'elle consulte en ligne. Ana lui a aussi appris comment perdre plus de poids. Elle doit respecter les règlements, les commandements. Elle a découvert qu'elle peut calmer ses fringales en faisant du *chew and spit*¹⁴. Gabrielle mesure 161 cm et elle sait que son poids idéal serait de 96 livres. Dans son journal intime, elle transcrit des trucs qu'elle apprend en ligne: boire beaucoup d'eau, boire de l'eau avant les repas, ne pas jeûner, prendre des vitamines, ne pas prendre de laxatifs pour éviter de dérégler son métabolisme, se demander si elle a faim avant de manger, manger lentement,

¹⁴ Mâcher et recracher pour ne rien avaler.

bouger, mâcher de la gomme, dormir beaucoup, rester positive et surtout, respecter ces règles. Debout, elle doit avoir un *thigh gap*¹⁵. Couchée, elle doit avoir des *mountains*¹⁶. Elle n'est pas anorexique. Elle se croit. De toute façon, elle ne croit pas avoir assez de contrôle pour être anorexique.

J'aurais tendance à dire que peut-être que j'me considérais pas comme une vraie anorexique... Comme que j'étais pas assez capable de me restreindre pour m'appeler comme ça parce que anyways, pour être anorexique, faut que tu sois maigre pis que tu manges pas. Pis moi j'étais grosse pis j'étais capable de manger. Fait que, euh... T'sais, comme... J'aurais voulu être assez anorexique t'sais. J'trouvais que je l'étais pas assez.

Gabrielle est très présente sur le Web à cette époque. Elle a deux pages personnelles sur *Tumblr*. Elle publie : « *Nothing tastes as good as skinny feels*¹⁷ ». Elle peut suivre d'autres pages de personnes qui publient en lien avec des sujets qui l'intéressent. Elle fait des recherches à l'aide de « *hashtags* ». Elle cherche « #proana » et se met à suivre une blogueuse qui mange que des *LUNA bars*¹⁸. Celle-ci explique comment elle divise sa barre dans sa journée. Gabrielle l'envie parce que ces barres ne se vendent pas dans les épiceries d'ici. Gabrielle sait ce qu'est l'anorexie, mais elle utilise ce mot surtout pour trouver ce qu'elle recherche. Elle sait aussi que l'anorexie est un problème, mais cela ne la concerne pas car elle est une athlète et elle a un but. Sa perception est erronée.

T'es comme: « My god, moi j'ai compris la patente là. Le monde il mange des chips. Le monde il mange d'la crème glacée, mais comme c'est tellement pas bon pour toi là. Moi j'ai compris là ! Moi j'mange des Bébés-carottes. Vous autres vous êtes toute une bande de caves. Vous faites chier parce que vous voulez pas que j'mange des omelettes aux blancs d'œufs ! Moi je l'sais que c'est ça qu'il faut que j'fasse pour être en santé t'sais... Pis comme, on a pas besoin de plus de calories que ça par jour, pis c'est bien de faire plein d'exercices pis vous vous allez être gros pis vous allez mourir pis moi j'vais être en santé ! » Mais c'est vrai tu penses de même, t'sais comme dans ta tête c'est tellement logique pis les autres sont tellement stupides de pas penser comme toi, parce que comme toi t'as compris la game là, t'sais...

Sa présence sur le Web lui amène un sentiment d'appartenance et lui permet d'être en communication avec d'autres adolescentes ayant les mêmes objectifs qu'elle et surtout, qui pensent comme elle. Les liens

¹⁵ Espace entre l'intérieur des cuisses.

¹⁶ Creux dans le ventre qui permet de voir les hanches qui ressortent.

¹⁷ Traduction française : « Rien ne goûte aussi bon que le sentiment d'être mince »

¹⁸ Barres sans gluten faites d'ingrédients organiques et produites par la compagnie CLIF.

qu'elle crée sont différents des liens qu'elle tente en même temps d'entretenir avec ses amies dans sa vie réelle.

Elle comprend c'que tu vis pis elle va pas te « stoler » à tes parents, parce qu'elle connaît pas tes parents. Pis elle va pas t'empêcher de faire qu'est-ce que tu fais parce qu'elle est pas dans ta vraie vie... Pis elle fait probablement la même chose que toi.

Gabrielle n'a jamais obtenu d'aide professionnelle liée à son trouble alimentaire. C'est en débutant le CÉGEP et forcément en partant du domicile familial et en quittant le patinage artistique que le trouble alimentaire de Gabrielle commence à s'estomper. Elle rencontre de nouvelles personnes, elle sort et socialise davantage et cette nouvelle priorité de se faire des amis devient plus importante que le contrôle de son alimentation. Comme la nourriture peut être rassembleuse, elle suit ses nouveaux amis dans les restaurants. Elle rencontre un garçon pour qui elle a un intérêt et avec qui elle mange le midi. Tranquillement, Gabrielle perd le contrôle sur ses comportements dommageables, comme elle est souvent accompagnée. Aujourd'hui, elle peut dire que c'est en grande partie ce qui l'a aidé à s'en sortir, bien que ce fut un processus ardu. Gabrielle a dû réapprendre à cuisiner avec de l'huile et à manger du fromage, par exemple. Étant maintenant adulte, elle ne se pèse pas, ne se mesure pas et elle travaille encore sur son estime de soi. Elle voit maintenant une psychologue qui est au courant de son historique, mais la demande d'aide aurait été faite pour une autre raison. À son avis, le jour où elle sera 100% à l'aise avec son corps et où elle pourra se peser sans s'inquiéter n'arrivera jamais. Elle ne croit donc pas à une guérison ou à un rétablissement complet, mais elle pense qu'une personne peut guérir ou se rétablir de la phase aiguë du trouble, dans le sens où les comportements malsains sont laissés de côté, mais psychologiquement, c'est plus compliqué.

Gabrielle ne se souvient pas d'avoir parlé de troubles alimentaires à l'école, ce qui la surprend avec un recul puisqu'elle suivait un programme sports-études. Réfléchissant à la problématique avec un regard externe, elle indique ne pas comprendre que les plateaux d'entraînements sports-études pour les adolescents ne soient pas plus surveillés, sachant que ce type de problématique est souvent présent et même presque, pourrait-on dire, encouragé par des figures professionnelles. Aujourd'hui, Gabrielle sait que son sport ainsi que le Web ont eu une grande influence sur son trouble alimentaire. Toutefois, elle ne les considère pas comme des causes, mais plutôt comme des facteurs contributifs.

J'pense que Tumblr, pis les sites justement pro-ana pis pro-mia ont « mis du gaz dans la tank » sur un problème qui était déjà là... Pis ont comme... Encouragé quelque chose que j'voulais,

que j'avais déjà en dedans de moi, que j'faisais déjà, mais que j'arrivais pas au complet à déployer les moyens pour le faire.

Gabrielle estime que la sensibilisation auprès des jeunes est importante. Elle poursuit en expliquant qu'à l'adolescence, elle avait été sensibilisée aux sectes et aux gurus. Elle savait qu'elle ne voulait pas en faire partie. Mais aujourd'hui, elle compare les plateformes numériques pro-ana-mia à de petites sectes : quand l'adolescente est admise dans le groupe, elle est encouragée à rester et à adopter les comportements des membres pour être acceptée. Son guru à elle, c'était Ana. Gabrielle suggère que des intervenants certifiés agissent comme acteurs participants à de telles plateformes, pour créer un lien de confiance avec des adolescentes afin de pouvoir discuter de la problématique, entre autres. Gabrielle met également l'accent sur l'importance de parler de grossophobie et de continuer à démontrer aux jeunes que la beauté se retrouve dans tous types de corps. Poursuivant des suggestions de sensibilisation, Gabrielle amène aussi la nécessité que les parents, professeurs et autres acteurs soient en mesure de reconnaître les signes de troubles alimentaires, qu'ils connaissent les ressources existantes et qu'ils sachent comment intervenir auprès de leur jeune pour éviter de déclencher des crises.

Tu t'sens attaquée dans qu'est-ce que tu fais, pis là t'as l'impression que tu t'es comme faite pognée pis là tu veux pas. Fait que là, tu trouves encore des meilleures façons de pas te faire pagner.

Finalement, elle propose également que la population générale devrait être exposée à la problématique et éduquée à la culture des régimes sains.

4.1.6 Rose

À la maison, les parents de Rose sont souvent en conflit. Sa mère souffre d'anxiété. Elle est extrêmement contrôlante. Elle décide tout, jusqu'à l'ordre dans lequel Rose doit manger les aliments dans son assiette. Si Rose demande du dessert, elle doit se gaver de légumes avant. Sa mère espère probablement qu'elle n'aura plus faim pour le dessert. Son frère excelle dans son sport. Ses parents l'encouragent beaucoup alors que Rose est à la recherche d'amour. Son père voyage beaucoup. Il rapporte des vêtements de l'Afrique, de l'Inde. C'est souvent ce que Rose porte pour aller à l'école. Elle n'a pas vraiment d'amis. Ses camarades de classe se moquent d'elle, probablement parce qu'elle s'habille différemment, en plus d'être « *chubby* ». Rose se dit qu'elle n'est pas assez belle. Elle sait que l'apparence compte pour beaucoup. Elle entend souvent sa mère faire des remarques par rapport au corps de personnes inconnues au quotidien. Vers l'âge de 7-8 ans, Rose a une vision floue de son corps, mais elle sait déjà qu'elle ne l'aime pas.

J'avais une bosse sur le nez. Pis j'me rappelle que... J'étais au primaire pis je m'endormais avec la main sur mon nez parce que j'voulais pas que ça pousse t'sais. J'me disais si j'pèse assez fort, assez souvent, elle va se déformer t'sais... J'étais jeune là.

Rose aimerait tellement que tout le monde la trouve belle. Si seulement elle était plus mince. Vers l'âge de 14 ans, toujours à la recherche d'amour, Rose se met à restreindre son alimentation. C'est ce qu'elle a trouvé comme moyen pour être aimée.

Ben t'sais dans l'sens plus j'étais mince plus j'étais belle, plus j'étais belle plus j'allais être aimée. Pis ça marchait fait que euh... (rires). C'était lié à l'apparence.

Pour arriver à ses fins, Rose utilise Internet. Elle cherche des moyens pour perdre plus de poids. Elle découvre rapidement les pages pro-ana-mia. Elle apprend à prendre des douches froides pour brûler plus de calories et à « serrer les abdos » à toutes les fois qu'elle passe dans un cadre de porte. Elle développe des trucs pour se cacher de ses parents, parce qu'il ne faudrait surtout pas qu'ils se rendent compte de ses comportements. Elle jette son lunch à l'école, elle réduit les portions de son déjeuner, elle mange seulement une clémentine. Éventuellement, elle ne la mange plus au complet. Elle court avant le déjeuner, elle court après l'école.

J'me rappelle très bien que t'sais, en l'essayant, en voyant l'efficacité rapide, c'était comme addictif toute suite là... Parce que j'voyais l'efficacité, que j'avais pas beaucoup d'effort à faire, pis que j'voyais le résultat.

Rose continue d'être active sur le Web. Elle veut tout savoir, tout apprendre. Elle veut être au sommet de son art. Elle est fascinée par les témoignages d'anorexiques au bord de la mort, en mode survie dans leur corps osseux. Elle lit en ligne, consulte des blogues et des forums. Elle est envahie par ce qu'elle appelle aujourd'hui une curiosité malsaine. Ce n'est pas que sur le Web que Rose trouve l'énergie de continuer de se restreindre. Elle prend conscience que les gens de son entourage remarquent ses pertes de poids et pour elle, c'est positif. Elle écrit dans son journal intime:

Ouais, tous les jours, j'me fais redire, dire et *re-redire* que je suis anorexique. L'affaire, c'est que ça me *boost*. C'est comme « Yes ! L'monde trouve que je maigris. Ça marche, alors pourquoi arrêter ? » Mes modèles sont p't'être très maigres... mais le fait de me donner un modèle exagéré, ça me botte le cul. J'DÉPASSERAI PAS 110.

Vers l'âge de 14 ans, Rose est suivie par une travailleuse sociale, mais en lien avec la dynamique familiale et non pas en raison de son trouble alimentaire. Sa mère prend beaucoup de place et Rose ne sent pas

qu'elle a un espace pour s'exprimer. Rose ne se sent pas vraiment concernée. Elle souffre. Elle s'automutile. Elle ne comprend pas que personne ne s'inquiète pour elle.

Bien que Rose tente de cacher sa souffrance du mieux qu'elle le peut, sa mère finit par s'en rendre compte. Elle doit maintenant voir la psychologue et l'infirmière de l'école tous les jours. À ce moment, l'intervention est axée strictement sur ses comportements alimentaires. Rose entre dans le bureau, elle leur ment sur ce qu'elle a mangé, ce qui semble satisfaire les intervenants. L'approche ne lui convient pas. Vers l'âge de 16 ans, Rose fait de l'exercice en excès et elle présente des épisodes de boulimie. Elle court tous les jours et se fait parfois vomir. Elle démontre une perte de poids très rapide. Plusieurs professionnels interviennent: une psychologue en pratique privée et quelques intervenants. Toutefois, Rose se rappelle aujourd'hui qu'elle n'était pas disponible pour recevoir de l'aide et qu'elle n'a jamais développé un lien de confiance. Aujourd'hui, elle se questionne si c'était en raison de son attitude, ou bien de l'approche utilisée.

J' pense que c' que j' avais besoin c' était un câlin là, pour l' imaginer euh... T' sais un gros câlin euh... T' es *enough* là, t' es suffisante. C' est correct t' sais. Fait que... Si ça avait été vers une approche de « *care* » comme ça euh... Oui j' aurais été ouverte à ça. J' aurais été ouverte à recevoir de l' amour là. T' sais, pour autre chose... Pour la personne que j' étais t' sais. D' explorer qu' est-ce que j' aime dans vie, m' identifier à d' autre chose qu' à un trouble alimentaire.

Le moyen de Rose pour gérer son mal, c'est l'écriture. Elle rédige beaucoup dans son journal intime. Elle a une amie qui la soutient également. Ses amis lui procurent du bien en général, mais Rose ne considère pas aujourd'hui qu'ils aient été une aide significative pour son trouble alimentaire. Éventuellement, elle cherche elle-même un psychologue avec qui elle développera un bon lien. C'est important pour elle que le psychologue comprenne que son objectif n'est pas de ne plus avoir de comportements restrictifs, mais plutôt d'être bien avec elle-même. Elle se dit que ça vient ensemble. Rose développe davantage d'autonomie et elle fait des choix. Elle se met à voyager, seule. Elle se sent bien, elle peut être elle-même, sans filtre, sans jugement.

Ce n'est que vers l'âge de 19 ans que Rose ne se met plus dans une position de danger, physiquement. Elle souffre encore sur le plan psychologique, mais l'anorexie est de moins en moins nuisible à sa santé. Après l'âge de 19 ans, elle a des périodes plus difficiles de rechute et ses comportements nocifs refont surface, jusqu'à environ l'âge de 22 ans. Elle sait aujourd'hui qu'elle va mieux lorsqu'elle est bien entourée. Elle dit aussi que lorsqu'elle est en couple, elle planifie des repas pour deux personnes et elle est accompagnée

pour souper, ce qui fait qu'elle pense davantage à manger. Lorsqu'elle travaille de jour, elle sait qu'elle a une heure de pause pour lui permettre de manger. Elle a appris à vivre avec ses pensées, quoiqu'elle ait toujours un sentiment de culpabilité lorsqu'elle mange certains aliments. Elle sait qu'elle ne doit pas se peser. En thérapie, elle travaille encore sa perception d'elle-même et de son image corporelle. Rose considère que le rétablissement répond à des critères différents selon les personnes. Certaines jugeront avoir réussi après un rétablissement complet, alors que pour d'autres le rétablissement sera lié au fait de bien vivre avec son trouble.

Ben j' pense que j' avoue que j' ai d' la misère à croire que c' est possible de pu avoir de pensées du tout par rapport à ça, j' pense qu' on peut venir en contrôle de nos actions, on peut euh... Balayer des pensées ou les modifier, mais pas les empêcher de venir mettons à la base.

Rose ne se souvient pas d'avoir appris à l'école ce qu'est l'anorexie. Elle l'a appris d'elle-même, en faisant ses propres recherches et en retenant l'information qui lui convenait. Elle se demande même si elle n'aurait pas consciemment décidé d'essayer ça, arrêter de manger. Elle croit que la sensibilisation est importante chez les enfants et les adolescents. Toutefois, elle reconnaît qu'il faut faire attention aux moyens utilisés et aux messages transmis. Selon Rose, parler d'anorexie et de phénomène pro-ana-mia peut susciter une curiosité malsaine. En entendre parler provoquait chez elle un effet d'encouragement. Bien qu'impossible, la censure reste encore la solution idéale à son avis. Elle suggère de valoriser tout type de corps, apprendre aux enfants que la minceur n'est pas directement liée à la santé et qu'une personne qui est grosse peut aussi être belle et attirante. Elle souligne toutefois le défi immense que cela serait, étant donné les idées préconçues dans la société.

Quand j'étais en *psycho*, j'ai fait partie d'un... J'étais assistante de recherche dans un « lab » de troubles alimentaires, aussi probablement par fascination là... Mais on faisait des recherches sur les moins de 11 ans. C'était quelque chose là, de voir que le sentiment de : « j'suis gênée de me mettre en maillot de bain devant mes amies à 7 ans », ça sort déjà, à 5 ans des fois. On est allés l'faire sur des 4-5 ans là... Des questions t'sais... « Manger du gâteau à la fête d'un ami pis que j'me sens mal la » ... La culpabilité elle existe déjà, t'sais. Mais oui à 4-5 ans on s'fait déjà écœurer si on est gros. C'est fou. Ça pas d'bon sens.

En thérapie, Rose utiliserait une approche plus humaniste, étant ce dont elle aurait eu besoin à l'adolescence. Elle souligne que bien que l'approche cognitivo-comportementale soit préconisée auprès des adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire, elle ne pense pas qu'elle soit adaptée aux besoins des personnes concernées.

C'est le contraire de ce qu'une personne qui a un trouble alimentaire a besoin là t'sais... De s'faire contrôler sa vie. Elle a juste besoin de parler, de s'faire consoler, de se découvrir.

4.2 Portrait synthèse des récits d'expérience des participantes

Afin d'illustrer les récits d'expérience des participantes cette présente recherche, voici des tableaux synthèses des différents thèmes étant ressortis des entretiens : les troubles des conduites alimentaires des participantes ainsi que la période d'âge lors du trouble, les facteurs influençant leur trouble, leur expérience de rétablissement, leurs expériences de socialisation en ligne, les formes d'aide qu'elles ont reçues, leurs besoins à l'égard d'interventions sociales et enfin, les pistes de solutions et d'intervention proposées par les participantes.

Tableau 1. Présentation des participantes

Prénom fictif	Tranche d'âge lors de l'entretien	Période d'âge lors du trouble des conduites alimentaires	Trouble identifié par la participante
Catherine	18 à 21 ans	13 à 16 ans	Anorexie
Émilie	22 à 25 ans	14 à 23 ans	Hyperphagie avec périodes de boulimie
Annie	22 à 25 ans	14 à 16 ans	Boulimie
Julia	22 à 25 ans	16 à 22 ans	Anorexie
Gabrielle	22 à 25 ans	14 à 18 ans	Anorexie
Rose	26 à 30 ans	14 à 22 ans	Anorexie avec épisodes de boulimie

Tableau 2. Facteurs influençant le trouble des conduites alimentaires

Prénom fictif	Facteurs contributifs au trouble des conduites alimentaires	Facteurs contribuant à la diminution du trouble des conduites alimentaires
Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • La pression provenant de son sport de compétition (entraîneurs) • Les commentaires de son entourage (croyance qu'une femme doit être mince) • Un manque de temps (donc ne pas prendre le temps de préparer ses repas) • Un régime • La victimisation (agression sexuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Un réseau de soutien (mère, amie, copain) • La cohabitation avec son copain (prévoir des repas pour deux personnes)
Émilie	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrôle de sa mère (par rapport à ce qu'elle mange) • Les commentaires de son entourage à l'égard de son poids (en personne et sur les réseaux sociaux) • L'idéalisation des photos de filles minces et « populaires » sur les réseaux sociaux • La balance (connaître son poids corporel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Extériorisation de son trouble sur un forum RPGique
Annie	<ul style="list-style-type: none"> • La pression de publier en ligne et plaire aux autres • Le sentiment de bien-être associé à sa perte de poids • Les conflits à la maison (elle se renferme beaucoup dans sa chambre, où elle vit son trouble) • L'idéalisation des photos de filles minces sur les réseaux sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • La déception de ses proches • Un réseau de soutien (famille, amie, copain)
Julia	<ul style="list-style-type: none"> • Son environnement familial <ul style="list-style-type: none"> - Sa mère qui adopte des comportements de restrictions alimentaires - Les femmes de son entourage qui normalisent la restriction et la minceur • Son perfectionnisme et sa fierté de garder le contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Un réseau de soutien (amis) • L'effet rassembleur de la nourriture (recevoir des amis pour les repas)
Gabrielle	<ul style="list-style-type: none"> • La pression provenant de son sport de compétition (entraîneurs) • Les commentaires de son entourage à l'égard de sa perte de poids (qu'elle perçoit toujours comme positifs) • Sa participation à des sites pro-ana-mia <ul style="list-style-type: none"> - Son sentiment d'appartenance que cela lui procure - Les commandements d' « Ana », qu'elle considère aujourd'hui comme son « Guru » à l'époque. • Le contrôle de sa belle-mère (qui coupe ses portions de moitié) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le partage d'un repas avec un garçon en qui elle a de l'intérêt
Rose	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrôle de sa mère (qui décide l'ordre dans lequel elle mange ses aliments) • La croyance qu'elle doit être mince pour être belle et pour être aimée • Sa participation à des sites pro-ana-mia • Les commentaires de son entourage à l'égard de sa perte de poids (qu'elle perçoit toujours comme positifs) • La balance (connaître son poids corporel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les voyages qu'elle fait seule (sans filtre ni jugement) • Un réseau de soutien • La cohabitation avec son copain (prévoir des repas pour deux personnes)

Tableau 3. Expérience de rétablissement

Prénom fictif	Perception du concept rétablissement	Comment la participante perçoit son rétablissement
Catherine	Son trouble l'affecte encore aujourd'hui surtout quand elle entend des commentaires de personnes qui se disent « grosses ».	Se considère rétablie, mais pas guérie.
Émilie	Elle ne croit pas en un rétablissement complet. Elle reste affectée par son image corporelle, mais a appris à vivre avec le trouble.	Se considère « en rétablissement ».
Annie	Son trouble l'affecte encore aujourd'hui : elle « se bat » encore avec les aliments. Elle croit que son trouble l'affectera toujours.	Se considère rétablie; Se considère guérie, mais seulement sur le plan physique.
Julia	Un processus de rétablissement serait pour elle perpétuel, donc elle ne veut pas se considérer « en rétablissement ». Elle dit plutôt ne plus vivre de détresse psychologique.	Ne se considère ni rétablie, ni « en rétablissement »; Se considère guérie, mais seulement sur le plan physique.
Gabrielle	Elle croit qu'une personne peut se rétablir ou guérir de la phase aiguë d'un trouble des conduites alimentaires, mais que psychologiquement, c'est plus compliqué.	Ne se considère ni complètement rétablie, ni complètement guérie.
Rose	Elle croit que la notion de rétablissement est propre à chacun. Elle précise que cela dépend si la personne considère qu'elle est rétablie lorsque son trouble disparaît ou lorsqu'elle vit bien avec ce dernier.	Elle dit qu'elle ne sait pas où elle se situe par rapport au rétablissement. Elle dit que son trouble est de moins en moins nuisible à sa santé physique.

Tableau 4. Expérience de socialisation en ligne

Prénoms fictifs	Contexte et sens de l'usage	Utilisations du Web	Expérience de l'usage	Accès aux traces Web par la chercheuse
Catherine	Des professionnels de la santé l'ont invité à faire de la recherche sur Internet	Moteur de recherche avec le mot-clé : <ul style="list-style-type: none"> • « Anorexie » • « Anorexie pour ou contre » Exploration de pages web pro-ana-mia	<ul style="list-style-type: none"> • N'était pas d'accord avec les définitions trouvées avec le mot-clé « Anorexie » • A trouvé des tenants pro-ana-mia en utilisant le mot-clé « Anorexie pour ou contre » • Était en accord avec le contenu, s'y identifiait • A choisi de ne plus consulter ces pages, étant frustrée que ce contenu soit public et qu'il ne reste pas secret 	<p>Lors de son trouble, elle s'est coupé des réseaux sociaux: elle s'est désabonnée de Facebook et a supprimé son compte MSN.</p> <p>Donc, aucun accès aux traces par la chercheuse.</p>
Émilie	<p>Socialisation en ligne afin de créer des liens avec d'autres personnes</p> <p>Recherche sur le Web :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans le but de trouver des moyens pour évacuer la nourriture • par la suite ses activités ont été faites dans le but d'aller mieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à des forums RPGiques: création de personnages et interactions avec d'autres personnages, construction identitaire à travers des histoires fictives • Suivre des gens sur Instagram, dont des filles/adolescentes/femmes populaires, et consulter leurs publications • Tenir un compte Facebook et publier • Exploration de pages Web: lecture sur les troubles alimentaires 	<p>Sur les forums RPGiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sentait valorisée par les autres personnages • Sentait qu'elle avait un contrôle sur sa vie inventée, ce qu'elle n'avait pas dans sa vie réelle • Se sentait mal d'arrêter de jouer son personnage en raison des commentaires des autres acteurs du forum <p>Sur Instagram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sa perception de son propre corps était teintée par les publications d'influenceuses très minces qui faisaient la promotion de leur corps sur leur page personnelle, le nombre d'abonnés ou de « j'aime », ainsi que les commentaires laissés sur ces publications <p>Sur Facebook:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recevait des commentaires sur ses publications qui affectait sa perception de son corps: qu'elle avait des bourrelets sous les bras, qu'elle avait un double menton, ou encore qu'elle aurait dû perdre du poids. <p>Sur le Web:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle a appris comment se faire vomir. 	<p>Émilie a retrouvé un forum RPGique auquel elle avait déjà participé pendant son trouble alimentaire.</p> <p>Elle n'a pas retrouvé de traces de sa participation personnelle.</p> <p>Elle a montré des exemples à la chercheuse afin que celle-ci comprenne le fonctionnement du forum.</p>
Annie	<p>Pour socialiser.</p> <p>Quête de reconnaissance par ses pairs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir un compte Facebook et publier • Participation à un blogue qui s'appelle « Skyblog » 	<p>Sur Facebook:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Était plus présente pendant son trouble parce qu'elle était fière de son corps et elle publiait des photos d'elle. • Était encouragée à publier par sa meilleure amie qui lui disait qu'elle était belle et qui la prenait en photo. 	<p>Annie a affirmé ne jamais avoir publié directement en lien avec son trouble des conduites alimentaires.</p> <p>Annie dit ne pas être certaine de se souvenir du nom du</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Avait un sentiment de fierté, généré par les commentaires positifs laissés sur ses publications. <p>Sur « <i>Skyblog</i> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créait des histoires fictives. Elle ne se souvient pas aujourd'hui si son trouble ressortait de son blogue. • Lisait les histoires des autres, s'y identifiait. 	<p>blogue auquel elle participait.</p> <p>Donc, aucun accès aux traces par la chercheuse.</p>
Julia	Consultation de sites de sa propre initiative, pour mettre en place des moyens pour s'en sortir	<p>Exploration de pages Web: lectures, documentaires, témoignages sur les troubles des conduites alimentaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Découvrir des sites pro-ana • Tenir un compte Facebook mais ne fait pas de lien avec son trouble 	<ul style="list-style-type: none"> • A appris qu'était le phénomène pro-ana-mia via un ou des documentaires • N'a pas été séduite par les sites pro-ana-mia : Trouvait que c'était dégueulasse; avait de la peine pour les jeunes filles qui s'en associaient, qui utilisaient ces sites comme échappatoire et comme réseau d'entraide et de soutien principal. • Naviguait dans un contenu qui est aidant pour elle et se fixe des objectifs 	<p>Julia a affirmé ne jamais avoir publié directement en lien avec son trouble des conduites alimentaires.</p> <p>Donc, aucun accès aux traces par la chercheuse.</p>
Gabrielle	Consultation de sites de sa propre initiative, pour trouver des moyens de perdre plus de poids et pour socialiser	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir deux pages personnelles sur la plateforme « <i>Tumblr</i> », publier, suivre d'autres usagers et discuter en privé • Tenir un compte sur Facebook et publier • Avoir une application de calcul des calories sur son téléphone portable pour s'assurer de dépenser plus que ce qu'elle consommait 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprenait plusieurs moyens de perdre du poids • Apprenait plusieurs moyens pour cacher ses pertes de poids à ses proches • Prenait en note les commandements qu'elle lisait en ligne dans son journal intime • Était encouragée par d'autres personnes à continuer de restreindre son alimentation • Socialisait et créait des relations avec des gens qui avaient les mêmes objectifs qu'elle et qui la comprenaient, qui ne la "stooleraient" pas à ses parents • Avait un sentiment d'appartenance <p>Sur Facebook: Des gens commentaient ses photos, lui disaient combien elle était maigre et elle en était fière.</p>	<p>Gabrielle a navigué sur son compte « <i>Tumblr</i> » et a montré des publications (qui sont aujourd'hui privées) à la chercheuse.</p> <p>Elle a lu des discussions qu'elle a eues en privé avec d'autres usagers.</p> <p>Elle a partagé une photo d'elle qu'elle avait publiée sur son compte Facebook et elle a lu les commentaires d'autrui.</p>
Rose	Consultation de sites de sa propre initiative, pour trouver des outils pour perdre plus de poids et socialiser. Elle veut tout savoir.	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à un blogue qui s'appelle « <i>Skyblog</i> » • Consulter des pages Web • Découvrir facilement des sites pro-ana-mia dans sa navigation • Regarder des vidéo-témoignages d'anorexiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouvait des trucs pour perdre du poids et cela fonctionnait pour elle; elle était motivée. • Socialisait et se sentait réconfortée par les relations avec des personnes qui vivaient la même chose qu'elle • A déjà écrit des lettres à « Ana » • Se sentait valorisée par ses pertes de poids • Était fascinée par le corps anorexique et était constamment dans la comparaison 	<p>Rose dit qu'il serait trop difficile de retrouver les traces de ses activités en ligne.</p> <p>Donc, aucun accès aux traces par la chercheuse.</p>

Tableau 5. Formes d'aide reçues

Prénom fictif	Formes d'aide reçues ...	
	... perçues comme bénéfiques	... perçues comme non-aidantes
Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation : médecin, infirmières, psychiatre, psychothérapeutes, diététiste • Psychologue (suivi de plusieurs rencontres, après l'hospitalisation) • Sexologue (en lien avec une agression sexuelle plus tard dans sa vie) • Proches: mère, amie, copain 	<ul style="list-style-type: none"> • ANEB non accessible • Aucun intérêt pour les groupes de soutien ni les ressources Web proposées
Émilie	<ul style="list-style-type: none"> • Internet (recherche de moyens pour s'en sortir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale de l'école (une seule rencontre) • Plusieurs ressources non-accessibles (CLSC, clinique privée, psychologue) par manque de disponibilité ou pour des raisons financières • Médecin
Annie	<ul style="list-style-type: none"> • Proches: amie, copain 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale de l'école (une seule rencontre)
Julia	<ul style="list-style-type: none"> • Proches: groupe social et activités • Deux amies significatives, dont sa colocataire psychoéducatrice • Internet (recherche documentaire et moyens pour s'en sortir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux psychologues (approches qui ne rejoignent pas ses besoins) • Médecin
Gabrielle	<ul style="list-style-type: none"> • Proches: amis de son groupe social et activités • Psychologue (mais la demande est venue plus tard et n'était pas en lien avec le trouble des conduites alimentaires, bien que ce fut aidant). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutritionniste et gastroentérologue (lui permettaient de justifier pourquoi elle ne mangeait pas certains aliments ou d'utiliser l'excuse "j'ai juste mal au ventre aujourd'hui")
Rose	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue (plus tard, utilisant une approche davantage humaniste) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale (lié à la dynamique familiale, non pas pour le trouble des conduites alimentaires) • Psychologue et infirmière de l'école • Psychologue en pratique privée • Autres intervenants (n'était pas prête à recevoir de l'aide)

Tableau 6. Besoins à l'égard d'interventions sociales selon les jeunes femmes

Prénoms fictifs	Ne voulait pas...	Avait besoin de...
Catherine	<ul style="list-style-type: none"> discuter de son trouble. participer à des interventions de groupe formel et entendre les problèmes des autres. que d'autres personnes prennent le contrôle sur ses décisions et son alimentation. attirer l'attention des gens. 	<ul style="list-style-type: none"> partager avec une figure chaleureuse de grand-maman. être accompagnée par des femmes. adresser son mal de vivre et travailler sur autre chose. être entourée de personnes qui respectent son rythme, qui l'écoutent, qui lui donnent le temps et le droit d'être fâchée. comprendre son trouble comme une "maladie" et comprendre comment il se manifestait dans sa vie.
Émilie	<ul style="list-style-type: none"> sentir que les gens (la travailleuse sociale à l'école et des proches) banalisent ce qu'elle vit. se faire dire qu'elle devrait juste manger moins (lors d'épisode d'hyperphagie ou lorsqu'elle avait un surplus de poids). 	<ul style="list-style-type: none"> se sentir valorisée. extérioriser son trouble et en parler avec quelqu'un qui normalise comment elle se sent. connaître et obtenir les ressources accessibles et disponibles. comprendre son trouble ; qu'une personne lui nomme ce qu'est l'hyperphagie et qu'elle puisse mettre un mot sur son mal.
Annie	<ul style="list-style-type: none"> sentir que les gens (la travailleuse sociale à l'école et des proches) banalisent ce qu'elle vit. Impliquer ses parents dans sa démarche d'aide ou qu'ils en soient au courant. 	<ul style="list-style-type: none"> parler avec une personne qui normalise comment elle se sent et qui l'aide à comprendre son trouble. obtenir de l'écoute et du soutien de ses pairs. être accueillie par un professionnel qui la prend au sérieux et qui l'incite à une deuxième rencontre. trouver un équilibre.
Julia	<ul style="list-style-type: none"> discuter et « creuser » dans les causes de son trouble alimentaire en suivi psychologique. discuter de son enfance en suivi psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> vivre dans un environnement qui lui permet d'avoir une bonne relation avec la nourriture. dresser des objectifs atteignables. obtenir un suivi par un psychologue à l'écoute de ses besoins et qui adapte ses approches pour elle. avoir le droit de parler de la nourriture et de ses comportements actuels en suivi psychologique.
Gabrielle	<ul style="list-style-type: none"> se faire dire qu'elle n'avait pas assez mangé par ses proches, ses ami(e)s. 	<ul style="list-style-type: none"> vivre dans un environnement qui lui permette d'avoir une bonne relation avec la nourriture. parler de ses difficultés avec des personnes qui l'accueillent sans jugement. se sentir en contrôle.
Rose	<ul style="list-style-type: none"> être contrôlée par sa mère. avoir l'objectif d'abolir ses comportements restrictifs. parler de son comportement alimentaire avec l'infirmière et la psychologue de l'école. 	<ul style="list-style-type: none"> se sentir aimée, avoir des câlins et être rassurée. se sentir en contrôle, se sentir bien, libre et sans jugement: pouvoir être elle-même, sans filtre. parler, se faire consoler et se découvrir. sentir qu'elle a une place pour s'exprimer au sein de sa famille. Avoir un suivi avec un psychologue avec qui elle a un bon « match », une figure maternelle et une approche humaniste.

Tableau 7. Pistes de solutions, d'interventions proposées par les participantes

Prénoms fictifs	Interventions avec les individus et les familles	Interventions avec les groupes	Interventions en milieu scolaire	Interventions communautaires, institutionnelles et publiques
Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation (seulement lorsqu'une adolescente met sa vie en danger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes d'aide mutuelle fermés en ligne et en présentiel, dirigés par des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation dans les écoles aux différents types de corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation dans la population générale (normaliser le trouble, déconstruire les mythes) • Censure sur le Web
Émilie	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation aux parents et tuteurs et contrôle des activités en ligne 		<ul style="list-style-type: none"> • Conscientiser les jeunes dès le primaire de façon interactive (ex: coller des mots qui font mal/insultes sur un pantin pour montrer un visuel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Censure sur le Web • Développer des ressources plus accessibles
Annie	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions individuelles en suivi téléphonique ou par visioconférence (dans le confort de sa chambre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure un ou des pairs dans l'intervention pour assurer un soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler de la problématique dans les écoles et suggérer des ressources aux jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation : inciter à suivre des influenceurs qui promeuvent et valorisent tous les types de corps
Julia		<ul style="list-style-type: none"> • Groupes d'entraide et de soutien dirigés par des intervenant(e)s qualifié(e)s qui ne contraignent pas les participantes à ne pas parler de certains sujets 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser tout type de corps, mettre l'accent sur la nutrition : faire des liens avec la santé et non l'image corporelle • Parler de santé mentale: l'importance d'être bien dans sa tête autant que dans son corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux parents: facteurs de risque de développer un trouble alimentaire, personnalités à risque (surtout dans des milieux où l'image est particulièrement importante) • Censure sur le Web
Gabrielle	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien en ligne sur les sites pro-ana-mia par des professionnels • Coacher les parents à intervenir avec leur enfant ou adolescent(e) et les guider vers des ressources 		<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation à l'école, surtout dans les programmes sports-études • Éduquer parents et enseignants pour qu'ils reconnaissent les signes d'un trouble des conduites alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux jeunes (et à tous) par rapport au phénomène pro-ana-mia, dénoncer le contenu, les commandements • Surveiller les plateaux d'entraînement compétitif • Campagnes "aimer votre corps", parler de grossophobie • Éducation sur la culture des diètes
Rose	<ul style="list-style-type: none"> • Approche plus humaniste, moins comportementale 		<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation dès le primaire sur les thèmes suivants : la santé, le bien-être et la valorisation de tout type de corps 	

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le présent chapitre est une discussion qui développe la réponse à la question de recherche principale qui est la suivante : quelle est l'expérience de jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence à l'ère numérique ?

Pour élaborer la réponse à la question de recherche, nous répondrons aux questions secondaires qui sont les suivantes : quelle fut l'expérience en ligne (notamment, leur rapport au phénomène pro-ana-mia) et hors ligne des jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence ? Quelle fut l'expérience de rétablissement des jeunes femmes à l'égard d'interventions sociales ?

Dans une première partie, nous reprendrons les concepts de « personnage social » et d'« expérience » pour discuter de la socialisation des adolescentes lors de la période de leur trouble des conduites alimentaires ainsi que de leur rapport au phénomène pro-ana-mia. Nous verrons comment les adolescentes peuvent être socialisées en regard de la minceur et comment les paroles des gens peuvent influencer le trouble ou la perception de l'adolescente de son propre corps. Enfin, nous parlerons des besoins de sensibilisation et d'éducation par rapport à la problématique, du point de vue des participantes. Dans une deuxième partie, nous explorerons l'expérience de rétablissement des participantes, en décrivant les pratiques d'intervention sociale qui furent aidantes pour elles et celles qui furent plutôt nuisibles. Nous terminerons cette section en abordant les besoins que les participantes avaient, lors de l'adolescence, à l'égard des interventions sociales.

Finalement, en guise de retombées de notre recherche, des pratiques d'intervention sociale seront présentées afin d'illustrer des exemples concrets de pistes d'intervention. Cette section sera élaborée à partir d'idées proposées par les participantes elles-mêmes ainsi que d'idées pensées par la chercheuse en tenant compte des besoins exprimés par les participantes. Ces pratiques d'intervention sociale, que nous qualifions de « prometteuses » et « émergentes », pourront être regroupées en quatre sections : les interventions avec les individus et les familles, les interventions avec les groupes, les interventions dans les écoles et finalement, les interventions avec les communautés, les institutions et le public.

5.1 Expériences de socialisation

Si la socialisation du jeune enfant se passe généralement dans la famille, à l'adolescence, les possibilités de milieux pour le développement social des jeunes se multiplient: la maison, l'école, les plateformes de sport, le cyberspace. Nous avons vu au premier chapitre que les jeunes socialisent en personne et que cette socialisation se prolonge en ligne (Balleys, 2015). Nous avons également précisé que les liens amicaux sont particulièrement importants à l'adolescence et que les adolescents cherchent la reconnaissance sociale et la valorisation à travers les yeux d'autrui (Balleys, 2015). Toutefois, nous avons parlé d'un débat dans la littérature scientifique autour de la socialisation des personnes qui ont un trouble des conduites alimentaires. D'une part, Levine (2012) explique que les personnes concernées vivent souvent dans l'isolement et ainsi, perdent des liens amicaux et familiaux. D'autre part, Casilli et Tubaro (2016) déclarent que des études démontrent le contraire, grâce à la sociabilité médiatisée. En ce qui concerne les participantes à cette recherche, la moitié d'entre elles témoignent que les réseaux sociaux leur ont permis de socialiser davantage pendant la période de leur trouble alimentaire. Deux d'entre elles ont quand même témoigné de leur désir de vivre leur trouble en solitaire, ne voulant pas en discuter avec leurs proches. Gabrielle démontre qu'une personne peut se situer dans les deux pôles. Elle explique qu'elle vivait son trouble dans son petit journal intime, seule dans sa chambre mais aussi sur Internet : « parce que les gens sur Internet, ils te connaissent pas pour vrai ». Rappelons-nous le concept *extimité* discuté au premier chapitre. Tisseron (2011 : 84) proposait qu'il s'agisse du « processus par lequel des fragments du soi intime sont proposés au regard d'autrui afin d'être validés ».

Chacune des participantes possède son propre parcours, sa propre « expérience sociale », qui selon Dubet (1994), se définit par les activités cognitives, la manière d'éprouver et la manière de construire le réel. Comme mentionné au deuxième chapitre, chacune est l'experte de sa réalité, de par ses expériences. Ayant un parcours similaire, dans le sens où elles sont toutes concernées par la même problématique à l'adolescence, nous pouvons affirmer qu'elles se rejoignent dans certains « rôles sociaux ». Tenant compte du fait que chacune est singulière, les expériences décrites par les participantes se ressemblent parfois et se distinguent à d'autres moments. Il est quand même possible de regrouper l'expérience sociale de chacune sous des thèmes précis, ce que nous développerons dans les prochaines parties de ce chapitre.

5.1.1 Socialisation genrée et de classe

Pourquoi les filles sont-elles autant touchées par les troubles des conduites alimentaires ? L'enquête sur la santé et les consommations, effectuée en France en 2008, démontre que l'indice de masse corporelle

(IMC) idéal des filles se situe en dessous des seuils définissant la maigreur (Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye, 2017 : 19). De plus, 90% des répondantes à l'enquête (sur 19 658 filles de 17 ans) ont affirmé se percevoir comme « un peu ou beaucoup trop grosses » (*ibid.*).

Les troubles des conduites alimentaires étant définis comme une « préoccupation excessive pour le poids et la minceur », il devient pertinent de discuter de normes corporelles de la minceur (Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye, 2017 : 18). Qu'apprennent les adolescentes quant aux normes de beauté féminine ? Toutes les participantes témoignent de la pression sociale ressentie quant à l'image de minceur, qu'elle provienne ou non des usages des technologies numériques. Au cours de l'entretien, Catherine explique qu'elle se souvient, lorsqu'elle était jeune, de l'idée véhiculée selon laquelle une fille mange moins qu'un garçon. À l'adolescence, elle était consciente de ce qu'était l'image idéale d'une femme parfaite, selon les normes de la société: « une fille ça devait être hyper mince, avoir des belles formes mais en même temps être mince, elle devait avoir des gros seins ». Les propos de Rose appuient lorsque dans son entretien, elle rapporte que depuis aussi longtemps qu'elle s'en souvienne, la société valorise que ce n'est pas santé d'être gros. Elle ajoute que les enfants l'apprennent assez vite, que déjà à quatre ou cinq ans on peut se faire intimider parce qu'on est gros. Elle-même, à l'enfance, avait associé son apparence physique au fait qu'elle était « rejet », disant qu'elle était « *chubby* » en plus de s'habiller avec des vêtements différents.

Socialisées dès un jeune âge par plusieurs milieux pouvant leur apprendre à quoi elles doivent se conformer, les filles sont invitées à prendre des moyens pour se soumettre aux normes sociales. Micheli-Rechtman (2007 : 41), psychiatre-psychanalyste expose que : « le corps contemporain est poussé à incarner un corps idéal, un "instrument" auquel on demande des performances et un "objet" que l'on façonne, que l'on habille ». Les adolescentes sont invitées à se contrôler. Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye (2017 : 22) citent: « Est mince celle qui est capable de contrôler son alimentation et, par analogie, celle qui est capable de se contrôler ». Les conduites alimentaires semblent être plus dominantes dans certaines classes sociales, chez les personnes de sexe féminin et dans une tranche d'âge particulière. Les plus touchées viendraient de classes moyennes et supérieures (Molénat, 2004; Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye, 2017). Les auteurs ajoutent que dans les milieux d'abondance, la faim constitue en une pulsion qu'il faut maîtriser, et donc invite au contrôle ou à la maîtrise de soi (Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye, 2017 : 22). Julia dit avoir grandi dans un milieu aisé, où les femmes qu'elle côtoyait, dont sa mère et celles de ses amies, parlaient beaucoup de contrôle du poids et de restrictions alimentaires. L'image était très importante. Souvent, elle a entendu des femmes ou des amies faire des commentaires sur leur poids

respectif ou leur prise de nourriture. Elle pensait aussi d'ailleurs pendant longtemps que les mères ne mangeaient pas de pâtes. D'ailleurs, la plupart des participantes mentionnent lors de l'entretien leur désir de contrôle de soi durant la période de leur trouble des conduites alimentaires. Au premier chapitre, il est établi que depuis de nombreuses années, il existerait une certaine hiérarchie dans le monde des troubles des conduites alimentaires (Casilli et Tubaro, 2016). Les propos de Gabrielle valident cette idée lorsqu'elle dit qu'elle aurait voulu être plus anorexique, qu'elle ne l'était pas assez, qu'elle n'était pas une « bonne anorexique ». Émilie, étant boulimique, aurait voulu être anorexique et Rose voulait être au « sommet de son art ». D'ailleurs, plusieurs auteurs font référence à la notion du contrôle qui est majeure pour la plupart des adolescentes et des femmes anorexiques (Micheli-Rechtman, 2007; Casilli et Tubaro, 2016; Scodellaro, Pan Ké Shon et Legleye, 2017). Mais est-il possible qu'elles puissent être socialisées au contrôle de leur alimentation ?

En effet, la littérature expose un lien entre l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur chez les adolescentes et un historique de problèmes de l'alimentation dans la famille (Phares, Steinberg et Tompson, 2004 : 426). Les parents, plus précisément les mamans (Phares, Steinberg et Tompson, 2004 : 426), peuvent aussi jouer un rôle dans le développement de la perception du corps chez les adolescents. Rappelons-nous, au quatrième chapitre, nous avons mentionné que la mère d'Émilie lui disait de ne pas manger de gâteau et de mettre moins de beurre d'arachide sur ses rôties, que la mère de Julia avait elle-même une mauvaise relation avec les aliments, que la belle-mère de Gabrielle coupait ses portions de moitié et que la mère de Rose contrôlait l'ordre dans lequel elle devait manger les aliments dans son assiette. Il s'avère que les encouragements d'un parent au contrôle du poids et de l'image corporelle seraient des facteurs de risque pour développer une préoccupation corporelle chez les adolescentes (Helfert et Warschburger, 2011). Il serait toutefois injuste d'adopter un discours accusateur et de mettre le blâme sur ces mères et ces belles-mères. N'oublions pas ce que les filles et les femmes intègrent en société quant aux normes de beauté féminine. Elles ont également été adolescentes, ont également eu l'expérience d'une socialisation genrée et elles aussi, ont pu intégrer le discours selon lequel une femme doit être mince. Les premiers écrits féministes sur l'anorexie comme problème social, entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, cherchent à montrer que « les exigences de la féminité sont impossibles à satisfaire, qu'on ne peut pas les respecter sans souffrir, mais qu'aucune femme ne peut leur échapper » (Godin, 2015 : 100). Selon Godin (2015 : 101), la première interprétation féministe des troubles des conduites alimentaires aurait été rédigée par Marlene Boskind-Lodahl. En lien avec les femmes anorexiques et boulimiques, cette dernière affirme :

Their attempts to control their physical appearance demonstrate a disproportionate concern with pleasing others, particularly men – a reliance on others to validate their sense of worth. They have devoted their lives to fulfilling the feminine role rather than the individual person.

L'auteur propose que le fait qu'elles tentent d'avoir le contrôle sur leur apparence physique démontre que les femmes ont un souci démesuré de plaire aux autres, plus particulièrement aux hommes. D'ailleurs, nous discutons particulièrement du rôle que jouent les mères et/ou les belles-mères dans le développement de la perception du corps chez les adolescentes. Mais quand est-il du rôle du père et/ou du beau-père ? Il est intéressant de constater qu'aucune des participantes ne parle de sa figure paternelle en entretien. Qu'apprennent les hommes quant aux normes de beauté féminine et masculine ? Quel est le rôle du père envers son adolescente ? A-t-il une influence sur la perception qu'elle a de son corps ? Voilà des questions pertinentes qui pourraient constituer un tout autre sujet pour une recherche ultérieure.

5.1.2 Une socioculture qui se prolonge en ligne

Les réseaux sociaux et l'utilisation des plateformes numériques ainsi que les médias peuvent-ils aussi contribuer au désir de l'adolescente de se conformer à des normes de beauté pour plaire aux autres ? Selon les participantes, c'est l'évidence. Au premier chapitre, nous avons documenté que les adolescentes créent des liens en ligne, renforcent ceux qu'elles avaient déjà en personne et forment leur identité en projetant une image du soi qui, selon elles, sera acceptable et valorisée par autrui. Par l'exploration des expériences de socialisation en ligne des participantes, nous avons remarqué que leur trouble des conduites alimentaires est bel et bien influencé par le Web. Nous avons aussi défini que leur utilisation du Web diffère beaucoup les unes les autres, mais aussi que chacune ne s'identifie pas nécessairement, durant la période de son trouble, à la communauté pro-ana-mia. Nous y reviendrons dans la prochaine partie. Malgré tout, plus de la moitié des participantes, dont seulement une s'identifiant à la communauté pro-ana-mia, témoignent de leur utilisation de réseaux sociaux pour forger leur image du soi ou de la valorisation reçue d'autrui suite à certaines publications. Émilie utilise le Web comme moyen pour créer des liens disant que la communication en personne est plus difficile pour elle. Elle participe à un blogue et construit sa vie comme elle voudrait pouvoir le faire dans la réalité, son personnage ayant elle aussi un trouble des conduites alimentaires. Annie et Gabrielle témoignent en entretien d'une valorisation suite aux publications de photos d'elles-mêmes et aux commentaires reçus par leurs pairs, ce qui les encourage à continuer de tenter d'atteindre leurs idéaux de beauté.

De surcroît, la plupart des participantes ont relevé l'influence des médias et des réseaux sociaux (particulièrement Instagram) sur leur rapport au corps. Toutes semblent reconnaître que l'usage de technologies numériques joue probablement un rôle quant au désir de la minceur. Comme établi au premier chapitre, la littérature révèle un lien entre les troubles des conduites alimentaires et les médias (Rouer-Saporta, 2016). Des études antérieures ont suggéré que la lecture de magazines chez les filles augmentait leur désir de perdre du poids et qu'elles étaient donc plus à risque de développer des stratégies pour contrôler leur poids, entre autres en restreignant leur prise de nourriture (Rouer-Saporta, 2016 : 196). Depuis quelques années, la lecture de magazine s'est transformée en navigation sur le Web, sur des réseaux sociaux véhiculant parfois des stéréotypes qui prônent la minceur par des photos de mannequins souvent retouchées ou par des suggestions de régimes irréalistes. Au premier chapitre, il est établi que les adolescentes qui consultent des sites pro-ana-mia sont plus enclines à un désir de minceur et à développer un trouble des conduites alimentaires. En effet, plus de la moitié des participantes associent en partie leur trouble aux influences sociales externes et aux idéaux corporels qui sont véhiculés sur le Web. Émilie fait particulièrement référence à *Instagram*, plateforme Web sur laquelle elle peut décider de s'abonner et donc de suivre les comptes personnels de jeunes femmes de son âge qui sont « populaires ». Selon elle, ces jeunes femmes gagneraient plus de visibilité en raison de leur corps et de l'image qu'elles projettent qui plaisent aux autres. Elle précise avoir compris rapidement que c'est pour cette raison qu'elles ont beaucoup d'abonnés et de « likes ». En navigant sur Instagram, elle compare automatiquement son corps à celui de ces jeunes femmes. En plus, même aujourd'hui, un commentaire avec le qualificatif « *chubby* » a l'effet de la faire sentir « pire que "*chubby*" ». Annie considère encore que la pression des réseaux sociaux ait un impact sur sa perception d'elle-même. Elle croit d'ailleurs que les jeunes subissent encore plus de pression aujourd'hui qu'il y a quelques années. Pour sa part, Rose qui avait une fascination pour la maigreur visionnait des témoignages d'anorexiques au bord de la mort sur *YouTube*. Elle naviguait sur le Web et se comparait à une maigreur extrême, se disant qu'elle souhaiterait être en mesure d'atteindre cet état.

En plus d'images de femmes minces, nous avons vu au premier chapitre que le phénomène pro-ana-mia encourage les adolescentes à jeûner en leur faisant croire qu'elles font le choix d'une vie saine. Durif-Bruckert (2009 : 187) ajoute que le Web présente la maigreur et la privation comme un miroir de la santé, choix qui serait accessible à toutes. Comme le conçoit aussi Rose, il existe cette idée selon laquelle il serait impossible d'être à la fois gros et en bonne santé. Toutes les participantes témoignent qu'au début de leur trouble des conduites alimentaires, elles n'avaient pas conscience que leurs comportements reflétaient

une problématique. Gabrielle confie qu'en utilisant une application pour calculer ses calories, elle se persuadait qu'elle avait compris ce que les autres n'avaient pas compris. Elle s'inspirait entre autres d'une adolescente blogueuse qui mangeait uniquement des *LUNA bars*. Le Docteur Jean-Michel Lecerf dit, concernant ce type d'application, que tout mesurer et calculer peut engendrer un trouble de l'alimentation (Delmotte, 2015 : 58). Mais Gabrielle se disait qu'elle était en bonne santé parce qu'elle mangeait des « Bébés-carottes » ; que les autres, qui mangeaient des chips et de la crème glacée ne pouvaient pas être en bonne santé. Un article de Delmotte (2015) souligne que le numérique contribue à l'augmentation du marché de la minceur. Selon le Docteur Jean-Michel Lecerf, il devient difficile de trier parmi les annonces de moyens pour atteindre la minceur, celles qui sont saines de celles qui peuvent être des pièges pour certaines femmes (Delmotte, 2015 : 58).

Finalement, il importe de nous questionner quant aux effets de la pandémie mondiale du coronavirus COVID-19 sur la problématique. Les participantes de notre recherche ayant eu l'expérience du rétablissement de leur trouble, n'ont pu discuter des effets de la pandémie sur leurs conduites alimentaires. Durant les périodes de confinement imposées par la pandémie, la sociabilité médiatisée est devenue le moyen de communication principal chez les adolescents qui n'avaient plus le droit de se rassembler avec leurs pairs. Ils expérimentaient l'école à la maison, via leur écran. Au Québec, la pandémie aurait eu un effet amplificateur sur la préoccupation à l'égard du poids pour l'ensemble de la population. Les résultats d'un sondage Web effectué en février 2021 démontrent une augmentation de cette préoccupation de près de 50% par rapport à l'année précédente, peu importe le statut socioéconomique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022 : 9). Les périodes de confinement auraient forcé l'utilisation des technologies numériques. Sachant qu'elles jouent un rôle dans le désir de minceur, la question se pose. Est-ce que l'augmentation des usages des technologies numériques durant la pandémie pourrait être liée à une augmentation des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents ? En effet, une étude effectuée dans les hôpitaux pour enfants à Montréal démontre également l'accroissement de la problématique. Les résultats de cette étude révèlent une augmentation de 62% des visites à l'urgence liées à un trouble des conduites alimentaires pour les jeunes de 12 à 17 ans entre 2018-2019 et 2020 (Chadi, Spinoso-Di Piano, Osmanlliu, Gravel et Drouin, 2021 : 849). Et qu'en est-il du phénomène pro-ana-mia ? Une recherche réalisée sur la plateforme Reddit¹⁹ a sélectionné des publications anglophones créées entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2020 et contenant au moins un des mots-

¹⁹ Reddit est une plateforme Web publique où les utilisateurs partagent du contenu sous forme de discussions par rapport à des sujets divers.

clés suivants : coronavirus, COVID, *quarantine*, ou *pandemic* (Nutley et coll., 2021). Le sujet principal des publications retenues ciblait l'anorexie mentale, l'hyperphagie boulimique ou bien les troubles des conduites alimentaires en général. Selon les résultats, près du deux tiers des publications décrivaient une augmentation des symptômes du trouble des conduites alimentaires chez les utilisateurs. Pourtant, les discussions visaient davantage le rétablissement que la promotion des troubles des conduites alimentaires. D'ailleurs, les résultats de la recherche proposent que la plateforme Reddit a pu créer une communauté aidante pour les utilisateurs présentant un trouble des conduites alimentaires pendant la pandémie alors qu'ils avaient un accès limité à l'aide professionnelle. Toutefois, les auteurs de la recherche soulignent qu'il faut rester vigilant et proposent que l'usage de cette plateforme soit modéré afin de limiter l'exposition aux contenus qui promeuvent les troubles des conduites alimentaires (*ibid.*).

5.1.3 Le pouvoir des mots sur le rapport au corps

À travers la socialisation hors ligne autant qu'en ligne, les paroles des gens affectent les adolescentes et le rapport qu'elles ont avec leur corps. Nous avons vu au premier chapitre que les adolescentes se cherchent dans le regard d'autrui, qu'elles cherchent à plaire et à être aimées (Honneth, 2004; Balleys, 2015). Il ne faut pas sous-estimer le pouvoir des paroles de personnes significatives pour les adolescentes. Les commentaires ne sont forcément pas toujours négatifs. La plupart des participantes disent que lorsqu'elles recevaient des compliments, elles se sentaient valorisées. Nous avons également vu au premier chapitre que les adolescentes cherchent la reconnaissance d'autrui par le soutien social ou en se basant sur la réaction des autres pour se bâtir une idée du « moi acceptable » et ainsi, elles forgent leur identité (Rodriguez, Safont-Mottay & Prêteur, 2017). Durant la période de son trouble, Annie constate qu'elle publiait beaucoup de photos d'elle-même sur les réseaux sociaux malgré son manque de confiance. Les réactions positives obtenues sous forme de « *likes* » et de commentaires l'encourageaient à partager d'autres publications semblables. Dans le même sens, Rose explique qu'elle a toujours été valorisée par son image. On lui disait qu'elle était belle, mais on ne mentionnait rien sur son intelligence ou sa générosité, par exemple. Elle ajoute qu'elle aimait recevoir ce compliment de beauté. C'est de cette façon dit-elle, qu'elle a appris l'importance d'être belle à tout prix. Gabrielle a une expérience semblable. Sa perception d'elle-même était, tout comme Rose, influencée par la valorisation qu'elle recevait d'autrui. Au quatrième chapitre, elle cite qu'elle était prise comme modèle par ses entraîneurs devant les autres athlètes et que cela la rendait fière. Elle affirme que pendant son trouble des conduites alimentaires, elle recevait également des commentaires sur ses publications en ligne et que même si les gens la « traitaient » de « squelette » ou d' « anorexique », elle était contente parce qu'elle se disait que son régime fonctionnait.

Même si les mots ne visent pas à faire du mal, ils peuvent causer du tort. Dans le discours des participantes, nous avons constaté à quel point les mots peuvent influencer la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et conséquemment sur leurs comportements et habitudes alimentaires. Ana Carolina Reston, mannequin brésilienne et anorexique, est décédée en 2006 à l'âge de 21 ans. Son anorexie aurait débuté à la suite de commentaires qu'elle aurait reçus lors d'une distribution de rôles, alors qu'on lui avait reproché d'être trop grosse (Butcher, Hooley et Mineka, 2014 : 294). Une étude effectuée au Québec démontre un lien entre l'intimidation verbale et le rapport au corps (Saindon, Brassard et Aimé, 2019). Selon les résultats de cette étude québécoise, l'ensemble des sept participantes auraient été victimes d'intimidation alors qu'elles présentaient de l'embonpoint. Émilie aurait eu une expérience semblable. Elle dit d'ailleurs lors de son entretien avoir reçu des commentaires sur son poids à l'enfance et à l'adolescence. On lui aurait déjà dit qu'elle avait un double menton, des bourrelets sous les bras et qu'elle devrait perdre du poids. Selon Voelker, Reel et Greenleaf (2015), plus les adolescentes sont victimes ou témoins d'intimidation en lien avec le poids à l'école, plus elles seraient à risque de développer des insatisfactions corporelles, peu importe leur poids ou leur image corporelle. Catherine dit qu'elle avait remarqué qu'à l'école, les *cliques* de filles qui sont appréciées, aimées et qui sont « populaires » sont formées d'adolescentes qui « rentrent dans le cadre physique parfait ». Elle raconte que personne ne lui avait jamais dit que c'était correct de ne pas ressembler à ce physique. Au contraire, ses entraîneurs lui rappelaient qu'elle devait perdre du poids, on lui disait qu'elle ressemblait à son père, qu'elle était grosse et qu'elle n'avait pas de seins. De plus, sa belle-mère lui disait aussi qu'elle la trouvait grosse.

Rappelons-nous également qu'en plus des commentaires de pairs à l'école, d'entraîneurs ou d'autres figures significatives, les encouragements d'un parent au contrôle du poids et de l'image corporelle seraient des facteurs de risque pour développer une préoccupation corporelle chez les adolescentes (Helfert et Warschburger, 2011).

5.1.4 Rapport au phénomène pro-ana-mia sur le Web

Tel que mentionné plus haut, il s'avère que si la plupart des participantes pouvait témoigner de leur expérience à l'égard de contenu pro-ana-mia en ligne à un moment donné durant leur adolescence, elles n'avaient pas toutes le même rapport à ce phénomène. Certaines participantes vivaient leur trouble des conduites alimentaires via l'utilisation du numérique sans même connaître l'existence du phénomène. Bien que seulement deux des participantes déclarent qu'elles ont consulté et/ou qu'elles ont participé à un contenu pro-ana-mia en ligne durant leur trouble, plusieurs d'entre elles ont utilisé le Web à des fins

de recherche de moyens pour perdre du poids. Par exemple, Émilie ne connaissait pas le phénomène pro-ana-mia et ne fréquentait pas régulièrement ces milieux de socialisation en ligne, mais elle a quand même appris à se faire vomir en lisant sur le sujet sur le Web. Sans s'en rendre compte, elle a donc été témoin de contenu Web qui pourrait être qualifié de pro-ana-mia. Également, elle vivait son trouble à travers des avatars qu'elle créait sur des blogues et elle se rend compte, avec un recul, qu'en choisissant son avatar, elle a pris soin de choisir un personnage dont le corps correspondait aux idéaux de beauté et de minceur, parce qu'elle voulait être aimée. Elle s'est même créé un personnage qui avait un trouble des conduites alimentaires. Catherine qui a été hospitalisée a reçu le diagnostic d'anorexie, mot qu'elle ne connaissait pas et qui ne voulait rien dire pour elle. Elle a été encouragée par des professionnels à faire des recherches en ligne et elle témoigne aujourd'hui qu'elle se souvient avoir facilement été entraînée vers des contenus pro-ana-mia. Catherine dit clairement avoir été en accord avec ce contenu à ce moment. Toutefois, étant bien entourée d'une équipe de professionnels qui l'ont encadrée et qui lui ont permis de mieux comprendre ce qu'elle vivait, elle ne s'est pas laissée emporter dans ce monde utopique de promotion de la minceur. Rouer-Saporta (2016 : 198) postule que la maigreur est fascinante mais que l'intérêt tombe lorsque l'anorexie est nommée. C'est exactement ce qui est arrivé à Catherine, suite à son diagnostic. Comme Catherine, lorsque Julia s'est retrouvée sur des sites pro-ana-mia malgré elle, son désir était de s'en sortir. Elle savait qu'elle avait un trouble des conduites alimentaires. Elle cherchait plutôt des moyens pour aller mieux. Certaines participantes connaissaient le phénomène pro-ana-mia lors de la période de leur trouble sans qu'il n'ait influencé leurs comportements alimentaires. Par conséquent, le phénomène pro-ana-mia n'influencerait pas toutes les adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires et qui sont utilisatrices de technologies numériques.

Catherine et Julia ont repéré des sites pro-ana-mia lors d'une période où elles tentaient d'aller mieux. Gabrielle et Rose, quant à elles, ont découvert le phénomène pro-ana-mia lors de la période de présence du trouble. Catherine croit maintenant qu'une enfant qui tombe par hasard sur du contenu pro-ana-mia alors qu'elle est seule et qu'elle ne comprend pas la problématique, pourrait se laisser influencer plus facilement. L'expérience de Gabrielle appuie cette idée. Cette dernière dit avoir appris des trucs pour perdre plus de poids grâce à « Ana », qui était son guru et que « les sites pro-ana-mia ont mis du gaz dans la tank ». Elle compare d'ailleurs les sites pro-ana-mia à une secte et dit qu'elle croit qu'une adolescente qui a un trouble alimentaire qui découvre ce contenu pendant son trouble, n'aurait pas présenté des comportements aussi graves sans cette découverte. Gabrielle participait activement à certains blogues en publiant des photos d'elle ainsi que des citations d'encouragements à rester mince et en bonne santé. Elle

était en contact avec des personnes qui la comprenaient parce qu'elles vivaient la même chose qu'elle, ce qui lui permettait de s'exprimer sans jugement. Elle dit se souvenir que dans ses interactions, personne ne l'encourageait nécessairement à continuer de ne pas manger, mais que les gens validaient ses difficultés et ses sentiments. Rose a une expérience semblable à celle de Gabrielle. Elle consultait et lisait tout ce qu'elle trouvait sur le Web pro-ana-mia, pour être « au sommet de son art ». Elle indique qu'elle trouvait cela motivant et réconfortant, qu'elle voulait tout savoir pour être en plein contrôle. Elle affirme se souvenir qu'elle a vu rapidement l'effet sur son corps et que cela l'a motivée à continuer. Gabrielle et Rose, comparativement aux autres participantes, n'ont pas mentionné, lors de l'entretien, de point tournant dans leur processus où elles auraient pris conscience de la problématique. Elles ont utilisé le contenu pro-ana-mia à leurs fins, pour perdre du poids. Rose affirme qu'elle aurait même écrit des lettres à « Ana ».

Il est donc intéressant de se pencher sur les questions suivantes. Comment mettre en place des pratiques d'intervention sociale auprès des adolescentes à risque afin qu'elles soient conscientes de la problématique avant de basculer dans ces contenus qui pourraient « mettre du gaz dans la *tank* » ? Et, comment le faire en évitant d'apprendre à celles qui sont à risque, l'existence de ces contenus qui pourraient entraîner des comportements alimentaires plus graves ou plus dangereux ?

5.1.5 Besoins de sensibilisation et d'éducation

L'image est importante. Mais à quel prix ? Jusqu'où les adolescentes sont-elles prêtes à aller, pour faire partie du moule tant désiré ? Comme établi dans les parties précédentes, les adolescentes sont à la recherche de reconnaissance sociale et de validation de soi. Dans ce présent chapitre, nous avons vu comment les adolescentes peuvent être socialisées à la minceur dans plusieurs milieux de socialisation: la maison, l'école, le quartier, les plateformes de sports, Internet, les médias et les réseaux sociaux. Par la socialisation, les adolescentes ont appris que pour être aimées et valorisées, elles doivent être belles et donc, être minces. Mais si elles apprenaient autre chose ? En ce sens, toutes les participantes sont d'accord pour dire que des démarches de sensibilisation et d'éducation devraient être entreprises avec les individus, dans les écoles, auprès des parents, auprès de groupes et dans les communautés. Au cours de leur récit, les participantes ont donné leur opinion quant aux mesures qui pourraient être développées pour que, dès un jeune âge, les filles aient une représentation différente de la beauté.

Un discours qui est ressorti particulièrement dans le récit des participantes concernait la sensibilisation auprès d'adolescentes et/ou des enfants dès le primaire. Toutefois, les opinions différentes des

participantes font l'objet d'un débat. Certaines parlent de l'importance de sensibiliser les enfants dès un jeune âge. D'autres croient que le fait d'en parler pourrait amener une curiosité malsaine. Comme discuté au premier chapitre, des experts tendent à dire que le contenu Web pro-ana-mia pourrait inciter les adolescentes au désir de minceur et développer un trouble des conduites alimentaires (Atkins, 2002; Holland, Dickson & Dickson, 2018; Casilli et Tubaro, 2016; Schott & Langan, 2015). Les propos de la moitié des participantes appuient ce que disent les experts. Comme mentionné précédemment par Gabrielle, le phénomène pro-ana-mia a probablement augmenté la gravité de ses comportements alimentaires ravageurs. Dans le même sens, Rose indique que d'entendre parler de trouble des conduites alimentaires l'encourageait à continuer dans sa quête de minceur. Julia n'omet pas l'importance d'une éducation et d'une sensibilisation auprès des enfants dès un jeune âge, mais elle fait la distinction entre le fait de parler de troubles des conduites alimentaires et du phénomène pro-ana-mia et le fait d'aborder l'importance d'une santé mentale, dans le sens d'être bien dans sa tête autant que dans son corps. Elle suggère également de parler avec les jeunes des signes ou symptômes préoccupants qu'ils pourraient reconnaître chez leurs amis démontrant qu'ils ne vont pas bien. Elle propose par exemple : « si tu vois que ton ami arrête de manger, si tu vois que ton ami a tout le temps de la peine, si tu vois que ton ami devient plus agressif... ». Les idées de l'autre moitié du groupe de participantes ne vont pas complètement à l'encontre des idées décrites ci-dessus. Si certaines croient que l'école et les adultes devraient sensibiliser les jeunes aux différents troubles des conduites alimentaires et à leurs risques pour la santé, elles sont, pour la plupart, en accord pour mettre l'accent sur la valorisation de tout type de corps et sur l'importance de manger pour être en bonne santé et non pour atteindre la minceur. Toutefois, quelques-unes mentionnent qu'elles auraient eu besoin de mieux comprendre la problématique dès un jeune âge et qu'à l'école, les enseignants n'en parlent pas suffisamment. Par conséquent, elles auraient eu l'impression d'être incomprises et souvent de ne pas être prises au sérieux. Nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Une autre idée qui ressort du discours des participantes consiste à éduquer, informer et sensibiliser les adultes : parents, professeurs, entraîneurs sportifs et autres figures d'autorité œuvrant auprès d'adolescentes. Par exemple, Julia propose que les parents de milieux aisés soient sensibilisés aux facteurs de risque de développer un trouble des conduites alimentaires, ainsi que les signes de ce trouble chez son enfant ou son adolescent. Gabrielle mentionne l'importance d'une sensibilisation auprès d'entraîneurs des plateaux d'entraînement de compétition, ou des programmes sports-études. Pour appuyer cette recommandation, nous faisons le parallèle avec une étude effectuée auprès de 146 jeunes sportifs français qui a révélé des différences marquantes chez les sportifs selon leur niveau d'intensité d'entraînement

(Bonanséa et coll., 2016). En effet, comparativement aux sportifs de niveau loisir, les sportifs de niveau compétition ont davantage de comportements alimentaires inappropriés: crises de suralimentation avec un sentiment de perte de contrôle ainsi que comportements compensatoires. Également, ces derniers manifestent un plus grand désir de minceur, une plus grande insatisfaction corporelle et une plus grande prévalence de boulimie. L'étude démontre d'ailleurs que ceux-ci ressentent davantage de pression de leurs entraîneurs pour suivre des régimes ou perdre du poids (*ibid.*).

5.2 Processus de rétablissement

Dans la partie précédente de ce chapitre, nous avons déjà pu identifier des besoins exprimés par les adolescentes au fil de leur récit lorsqu'elles témoignent de leurs expériences de socialisation. En effet, les jeunes femmes ont démontré qu'elles avaient besoin d'être valorisées et d'être aimées. Pour ce faire, elles ont développé des moyens pour atteindre des idéaux qui, selon elles, seraient appréciés d'autrui. En lien avec leur besoin de contrôle, elles ont témoigné de l'importance de comprendre ce qu'elles vivaient en naviguant sur le Web et en lisant sur la problématique, ne connaissant rien sur le sujet. Ayant eu la chance de rencontrer des jeunes femmes adultes qui ont réussi à atteindre un mieux-être et qui ne vivent plus de détresse psychologique liée à leur trouble, il fut pertinent d'explorer les aspects positifs ayant contribué à leur cheminement. Comment les participantes expliquent-elles leur expérience du rétablissement ? Quels sont les éléments, qui selon elles, les ont aidés à entamer le processus de rétablissement ? Quels éléments n'ont pas aidé ou ont nui à leur processus ? Cette recherche s'est alors penchée sur les expériences des participantes à l'égard d'interventions sociales.

Rappelons-nous d'abord que le processus de rétablissement, pour le domaine du travail social, est défini : « non pas comme la réduction ou l'élimination de symptômes, mais plutôt comme un processus de croissance personnelle et d'amélioration de son rapport identitaire permettant l'engagement dans des vies satisfaisantes: on parle d'espoir et d'optimisme envers le futur, de la quête de sens dans la vie, d'autodétermination, d'entraide et d'amélioration de l'estime de soi » (Roy, 2019 : 240). Pour les participantes, peut-on parler d'un rétablissement ? Que signifie ce terme pour elles ?

Selon Davidson et coll. (2008), le rétablissement est un processus expérientiel que chacun vit et comprend à sa façon. D'abord, toutes les participantes sont d'accord pour parler d'un processus de rétablissement. Entre autres, elles disent qu'il est possible de s'améliorer, de réduire ou même d'abolir les comportements nocifs. Encore que chacune perçoive son rétablissement à sa façon, elles ont toutes réussi à arrêter de

restreindre leur alimentation ou cesser d'adopter des comportements compensatoires, et ne vivent plus de détresse psychologique comme au cours de la période où le trouble dominait. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement pour elles l'élimination des symptômes. Au deuxième chapitre, nous avons expliqué que selon des personnes utilisatrices de services en santé mentale, le rétablissement ne signifie pas l'absence de souffrance ou de difficulté et qu'il ne consiste pas en une destination finale mais plutôt en un processus (Deegan, 1988; Davidson et coll., 2008). Alors qu'Annie hésite à confirmer son rétablissement, aucune des participantes ne croit en un rétablissement complet. Émilie compare son processus du rétablissement à un marathon qui ne finit jamais, affirmant que le rétablissement est comme un processus infini et épuisant. Dans le même sens, Catherine estime qu'elle devra travailler toute sa vie sur ses pensées et ses réactions quant aux commentaires des gens sur la nourriture, ainsi que sur sa perception d'elle-même et de son corps. Elle compare les troubles des conduites alimentaires à la dépression et à d'autres troubles de la santé mentale, affirmant qu'il est possible qu'une personne se batte et doive vivre toute sa vie avec son trouble. Julia considère aussi qu'elle vivra avec son trouble toute sa vie, mais elle fait la distinction entre les rétablissements physique et psychologique. Elle croit que d'un côté purement physique, il est possible de guérir ou de se rétablir du trouble qu'elle définit comme un trouble de santé mentale. D'un côté psychologique, elle conçoit qu'il est impossible d'en guérir. Elle explique qu'en cuisinant par exemple, elle sait combien de calories contient sa cuillère d'huile d'olive. Il y a toujours une fraction de seconde où elle y pense, mais elle est capable d'avoir le pouvoir au-dessus de ses pensées. Gabrielle dit aussi avoir encore aujourd'hui des zones sensibles, expliquant que la nourriture prend encore une grande place dans sa vie, mais de façon plus saine. Elle pense en effet que les pensées en lien avec la nourriture resteront toujours présentes.

L'expérience du rétablissement serait donc perçue comme un processus pour les participantes. Selon Davies et Gray (2015 : 14), le processus du rétablissement consiste en un développement de la confiance en soi, une amélioration dans les relations interpersonnelles et une augmentation du sentiment de contrôle de sa propre vie. En ce qui a trait à la notion de contrôle, en contexte de rétablissement, elle ressort encore dans le récit de la plupart des participantes. Ces dernières font un lien entre le rétablissement et une prise de contrôle, de gestion de soi ou de leurs comportements nuisibles. Pour expliquer son processus de rétablissement, Rose affirme qu'adolescente, c'est comme si elle avait des voix qui criaient dans sa tête et que celles-ci se sont éventuellement mises à chuchoter et à parler de plus en plus bas et de moins en moins souvent avec le temps. Aujourd'hui, elle a l'impression que ces voix sont encore présentes, mais qu'elle est capable de « prendre le dessus » et de leur commander « d'arrêter ».

Selon Rose, on apprend à gérer un trouble des conduites alimentaires, en contrôlant son environnement ou en faisant des choix qui sont aidants. Les propos de Julia appuient d'ailleurs ceux de Rose alors qu'elle compare le trouble à une petite voix dans sa tête sur laquelle elle est capable de prendre le pouvoir lorsqu'elle commence à aller mieux. Catherine explique pour sa part que les pensées qu'elle consacrait auparavant à la nourriture prenaient toute son énergie, ce qui faisait en sorte qu'elle ne pouvait plus se concentrer sur ses études, sur ses amis ou sur quoi que ce soit d'autre. Aujourd'hui, elle ne laisse plus la nourriture prendre le dessus de sa vie. Selon Émilie, il est possible de contrôler son corps et donc d'arriver à maîtriser ses comportements, mais elle croit qu'il est difficile de contrôler l'image qu'elle a d'elle-même et de son corps. Les propos de Julia vont dans le même sens, elle qui estime qu'il est possible de se rétablir ou de guérir d'un trouble des conduites alimentaires sur le plan purement physique, en maîtrisant ses comportements. Gabrielle amène la nuance qu'une personne peut s'améliorer ou régresser. Sur le plan psychologique, elle compare le trouble des conduites alimentaires à la dépendance à l'alcool. Selon elle, une personne qui est atteinte restera toujours sensible à la problématique. Sur le plan physique, Gabrielle le compare à une maladie telle que le cancer, expliquant que ses comportements pourraient revenir, comme le cancer qui peut réapparaître chez une personne guérie ou en rémission. Annie affirme elle aussi être sur ses gardes, dans le sens où elle n'a toujours pas aujourd'hui une bonne relation avec les aliments. Malgré tout, Annie ose croire qu'elle serait en mesure de gérer son trouble si elle se rendait compte qu'il resurgissait.

Faisons un retour sur l'étude qualitative de Young et Ensing (1999), mentionnée au deuxième chapitre, qui avait permis de décrire le processus du rétablissement en trois phases distinctes (cité dans Provencher, 2002 : 38). La dernière phase du rétablissement étant caractérisée par la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation de sa qualité de vie et de son bien-être, nous pouvons déduire par les propos des participantes à notre recherche qu'elles se situent toutes dans cette dernière phase du processus, sans pour autant se considérer complètement rétablies.

5.2.1 Démarches favorisant le rétablissement

Les participantes à cette recherche ont eu des expériences de rétablissement très différentes les unes les autres. Elles ont toutes obtenu au moins une forme d'aide professionnelle au cours de leur processus. Cependant, l'aide reçue ne rejoignait pas, dans tous les cas, leurs besoins à ce moment. Au cours de leur récit, les participantes ont raconté leur expérience quant aux interventions sociales qui ont pour elles

contribué ou non à leur rétablissement. Dans cette partie, nous discuterons des pratiques d'intervention sociale que les adolescentes ont perçues comme bénéfiques pour leur processus.

Il est d'abord important de souligner que selon les participantes, il est difficile d'aider une adolescente qui n'est pas consciente du problème et qui ne veut pas d'aide. De plus, nous avons vu au premier chapitre que les adolescentes qui s'identifient au phénomène pro-ana-mia rejettent le rétablissement et donc toute forme d'intervention. Tel que mentionné au tout début de ce chapitre, le récit des participantes est composé de deux périodes: le trouble des conduites alimentaires et le processus de rétablissement. Entre les deux, la majorité des participantes ont témoigné d'un moment tournant dans l'expérience de leur trouble qui déclencha le début de leur rétablissement. Ce moment décisif fut un déclic où chacune a pris conscience de son problème et a voulu, ou a été plus ouverte à obtenir de l'aide, à partir de cet instant. Catherine a relu un texte sur le phénomène pro-ana-mia qu'elle avait elle-même écrit lorsqu'elle était plus jeune et s'est rendue compte du cheminement problématique de ses pensées. Émilie a vu les chiffres « 200 » sur sa balance et elle a constaté à quel point son poids pouvait changer rapidement en peu de temps. Annie a vu l'inquiétude dans les yeux de son copain et de sa meilleure amie et elle a eu peur de leur déplaire ou de les décevoir. Julia qui avait toujours pris soin de manger suffisamment pour avoir assez d'énergie pour faire ses activités, n'a pas été capable un jour précis de suivre sa famille en randonnée. Deegan (1988) soutient que le rétablissement débute lorsque l'individu reconnaît la présence du trouble : « *This is the paradox of recovery, i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do* » (Deegan, 1988 : 15). L'auteur indique qu'en acceptant ce qu'il ne peut faire ou ce qu'il ne peut être, il découvrira ce qu'il peut être et ce qu'il peut faire. On peut aussi faire référence au programme « Les douze étapes²⁰ » pour le traitement de dépendances définissant la première étape comme la reconnaissance du problème et ses conséquences dans notre vie. Cette prise de conscience pourrait également correspondre à la première phase du processus de rétablissement selon Young et Ensing (1999, cités dans Provencher, 2002 : 38), définie par l'acceptation du trouble, la motivation à faire des changements et l'entretien de l'espoir. Catherine croit qu'une adolescente qui n'est pas rendue au point d'admettre que quelque chose ne fonctionne plus, se fâchera et se refermera sur elle-même. Dans le même sens, Julia pense qu'il est vraiment difficile d'aider quelqu'un qui ne veut pas d'aide.

²⁰ Repéré à : <https://www.psychologies.com/Therapies/Developpement-personnel/Epanouissement/Articles-et-Dossiers/Jusqu-ou-peut-on-changer/3-methodes-pour-changer>

Il nous importe donc de se poser la question à savoir de quelle façon nous pourrions favoriser cette prise de conscience.

Au premier chapitre, nous avons abordé le débat dans la littérature autour de la socialisation des personnes qui vivent avec un trouble des conduites alimentaires. Vivent-elles dans l'isolement ? Évitent-elles les activités associées aux repas de groupe ? Ou cela pourrait-il être l'inverse pour certaines adolescentes ? Le désir de fonder de nouvelles amitiés pourrait-il inciter les adolescentes à accepter de manger en groupe ? Voyons ce que révèlent les expériences des participantes au sujet de leurs relations interpersonnelles durant leur processus de rétablissement.

Nous avons remarqué dans leur discours que lorsqu'elles témoignent de leur rétablissement, plusieurs participantes font référence au moment où elles sont parties du domicile familial ou ont changé d'environnement social. Deux d'entre elles parlent particulièrement de leur déménagement pour les études postsecondaires. Elles expliquent que cet événement de leur vie les aurait incitées à créer de nouvelles amitiés, à se joindre à de nouveaux groupes d'amis et à découvrir la liberté de suivre leurs nouveaux camarades dans certaines activités. Assad (2014 : 79) affirme que la littérature compare souvent le processus de rétablissement à un mouvement personnel de reconstruction du soi. Selon ce dernier, plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il est important pour la personne concernée de « développer un nouveau sens à la vie autour de nouvelles aspirations, de nouvelles activités, de nouveaux buts » (Assad, 2014 : 80). Rose, quant à elle, s'est tournée vers le voyage, disant que lorsqu'elle était entourée de personnes qui ne la connaissaient pas, elle pouvait être vraie et authentique sans avoir peur du jugement. Pour Gabrielle, abandonner le patinage artistique, déménager pour amorcer ses études au CÉGEP et se faire de nouveaux amis ont été des moments tournants dans son processus de rétablissement. Gabrielle explique justement que son désir de créer et d'entretenir de nouvelles amitiés a eu raison de ses restrictions alimentaires et qu'elle ne savait plus comment combiner les deux. Il lui aurait été difficile au début de suivre ses amis dans les restaurants car elle n'avait plus le contrôle sur ce qu'elle mangeait. Mais progressivement, la restriction n'était plus compatible avec son nouveau mode de vie et elle a commencé à se sentir mieux. Julia dit, elle aussi, que déménager pour ses études postsecondaires a contribué positivement à son processus de rétablissement. Elle s'est sortie d'un environnement duquel elle devait se restreindre, parce que c'était la norme chez les femmes qu'elle côtoyait. Comme elle estime que la nourriture a un aspect social et rassembleur qui fait partie du quotidien, c'était plus difficile de contrôler son alimentation, puisqu'elle se considère très sociable et aime recevoir des gens. Plusieurs participantes

mentionnent aussi que le fait d'habiter avec un conjoint et de devoir planifier les repas pour deux personnes ont eu un effet positif, comme si elles étaient encouragées à manger pour accompagner leur conjoint dans cette activité. En bref, nous pouvons constater que le fait d'être bien entourée est bénéfique pour la majorité des adolescentes.

Une autre démarche qui mérite l'attention de ce mémoire est la recherche sur le Web dans le but de comprendre le trouble des conduites alimentaires, d'avancer vers le rétablissement ou de trouver des moyens pour se sentir mieux. La recherche sur Google est populaire pour s'informer au sujet de notre état de santé lorsqu'on pense avoir des symptômes d'une maladie quelconque. Une enquête effectuée auprès de 3023 adultes vivant dans la région parisienne a démontré qu'un peu plus du tiers d'entre eux avaient, dans les trois dernières années, déjà utilisé l'Internet à des fins de recherches d'informations médicales (Renahy et coll., 2009 : 30). La recherche sur Internet dans le domaine de la santé est parfois perçue comme un danger. Un article publié dans le Droit²¹ donne la voix au Dr Courteau, adjoint médical au directeur régional de santé publique de l'Outaouais par intérim, qui explique que souvent, des patients se renseignent sur Internet avant de se présenter en consultation. Par conséquent, ils arrivent avec un autodiagnostic ou bien des idées rigides sur le traitement qu'ils veulent obtenir, s'opposant même parfois à ce que recommandera le médecin. Malgré tout, le Dr Courteau affirme que le bon côté est que les gens aient la possibilité, grâce à Internet, de s'informer sur leur maladie et de s'outiller pour ensuite poser les bonnes questions. Dans le cas des participantes à cette recherche, elles témoignent de leur expérience de recherche en ligne comme ayant été bénéfique pour leur processus de rétablissement. Nous comprenons que les participantes avaient besoin de comprendre ce qu'elles vivaient et ainsi, s'outiller pour aller mieux. Ainsi, pourrions-nous dire qu'elles avaient besoin d'être en contrôle de leur rétablissement ? Bien que plusieurs d'entre elles aient utilisé Internet pour perdre du poids lors de la période du trouble, quatre participantes sur six ont témoigné spontanément, de leur utilisation du Web dans leur processus de rétablissement. Rappelons-nous que Catherine, incitée à faire des recherches sur le Web par son équipe de soutien à l'hôpital, avait découvert très facilement sur du contenu pro-ana-mia. Serait-il donc inquiétant d'encourager les adolescentes à se renseigner en ligne sur leur trouble ? Émilie trouvait aussi parfois par hasard du contenu pro-ana-mia lorsqu'elle faisait de la recherche sur Internet. Elle amène un point

²¹ Repéré à: <https://www.ledroit.com/actualites/sante/les-dangers-de-se-soigner-sur-internet-943caf7afb8f4fede7a509c46370a2ed>

intéressant : avec le « *mindset* » qu'elle voulait se rétablir, elle était en mesure de filtrer le « bon » du « mauvais » et de ne pas se laisser influencer dans le trouble.

Finalement, faisant toujours référence au premier chapitre, nous avons documenté les pratiques exemplaires pour traiter l'anorexie, selon une recherche documentaire de Thibault et coll. (2017). Selon cette recherche, les types de thérapie individuelle utilisés par les professionnels seraient la thérapie cognitivo-comportementale, les traitements comportementaux, l'éducation thérapeutique (ou psychoéducation), la thérapie interpersonnelle et la thérapie motivationnelle. Durant l'adolescence, toutes les participantes ont eu l'expérience d'au moins une rencontre avec un professionnel du domaine des services sociaux. Quatre participantes ont eu plus d'une rencontre, mais seulement une a eu un suivi qu'elle percevait comme bénéfique durant son adolescence. Rappelons l'idée selon laquelle le rétablissement est un processus plutôt qu'une finalité et que les participantes ne peuvent confirmer leur rétablissement complet à ce jour. Puisqu'elles qualifient l'aide professionnelle reçue comme bénéfique à leur processus, il est pertinent de considérer l'aide professionnelle reçue même à l'âge adulte. Trois participantes peuvent donc témoigner de leur expérience bénéfique d'un suivi individuel avec une psychologue, tandis qu'aucune n'a pu témoigner d'une expérience de suivi avec une travailleuse sociale. Nous y reviendrons dans la prochaine section de ce mémoire.

Sans nécessairement nommer le type de thérapie utilisée par la psychologue, les participantes ont rapporté des aspects de l'intervention qui ont, selon elles, favorisé leur rétablissement. D'abord, ce qui ressort le plus chez les participantes, c'est le besoin de parler d'autre chose que le trouble des conduites alimentaires avec le professionnel, le besoin de sentir qu'elles sont plus que « juste un trouble » et ainsi, pouvoir s'identifier à autre chose et travailler d'autres buts. Rose dit qu'elle ne voulait pas entreprendre une thérapie dans le but d'abolir tous ses comportements de restriction, mais plutôt dans le but d'aller mieux, tout simplement. Elle admet que la thérapie cognitivo-comportementale n'était pas pour elle, parce que l'intervention était centrée sur le trouble et les comportements. Elle ajoute que c'est le contraire de ce dont une personne avec un trouble des conduites alimentaires aurait besoin : « se faire contrôler sa vie ». Nous comprenons qu'elle avait besoin de garder un certain contrôle sur le plan et les objectifs d'intervention. Justement, rappelons-nous qu'au deuxième chapitre, nous avons parlé de l'importance de reconnaître l'expertise expérientielle de la personne en intervention dans le processus de rétablissement. Selon Assad (2014), le fait de considérer la possibilité du rétablissement pour les usagers en santé mentale résulte en un intérêt accru pour les dires de la personne et de leurs expériences. Pour reprendre les propos

de Rose, écouter ses besoins en intervention pourrait signifier « travailler avec elle pour qu'elle réussisse à aller mieux, sans nécessairement avoir comme objectif d'abolir tous ses comportements de restriction alimentaire ». Les participantes à notre recherche ont rapporté l'importance que le professionnel soit en mesure d'adapter ses approches en intervention pour respecter leurs besoins. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aurait identifié l'appropriation du pouvoir des usagers de services comme une cible prioritaire dans les pratiques en intervention sociale dans le domaine de la santé mentale (2001 : 20). Le bien-être des usagers ainsi que leur rétablissement restent une cible prioritaire pour le MSSS depuis les dernières années et pour les années à venir. En consultant le plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé, nous pouvons constater qu'une cible prioritaire consiste à « Atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022 : 6). Plusieurs objectifs ainsi que les moyens pour y arriver concernent le bien-être des enfants et des jeunes. Nous y reviendrons plus en détail prochainement dans ce chapitre.

Ensuite, un deuxième élément important qui ressort du discours des participantes consiste en l'image qu'elles se font du professionnel. Elles décrivent l'importance du climat de confiance et du fait de trouver un professionnel qui reflète une figure de « *caring* ». Catherine décrit, visuellement, ce dont elle se souvient de son suivi à l'adolescence, affirmant que la psychologue avait une soixantaine d'années, qu'elle lui rappelait une grand-mère chaleureuse et que les rencontres se faisaient dans son salon. Dans le même sens, Rose dit qu'elle était à la recherche d'amour et de câlins, qu'elle a souvent désiré un suivi avec une psychologue avec qui « ça clique » et qu'elle a comblé ce désir en débutant un suivi avec une psychothérapeute qu'elle percevait comme une figure maternelle. Le climat de confiance semblerait être la clé pour ouvrir la porte de l'implication dans une démarche d'intervention. Pourrions-nous déduire que les adolescentes ont besoin, avant toute autre chose, d'établir un lien chaleureux avec le professionnel consulté ?

5.2.2 Démarches d'aide infructueuse des adolescentes

À travers leur processus de rétablissement, les adolescentes ont rencontré des embûches. Si plusieurs d'entre elles ont eu l'expérience d'interventions sociales qui ont contribué à leur rétablissement, certaines ont aussi eu l'expérience d'interventions sociales qui ne les ont pas aidées, ou qui ont même nui à leur processus de rétablissement. Les participantes ont identifié quatre raisons pour lesquelles leur démarche d'aide fut infructueuse : un manque d'accessibilité à certaines ressources (raisons financières, disponibilité

ou logistique), des approches ne rejoignant pas leurs besoins, l'impression de ne pas être prises au sérieux par le professionnel ou encore un manque d'intérêt pour les ressources disponibles.

Premièrement, la moitié du groupe de participantes a mentionné la difficulté d'accessibilité à certaines ressources ou services. Une recherche effectuée en Australie auprès de personnes utilisatrices de services en santé mentale abonde dans le même sens (Davies et Gray, 2015 : 15). Les utilisateurs ont témoigné de leur déception et de leur épuisement quant à l'accessibilité des services. Ils ont ajouté que le processus de demande d'aide était compliqué, condescendant, frustrant, limité et coûteux. Au Québec, en date de 2017, l'accessibilité des services psychosociaux et des services en santé mentale était problématique dans la majorité des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (Champagne et coll., 2018). Émilie explique qu'à l'époque, elle a fait plusieurs démarches pour accéder à des services, en vain. Après s'être présentée au CLSC de sa région pour obtenir de l'aide, elle aurait été référée à une clinique privée qui offrait de l'intervention de groupe pour les gens souffrant d'un trouble des conduites alimentaires. Toutefois, en appelant à cette clinique, elle a été informée qu'elle serait mise sur la liste d'attente et que cela pourrait prendre deux ans avant qu'elle ne soit rappelée. Émilie témoigne également avoir tenté d'obtenir de l'aide auprès d'intervenants à l'école, au CÉGEP et à l'Université, mais que les services étaient inadéquats ou inaccessibles. Enfin, la consultation d'un psychologue au privé n'était pas une option pour elle pour des raisons financières. En ce qui concerne Catherine, malgré qu'elle fût hospitalisée et qu'elle ait eu la chance d'avoir une équipe de soutien sur place, elle aurait aussi eu l'expérience d'une ressource inaccessible. Elle affirme qu'elle n'a pas eu accès à la Ressource ANEB, puisqu'elle n'offrait pas de services aux moins de 17 ans et qu'elle avait 16 ans à l'époque. Selon les propos d'Annie, il peut aussi s'agir d'une question de logistique. Elle explique que le fait qu'elle ne voulait pas s'ouvrir à ses parents et que ces derniers étaient son moyen de se déplacer l'empêchait d'accéder à des rencontres avec un professionnel. Annie aurait aimé pouvoir obtenir de l'aide dans le privé de sa chambre. En plus de l'inaccessibilité à des ressources pertinentes, quelques participantes ont manifesté un manque d'intérêt pour certaines ressources disponibles. Mais pourquoi ? Est-ce parce qu'elles n'étaient pas conscientes du problème ou bien pas prêtes à recevoir de l'aide ? Ou est-ce parce que les ressources proposées ne rejoignaient tout simplement pas leurs besoins à ce moment-là ? Rose se pose d'ailleurs elle-même la question. Elle se demande si elle ne manifestait pas d'ouverture à l'aide offerte parce que l'approche ne correspondait pas à ses besoins ou bien en raison de son attitude.

Bien que plusieurs participantes aient voulu obtenir de l'aide durant la période de leur trouble, certaines d'entre elles ont affirmé ne pas avoir été bien reçues par le professionnel approché. En effet, quelques-unes ont eu l'impression de ne pas être prises au sérieux, entre autres, par la travailleuse sociale de leur école respective. Annie se souvient qu'elle ne s'était pas bien sentie, qu'elle n'était pas à l'aise et que la travailleuse sociale lui avait donné l'impression que sa problématique n'était pas très grave, que ce problème « arrivait un peu à tout le monde ». Elle souligne aussi que suite à cette rencontre, elle n'aurait eu aucun suivi de la part de la travailleuse sociale : personne ne lui aurait demandé si elle allait mieux. Émilie aurait eu une expérience semblable. Elle se souvient avoir eu une seule rencontre avec la travailleuse sociale de son école et avoir eu l'impression de ne pas être prise au sérieux. Elle explique qu'elle avait aussi eu le même sentiment lorsqu'elle s'était présentée dans un CLSC pour finalement ne pas obtenir d'aide; et également lorsqu'elle a été mise sur la liste d'attente de la clinique privée à laquelle elle avait été référée. Quant à Rose, même si elle n'était pas intéressée à obtenir de l'aide à ce moment-là, elle dit qu'elle devait rencontrer tous les jours la psychologue et l'infirmière de son école secondaire, pour répondre à la question suivante : « Qu'as-tu mangé aujourd'hui ? ». Elle se souvient qu'elle inventait quelque chose qui leur était satisfaisant et qu'elle quittait, tout simplement.

Même après avoir pris conscience de la problématique et avoir entamé un suivi avec un professionnel pour obtenir de l'aide, quelques participantes ont dit que l'approche utilisée par le professionnel ne correspondait pas à leurs besoins. Rose explique que l'approche utilisée par plusieurs intervenants était centrée sur les comportements alimentaires, alors qu'elle avait besoin d'une personne à qui se confier, à qui elle aurait pu parler, s'exprimer, une personne qui l'aurait aidée à se découvrir et à apprendre à s'aimer. Comparativement à Rose, Julia avait besoin de parler de nourriture et de comportements alimentaires avec son psychologue. Toutefois, ce dernier mettait l'accent sur les causes du trouble et elle ne voulait pas « creuser là-dedans ». Pour elle, ce n'était pas pertinent parce qu'elle avait déjà compris les raisons du « pourquoi ». Elle ajoute que selon elle, il est important qu'un professionnel soit à l'écoute des besoins de l'adolescente, qu'il ne la brime pas dans ses propos, afin de développer une relation de confiance pour ensuite être en mesure de l'aider. Comment pourrions-nous donc favoriser, dès la première rencontre, l'établissement d'un lien chaleureux et d'un climat de confiance en intervention avec les adolescentes concernées ?

5.2.3 Besoins exprimés par les participantes à l'égard d'interventions sociales

Cela dit, quels étaient leurs besoins à l'égard d'interventions sociales ? Quels sont les éléments qui ressortent des récits des participantes ? Deux participantes ont manifesté leur besoin d'être accompagnées par une figure maternelle et chaleureuse. L'une d'entre elles a spécifié l'effet positif d'avoir été accompagnée par une équipe de femmes. L'autre dit qu'elle aurait eu besoin de câlins, pour mettre en image ce qu'elle aurait voulu en intervention, ayant besoin d'être aimée et d'être rassurée, d'où l'importance d'un lien de confiance avec le professionnel consulté. Les participantes ont rapporté la nécessité de l'accompagnement de professionnels qui sont à l'écoute de leurs besoins, qui respectent leur rythme, qui les accueillent sans jugement et qui sont capables d'adapter leurs approches pour elles. La plupart d'entre elles ont aussi spécifié l'importance pour une personne qui a un trouble des conduites alimentaires de sentir qu'elle a un certain contrôle sur ses décisions et ainsi dans son plan d'intervention. Certaines d'entre elles ressentaient le besoin de parler d'un mal de vivre ou d'autres problématiques et ne voulaient pas adresser le trouble alimentaire. La plupart d'entre elles ont d'ailleurs verbalisé leur besoin de se comprendre en tant que personne, comprendre son trouble, ou comprendre ce qu'elle vivait. Également, certaines ont dit qu'elles auraient eu besoin que quelqu'un les prenne au sérieux, normalise ce qu'elles vivaient sans pour autant banaliser les difficultés exprimées. Finalement, dans un autre ordre d'idées, les participantes ont aussi témoigné de leur besoin d'un environnement social propice à de bonnes habitudes alimentaires, ou ne leur permettant pas d'adopter des comportements dommageables. En effet, Provencher (2002 : 35) souligne que les personnes utilisatrices de services en santé mentale considèrent qu'il est nécessaire, pour tout processus de rétablissement, d'avoir accès à un environnement qui offre du soutien et des opportunités de croissance personnelle.

Tout compte fait, les participantes témoignent d'un élément majeur, soit d'avoir un pouvoir d'agir dans leur processus de rétablissement. Connaissant leurs besoins, elles cherchent à être accompagnées par des personnes qui ne briment pas ces besoins et qui sont à l'écoute de ceux-ci. Rappelons-nous d'ailleurs que le ministère de la Santé et des Services sociaux (2001) aurait identifié l'appropriation du pouvoir des usagers de services comme une cible prioritaire en intervention dans le domaine de la santé mentale. Une étude québécoise effectuée auprès de personnes fréquentant des ressources alternatives en santé mentale a permis de démontrer que certaines pratiques d'aide offertes par ces ressources favorisent le rétablissement (Rodriguez, Corin et Guay, 2000). Les participants à cette étude ont témoigné de leur appréciation de la qualité d'écoute des intervenants, de leur capacité de les accueillir et de respecter leur rythme ainsi que leurs possibilités de transformation de soi, ayant le droit d'échouer et de réessayer. Selon

les personnes utilisatrices de services, le cadre d'intervention doit donc rester souple, flexible et respectueux (Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Provencher, 2002).

5.3 Pratiques d'intervention sociale prometteuses et émergentes

Au regard de leurs expériences à l'égard d'une socialisation à l'adolescence ainsi que d'interventions sociales, les participantes à cette recherche ont témoigné de pratiques d'intervention sociale qui, selon elles, pourraient ou devraient être utilisées avec les adolescentes concernées par la problématique. Si nous revenons à une sociologie de l'individu, nous avons établi que la personne concernée par une problématique est la mieux placée pour faire part de sa réalité. Pourquoi ne pas alors travailler davantage avec les personnes directement concernées par une problématique afin de mieux comprendre leur réalité et leurs besoins ? En guise de retombées de notre recherche, cette section présente des pratiques d'intervention sociale que nous qualifions de « prometteuses » et « émergentes » pour le domaine du travail social.

Avant tout, qu'est-ce qu'une pratique ? Quels sens prennent les termes « prometteuses » et « émergentes » lorsqu'on parle de pratiques d'intervention sociale ? Selon le Robert Dico en ligne²², une pratique peut être définie comme : « une manière habituelle d'agir (propre à une personne, un groupe) ». Une « pratique sociale » ou une « intervention sociale » peut être amorcée par des travailleurs sociaux, des professionnels, mais aussi par d'autres intervenants sociaux (incluant les professionnels de la santé, syndicats, églises, animateurs sociaux, groupes ou partis politiques, comités d'action sociale, etc.) (Mayer, 2002 : 6-7). Le terme « pratiques d'intervention sociale » est donc utilisé dans cette section pour désigner les manières d'agir ou les actions entreprises, autant de la part des travailleurs sociaux, des professionnels, des proches aidants que de la part d'autres personnes ou groupes significatifs dans la vie des participantes.

Certaines pratiques d'intervention sociale ont été davantage examinées en profondeur. L'OCI, l'Observatoire canadien sur l'itinérance (2014) différencie les pratiques exemplaires (parfois nommées « *Best Practices* »), les pratiques prometteuses et les pratiques émergentes. Les pratiques exemplaires sont celles qui ont été grandement étudiées et documentées pour leur efficacité. En principe, elles pourraient être généralisables à plusieurs contextes parce que scientifiquement, elles se seraient démontrées plus efficaces que d'autres approches (OCI, 2014). Toutefois, elles seraient aussi critiquées

²² Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pratique>

parce qu'elles insinuent une hiérarchisation des savoirs, les savoirs d'expérience des acteurs étant au bas de l'échelle de la validité de la preuve (Couturier & Carrier, 2003 : 69). Les pratiques sont jugées prometteuses lorsqu'il existe une littérature démontrant leur efficacité, mais que les preuves d'efficacité ne sont pas assez solides pour juger qu'elles pourraient être généralisables, transférables à des contextes différents (OCI, 2014). Les pratiques émergentes sont des interventions novatrices pour lesquelles les preuves d'efficacité ne sont pas basées sur des recherches. L'information sur ces interventions est pertinente parce qu'elle innove des pratiques dignes d'intérêt pour des recherches approfondies (*ibid.*).

En sciences sociales, le caractère généralisable est critiquable dans le sens où il ne faut pas oublier que l'on intervient sur le plan émotif des individus, dans des situations spécifiques et auprès d'humains qui sont tous uniques à leur façon. Faisant référence aux pratiques « exemplaires », l'OCI (2014) nous rappelle l'importance du contexte pour l'intervention : « il ne faut pas supposer que ce qui fonctionne dans le nord du Canada fonctionnera à Toronto²³ ». En effet, la réalité sociale n'est pas la même partout et il est donc important de considérer le contexte social des personnes auprès desquelles nous intervenons pour adapter nos pratiques d'intervention. Également, le temps et l'époque changent le contexte social. On ne peut pas présumer que les interventions classiques utilisées avec les adolescentes d'autrefois, qui avaient un trouble des conduites alimentaires, mais qui n'avaient pas accès à Internet, seraient tout aussi efficaces aujourd'hui avec des adolescentes pro-ana-mia, par exemple. Rappelons-nous que les adolescentes ont aujourd'hui de nouvelles opportunités quant aux outils de communication, d'expression de soi et de construction identitaire. Elles baignent dans un monde d'internautes qui partagent, à plusieurs, leur soi et les secrets de leur corps. Elles se découvrent dans leur *extimité*. La sociologie de l'individu étant un mouvement nous permettant de comprendre la réalité changeante dans laquelle vivent les adolescentes aujourd'hui, c'est dans cette perspective que nous parlons de pratiques prometteuses et de pratiques émergentes plutôt que de pratiques exemplaires, voire de « *best practices* ».

Considérant les besoins des participantes et des personnes utilisatrices de services en santé mentale, considérant ce que démontre la littérature et ce que révèle les résultats de ce projet de recherche, nous présentons dans cette partie des recommandations pour la pratique dans le domaine du travail social. Avec des adolescentes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires, il suffit d'identifier les pratiques qui pourront favoriser le processus de rétablissement. C'est ce que nous présentons dans cette partie qui

²³ Récupéré sur : <https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/meilleures-pratiques-pratiques-prometteuses-et-émergentes>

sera divisée en quatre sous-sections: les interventions avec les individus et les familles, les interventions avec les groupes, les interventions dans les écoles, ainsi que les interventions avec les communautés, les institutions et le public.

5.3.1 Intervention avec les individus et les familles

Tout d'abord, qu'est-ce que l'intervention sociale individuelle ? Il est primordial de souligner que cette méthode est la plus répandue en intervention, dans le domaine du travail social (Turcotte et Deslauriers, 2011 : 2). Turcotte et Deslauriers (2011 : 11) proposent la définition suivante pour le travail social personnel, ou individuel: « Une méthode d'intervention qui vise le soutien et l'accompagnement des personnes dans la résolution de problèmes et l'amélioration de leur bien-être ». Les auteurs ajoutent que la travailleuse sociale ou le travailleur social guide les individus dans le développement de leurs habiletés en utilisant l'ensemble de ses ressources personnelles ainsi que des ressources disponibles dans son environnement.

Il existe diverses approches utilisées en intervention sociale individuelle. Pour chacune des approches, la travailleuse sociale adopte des techniques d'intervention, des pratiques et des stratégies pour viser à l'amélioration du bien-être des individus. Quelles sont donc les approches à privilégier avec des adolescentes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires à l'ère numérique ?

La première approche dont nous discuterons est l'approche humaniste ou l'approche centrée sur la personne, développée par le psychologue américain Carl Rogers. L'approche centrée sur la personne émerge entre les années 1965 et 1975, alors que la tendance en intervention est d'être non directif avec le client (Poirier, 1984). Pendant quelques années, les termes directivité et non-directivité furent à la mode, jusqu'à ce que Rogers adopte le terme « centré sur la personne » en 1974 pour définir son approche avec ses clients autant qu'avec ses étudiants (Poirier, 1984 : 88). Ses collègues et lui étaient convaincus que chaque individu possédait des ressources internes, pour se comprendre, se transformer, se développer, modifier leur concept de soi, leurs comportements et leurs attitudes. Ils croyaient que chaque individu avait la capacité d'accéder à ces ressources internes avec un climat facilitateur et un accompagnement approprié. Le rôle de l'intervenant est alors d'accompagner et de soutenir la personne dans son processus de rétablissement. Cette approche remet donc le pouvoir entre les mains de la personne, afin qu'elle soit en mesure de se développer (Poirier, 1984). D'ailleurs, un des fondements de cette approche provient de l'idée selon laquelle chaque individu a une tendance innée à développer toutes ses potentialités (Poirier,

1984; Devonshire, 2011; Turcotte et Lindsay, 2014). Voici un rappel des remarques des participantes à notre recherche. Elles réclamaient le soutien d'un professionnel qui soit à l'écoute de leurs besoins, qui les accompagne en respectant leur rythme, qui les accueille sans jugement et qui soit capable d'adapter ses pratiques. Certaines d'entre elles ont aussi parlé de leur besoin d'une figure maternelle et chaleureuse. Rose a même mentionné qu'elle aurait souhaité que le psychologue qui l'accompagnait ait adopté un cadre plus humaniste, moins comportemental. Le modèle humaniste de Rogers en travail social abonde en ce sens. Selon l'approche:

Le thérapeute doit posséder un certain nombre de qualités, qui sont: l'authenticité, la congruence, le regard inconditionnellement positif sur le client, la chaleur et l'empathie par rapport au vécu et aux vues du client. C'est une approche de client essentiellement non directive et non jugeante. L'emphase se déroule dans l'ici et maintenant, sans référence au passé. Elle ne préconise ni diagnostic ni plan d'intervention. Elle veut favoriser chez le client une prise de pouvoir sur sa vie (Brissette, 1994, cité dans Mayer, 2002 : 255).

Rappelons-nous que la personne accompagnée est l'experte de sa situation et que ses expériences forgent sa perception du monde. Carl Rogers prend soin de le souligner : « l'importance portée au monde intérieur phénoménologique du client » (Devonshire, 2011 : 27).

La deuxième approche qui mérite notre attention est l'approche narrative, fondée par Michael White et David Epston. Souvenons-nous que le récit de vie invite à la prise de conscience, au questionnement, à la réflexion et à la mise à distance, ce qui permet au narrateur de redevenir auteur de sa propre vie (Assad, 2014 : 81). L'approche narrative est pertinente parce qu'elle postule que le client détient l'expertise de sa situation, qu'il possède toujours les expériences en lui pour favoriser son rétablissement et qu'il souhaite toujours se libérer du problème pour lequel il consulte (*ibid.*). Cette approche donne du pouvoir à la personne concernée. Les participantes à notre recherche ont insisté sur l'importance que le professionnel soit à l'écoute en respectant leur rythme et qu'il prenne le temps nécessaire pour les comprendre. Selon l'approche narrative, le client est une personne comme les autres qui parfois, a des expériences de vie difficiles et inhabituelles (Mori et Rouan, 2011 : 58). En ce qui concerne l'intervenant, l'approche narrative postule qu'il ne sait pas ce que doit faire le client pour résoudre ce problème. Son rôle est de soutenir le client et lui poser des questions pour comprendre son langage, de sorte qu'il sera en mesure de l'aider à rendre compte de l'influence de son histoire et de ses expériences sur sa propre vie. L'objectif de l'approche est d'identifier les histoires qui maintiennent le problème puis construire ensuite des scénarios

renouvelés qui créeront de nouvelles possibilités pour le client (*ibid.*). L'approche narrative donne la place au client pour qu'il puisse s'exprimer et se développer.

Tout compte fait, s'exprimer par la prise de parole invite à la réflexion et à la mise en distance. Effectuons un retour sur le premier chapitre de ce mémoire et revenons sur le fait que les adolescents communiquent aujourd'hui de diverses façons, sur le Web autant qu'en personne. À travers leurs publications en ligne, ils s'expriment entre autres par les photos, les images, les vidéos et par l'écriture. D'ailleurs, certains ont plus de facilité à s'exprimer sur le Web. Les intervenants auraient donc intérêt à se pencher sur l'utilisation de l'écriture comme moyen d'expression dans leurs pratiques d'intervention. Rappelons-nous que sur un forum RPGique, Émilie avait créé le personnage de Kate qui avait un trouble des conduites alimentaires et que le fait d'écrire sur son trouble lui avait permis de l'extérioriser. Émilie avait réalisé que « les pensées de Kate » n'étaient pas toujours logiques, ce qui avait été positif pour son rétablissement.

L'écriture expressive est une technique d'intervention qui a été développée en 1986 par James Pennebaker et Sandra Beal (Viardot, Rizzi, Lachal et Moro, 2016 : 176). Dans le but d'améliorer la santé et le bien-être psychologique, la technique consiste en des sessions d'écriture dirigées avec des thématiques spécifiques. Dans ses débuts, elle fut retravaillée et mise à l'épreuve dans différents contextes. À la suite de nouvelles études, les sujets des sessions d'écriture et le temps alloué aux participants, par exemple, furent sujets à des modifications. La technique psychothérapeutique serait approuvée par la communauté scientifique depuis 2009 (Viardot, Rizzi, Lachal et Moro, 2016 : 179). Les résultats d'une recherche effectuée à Paris, dans un service d'hospitalisation pour adolescents, démontrent les bienfaits de l'écriture expressive. Pour cette recherche, la technique fut utilisée dans un contexte de groupe, mais notons qu'elle pourrait aussi être utilisée dans un contexte d'intervention individuelle. L'écriture aurait entre autres permis aux participants de mettre en mots des émotions complexes qu'ils ne saisissaient pas auparavant (Viardot, Rizzi, Lachal et Moro, 2016 : 203). Également, elle aurait incité au récit des expériences émotives, aidant à la construction d'une narrativité émotionnelle. Et par ce processus, « les patients peuvent ainsi prendre conscience de leur propre conflictualité, de leurs mouvements pulsionnels et de certains aspects de leurs défenses » (Viardot, Rizzi, Lachal et Moro, 2016 : 204). Comme dans le cas d'Émilie, nous pouvons constater que l'écriture permettant d'extérioriser, elle a pu mener à la prise de conscience et favoriser le processus de rétablissement. Puisque les données de cette approche sont probantes, pourquoi ne pas tenter d'introduire cette technique à l'école, en contexte individuel ou de groupe, dans des organismes communautaires ou dans d'autres institutions publiques ou privées ?

Ajoutons que les participantes à cette recherche ont elles-mêmes amené des nouvelles idées et initiatives qui pourraient être mises en place pour améliorer la pratique. D'abord, la plupart s'entendent pour dire que le contenu Web pro-ana-mia devrait être filtré et supprimé. Toutefois, comme établi au premier chapitre, la censure fut tentée plusieurs fois et les résultats restent médiocres. Sachant cela, une participante a proposé que des professionnels certifiés entrent en relation avec des utilisatrices de sites web pro-ana-mia, directement en ligne, sur ces sites. Cette stratégie ressemble à ce qu'évoquaient Casilli, Rouchier et Tubaro (2014) suite à leur recherche. Comme déjà mentionné au premier chapitre, ces auteurs suggèrent d'incorporer de façon stratégique et sélective, des agentes pro-rétablissement dans les blogues et les forums pro-ana-mia, afin de tenter d'influencer positivement certaines adolescentes. Ensuite, une autre participante a recommandé que des interventions individuelles soient offertes par visioconférence ainsi que par rendez-vous téléphonique. De cette façon, les adolescentes qui ne veulent pas solliciter leurs parents pour le déplacement pourraient avoir de l'aide dans la confidentialité et dans le confort de leur chambre.

Finalement, en ce qui concerne l'intervention familiale, nous avons mentionné au premier chapitre qu'elle était de plus en plus utilisée depuis quelques années et qu'elle avait fait ses preuves en ce qui a trait au maintien du rétablissement (Thibault et coll., 2017 : 386). Pourtant, elle n'est pas ressortie dans le discours des participantes. Considérant que la plupart d'entre elles ne voulaient pas en parler avec leurs parents, la stratégie suggérée par les participantes fut plutôt de l'éducation et du coaching avec les parents d'adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires, ainsi qu'auprès d'adolescentes à risque. Nous y reviendrons dans la dernière sous-section de ce chapitre.

5.3.2 Interventions avec les groupes

Le travail social de groupe permet à des personnes partageant les mêmes problèmes de se regrouper et de s'entraider. Turcotte et Lindsay (2014 : 9) se basent sur la perspective de plusieurs auteurs pour finalement définir le travail social de groupe comme :

Une méthode d'intervention qui mise sur le potentiel d'aide mutuelle présent dans un groupe et qui s'appuie sur une démarche structurée visant, d'une part, à aider les membres à satisfaire leurs besoins socioémotifs ou à accomplir certaines tâches et, d'autre part, à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe.

Il existe plusieurs types de groupes de traitement: les groupes de thérapie, de soutien, d'éducation, de croissance et de socialisation. Tenant compte du témoignage des participantes à la recherche, le groupe

de soutien serait le plus adapté en intervention de groupe avec des adolescentes qui ont un trouble alimentaire. Quelques-unes des participantes en ont d'ailleurs fait mention dans leur récit. Les groupes de soutien ont comme objectif de rassembler des individus qui vivent des situations ou des problèmes semblables, pour favoriser l'entraide et le partage d'expériences dans un climat d'accueil et d'acceptation (Turcotte et Lindsay, 2014 : 4). L'intervenant encourage le partage, promeut l'aide mutuelle, et tente de faire naître l'espoir parmi les membres (*ibid.*). Revenons au tout début de ce mémoire, lorsque nous discutons du phénomène pro-ana-mia. Nous avons documenté que les contenus Web pro-ana-mia ont comme effet de regrouper des jeunes femmes et des adolescentes ayant un trouble des conduites alimentaires. Via ces sites Web, elles font de nouvelles rencontres, elles s'entraident, s'encouragent et se soutiennent dans le non-jugement. Il est donc intéressant de penser que les besoins d'une adolescente qui consulte ou qui participe à des groupes pro-ana-mia pourraient possiblement être comblés par sa participation à un groupe de soutien. L'adolescente pourrait-elle, dans un groupe de soutien, transformer son désir de minceur en l'espoir d'être bien dans sa peau ?

L'approche humaniste, décrite précédemment, peut tout aussi bien être utilisée en intervention de groupe. Dans ce contexte, l'intervenant adopte alors une approche non directive envers les membres du groupe. Il laisse la parole aux membres, en les écoutant avec attention et sensibilité (Turcotte et Lindsay, 2014 : 28). Selon Devonshire (2011 : 36), une approche centrée sur la personne en contexte de groupe peut sembler au départ comme « chaotique », « désorganisée » ou même « non professionnelle ». En effet, selon l'auteur, il est facile de considérer l'intervenant comme l'expert mais plus difficile de le considérer comme un apprenant. En adoptant ce dernier rôle, cela lui permettrait de ne pas déjà supposer ce que les membres devraient faire, devraient être, ou devraient ressentir (Devonshire, 2011 : 36). Cela renvoie à ce qu'avait dit Julia dans son récit par rapport à l'importance, pour des adolescentes dans un groupe de soutien, d'être accompagnées par un intervenant qui laissera les membres discuter librement du trouble d'une façon positive et dirigée, sans les empêcher de toucher à certains sujets parce qu'ils pourraient être ravageurs pour d'autres membres du groupe. Elle donne l'exemple du sujet sur les moyens utilisés pour perdre du poids et dit qu'elle aurait souhaité pouvoir en parler avec d'autres personnes qui auraient pu la comprendre, dans un environnement dirigé. Selon elle, des adolescentes pourraient se tourner vers du contenu pro-ana-mia parce qu'elles ont besoin de normaliser leurs sentiments et qu'elles n'obtiendraient pas autrement la compréhension de leurs pairs ou de leur famille.

Plus haut dans ce chapitre, nous avons établi qu'un environnement social propice à de bonnes habitudes alimentaires, tout en offrant du soutien et des opportunités de croissance personnelle, est essentiel à tout processus de rétablissement. En intervention de groupe, la théorie du soutien social permet à l'intervenant d'évaluer le soutien potentiel entre les membres du groupe, mais également d'analyser le réseau social de chacun des membres à l'extérieur du groupe (Turcotte et Lindsay, 2014 : 28). Le soutien d'un pair peut parfois faire une immense différence pour l'engagement d'une adolescente dans un plan d'intervention. Rappelons-nous des propos d'Annie, qui aurait peut-être été plus motivée à un suivi avec la travailleuse sociale de l'école si sa meilleure amie l'avait accompagnée aux rencontres. Il pourrait donc être intéressant d'inclure des pairs dans les groupes de soutien. Et si on incluait des femmes qui se considèrent comme rétablies dans des groupes de soutien pour adolescentes en rétablissement ? Ou bien des femmes en processus de rétablissement dans des groupes de soutien pour les adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires ? Deegan (1988 : 18) souligne que l'espoir est contagieux. Pourrions-nous générer de l'espoir chez ces adolescentes qui souffrent en silence ?

Finalement, est-ce que des initiatives pourraient être réalisées via l'utilisation du numérique ? Souvenons-nous que selon une étude effectuée en 2020, la plateforme publique de discussion Reddit illustra le développement d'une communauté aidante pour les utilisateurs ayant un trouble des conduites alimentaires qui avaient un accès limité à l'aide professionnelle durant la pandémie (Nutley et coll., 2021). Lors des entretiens, quelques participantes ont d'ailleurs témoigné de leur difficulté à accéder à des services, parfois pour une question de logistique. Pensons à Annie qui aurait souhaité avoir de l'aide dans le confort de sa chambre ou bien à Émilie qui utilisait les forums pour extérioriser son trouble des conduites alimentaires. Pourquoi ne pas créer un forum privé et régulé par des intervenants œuvrant auprès d'adolescentes concernées par la problématique ? Ce forum pourrait servir de plateforme de discussion pour des adolescentes qui souhaitent obtenir du soutien, de l'encouragement et de l'empathie dans leur processus de rétablissement.

5.3.3 Interventions dans les écoles

La socialisation à l'enfance, jusqu'à l'adolescence, a lieu en grande partie à l'école. Plusieurs heures de la journée sont passées avec les enseignants dans les salles de classe. Quel est le rôle de l'école en matière d'éducation à l'égard de la santé mentale ? Est-ce la responsabilité des enseignants de sensibiliser les jeunes à diverses problématiques qu'ils seront susceptibles de rencontrer durant leur parcours scolaire ?

Est-ce que cette responsabilité revient plutôt aux parents, aux entraîneurs ou aux intervenants scolaires ?
Que prévoit le curriculum de l'école québécoise ?

D'abord, soulignons le fait qu'aucune des participantes n'a pu témoigner qu'elle a été éduquée suffisamment aux troubles des conduites alimentaires. Si quelques-unes se souviennent d'en avoir parlé à l'école, aucune ne peut dire que l'école ait apporté des précisions sur le sujet. Plusieurs participantes sont d'accord pour dire qu'il faut agir dès le primaire et que les enfants devraient être sensibilisés d'une façon ou d'une autre. Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (2018) rend publics les contenus obligatoires du programme d'éducation²⁴. En consultant les documents disponibles, nous constatons qu'un volet sur *l'image corporelle* est abordé dans la matière « Éducation à la sexualité », surtout au primaire. Dès l'âge préscolaire, les sujets abordés concernent les parties du corps et l'expression des besoins et des sentiments. En deuxième année, on parle entre autres d'appréciation de son corps; en quatrième année, de la puberté et des sentiments à l'égard du fait de grandir; en cinquième année, de changements psychologiques et physiques de la puberté; puis en sixième année, de l'apprivoisement de ces changements. Finalement, en première année du secondaire, les bénéfices d'une image corporelle positive sont abordés ainsi que l'influence des normes sur l'image corporelle. Par la suite, le volet sur l'image corporelle disparaît du curriculum. Considérant que la plupart des participantes à cette recherche ont témoigné que leur trouble a débuté à l'âge de 14 ans, serait-il pertinent de prolonger ce volet au cours des années scolaires du secondaire ? Quels sujets devraient être abordés et comment ? Devraient-ils être discutés en classe avec tous les élèves ou bien uniquement avec les adolescentes dans le besoin ?

Il est opportun de réfléchir aux moyens de sensibilisation et d'éducation utilisés avec les jeunes dans les salles de classe. Même si l'option de parler davantage de trouble des conduites alimentaires à l'école aurait été aidant pour certaines participantes, rappelons-nous que pour Rose, en entendre parler pouvait susciter une curiosité malsaine. Les suggestions des participantes décrites plus tôt dans ce chapitre, pourraient donc être des pistes pour l'éducation auprès des jeunes à l'école. Tel que déjà mentionné, les participantes précisent dans leur récit que les adultes et les enseignants devraient mettre l'accent sur l'importance d'être bien dans sa tête autant que dans son corps, sur la valorisation de tout type de corps, sur la considération de manger pour être en bonne santé, et aussi sur la détection de signes et symptômes

²⁴ Repéré à : <http://www.education.gouv.qc.ca/references/tx-solrtyperecherchepublicationtx-solrpublicationnouveaute/resultats-de-la-recherche/detail/article/education-a-la-sexualite-reseau-scolaire/?a=a&cHash=a8d600c4b48bbc34a8d150935815b154>

de la problématique que les jeunes pourraient reconnaître chez leurs amis. Selon le curriculum, les sujets touchés dans les salles de classe rejoignent plus ou moins les préoccupations des participantes. Toutefois, comme le dit si bien Annie, deux lignes dans un manuel ne sont peut-être pas suffisantes pour l'ampleur de la situation pour certaines adolescentes. De plus, il semblerait qu'aucun volet ne soit consacré à la santé mentale ou à « l'importance d'être bien dans sa tête autant que dans son corps », pour reprendre les mots de Julia. Selon Émilie, l'approche utilisée est tout aussi déterminante que le message à passer. Elle propose que les jeunes soient conscientisés de façon interactive. Par exemple, elle suggère comme activité que les élèves écrivent sur des bouts de papier des insultes qu'ils ont reçues par rapport à leur corps et qu'ils les collent sur un pantin devant la classe. De cette façon, ils restent actifs et ils ont un visuel de ce que leurs camarades de classe peuvent vivre. Ils pourraient poursuivre avec une discussion sur les effets des propos offensants. Gabrielle, ayant grandi dans un milieu sportif, recommande une proactivité dans les programmes sports-études. Elle explique que les adolescentes qui font partie de ces programmes devraient particulièrement être sensibilisées à la problématique, de même que leurs parents, afin que ces derniers reconnaissent les signes d'un trouble alimentaire chez leur enfant. Toutefois, il devient pertinent de se demander de quelle façon le sujet pourrait être amené auprès d'un parent qui encourage son enfant à restreindre son alimentation.

Revenons sur le plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé. Que réservent les ministres pour les années à venir concernant le bien-être des enfants et des jeunes ? Quels moyens seront mis en place dans les écoles ? D'abord, il importe de souligner que la toute première orientation du plan d'action consiste au développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge et qu'un objectif important concerne les jeunes d'âge scolaire particulièrement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022 : 19). Le gouvernement québécois injecte 12.5 millions pour le développement de certaines actions favorisant la santé et le bien-être des jeunes en contexte scolaire. Entre autres, voici des actions intéressantes pour les années à venir qui rejoignent particulièrement le discours des participantes pour l'élaboration de nouvelles pratiques d'intervention sociale : le soutien pour les créations théâtrales axées sur les problématiques de santé physique ou mentale qui seront présentées dans les écoles, le soutien du développement de stratégies favorables au bien-être et à la santé mentale positive, le soutien du déploiement d'une plateforme en éducation alimentaire pour les intervenants œuvrant auprès des jeunes. À cela s'ajoute des propositions pour le secondaire : le développement d'activités de sensibilisation et de réflexion critique autour des thèmes de l'image corporelle, de la préoccupation à l'égard du poids et de la relation avec la nourriture (Ministère de la Santé

et des Services sociaux, 2022 : 20). Cette dernière action est particulièrement intéressante. Tel que mentionné plus haut, le curriculum scolaire québécois ne prévoit pas de volet sur l'image corporelle après la première année du secondaire alors que certaines participantes croient que cela serait bénéfique voire même nécessaire. L'idée de pièces de théâtre rejoint aussi les propos d'Émilie, selon lesquels les jeunes devraient être conscientisés de façon interactive.

5.3.4 Interventions avec les communautés, les institutions et le public

Le trouble de l'alimentation étant un problème social, il mérite qu'on réfléchisse sur les façons dont les communautés pourraient agir afin de rejoindre les membres concernés par la problématique. La sensibilisation, la mobilisation et les moyens de pression sont des types d'intervention utilisés en travail social communautaire (Lavoie et Panet-Raymond, 2014). Considérant les récits des participantes à cette recherche ainsi que les idées émergeant de leurs témoignages, nous nous intéresserons particulièrement à la sensibilisation et la mobilisation.

D'abord, la sensibilisation permet l'identification du problème, favorise la prise de conscience au sens collectif et promeut des idées nouvelles pour transformer la situation problématique (Lavoie et Panet-Raymond, 2014 : 166). Une rencontre de sensibilisation est un moyen d'action utilisé pour atteindre les objectifs souhaités. Ces types de rencontres consistent en des activités d'éducation populaire faites auprès de petits groupes et qui peuvent prendre plusieurs formes, comme les cafés-rencontres, les déjeuners-causeries ou encore les conférences (Lavoie et Panet-Raymond, 2014 : 181). Les rencontres de sensibilisation pourraient être mises en place dans des milieux à forte probabilité de prévalence de trouble des conduites alimentaires, où l'on retrouve des adolescentes à risque et leurs parents. Par exemple, on peut penser aux plateformes de sports de compétition, dans les écoles, au sein de groupes de parents dans la communauté (particulièrement des milieux aisés), aux maisons de jeunes et aux centres pour femmes. Lors des entretiens, les participantes ont proposé de sensibiliser les communautés sur les sujets suivants: la normalisation des troubles des conduites alimentaires, la déconstruction des mythes liés aux troubles des conduites alimentaires, l'incitation auprès des adolescentes de suivre des influenceurs qui valorisent tout type de corps, l'éducation aux parents sur les facteurs de risques pouvant faire apparaître un trouble des conduites alimentaires, et finalement, la culture des diètes. Une participante suggère même de dénoncer le phénomène pro-ana-mia, de même que son contenu et les commandements d'Ana ou de Mia. Il serait approprié de réfléchir à des façons de dénoncer le contenu sans pour autant générer une

curiosité malsaine. Les parents d'adolescentes à risque pourraient-ils être mis en garde face au contenu pro-ana-mia ?

Lorsque le processus de sensibilisation est complété, nous pouvons parler de mobilisation. Après avoir procédé à l'identification du problème et à l'élaboration d'idées novatrices, les gens seraient davantage outillés pour poser des actions. La mobilisation a comme objectif de regrouper des personnes qui se sentent concernées par une problématique et de mettre en œuvre une action collective permettant de transformer la situation problème (Lavoie et Panet-Raymond, 2014 : 169). Pensons à l'accès aux ressources pour les adolescentes qui ont un trouble des conduites alimentaires. Précisons de nouveau que selon les participantes à cette recherche, l'accès aux ressources était difficile pour certaines. Comme le dit Provencher (2002 : 35) : « l'accès à un environnement offrant des opportunités de croissance personnelle et de soutien est essentiel à toute démarche de rétablissement ». Il est donc important de penser à une réorganisation des services disponibles dans la communauté pour les adolescentes. Émilie a d'ailleurs mis l'accent sur ce constat lors de son récit. Elle suggère une mobilisation pour développer des ressources plus accessibles. Gabrielle propose aussi des campagnes sur le thème « aimez votre corps ».

Tout compte fait, il est justifié de se poser la question suivante. Comment pouvons-nous mieux rejoindre les gens ? Soulignons qu'à l'adolescence, les jeunes forgent leur identité. À travers leurs expériences, ils cherchent à s'identifier à quelque chose. Et si on prenait les devants ? Et si on construisait des moyens de sensibilisation qui toucheraient la majorité des adolescentes ? Au lieu de sensibiliser à l'anorexie en montrant des témoignages vidéo de jeunes femmes au bord de la mort, pourquoi ne pas montrer des témoignages vidéo de jeunes femmes qui parlent de leurs pensées insatisfaites à l'égard de leur corps, de leur difficulté à s'apprécier soi-même, de la quête de la perfection et des moyens qui se sont avérés inefficaces à leur situation ? L'adolescente cherche à avoir un sentiment d'appartenance, mais elle n'est pas toujours au bord de la mort. Pourquoi ne pas sensibiliser sans aller dans l'extrême pour qu'elles se reconnaissent dans le témoignage d'autres femmes touchées par la problématique ?

CONCLUSION

Ce projet de recherche avait comme objectif initial d'explorer le vécu d'adolescentes ayant un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence à l'ère numérique. Si les troubles des conduites alimentaires et la quête de la minceur représentent des problématiques qui existent depuis nombreuses années, elles prennent une ampleur différente avec la montée des technologies numériques et des communications. Avec les nouvelles technologies, il devient de plus en plus facile pour les adolescentes d'être exposées aux phénomènes pro-ana-mia et de créer des liens avec d'autres adolescentes vulnérables. Les idéaux corporels féminins étant grandement représentés sur le Web, les experts s'inquiètent même pour les adolescentes qui ne sont pas touchées par la problématique. Si l'intervention auprès des adolescentes ayant un trouble des conduites alimentaires est très documentée, l'intervention auprès des adolescentes pro-ana-mia reste peu documentée. Ce qui est particulier avec ces dernières, c'est que prônant la restriction alimentaire comme un choix de vie, elles réfutent toute intervention, ne percevant pas leurs habitudes alimentaires comme étant problématiques. Également, le phénomène s'inscrivant sur Internet, il est difficile de le contrôler, la censure s'étant avérée inefficace.

Cette recherche avait comme objectif principal d'explorer les expériences de jeunes femmes adultes rétablies, ou en processus de rétablissement. La question de recherche était la suivante : Quelle est l'expérience de jeunes femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires à l'adolescence à l'ère numérique ? Les questions secondaires portaient sur l'expérience de jeunes femmes répondantes en lien avec la socialisation en ligne (notamment, le rapport au phénomène pro-ana-mia) et en personne, ainsi que sur leur expérience à l'égard d'interventions sociales. Pour y répondre, des entretiens individuels semi-dirigés furent réalisés avec six jeunes femmes ayant été concernées par la problématique. Le contenu des entretiens a pris la forme de récits de vie. Les éléments marquants des témoignages des participantes ont été racontés au quatrième chapitre en prenant soin d'utiliser leur vocabulaire afin de mieux rendre compte de leurs expériences. Bien que le choix du cadre théorique aurait pu prendre plusieurs angles dont un cadre théorique féministe, il s'est arrêté sur la sociologie de l'individu en raison de l'importance du concept d'expérience pour cette recherche.

À la lumière de l'analyse des résultats, il est possible de dresser plusieurs constats. Le cinquième chapitre est constitué d'une discussion sur l'approfondissement des résultats de cette recherche. Bien que les participantes n'aient pas toutes adhéré activement au phénomène pro-ana-mia, elles étaient d'accord

pour dire que leurs usages des technologies numériques et des réseaux sociaux jouent un rôle quant au désir de minceur à l'adolescence et que les troubles des conduites alimentaires peuvent donc être influencés par la socialisation en ligne. De plus, Internet rend facilement accessibles plusieurs moyens existants pour perdre du poids. Il importe de mentionner qu'outre l'Internet, l'environnement social et familial d'une adolescente peut également déteindre sur son rapport au corps. En effet, l'adolescente pourrait être socialisée pour atteindre la minceur, en raison d'une pression sociale ou même d'une pression de la part d'une figure parentale ou d'autorité. L'adolescente est parfois invitée à prendre des moyens pour se soumettre aux normes de minceur. Entre autres, les plateformes de sports de compétition seraient aussi des milieux propices à cette socialisation. En ligne ou en personne, les mots peuvent être déstabilisants. Les commentaires d'autrui sont susceptibles d'influencer la perception de l'adolescente de son propre corps, ainsi que ses habitudes alimentaires. En ce qui concerne les jeunes femmes qui ont participé au phénomène pro-ana-mia, elles ont été d'accord pour dire qu'« Ana » les a encouragées à continuer de perdre encore et toujours plus de poids.

En ce qui concerne le rétablissement, il est juste de formuler qu'il s'agit d'un processus qui débute au moment de la prise de conscience du problème. Pour favoriser le processus de rétablissement, les participantes ont témoigné de l'importance d'être bien entourées, ainsi que d'un environnement propice à de bonnes habitudes alimentaires. L'approche du professionnel consulté, le cas échéant, est toute aussi déterminante pour ce processus. Nous soulignons que les participantes ont aussi exprimé que des recherches en ligne auraient été bénéfiques pour leur processus de rétablissement : cela leur aurait entre autres permis de mieux comprendre leur trouble ainsi que de trouver des moyens pour cheminer dans leur rétablissement. D'autre part, notons que le manque d'accessibilité aux ressources (raisons de logistique, financière, ou indisponibilité), l'attitude ou l'approche d'un professionnel qui ne rejoint pas les besoins des adolescentes, ou encore, l'impression que le professionnel banalise ce qu'elles ressentent, sont des composantes qui peuvent nuire à leur cheminement. Parmi les besoins exprimés par les jeunes femmes ressortent le besoin d'un lien de confiance, le souhait d'être aimée et d'être rassurée, le bénéfice d'une écoute sans jugement, le respect et l'inclusion dans le plan d'intervention et le désir d'être accompagnées par des personnes qui ne briment pas leurs besoins.

En somme, considérant les expériences des participantes ainsi que leurs besoins exprimés, des recommandations pour la pratique du travail social sont proposées en guise de retombées de la recherche. Les pratiques d'intervention sociales prometteuses et émergentes élaborées ont été regroupées en quatre

sections : les interventions avec les individus et les familles, les interventions avec les groupes, les interventions dans les écoles et finalement, les interventions avec les communautés, les institutions et le secteur public. D'abord, les interventions à privilégier en contexte individuel pourraient être guidées par l'approche humaniste ou encore l'approche narrative. D'autres initiatives ont été suggérées par les participantes, soit par exemple, l'intervention offerte par téléphone ou par visioconférence, assurant un cadre confortable à l'adolescente. Avec les groupes, l'approche humaniste est tout aussi à considérer en plus du groupe de soutien et de la théorie du soutien social. Pour poursuivre avec les interventions dans les écoles, il serait crucial d'assurer que le curriculum prévoit un volet sur l'image corporelle tout au long des années scolaires. Selon les participantes à cette recherche, les thèmes majeurs devraient toucher à l'importance d'être bien dans sa tête autant que dans son corps, la valorisation de tout type de corps, l'importance de manger pour être en bonne santé et les signes et symptômes à reconnaître chez les amis qui démontreraient qu'ils ne vont pas bien. Finalement, dans les domaines communautaire, institutionnel et public, les participantes ont réfléchi à des moyens de sensibilisation et de mobilisation dans le but de rejoindre, par exemple, certains groupes de gens pour amener une plus grande sensibilité et une meilleure compréhension de la problématique.

Les résultats de ce mémoire démontrent la pertinence pour les connaissances en travail social, non seulement parce qu'ils permettent de comprendre la réalité des adolescentes, mais en plus ils suggèrent des pratiques d'intervention sociale qui rejoignent les besoins de la population directement concernée par la problématique. Le phénomène pro-ana-mia étant actuel, les pratiques d'intervention sociale auprès des adolescentes concernées méritent un approfondissement. Toutefois, le défi demeure, du fait que les adolescentes qui participent activement au phénomène pro-ana-mia sont en réalité encouragées par « Ana » dans leur quête de la minceur et ne veulent pas recevoir de l'aide. Par conséquent, il reste difficile de rejoindre les adolescentes qui vivent leur trouble des conduites alimentaires par l'entremise des technologies numériques.

Avec la pandémie mondiale du coronavirus COVID-19, plusieurs organisations ont été dans l'obligation de changer leurs manières de réaliser leurs objectifs. Nous avons pu constater la modification de certaines pratiques. Par exemple, les consultations avec un médecin s'effectuaient parfois au téléphone ou par visioconférence. Après 2 ans de pandémie, plusieurs vagues du virus et des périodes de confinement, certaines organisations continuent d'offrir des services avec l'aide des technologies numériques et de la communication. Il serait donc intéressant de refaire cette recherche dans quelques années pour découvrir

si un changement dans les pratiques d'intervention sociales pourrait être observé. Est-ce que la pandémie aura eu un effet positif sur les pratiques d'intervention sociales ? Bien que les participantes à cette recherche n'en aient pas beaucoup parlé, est-ce que l'utilisation d'appareils numériques pourrait être une voie de solution pour rejoindre les adolescentes qui socialisent de plus en plus en ligne ?

En considérant les données probantes antérieures et en conclusion de la présente recherche, nous avons illustré des amorces de solution pour favoriser une prise de conscience de la problématique du trouble alimentaire chez les adolescentes concernées à l'ère numérique. Nous avons dressé des suggestions de moyens pour rejoindre les adolescentes à risque. Nous avons suggéré aussi des options pour présenter la problématique à certains groupes cibles (parents, enseignants, entraîneurs) dans le but de les sensibiliser. Puisque les troubles des conduites alimentaires existent depuis longtemps et que les adolescentes seront toujours confrontées à des idéaux corporels, les résultats de notre recherche nous donnent maintenant des pistes de pratiques prometteuses et émergentes pour les accompagner dans leur processus de rétablissement et pour éviter qu'elles mettent leur vie en danger.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : Trouble des conduites alimentaires

Parlez-moi de votre trouble alimentaire pendant l'adolescence.

- Quel âge ?
- Quel trouble ?
- Comment le viviez-vous ?

Thème : Engagement dans le phénomène pro-ana-mia

Comment étiez-vous engagé dans le phénomène pro-ana-mia ?

- Comment avez-vous pris connaissance du phénomène ?
- Qu'est-ce qui vous a mené à participer au phénomène ?
- Quelles pratiques/usages adoptiez-vous ?

Thème : Expérience pro-ana-mia en ligne

Comment pouvez-vous décrire votre expérience pro-ana-mia ?

- Quand ? Tout au long du trouble ou est-ce que cela s'est développé par la suite ?
- Quels sites, plateformes, réseaux sociaux ?
- Publications et rétroaction
- Exemples en ligne ?

Thème : Besoins comblés par les expériences pro-ana-mia

Quels besoins étaient comblés dans vos activités pro-ana-mia ?

- Quels sentiments aviez-vous lorsque vous étiez en interaction avec d'autres personnes pro-ana-mia (en ligne ou hors ligne) ?
- Quels sentiments aviez-vous lorsque vous lisiez des commentaires ou que vous voyiez des publications auxquels vous pouviez vous identifier ?
- (Si applicable), que ressortiez-vous des commentaires d'autrui sur vos publications pro-ana-mia ?

Thème : Expérience à l'égard d'interventions sociales

Quelles sont vos expériences à l'égard d'interventions sociales ?

- Avez-vous obtenu une aide professionnelle (organisme gouvernemental, communautaire, hospitalisation, services en santé mentale, etc.) ?
- Avez-vous eu du soutien d'un proche, d'un entraîneur, d'un professeur ou d'un membre de la famille ?
- Avez-vous eu du soutien d'autres adolescentes ex pro-ana-mia (devenue agent pro-rétablissement) ? Si oui, décrivez-moi votre lien avec cette personne.
- Quelles sont les interventions/pratiques sociales qui ont fait une différence (ou non) dans votre cheminement ?

Thème : Rétrospective

- Quel bilan faites-vous de votre expérience pro-ana-mia ?
- Quel bilan faites-vous de votre expérience à l'égard d'interventions sociales ?
- Si vous pouviez retourner en arrière, que feriez-vous de différent ?

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Des pratiques prometteuses et émergentes auprès d'adolescentes pro-ana-mia

Étudiante-chercheure

Sara Isabelle Hadley

Maitrise en Travail social

hadley.sara_isabelle@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Sylvie Jochems

Professeur à l'école de Travail social de l'Université du Québec à Montréal

jochems.sylvie@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique un entretien individuel semi-dirigé et « sur traces » par visioconférence. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Comme les moyens de communication et de socialisation chez les adolescentes évoluent, on peut se poser la question à savoir si les connaissances (analyse du problème social, méthodologies et approches d'intervention) auxquels les travailleurs sociaux ont recours pour les joindre sont adaptées à l'ère numérique. Pour intervenir auprès d'une population, il est important de connaître et de comprendre les besoins de ladite population. L'idée menant à la pertinence du projet provient de Casilli et Tubaro (2016)

qui expliquent que comprendre les usages des adolescentes en ligne aide les parents ainsi que les professionnels à anticiper leurs besoins et donc à mettre en place des services mieux adaptés.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Comprendre l'expérience (en ligne et hors ligne) d'ex-adolescentes pro-ana/mia et ce que retirent ces personnes de leurs usages de sites pro-ana/mia pour mieux anticiper leurs besoins ;
- Comprendre l'expérience des jeunes femmes ex pro-ana/mia à l'égard d'interventions sociales pour mieux anticiper les besoins en intervention auprès des adolescentes pro-ana/mia ;
- Contribuer à l'avancement des connaissances des pratiques d'intervention à l'égard d'adolescentes et de jeunes femmes pro-ana/mia.

La publication du mémoire est prévue pour l'été 2020. Le projet impliquera de 6 à 8 participantes. La population ciblée consiste en toutes les personnes qui ont dans leur entourage une adolescente ou une jeune femme qui est concernée par le phénomène pro-ana/mia ainsi que les professionnels œuvrant auprès d'elles.

Nature et durée de votre participation

La participation à ce projet de recherche implique une rencontre par visioconférence (ex : Zoom ou Skype) d'une durée d'entre 1 et 1h30 au total. Le lien pour la rencontre Zoom ou bien les informations d'utilisateurs Skype seront transmises par courriel ou par téléphone avant la rencontre. Le formulaire de consentement sera acheminé à la participante par courriel et devra être signé avant la rencontre, puis renvoyé à l'étudiante-chercheuse par courriel ou par la poste. La rencontre constituera en un entretien individuel semi-dirigé où vous aurez un espace pour faire le récit de votre expérience pro-ana/mia à l'adolescence. L'entretien sera dirigé par des questions ouvertes à développement. Une partie de l'entretien impliquera l'usage du numérique. Vous devrez possiblement naviguer sur le Web avec le chercheur et le guider à travers vos comptes sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et/ou autres) ainsi que sur vos pages personnelles et/ou autre contenu Web lié avec le phénomène pro-ana/mia que vous connaissez ou dont vous avez déjà fait usage. L'entretien se déroulera par visioconférence et sera l'objet d'un enregistrement. Si vous n'êtes pas à l'aise avec la caméra, vous aurez l'option de la désactiver pendant l'enregistrement. Dans le cas où vous auriez à naviguer ensemble sur le Web, vous pourrez partager votre écran d'ordinateur avec l'étudiante-chercheuse. Suite à l'entretien, la transcription des

données pourra vous être partagée en utilisant une clé USB qui pourra vous être acheminée en personne au besoin et à votre demande afin que vous puissiez valider le contenu de vos propos.

Avantages liés à la participation

En participant à ce projet de recherche, vous pourrez cheminer dans votre processus de mieux-être. Les questions en entretien pourront vous permettre de réfléchir à comment vous avez réussi à cheminer vers un mieux-être. Cela pourra engendrer un sentiment de satisfaction par rapport à où vous vous situez maintenant dans votre vie et à comment vous avez pu vous mobiliser et prendre des mesures pour aller mieux. Cette recherche vous permettra de partager vos réussites, faire émerger le sentiment de contribuer aux pratiques sociales en intervention auprès d'autres personnes qui sont touchées par le phénomène pro-ana/mia. Également, le contexte de la recherche vous donnera la possibilité de vous exprimer dans un milieu sécurisant et de partager votre expérience dans le but de faire avancer les connaissances. Ainsi, cela permettra une meilleure compréhension des besoins comblés par l'usage de site pro-ana/mia et donc l'avancement des pratiques d'intervention à l'égard d'adolescentes et de jeunes femmes pro-ana/mia.

Risques liés à la participation

Voici les risques potentiels de votre participation à ce projet de recherche :

- Malaises psychologiques, émotifs ou inconforts : Les questions posées dans le cadre de l'entretien seront susceptibles de vous replonger dans des souvenirs douloureux du passé et vous faire vivre des émotions indésirables. Il est aussi possible que vous ne vous sentiez pas à l'aise avec certains sujets et/ou questions posées.
- Durée de la participation : La durée de l'entretien pourrait être un inconvénient. Vous devrez prévoir un temps et possiblement vous absenter du travail ou autres obligations/responsabilités pour le temps de la rencontre.

Voici une liste d'organismes œuvrant avec des femmes qui ont un trouble alimentaire qui pourraient être sollicitées en cas de besoin :

- Clinique des troubles alimentaires BACA
- Anorexie et boulimie Québec (ANEB)
- Institut Douglas - Programme des troubles de l'alimentation
- Rainville Nutrition

- Clinique Psychoalimentaire
- La clinique St-Amour
- Clinique des troubles de l'alimentation
- Tel Aide
- Tel Jeunes
- Suicide Action Montréal

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante-chercheuse et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. La transcription de l'enregistrement fera l'usage d'un nom fictif que vous choisirez avant de débiter l'entretien. Seule la chercheuse connaîtra votre nom réel. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des documents seront détruits cinq ans après la dernière communication scientifique. Aucune photo ou vidéo partagée à l'étudiante-chercheuse lors de la navigation sur vos réseaux sociaux durant l'entretien ne sera publiée ou diffusée publiquement. Il est possible que des citations soient utilisées dans la rédaction du mémoire de maîtrise qui sera publié par la suite. Votre nom fictif sera utilisé, le cas échéant. Les informations partagées pendant l'entretien sont protégées par le secret professionnel et en aucun cas elles seront dévoilées sauf si la chercheuse a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort (y compris par suicide) ou de blessures graves vous menace vous ou une autre personne ou un groupe de personnes identifiable. L'entretien se déroulant par visioconférence, l'étudiante-chercheuse s'assurera d'être seule dans une pièce fermée où il n'y aurait aucun risque qu'une autre personne n'entende l'entretien. L'étudiante-chercheuse avisera également la participante lorsqu'elle débutera l'enregistrement.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Également, il est libre à vous d'omettre de dévoiler à l'étudiante-chercheuse certains contenus de vos activités en ligne. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Sara Isabelle Hadley verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

- Sara Isabelle Hadley – hadley.sara_isabelle@courrier.uqam.ca
- Sylvie Jochems – 514-207-9396 – jochems.sylvie@uqam.ca

Des questions sur vos droits ?

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE de la Faculté des sciences humaines : cerpe.fsh@uqam.ca ou (514) 987-3000 poste 3642.

Remerciements

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

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction. Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

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

Prénom Nom

Signature

Date

RÉFÉRENCES

- Académie de la transformation numérique. (2021). La famille numérique. <https://transformation-numerique.ulaval.ca/enquetes-et-mesures/la-famille-numerique-2020>
- Allison, S., Warin, M., & Bastiampillai, T. (2014). Anorexia nervosa and social contagion: Clinical implications. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 116-120. <https://doi.org/10.1177/0004867413502092>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnoult, A. (2009, juin). L'anorexie mentale : la représentation d'une déviance féminine dans la presse quotidienne nationale. *Interrogations*, 8.
- Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. *Le sujet dans la cité*, 5(2), 76-84. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.005.0076>
- Atkins, L. (2002, juillet 23). Is't better to be thin and dead than fat and living. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/technology/2002/jul/23/lifeandhealth.medicineandhealth>
- Audet, M. (2004). La gestion de la relève et le choc des générations. *Gestion*, 29(3), 20-26. <https://doi.org/10.3917/riges.293.0020>
- Balleys, C. (2015). *Grandir entre adolescents à l'école et sur Internet*. Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Barak, A., & Grohol, J. (2011). Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196. <https://doi.org/10.1080/15228835.2011.616939>
- Bauman, V. (2007, août 4). 'Wannarexic' girls yearn for eating disorders. *USA Today*. http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-08-04-wannarexic_N.htm
- Bee, H., & Boyd, D. (2012). *Les Âges de la vie* (4^e éd.). ERPI.
- Biron, J.-F., & Bourassa Dansereau, C. (2011). *Les préoccupations et les impacts associés à l'utilisation d'Internet dans les milieux des jeunes d'âge scolaire. Les relations, le temps et le développement. Rapport synthèse*. https://www.csestuaire.qc.ca/sites/default/files/Preoccupations_impacts.pdf
- Bonanséa, M., Monthuy-Blanc, J., Aimé, A., Therme, P., & Maiano, C. (2016). Attitudes et comportements alimentaires inappropriés et caractéristiques psychosociales des sportifs : comparaison entre deux niveaux de pratique sportive. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 39-60. <https://doi.org/10.7202/1040103ar>
- Bourdieu, P. (1980, janvier). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, 2-3.

- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92-105. <https://doi.org/10.7202/009845ar>
- Boyd, D. (2007, mai). Social Network Sites: Public, Private, or What? *Knowledge Tree*, 13.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2014). *Abnormal Psychology* (16^e éd.). Pearson Education, Inc.
- Casilli, A. A. (2013). Le Web des troubles alimentaires. Un nouvel art de jeûner ? *Communications*, 92(1) 111-123. <https://doi.org/10.3917/commu.092.0111>
- Casilli, A. A., & Tubaro, P. (2016). *Le phénomène "pro-ana". Troubles alimentaires et réseaux sociaux*. Presses des Mines.
- Casilli, A. A., Mounier, L., Pallier, F., & Tubaro, P. (2013). *Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de 'pro-ana'. Rapport du projet de recherche ANR ANAMIA "La sociabilité Anamnia : Une approche des troubles alimentaires par les réseaux sociaux en ligne et hors-ligne"*.
- Casilli, A. A., Rouchier, J., & Tubaro, P. (2014). How to Build Consensus in a Health-Oriented Online Community: Modeling a "Pro-Ana" Forum. *Revue française de sociologie*, 55(4), 731-764. <https://doi.org/10.3917/rfs.554.0731>
- Chadi, N., Spinoso-Di Piano, C., Osmanliu, E., Gravel, J., & Drouin, O. (2021). Mental Health - Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(5), 847-850. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.036>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G., & Chartrand, É. (2018, septembre). L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. Université de Montréal: École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM). [http://www.irsipum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pdf](http://www.irsipum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf)
- Chanfrault-Duchet, M.-F. (1987). Le récit de vie : donnée ou texte? *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 11-28. <https://doi.org/10.7202/1002024ar>
- Couturier, Y., & Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 68-79. <https://doi.org/10.7202/009843ar>
- Da Conceição Taborda-Simões, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*, 479(5), 521-534. <https://doi.org/10.3917/bupsy.479.0521>
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. J., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm122>
- Davies, K., & Gray, M. (2015). Mental Health Service Users' Aspirations for Recovery: Examining the Gaps between what Policy Promises and Practice Delivers. *British Journal of Social Work*, 45(1), 45-61. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv089>

- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Delmotte, H. (2015). La minceur à plein régimes. *Les Tribunes de la santé*, 49(4), 55-60. <https://doi.org/10.3917/seve.049.0055>
- Devonshire, C. M. (2011). L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 13(1), 23-55. <https://doi.org/10.3917/acp.013.0023>
- Dorvil, H., & Mayer, R. (2001). *Problèmes sociaux - Tome I. Théories et méthodologies*. Presses de l'Université du Québec.
- Doward, J., & Reilly, T. (2003, août 17). How macabre world of the web offers fresh insight on anorexics. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/news/2003/aug/17/medicineandhealth.society>
- Du Mays, D., & Bordeleau, M. (2015, avril). Les activités sédentaires chez les jeunes: qui les pratique et quelle en est l'évolution depuis 2007 ? *Zoom santé*, 50.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Seuil.
- Durif-Bruckert, C. (2009). Le contrôle du corps nourri : rhétoriques de l'emprise et mouvements de dépossession du sujet. *Connexions*, 92(2), 179-192. <https://doi.org/10.3917/cnx.092.0179>
- Fox, N., Ward, K., & O'Rourke, A. (2005). Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet: an 'anti-recovery' explanatory model of anorexia. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 944-971. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00465.x>
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (4^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Godin, L. (2015). La transformation des figures de la normativité et de l'individualité dans les analyses féministes de l'anorexie comme problème social. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 97-111. <https://doi.org/10.7202/1037681ar>
- Gouvernement du Québec. (2023, Janvier 31). *À propos des troubles mentaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8(2), 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.01.004>
- Holland, K., Dickson, A., & Dickson, A. (2018). 'To the horror of experts': reading beneath scholarship on pro-ana online communities. *Critical Public Health*, 28(5), 522-533. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1382681>
- Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23(1), 133-136. <https://doi.org/10.3917/rdm.023.0133>

- Honneth, A. (2005). Invisibilité : sur l'épistémologie de la "reconnaissance". *Réseaux*, 129-130(1-2), 39-57.
- Hurtubise, Y., & Deslauriers, J.-P. (2003). *Introduction au travail social : Méthodologies et pratiques nord-américaines*. Chronique Sociale.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Laberge, M. (2009). Le récit de vie. *Jeu*, 131(2), 100-105.
- Lachance, J. (2013). *Photos d'ados à l'ère du numérique*. Presses de l'Université de Laval.
- Lahire, B. (2016). L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu. Dans C. Halpern, *Identité(s). L'individu, le groupe, la société* (p. 57-67). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0057>
- Latzo-Toth, G., Pastinelli, M., & Gallant, N. (2017). Usages des médias sociaux et pratiques informationnelles des jeunes Québécois : le cas de Facebook pendant la grève étudiante de 2012. *Recherches sociographiques*, 58(1)43-64. <https://doi.org/10.7202/1039930ar>
- Lavoie, J. (2014). *La pratique de l'action communautaire*. Presses de l'Université du Québec.
- Le Breton, D. (2002). Introduction : Le corps inachevé. Dans D. Le Breton, *Signes d'identité: Tatouages, piercings et autres marques corporelles* (p. 7-13). Éditions Métailié.
- Lester, R. J. (2007). Critical Therapeutics: Cultural Politics and Clinical Reality in Two Eating Disorder Treatment Centers. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(4), 369-387. <https://doi.org/10.1525/maq.2007.21.4.369>
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 243-257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Martuccelli, D. (2009). Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne? Pour quoi, pour qui, comment? *Sociologie et sociétés*, 41(1), 15-33. <https://doi.org/10.7202/037905ar>
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Micheli-Rechtman, V. (2007). La douleur d'avoir faim : l'anorexie. *Le Journal des psychologues*, 246(3), 40-44. <https://doi.org/10.3917/jdp.246.0040>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale: Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Gouvernement du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/42833>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de la prévention en santé*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>
- Molénat, X. (2004). L'anorexie, un fait social. *Sciences Humaines*, 146(2), 33-33. <https://doi.org/10.3917/sh.146.0033>
- Mori, S., & Rouan, G. (2011). Les thérapies narratives. Dans S. Mori, & G. Rouan, *Les thérapies narratives* (p. 57-74). De Boeck Supérieur.
- Murray, M. (2017). Chapitre 5. La recherche narrative. Dans M. Santiago Delefosse, *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 107-130). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0107>
- Nutley, S. K., Falise, A. M., Henderson, R., Apostolou, V., Mathews, C. A., & Striley, C. W. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Disordered Eating Behavior: Qualitative Analysis of Social Media Posts. *JMIR Mental Health*, 8(1). <https://doi.org/10.2196/26011>
- Observatoire canadien sur l'itinérance. (2014). *Meilleures pratiques, pratiques prometteuses et émergentes*. Homeless Hub. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/meilleures-pratiques-pratiques-prometteuses-et-émergentes>
- Otero, M., & Roy, S. (2013). *Quest-ce qu'un problème social aujourd'hui: Repenser la non-conformité*. Presses de l'Université du Québec.
- Phares, V., Steinberg, A. R., & Thompson, J. K. (2004). Gender Differences in Peer and Parental Influences: Body Image Disturbance, Self-Worth, and Psychological Functioning in Preadolescent Children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 421-429. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000037634.18749.20>
- Piron, F. (1993). Être jeune, devenir adulte : analyses et témoignages d'adolescents et adolescentes de Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(2), 107-124. <https://doi.org/10.7202/301229ar>
- Pollack, D. (2003). III. Pro-eating Disorder Websites: What should be the Feminist Response ? *Feminism & Psychology*, 13(2), 246-251. <https://doi.org/10.1177/0959353503013002008>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Renahy, É., Cadot, E., Roustit, C., Parizot, I., & Chauvin, P. (2009). Recherche d'information en santé sur l'Internet : une analyse contextuelle des données SIRS, une cohorte parisienne. *Santé Publique*, 21, 27-40. <https://doi.org/10.3917/spub.098.0027>
- Reuter, Y. (2016). 3. La narration. Dans Y. Reuter, *L'analyse du récit* (p. 40-63). Armand Colin.
- Roberts Strife, S., & Rickard, K. (2011). The Conceptualization of Anorexia: The Pro-Ana Perspective. *Affilia*, 26(2), 213-217. <https://doi.org/10.1177/0886109911405592>

- Rodriguez, L., Corin, E., & Guay, L. (2000). La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement. Dans Y. Lecompte & J. Gagné, *Les ressources alternatives de traitement* (p. 49-94). Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec.
- Rodriguez, N., Safont-Mottay, C., & Prêteur, Y. (2017). L'expression de soi en ligne à l'adolescence : socialisation entre pairs et quête identitaire. *Bulletin de psychologie*, 551(5), 355-368. <https://doi.org/10.3917/bupsy.551.0355>
- Rouer-Saporta, S. (2016). 23. Nouveaux médias et troubles du comportement alimentaire. Dans S. Criquillon, *Anorexie, boulimie : Nouveaux concepts, nouvelles approches* (p. 196-201). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.criqu.2016.01.0196>
- Roy, M. (2019). Les conduites éthiques et le rétablissement: analyse d'une revue de littérature en travail social. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 234-248. <https://doi.org/10.7202/1066111ar>
- Saindon, R., Brassard, V., & Aimé, A. (2019). Le poids de l'intimidation : exploration des expériences et réactions d'adolescentes et d'adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 40(3), 267-289. <https://doi.org/10.7202/1067558ar>
- Schott, N. D., & Langan, D. (2015). Pro-anorexia/bulimia censorship and public service announcements: the price of controlling women. *Media, Culture & Society*, 37(8), 1158-1175. <https://doi.org/10.1177/0163443715591672>
- Scodellaro, C., Shon, J.-L. P., & Legleye, S. (2017). Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie. *Revue française de sociologie*, 58(1), 7-40. <https://doi.org/10.3917/rfs.581.0007>
- Thibault, I., Puzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J., & Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*, 41(1), 379-390. <https://doi.org/10.7202/1040260ar>
- Tisseron, S. (2011). Intimité et extimité. *Communications*, 88(1), 83-91. <https://doi.org/10.3917/commu.088.0083>
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives*, 5, 38-45.
- Turcotte, D., & Deslauriers, J.-P. (2011). *Méthodologie de l'intervention sociale et personnelle*. Les Presses de l'Université Laval.
- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2014). *L'intervention sociale auprès des groupes 3e édition*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Viardot, C., Rizzi, A. T., Lachal, J., & Moro, M. R. (2016). Groupe d'écriture thérapeutique pour patients hospitalisés dans une maison des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 173-208. <https://doi.org/10.3917/psy.591.0173>

- Vinette, S. (2001). Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal éluif. *Reflets*, 7(1), 129-151. <https://doi.org/10.7202/026340ar>
- Voelker, D. K., Reel, J. J., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149-158. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S68344>
- Zeitler, A., & Barbier, J.-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & formation*, 70(2), 107-118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1885>