

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA MISE EN COMMUN DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS COMME RÉSISTANCES AUX
VIOLENCES AUTOUR DU CORPS : INTERVENTION DE GROUPE AVEC DES FEMMES
VIVANT AVEC LES TROUBLES ALIMENTAIRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

AUDREY NOËL

OCTOBRE 2024

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.12-2023). 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

Le long parcours que ce projet implique a été parsemé par de nombreux défis qui en valent certainement la peine. Je me considère privilégiée d'avoir été aussi bien accompagnée tout au long de ce parcours, par plusieurs personnes qui ont marqué mon expérience.

D'abord, je tiens à remercier ma directrice Jade Bourdages-Lafleur et mon directeur Jorge Flores-Aranda pour votre support critique et vos nombreuses lumières qui m'ont permis de voir plus clair tout au long du processus. Merci pour toute la confiance que vous m'avez accordée, du début à la fin, pour la compréhension et la flexibilité que vous avez eues à mon égard. Je me sens reconnaissante d'avoir été accompagnée par votre duo complémentaire dans cette démarche exigeante et rigoureuse.

Un énorme merci à Mathilde Buet, ma superviseuse clinique, pour ton support constant et ô combien pertinent tout au long de mon intervention de groupe. Merci pour nos espaces de discussion, autour d'un bon café, où la réflexivité, les encouragements et de nombreuses réflexions critiques étaient au rendez-vous. Nos rencontres matinales du jeudi m'ont réellement permis d'évoluer dans la réalisation du projet avec le groupe. Merci pour ta contribution importante au projet. Puis, un merci spécial de m'avoir transmis ta passion du groupe, j'en suis reconnaissante pour ma future pratique professionnelle. Merci également à Jérôme Tremblay, coordonnateur clinique de l'organisme ANEB, pour ton accueil chaleureux, ta confiance, quasi inconditionnelle, et ton soutien tout au long du projet de groupe. J'ai énormément apprécié pouvoir bénéficier de ton encadrement, tout en me laissant carte blanche pour mon projet. Ceci voulait dire beaucoup pour moi. Merci à vous deux pour tout le temps que vous m'avez accordé.

Un merci du cœur à ma famille et mes ami·e·s pour votre amour et votre support inconditionnels. Merci ma chère maman pour ta patience hors du commun et pour la persévérance que tu m'as transmise. Merci mon frère pour tes encouragements constants et tes blagues qui permettent de dédramatiser des situations où clairement, je prends ça trop à cœur. Merci Ramon pour toutes tes ondes positives qui m'ont assistée et permis de me sentir moins seule. Merci Léo, mon amour, pour les nombreuses fois où tu as su me motiver et m'aider à garder le cap. Ta présence, depuis le tout

début, m'a apaisée à plusieurs reprises lors des périodes plus difficiles. Un merci spécial à Coralie, Jérémie et Anaïs pour le soutien moral, les outils et conseils tout au long de la maîtrise. Ça a été un plaisir de pouvoir construire ce projet à vos côtés et je suis reconnaissante de notre amitié qui s'est créée. Je tiens également à remercier Michelle, ma tante, pour la formidable révision linguistique du mémoire.

Je ne peux passer sous silence l'importance de l'organisme Thèsez-vous dans l'aboutissement de ce mémoire. Cette communauté m'a permis de briser l'isolement lors des périodes de rédaction intensives et de me motiver pour accomplir ce grand défi que je m'étais donné. Merci pour ces nombreuses tomates.

Enfin, je ne peux déposer ce mémoire sans remercier celles sans qui le projet n'aurait pu exister. Un énorme merci à chacune des femmes qui ont participé au projet. Je tiens à reconnaître votre courage exceptionnel, votre authenticité et votre résilience remarquable. La vulnérabilité qu'elles ont su montrer et l'espoir qui les habite font preuve d'un exemple pour nous toutes. En terminant, je vous remercie d'avoir allumé ma flamme du groupe. Elle n'est pas près de s'éteindre.

DÉDICACE

À toutes les filles en série, dont il est question par Martine Delvaux (2018), qui se tiennent entre domination et subversion, qui vivent la violence et résistent.

AVANT-PROPOS

En tant que jeune femme blanche, vivant dans un corps s'inscrivant dans la « norme », je reconnais mon privilège immérité à l'égard d'un modèle du corps féminin qui prédomine dans notre culture actuelle. Bien que ce privilège soit présent, je me sens épuisée de devoir vivre entourée d'injonctions oppressives et contradictoires. Je ressens également de la colère pour toutes les femmes qui vivent, au quotidien, la violence symbolique qui découle de ces normes corporelles stéréotypées.

Je suis également consciente et en colère que certaines de mes paires vivent et revivent des violences au contact des institutions de santé en raison d'un corps « hors-norme ». Nous assistons actuellement à une croissance de dénonciations de ces violences institutionnelles, toutefois un changement demeure. Est-ce que les expériences de celles qui témoignent de ces violences à l'endroit du corps sont reconnues et considérées? Comment accompagne-t-on ces femmes pour lutter contre ces oppressions?

Le projet qui marque ce mémoire est porté par cette colère et par le désir de résistance qui m'anime. J'ai eu envie de réfléchir collectivement à ces violences auprès de femmes qui en font l'expérience en raison de leurs corps jugés déviants des normes de santé. J'ai surtout été guidée par un désir de résistance commune.

Le travail social de groupe m'apparaît comme un outil formidable pour offrir aux femmes un espace de combat. Enfin, en parlant à ma famille de ce travail d'écriture accompli, on m'a demandé à la blague comme si j'écrivais un roman : « Est-ce que les personnages vivent ou meurent à la fin? » J'étais heureuse et confiante de répondre ceci : « Elles vivent, même qu'elles se battent et résistent ».

Il est à noter que le présent travail a une volonté d'inclusivité dans son écriture et son langage. Pour ce faire, le texte privilégie une rédaction épïcène, c'est-à-dire en adoptant une formulation neutre pour inclure tous les genres. Autrement, celui-ci sera féminisé avec la méthode du point médian pour faire preuve d'une neutralité et d'une visibilité. Enfin, sachez que le féminin l'emporte dans

ce mémoire considérant que la population concernée par le phénomène à l'étude dans ce projet est majoritairement une population féminine.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
AVANT-PROPOS	v
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Les troubles des conduites alimentaires	4
1.1.1 Les différents types	5
1.1.2 Ampleur du phénomène des troubles alimentaires	7
1.1.2.1 Troubles alimentaires et COVID-19	8
1.1.3 Représentation de la population touchée par les troubles de l'alimentation	9
1.1.3.1 Traits de personnalité et prédispositions psychologiques relevés dans la littérature ...	10
1.1.3.2 Portrait fidèle à la réalité?	11
1.2 Les troubles alimentaires dans l'œil des savoirs experts.....	13
1.2.1 Paradigme biomédical.....	14
1.2.1.1 Les causes des troubles des conduites alimentaires	15
1.2.1.2 Les traitements des troubles des conduites alimentaires	17
1.2.1.3 Vulnérabilité individuelle et responsabilisation de l'individu	18
1.2.1.4 Biopouvoir et santéisation.....	20
1.2.1.5 Modèle biomédical et pratiques répressives.....	22
1.2.1.6 Modèle biomédical et pratiques oppressives.....	25
1.2.2 Paradigme socioculturel.....	31
1.2.2.1 Les facteurs de développement des troubles alimentaires.....	31
1.2.2.2 Traiter et prévenir les troubles alimentaires	33
1.2.2.3 Culture stéréotypée et contrôle social du corps féminin	35
1.3 Question de recherche et objectifs.....	36
1.3.1 Question de recherche	36
1.3.2 Objectif général.....	37
1.3.3 Objectifs spécifiques	37

1.4 Pertinence sociale et scientifique.....	38
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	40
2.1 Violence autour des corps féminins.....	40
2.1.1 Définition de la violence	44
2.1.2 Violence institutionnelle	45
2.1.3 Violence symbolique.....	47
2.1.4 Violence structurelle	48
2.2 Corps des femmes comme lieu de résistance	50
2.2.1 Parole et savoirs expérientiels des femmes comme résistance	52
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	55
3.1 Travail social de groupe.....	55
3.1.1 Pratique de groupe dans une perspective d' <i>empowerment</i>	56
3.1.2 Modèle inspiré de l'aide mutuelle.....	59
3.2 Co-construction du projet de groupe	60
3.3 Posture sensible à l'intervention féministe	62
3.4 Méthodologie d'intervention et de recherche	63
3.4.1 Stratégie générale de la démarche.....	63
3.4.2 Participantes ciblées	64
3.4.3 Critères de sélection et modalités de recrutement.....	64
3.4.4 Méthodes d'analyse de l'intervention	65
3.4.5 Considérations éthiques	66
3.4.5.1 Avantages et risques pour les participantes.....	66
3.4.5.2 Moyens pour obtenir le consentement des participantes.....	68
3.4.5.3 Respect de la confidentialité.....	68
3.5 Présentation du milieu d'intervention.....	69
3.5.1 Mission et objectif.....	70
3.5.2 Approches préconisées.....	70
3.5.3 Services offerts.....	71
3.5.4 Structure de l'organisation	71
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	73
4.1 Résumé du projet d'intervention	73
4.2 Déroulement du projet d'intervention	74
4.2.1 Phase de début.....	74
4.2.1.1 Portrait des participantes	75
4.2.2 Phase de travail	79
4.2.2.1 La première rencontre	79
4.2.2.2 Le déroulement des rencontres.....	82
4.2.3 Phase de fin	86
4.2.3.1 La dernière rencontre.....	86

4.2.3.2 Les entretiens post-groupe.....	88
4.3 Thèmes émergents du projet.....	89
4.3.1 Les représentations des troubles alimentaires.....	89
4.3.1.1 Représentations personnelles des troubles alimentaires.....	89
4.3.1.1.1 Famille et trouble alimentaire.....	92
4.3.1.2 Imaginaires sociaux des troubles alimentaires.....	94
4.3.2 Le rapport au corps et à l'alimentation dans la société.....	100
4.3.2.1 Culture de l'alimentation.....	100
4.3.2.2 Culture des diètes.....	103
4.3.2.3 Injonctions culturelles face aux corps des femmes.....	104
4.3.2.4 Culture du bien-être.....	106
4.3.3 Les pratiques de santé et la recherche portant sur les troubles alimentaires.....	108
4.3.3.1 Expériences des femmes au contact des pratiques de santé.....	109
4.3.3.2 Savoirs experts et savoirs expérientiels.....	113
4.4 Conclusion.....	120
CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS : UN PROJET DE GROUPE COMME MODÈLE ALTERNATIF.....	122
5.1 Les connaissances expérientielles et la co-construction comme processus d'explicitation de ces savoirs.....	122
5.1.1 Régimes et troubles alimentaires.....	126
5.1.2 Culture des diètes : le piège.....	127
5.1.3 Culture des diètes : arguments de poids.....	129
5.1.4 Culture des diètes : un « mode de vie sain ».....	129
5.1.5 Régime bien-être : son idéologie.....	131
5.1.6 Culture du bien-être : performer la santé et le bien-être.....	133
5.1.7 Idéologie des diètes et du bien-être : les paradoxes.....	136
5.1.8 Faire l'expérience d'un trouble alimentaire : entre valorisation et dépréciation.....	138
5.1.9 Les services de santé : faire l'expérience de ne pas être « assez dysfonctionnelle ».....	141
5.1.10 Les services de santé : faire l'expérience d'un corps « hors norme ».....	147
5.1.11 Les expériences négatives vécues au contact des pratiques de santé : cas isolé ou problème systémique?.....	152
5.2 La conscientisation et l' <i>empowerment</i> comme stratégies de résistances du corps.....	157
5.2.1 Résister aux paradoxes de la féminité.....	159
5.2.2 S'émanciper de l'idéologie bien-être.....	161
5.2.3 Lutter contre les pratiques de santé reproduisant des violences.....	163
5.3 La communauté d'entraide comme outil de résistances féministes.....	165
5.3.1 Aide mutuelle.....	165
5.3.2 Engagement, sentiment d'appartenance et solidarité.....	168
CONCLUSION.....	172
ANNEXE A AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	182

ANNEXE B GUIDE D'ENTRETIEN PRÉ-GROUPE	183
ANNEXE C GRILLE D'OBSERVATION <i>EMPOWERMENT</i>	188
ANNEXE D GRILLE D'OBSERVATION DES DYNAMIQUES D'AIDE MUTUELLE	189
ANNEXE E GUIDE DE NOTES ÉVOLUTIVES DE GROUPE	191
ANNEXE F GUIDE DE NOTES ÉVOLUTIVES INDIVIDUELLES	192
ANNEXE G GUIDE D'ENTRETIEN POST-GROUPE.....	193
ANNEXE H CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	196
ANNEXE I FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	197
ANNEXE J FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PARTAGE DU MATÉRIEL	204
ANNEXE K FORMULAIRE D'ENTENTE RELATIVE À LA CONFIDENTIALITÉ	205
ANNEXE L CONTRAT DE GROUPE.....	206
ANNEXE M OBJECTIFS DE RENCONTRES.....	207
ANNEXE N FORCES DU GROUPE.....	208
ANNEXE O <i>BRAINSTORMING</i> CIBLE COMMUNE	209
BIBLIOGRAPHIE	210

LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 Représentation personnelle du trouble alimentaire (Léa)	90
Figure 4.2 Représentation personnelle du trouble alimentaire (Violette)	91
Figure 4.3 Représentations sociales des troubles alimentaires (Anne)	94
Figure 4.4 Représentations sociales des troubles alimentaires (Joannie).....	95
Figure 4.5 Représentations sociales des troubles alimentaires (Claire)	97
Figure 4.6 Compréhension des causes associées aux troubles alimentaires	114
Figure 4.7 Pistes de rétablissement des troubles alimentaires	116
Figure 4.8 Conception du rétablissement des troubles alimentaires	119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1 Portrait général des participantes	76
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ANEB : Anorexie et boulimie Québec

APA : American Psychiatric Association

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GMF : Groupe de médecine de famille

GRIPAL : Groupe de recherche sur les imaginaires politiques en Amérique latine

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

IMC : Indice de masse corporelle

NEDA : National Eating Disorders Association

OTSTCFQ : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

PRAXCIT : Pratiques de participation citoyenne dans la recherche et l'action sur les inégalités sociales

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

TCA : Trouble des conduites alimentaires

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

TOC : Trouble obsessionnel-compulsif

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en travail social réalisée à l'Université du Québec à Montréal. Il fait suite à un projet d'intervention de groupe mené auprès de femmes vivant avec les troubles alimentaires. L'organisme Anorexie et boulimie Québec était le milieu d'intervention partenaire à la réalisation de ce projet. L'intervention avait pour but d'offrir un espace de partages des savoirs expérientiels de femmes vivant avec les troubles de l'alimentation sur leurs expériences potentielles de violences vécues au contact des pratiques de santé et face aux représentations stéréotypées du corps féminin. Le projet souhaitait également réfléchir aux stratégies de résistances aux violences mises en place par ces femmes et pouvant être instaurées dans le futur.

Dans ce mémoire, il est question du phénomène des troubles de l'alimentation et du contrôle social et médical sous-jacent aux institutions de santé et aux pressions culturelles ciblant le corps des femmes. Différentes pratiques répressives et oppressives qui marquent ce contrôle sont exposées à la problématique. Le projet est basé sur les concepts de violences pour analyser le contrôle dont il question, puis le concept de résistance est précieux pour concevoir les corps des femmes et leurs savoirs expérientiels. Nous avons donc mené à terme un projet d'intervention en travail social de groupe fondé sur une perspective d'*empowerment* et inspiré du modèle d'aide mutuelle. Le projet de groupe s'est déroulé sur une durée de douze semaines auprès de huit femmes, âgées de 21 ans et plus, touchées par le phénomène des troubles alimentaires et fréquentant ou ayant déjà fréquenté des services de santé ou des ressources d'aide en raison d'un trouble alimentaire. Ce dernier a été co-construit avec les membres, par la mise en place d'une participation démocratique aux prises de décisions concernant la structure et le processus de groupe.

Un retour sur l'expérience du projet permet de mettre en relief les principaux thèmes qui ont émergé du projet, notamment les représentations des troubles alimentaires, le rapport au corps et à l'alimentation dans la société ainsi que les pratiques de santé et la recherche portant sur les troubles alimentaires. Une discussion critique de ces résultats, découlant des expériences communes vécues par les femmes au contact des pratiques de santé et de la culture stéréotypée autour du corps féminin, est par la suite effectuée. L'intervention de groupe réalisée est également analysée.

Une des principales conclusions de ce mémoire a trait à l'importance d'apporter des changements dans les pratiques de santé afin de freiner la reproduction d'une violence à l'endroit des corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires. Puis, la mise en valeur des savoirs expérientiels en travail social de groupe est favorable à l'engagement, à la conscientisation et au pouvoir d'agir personnel et collectif des participantes. Enfin, les témoignages, les dénonciations, les stratégies de résistances et la mise en place d'une communauté d'entraide contribuent à la production d'un savoir alternatif sur le sujet dont il est question dans ce mémoire.

Mots clés : femmes vivant avec les troubles alimentaires, savoirs expérientiels, violences autour du corps, pratiques de santé, représentations stéréotypées du corps féminin, travail social de groupe, co-construction, *empowerment*, aide mutuelle

ABSTRACT

This thesis is part of the Master's degree in Social Work program at the *Université du Québec à Montréal*. It follows a group intervention project conducted with women living with eating disorders. The organization *Anorexie et boulimie Québec* was the intervention partner in the realization of this project. The intervention aimed to provide a space for sharing the experiential knowledge of women living with eating disorders, focusing on their potential experiences of violence encountered in healthcare practices and in response to stereotypical representations of the female body. The project also aimed to explore the strategies of resistance to violence developed by these women and those that could be implemented in the future.

The thesis addresses the phenomenon of eating disorders and the underlying social and medical control within healthcare institutions, as well as the cultural pressures targeting women's bodies. Various repressive and oppressive practices that characterize this control are exposed in the first chapter. The project is based on concepts of violence to analyze the control in question, and the concept of resistance is crucial for understanding women's bodies and their experiential knowledge. We thus carried out a group social work intervention project based on an empowerment perspective and inspired by the mutual aid model. The group project took place over twelve weeks with eight women, aged 21 and older, affected by eating disorders and either currently using or having previously used healthcare services or support resources due to an eating disorder. This project was co-constructed with the participants through democratic involvement in decision-making regarding the group's structure and process.

A review of the project's experience highlights the main themes that emerged, including the representations of eating disorders, the relationship to the body and food in society, as well as health practices and research on eating disorders. A critical discussion of these results, based on the shared experiences of the women in relation to healthcare practices and stereotypical norms of female bodies, is then conducted. The group intervention carried out is also analyzed.

One of the main conclusions of this thesis is the importance of making changes in health practices to curb the perpetuation of violence towards the bodies of women living with eating disorders. Additionally, valuing experiential knowledge in group social work promotes engagement, awareness, and personal and collective empowerment of participants. Finally, testimonies, denunciations, resistance strategies, and the establishment of a mutual support community contribute to the creation of alternative knowledge on the subject discussed in this thesis.

Keywords : women living with eating disorders, experiential knowledge, body-related violence, health practices, stereotypical representations of the female body, group social work, co-construction, empowerment, mutual aid

INTRODUCTION

Dans nos sociétés occidentales contemporaines, toute personne est fortement encouragée à maintenir un poids dit « santé » et à adhérer à des standards corporels exigeants et stéréotypés. Par le biais des fortes pressions médiatiques et normatives entourant l'entretien du corps qui sont exercées sur nous, il ne devient pas rare de surveiller ce que l'on mange, de suivre des régimes amaigrissants ou des diètes de toutes sortes, ou encore de pratiquer l'exercice physique par peur d'engraisser et par désir de correspondre aux normes de beauté, plutôt que par plaisir. Les personnes qui ne répondent pas à ces standards corporels, en raison de leur apparence ou de leurs habitudes de vie, peuvent devenir la cible de répressions, telles que le blâme, la honte, la culpabilité, la stigmatisation ainsi que d'oppressions, telles que la discrimination, le harcèlement et tout type de violence. Les femmes sont d'ailleurs particulièrement confrontées à devoir se soucier de leur apparence physique et à répondre à un idéal de beauté strict et irréaliste. Certaines d'entre elles peuvent recourir à des moyens restrictifs et de surveillance envers leur propre corps, tels que la restriction alimentaire ou la mise en forme par exemple. Ces comportements sont valorisés par notre société, jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme pathologiques. Pensons à celles vivant avec l'anorexie, qui répondent à l'injonction de la minceur, tel qu'il est encouragé, mais d'une manière à dépasser la frontière nébuleuse entre le « sain » et le « malsain ». Pensons également à celles vivant avec la boulimie, qui exercent un contrôle et un perfectionnisme sur leur corps, tel qu'il est valorisé par la culture de performance, mais qui sont étiquetées comme « déviantes » de la norme. Il semble en effet exister un continuum de comportements liés à l'alimentation et au corps, allant de comportements valorisés par les normes sociales relatives à l'apparence du corps féminin à ceux considérés comme pathologiques. Une frontière floue, séparant ces deux types de comportements, est franchie lorsque ceux-ci s'écartent des normes de santé établies par les discours environnants. Cette limite floue entre anormalité et pathologie des corps entraîne des situations paradoxales qui font preuve d'une complexité de notre société actuelle. Ces paradoxes sont susceptibles d'affecter l'estime de soi, la santé mentale et le rapport au corps chez des femmes. Celles qui adoptent des comportements traversant cette limite peuvent être diagnostiquées et considérées en tant qu'anorexiques, boulimiques et autres. Elles sont donc traitées comme des patientes malades et sont stigmatisées socialement par leur déviance aux normes de santé. Ces

femmes, vivant avec les troubles alimentaires, se voient ainsi imposer une étiquette accolée à leur corps.

Dans une société où l'entretien, le contrôle et la surveillance des corps des femmes prédominent, les pratiques de santé qui en découlent renforcent un discours de responsabilisation individuelle, où la maîtrise de soi, de son corps et de ses habitudes de vie est encouragée. Les interventions de santé peuvent ainsi se révéler répressives et oppressives pour les femmes qui s'écartent des normes de santé. Des femmes aux prises avec les troubles alimentaires dénoncent, notamment des méthodes de traitement coercitives, de la grossophobie médicale, l'accumulation de diagnostics erronés ainsi qu'une discrimination aux services d'aide spécialisés. Ces interventions peuvent entraîner une souffrance chez ces femmes ainsi que les sentiments de culpabilité et de honte chez celles-ci.

Dans le cadre de ce projet d'intervention, nous nous penchons plus spécifiquement sur les formes de répression et d'oppression visant les femmes vivant avec les troubles de l'alimentation, qui découlent à la fois des pratiques de santé biomédicales et de la culture stéréotypée autour du corps féminin. Elles fonctionnent comme des dispositifs de contrôle médical et social et sont conceptualisées comme étant des violences autour du corps de ces femmes. Nous interrogeons également les stratégies de résistances à l'égard de ces violences mises en pratique par les femmes qui font l'expérience des troubles alimentaires. La question de recherche qui sous-tend ce projet est la suivante : comment les violences autour du corps reproduites par ces structures sont vécues, perçues et nommées par les femmes vivant avec les troubles alimentaires et comment font-elles usage de stratégies de résistances à l'égard de ces violences? Une intervention de groupe, formée de huit participantes, a ainsi été mise en place afin de favoriser un espace sécuritaire de partages des savoirs expérientiels de ces femmes vivant avec les troubles alimentaires. Il était visé d'explorer les sens que ces femmes donnent à leurs expériences vécues au contact des pratiques de santé et dans un contexte de représentations stéréotypées du corps féminin, les effets de ces expériences et les stratégies de résistances aux violences mises en place par celles-ci. Il était également visé de co-construire ce projet avec les participantes du groupe, de favoriser la conscientisation et l'*empowerment* des femmes et du groupe, puis finalement, de mettre en place une communauté d'entraide entre ces femmes.

Dans ce mémoire, il sera d'abord question de la problématique touchant les femmes vivant avec les troubles de l'alimentation. Le second chapitre fera l'objet du cadre conceptuel qui a orienté l'analyse subséquente au projet de groupe réalisé. Suivra au troisième chapitre la méthodologie d'intervention et de recherche, incluant une présentation du milieu d'intervention partenaire pour la réalisation de ce projet. Au quatrième chapitre, les résultats de cette expérience auprès du groupe de femmes seront présentés ainsi que le déroulement de celle-ci. Finalement, le cinquième et dernier chapitre sera consacré à l'analyse de l'intervention réalisée et à la discussion critique des résultats. Des pistes de réflexion et des recommandations seront proposées à la conclusion du mémoire.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre permettra de présenter les écrits scientifiques en lien avec la problématique de ce mémoire. Tout d'abord, le phénomène des troubles alimentaires sera présenté afin de mieux comprendre l'un des principaux enjeux concernés. Ensuite, il sera question des deux principaux paradigmes traitant des troubles de l'alimentation dans la littérature et dans la pratique, soit les paradigmes biomédical et socioculturel. Nous verrons leur perspective étiologique des troubles de l'alimentation ainsi que les traitements favorisés par ces deux modèles. Des réflexions critiques à l'égard de ces paradigmes seront apportées afin de mettre en lumière l'existence d'un contrôle médical et social des corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires. Finalement, nous présenterons la question de recherche sous-tendant ce projet d'intervention, les objectifs général et spécifiques ainsi que la pertinence sociale et scientifique du projet.

1.1 Les troubles des conduites alimentaires

Il existe différentes définitions et descriptions des troubles des conduites alimentaires (TCA) au sein de la littérature. Il est également possible d'observer des différences dans leurs classifications au fil des éditions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie. Nous utilisons la 5^e édition de ce manuel, soit la plus récente, afin de définir et classer les TCA. Le DSM-5 définit les troubles de l'alimentation comme étant des désordres mentaux caractérisés par une perturbation persistante du comportement alimentaire qui entraîne une altération importante de la santé physique et/ou du fonctionnement social (American Psychiatric Association, 2013). L'organisme ANEB, qui les considère comme étant des désordres complexes, ajoute à la définition précédente une crainte significative de prendre du poids et une préoccupation importante par rapport à l'image corporelle comme caractéristiques (ANEB, 2023a).

Précisons que les services de santé se réfèrent systématiquement aux définitions et aux classifications soumise par le DSM pour diagnostiquer et traiter les troubles du comportement alimentaire chez la patientèle.

Dans cette section du chapitre, les différents troubles alimentaires sont d'abord présentés. Ensuite, l'ampleur du problème est abordée, et finalement, un portrait descriptif de la population touchée par les troubles de l'alimentation est dressé.

1.1.1 Les différents types

Le DSM-5 fait état principalement de l'anorexie mentale, de la boulimie, de l'accès hyperphagique et des troubles des conduites alimentaires non spécifiés. L'anorexie mentale se caractérise par une privation alimentaire, une peur intense de prendre du poids malgré un poids significativement faible, une distorsion de l'image corporelle ainsi qu'une perte de poids importante et rapide à la suite de comportements à risque. Les comportements risqués observés sont les régimes draconiens, les jeûnes, les purges, l'utilisation de laxatifs et l'exercice physique excessif (APA, 2013). Quant à la boulimie, il est également caractérisé par une restriction alimentaire due à des préoccupations et insatisfactions importantes à l'égard de l'image corporelle et du poids. Ce trouble se distingue de l'anorexie mentale par des épisodes récurrents de compulsions alimentaires, se manifestant par une absorption excessive et impulsive d'une grande quantité de nourriture en un court laps de temps et lors de circonstances similaires, accompagnée d'une impression de perte de contrôle sur le comportement alimentaire (APA, 2013). À la suite des compulsions alimentaires, les personnes touchées par la boulimie adoptent des comportements compensatoires pour éviter la prise de poids, tels que les vomissements, la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements), la prise de coupe-faim et brûleurs de graisse, les jeûnes et l'exercice physique excessif. Le trouble de l'accès hyperphagique, qui est nouvellement reconnu comme un trouble alimentaire à part entière dans la cinquième version du DSM, fait maintenant partie des trois principaux TCA (Ziegler *et al.*, 2017). Selon l'APA (2013), ce syndrome se définit par une obsession à l'égard de la nourriture, par des préoccupations et insatisfactions importantes à l'égard de l'image corporelle et du poids ainsi que par des épisodes récurrents de compulsions alimentaires, tout comme pour la boulimie. Ces épisodes de crise sont également accompagnés d'une impression de perte de contrôle sur le comportement alimentaire. Contrairement à la boulimie, l'accès hyperphagique n'est pas caractérisé par des comportements visant à compenser la prise de poids.

La création de la catégorie des « troubles des conduites alimentaires non spécifiés » est également nouvelle dans la cinquième édition du manuel. Ce diagnostic est utilisé pour qualifier toutes les

problématiques ne répondant pas précisément aux critères des troubles alimentaires spécifiques dont il a été question (ANEB, 2023a). Selon le DSM-5, ils ont tous en commun des symptômes cliniques significatifs et des conséquences fonctionnelles.

Il nous apparaît essentiel de présenter deux troubles alimentaires supplémentaires qui sont d'actualité malgré qu'ils ne soient pas répertoriés dans les troubles de l'alimentation du DSM-5. La bigorexie et l'orthorexie font l'objet d'un intérêt accru dans les journaux ainsi que dans la littérature scientifique s'intéressant au domaine des troubles alimentaires.

La dysmorphie musculaire, communément appelée la bigorexie, touche majoritairement les hommes et figure parmi l'un des troubles obsessionnels compulsifs du DSM-5 (APA, 2013). Les écrits s'entendent sur le lien entre la dysmorphie musculaire et les troubles obsessionnels compulsifs (Rodrigue et Bégin, 2020). Plusieurs chercheur·e·s relèvent également de nombreuses similitudes entre la bigorexie et les troubles de l'alimentation, et ainsi, le classifient plutôt dans cette catégorie (Rodrigue et Bégin, 2020). Selon le DSM-5, ce trouble se caractérise par une préoccupation excessive et une obsession vis-à-vis de la musculature du corps, par un ensemble de comportements visant le soulagement de l'obsession à l'égard de la musculature (entraînement physique, conduites alimentaires strictes et prises de substances améliorant la performance) ainsi que par un évitement de différentes situations afin de ne pas exposer son corps. Puis, l'orthorexie, catégorie créée par Steven Bratman, se caractérise par une obsession du « bien-manger ». Dunn et Bratman (2016) proposent des critères diagnostiques de l'orthorexie afin de mieux cerner cette condition médicale en expansion, qui n'est toutefois pas reconnue comme une entité spécifique dans les classifications internationales. L'orthorexie se définit donc par une préoccupation excessive et une obsession face aux choix des aliments considérés comme sains ainsi qu'à la planification, préparation, consommation et utilisation des aliments comme source de santé (Dunn et Bratman, 2016). Selon ces chercheurs, les personnes affectées refusent de consommer des aliments perçus comme malsains ou ressentent un inconfort à cet égard, ou encore peuvent éprouver une peur exagérée de développer une maladie ainsi qu'un sentiment d'anxiété ou de honte lorsqu'elles dérogent de leurs restrictions alimentaires. Enfin, notons que la perte de poids ou la minceur ne sont pas nécessairement les résultats souhaités par les personnes aux prises avec l'orthorexie.

1.1.2 Ampleur du phénomène des troubles alimentaires

Il s'avère dès lors primordial de dresser un portrait statistique du phénomène des troubles alimentaires¹. Il est à noter que les données épidémiologiques peuvent varier au sein de la littérature et peuvent même faire l'objet de débat. Dans son ouvrage, la chercheuse et sociologue Laurence Godin (2016) explique que les données peuvent varier en fonction de divers éléments, tels que les définitions retenues pour les enquêtes ou la disponibilité des services en fonction des régions. Elle invite son lectorat à traiter les données avec prudence. Mentionnons également que la prévalence relève majoritairement les cas diagnostiqués uniquement. Ainsi, ces données peuvent omettre un nombre considérable de personnes touchées par le phénomène n'ayant pas reçu de diagnostic ou ayant reçu un diagnostic erroné.

Le rapport annuel 2019-2020 de l'organisme ANEB présente quelques statistiques qui illustrent l'ampleur du phénomène. Selon ce rapport, environ un million de personnes dans la population canadienne répondent aux critères de diagnostic d'un TCA et au moins 10 % des femmes québécoises âgées de 13 à 30 ans sont aux prises avec un TCA. Les femmes, y compris les adolescentes, sont davantage touchées que les hommes par les troubles de l'alimentation. Selon la cinquième édition du DSM, 90 % des personnes ayant un diagnostic des troubles de l'anorexie et de la boulimie sont des femmes. Toutefois, le rapport annuel d'ANEB de l'année 2021-2022 présente le fait saillant suivant : 10 % des jeunes garçons sont touchés par les TCA, donnée rapportée par le Dr Nicholas Chadi du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Sainte-Justine. Il est à se questionner si le taux de prévalence chez les garçons est en croissance ou plutôt si un intérêt nouveau est porté vers la population masculine. Le récent rapport aborde également le risque de développement des troubles alimentaires chez les athlètes. De plus, la nutritionniste du sport et cofondatrice de *Dare to Fuel Performance*, Alexia de Macar, confie, en entrevue avec *La Presse*, se préoccuper de la haute prévalence des troubles alimentaires dans la communauté sportive au Canada et du fort tabou sous-jacent (Drouin, 2022). Selon elle, les facteurs de risque associés au sport sont élevés puisque les comportements alimentaires déséquilibrés sont normalisés, et donc, elle se donne pour mission d'éduquer et d'outiller les acteur·rice·s du milieu sur le sujet (Drouin,

¹ Les termes troubles des conduites alimentaires (TCA) et troubles du comportement alimentaire sont ceux utilisés sur le plan médical. Cependant, dans le présent mémoire, les termes troubles alimentaires et troubles de l'alimentation sont majoritairement employés afin d'éviter de cibler le comportement individuel comme étant pathologique.

2022). Par ailleurs, il est essentiel de dénoncer le haut taux de prévalence des troubles alimentaires dans la communauté LGBTQIA2+. En 2018, une première enquête nationale aux États-Unis a été menée par *The Trevor Project*, le *National Eating Disorders Association* (NEDA) et le *Reasons Eating Disorders Center* afin de mieux comprendre comment les jeunes de cette communauté sont touchés par le phénomène. Cette enquête, qui comprend un échantillon de 1305 jeunes âgés de 13 à 24 ans s'identifiant à la communauté LGBTQ+, a révélé que 54 % de ces jeunes ont déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles alimentaires (NEDA, 2018). Parmi ces jeunes, 58 % ont témoigné avoir déjà envisagé le suicide. Ajoutons que, selon l'étude, la moitié des jeunes de l'échantillon n'ayant pas reçu de diagnostic suspectent vivre avec un TCA (NEDA, 2018). Enfin, toujours selon le rapport annuel 2019-2020 d'ANEB, les troubles de l'alimentation ont le plus haut taux de mortalité parmi tous les troubles de santé mentale. Il est estimé que 5 à 20 % des Canadien·ne·s souffrant de l'anorexie et n'ayant pas bénéficié de services spécialisés meurent de complications éventuelles reliées au trouble.

1.1.2.1 Troubles alimentaires et COVID-19

Le Dr Howard Steiger, chef du Continuum des troubles de l'alimentation de l'Institut Douglas, soulève, lors d'une entrevue avec Rad, que la pandémie a été terriblement difficile pour les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation à cause de l'isolement de la population (Papillon *et al.*, 2021). Des études scientifiques s'intéressant aux impacts de la pandémie de la COVID-19 sur les personnes aux prises avec un trouble alimentaire démontrent effectivement une augmentation des symptômes du trouble chez ces individus, vivant aux États-Unis et en Europe, au courant de la pandémie (Schlegl *et al.*, 2020; Termorshuizen *et al.*, 2020). Les résultats démontrent une hausse de l'anxiété et des craintes à l'égard du poids et des aliments ainsi qu'une augmentation des recours aux restrictions alimentaires chez la majorité des personnes répondantes (Schlegl *et al.*, 2020; Termorshuizen *et al.*, 2020). Aussi, la plupart des participant·e·s d'une de ces études rapportent une préoccupation importante face à l'impact de la pandémie sur leur santé mentale (Termorshuizen *et al.*, 2020).

Par surcroît, la liste d'attente du programme des TCA de l'Institut Douglas a triplé durant la première année de pandémie, en raison des nombreuses rechutes du trouble et de l'augmentation des nouveaux cas, selon le Dr Steiger (Papillon *et al.*, 2021). Des spécialistes cliniques œuvrant

auprès de la clientèle jeunesse à travers le Québec ont sonné l'alarme face à l'ampleur des troubles alimentaires qui ont fortement touché les adolescentes en temps de pandémie. Notamment, le Dr Olivier Jamouille, chef de la section de la médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine, a relevé que plus de 200 nouveaux cas de TCA ont été traités au CHU Sainte-Justine en un an de pandémie, ce qui correspond à plus du double de cas traités en temps normal (Sauvé, 2021). En mai 2022, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a fait la preuve, en exposant ses données, d'un taux d'hospitalisation qui a augmenté de près de 60 % chez les jeunes femmes de 10 à 17 ans en raison des troubles alimentaires, et ce, de mars 2020 à la publication de ces données (ICIS, 2022).

Selon Steiger et Jamouille, l'anxiété et l'isolement générés par le confinement ajoutent une grande pression, qui peut se traduire par une perte de contrôle chez certaines personnes. Cette perte de contrôle sur plusieurs aspects de la vie quotidienne peut amener celles-ci à adopter des comportements alimentaires à risque dans le but de maintenir un certain contrôle sur leur corps (Papillon, 2021; Sauvé, 2021). Schlegl *et al.* (2020) expliquent également que les pensées et les comportements dysfonctionnels liés à un trouble de l'alimentation peuvent être des stratégies adoptées pour reprendre le contrôle sur les nombreuses circonstances difficiles liées à la pandémie.

En somme, compte tenu de l'attente considérable pour accéder aux services spécialisés en troubles alimentaires dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, il faut reconnaître l'insuffisance des ressources d'aide pour les personnes touchées. Des spécialistes exerçant sur le terrain demandent au gouvernement du Québec de prendre des mesures. Le Dr Jamouille, pour sa part, dénonce le manque de ressources de soutien dans le réseau, telles que les psychologues, psychoéducateur·rice·s et travailleur·euse·s sociaux·ales, et appelle à une augmentation de ces ressources (Sauvé, 2021).

1.1.3 Représentation de la population touchée par les troubles de l'alimentation

Il est constaté que la communauté scientifique porte un intérêt soutenu à la population touchée par les troubles alimentaires. Cette communauté cherche à dresser un portrait de la population d'intérêt, en relevant les traits de personnalité et les prédispositions psychologiques communes à ces personnes. Cette démarche, qui se concentre principalement sur la population féminine en raison

de sa prévalence accrue parmi les cas de troubles alimentaires, se retrouve de manière récurrente dans la littérature scientifique.

1.1.3.1 Traits de personnalité et prédispositions psychologiques relevés dans la littérature

Il est possible de retrouver, à travers les écrits, un ensemble de traits de personnalité communs aux femmes vivant avec un TCA. Trois dispositions individuelles présentes chez les personnes touchées par l'anorexie sont décrites par O'Connor et Esterik (2008). La première est la performance, qui renvoie à l'importance d'exceller devant le regard des autres. La deuxième est celle de la disposition ascétique, soit la volonté de se dépasser en faisant preuve d'autodiscipline et de contrôle de soi. Finalement, la troisième disposition, dite vertueuse, est caractérisée par l'importance de remplir les diverses attentes. Bournival *et al.* (2020) soulèvent des traits de personnalité similaires à ceux relevés par O'Connor et Esterik (2008), notamment le perfectionnisme, une quête d'excellence et de performance orientée vers l'atteinte d'un idéal corporel. De plus, le conformisme, qui s'apparente à la disposition vertueuse, est un trait de personnalité qui se définit par le désir de correspondre à ce qu'on attend de nous. Selon Bournival *et al.* (2020), la plupart des personnes touchées par un TCA valorisent le respect des règles, des normes et des conventions sociales.

La littérature rapporte également des facteurs de prédisposition psychologique chez les femmes développant un trouble alimentaire. Une étude québécoise s'intéressant au lien entre l'estime de soi et les attitudes alimentaires démontre que le groupe de femmes diagnostiquées d'un TCA présente davantage d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles et d'insatisfaction corporelle ainsi qu'une plus faible estime de soi par rapport aux deux autres groupes, soit un groupe de femmes aux prises avec un trouble anxieux et un groupe de femmes ne vivant pas avec un trouble (Bégin *et al.*, 2016). Par ailleurs, une communauté de chercheur·e·s ayant étudié les deux facteurs de prédisposition psychologique suivants, soit l'impulsivité et la compulsivité, s'accorde à dire que les femmes aux prises avec un trouble alimentaire caractérisé par des compulsions alimentaires, comme la boulimie et l'accès hyperphagique, présentent ces deux traits psychologiques (Bournival *et al.*, 2020; Steiger *et al.*, 2003; Ziegler *et al.*, 2017). L'anxiété et le sentiment de perte de contrôle sont également des facteurs psychologiques fréquemment associés aux TCA. Ziegler *et al.* (2017) mettent l'accent sur le sentiment de perte de contrôle et la souffrance marquée lors des

compulsions alimentaires chez les personnes touchées par l'hyperphagie. Quant au Dr Howard Steiger, il exprime, lors de la même entrevue avec Rad, que la personne vivant avec un TCA a perdu le contrôle sur sa propre anxiété, et donc, qu'elle abaisse son état d'anxiété en adoptant divers comportements compulsifs (Papillon *et al.*, 2021). Bournival et al. (2020) affirment également que la prévalence des troubles anxieux est élevée chez les personnes vivant avec l'anorexie et la boulimie.

Ajoutons que les troubles alimentaires sont souvent associés à d'autres troubles psychiatriques, une comorbidité fréquemment abordée dans la littérature scientifique. En premier lieu, des chercheur·e·s ont souvent étudié l'association entre les troubles alimentaires et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Bertrand *et al.* (2011) considèrent les TCA comme des TOC à cause des nombreuses similarités entre les deux troubles psychiatriques. En effet, les obsessions à propos de l'alimentation et du poids entraînent des comportements ritualisés qui peuvent prendre la forme de compulsions, comme dans le TOC (Bertrand *et al.*, 2011; Bournival *et al.*, 2020). En deuxième lieu, plusieurs écrits associent les TCA à des troubles de la personnalité, plus particulièrement au trouble de la personnalité limite et à celui de la personnalité évitante, qui présentent une forte prévalence de comorbidité avec l'anorexie mentale et la boulimie (Martinussen *et al.*, 2017). Finalement, la littérature indique qu'une grande proportion des personnes ayant un diagnostic de trouble alimentaire présentent également un trouble concomitant de dépendance. L'étude scientifique de Bahji *et al.* (2019) démontre que la prévalence cumulée à vie de tout trouble lié à l'utilisation de substances chez les personnes vivant avec les troubles alimentaires est de 25,4 %. Une prévalence plus élevée a été observée dans l'échantillon de femmes exclusivement (Bahji *et al.*, 2019). Le tabac, la caféine et l'alcool étaient les substances les plus fréquemment associées au trouble lié à l'utilisation de substances (Bahji *et al.*, 2019).

1.1.3.2 Portrait fidèle à la réalité?

Le portrait présenté repose sur une expertise scientifique issue des disciplines de la médecine et de la psychiatrie, qui abordent les troubles alimentaires sous un angle individuel et psychopathologique. Dans cette perspective, l'identité des femmes concernées est perçue à travers le prisme de la psychopathologie. Ce portrait, ciblant principalement les femmes, les présente comme souffrant de désordres psychologiques, ce qui a pour effet d'individualiser et de

responsabiliser celles-ci pour leur trouble alimentaire (Malson et Swann, 1999). Cette approche scientifique apparaît marquée par une vision unidisciplinaire. En se fondant uniquement sur la médecine et la psychiatrie, elle dépeint la population touchée par les troubles alimentaires de manière plus négative. En effet, les nombreuses prédispositions individuelles énumérées offrent une image peu valorisante et constituent une sorte de caricature défavorable de ces femmes.

Cette image projetée par la littérature dominante exerce une influence sur nos imaginaires collectifs (Malson, 1997). Toute personne est influencée, à divers degrés, par les discours et les étiquettes qui sont véhiculés dans la société. Dans ce contexte, l'étiquette attribuée aux femmes touchées par les troubles alimentaires est catégorique, rigide et contraignante. Ainsi, ces « prêt-à-penser » reconnaissent peu la diversité des réalités de ces femmes, fournissant des raccourcis erronés et impactant leur expérience subjective du trouble alimentaire (Malson, 1997). Ces stéréotypes influencent également la perception et la compréhension du phénomène chez les gens.

Godin (2016) souligne que le stéréotype de la femme anorexique blanche, brillante et provenant d'un milieu aisé persiste dans le temps. Bien que les troubles de l'alimentation soient encore souvent associés à ces caractéristiques, cette persistance est en partie due aux représentations ancrées dans nos imaginaires. Elle est également due à la sous-utilisation des services de santé par les populations racisées, défavorisées et marginalisées. Les femmes correspondant à ce stéréotype sont souvent celles qui reçoivent un diagnostic et un traitement, tandis que celles issues de groupes minoritaires peuvent ne pas accéder aux soins en raison de l'inclusion limitée, des incongruences culturelles, des barrières financières et organisationnelles, du manque de connaissance des ressources disponibles et de la crainte de stigmatisation ou de discrimination (Cachelin *et al.*, 2001; Cheung et Snowden, 1990). Cette réalité explique, notamment un taux de prévalence des troubles de l'alimentation sous-estimé chez les femmes issues de ces populations (Cachelin *et al.*, 2001; Gilbert, 2003). La Dre Leanna Isserlin, directrice en psychiatrie du programme des troubles alimentaires d'un centre de santé et de recherche en pédiatrie à Ottawa, croit également à une sous-représentation de la réalité des jeunes touchés par les troubles alimentaires (ICIS, 2022). Elle explique que l'accès aux soins de santé visant le rétablissement des troubles alimentaires est limité pour de nombreux jeunes vivant dans les quartiers défavorisés ou les collectivités marginalisées, ce qui contribue à leur absence dans les données (ICIS, 2022). Un autre facteur expliquant cette sous-représentation est la présence de biais cliniques ou de stéréotypes raciaux, qui peuvent nuire

à la détection des troubles de l'alimentation chez les femmes issues des communautés ethniques (Cachelin *et al.*, 2001; Gilbert, 2003). Cheung et Snowden (1990) dénoncent que les biais dans les procédures diagnostiques sont répandus en santé mentale chez les communautés issues de la diversité culturelle et insistent sur la nécessité pour la communauté médicale d'acquérir une meilleure compréhension des différences culturelles dans l'expression des symptômes psychopathologiques. De cette manière, ce biais au niveau du diagnostic influence à son tour la sous-représentation de ces femmes et constitue un obstacle au traitement du trouble avec lequel elles vivent (Cachelin *et al.*, 2001; Gilbert, 2003).

Pour conclure, la représentation stéréotypée, dont il est ici question, peut donc avoir un impact sur le portrait épidémiologique des troubles alimentaires, sur la recherche portant sur ce domaine et sur l'intervention auprès de la population féminine touchée par les troubles de l'alimentation.

1.2 Les troubles alimentaires dans l'œil des savoirs experts

Maintenant que nous avons pris connaissance comment la littérature représente les femmes vivant avec les troubles alimentaires, nous nous pencherons sur la façon dont ceux-ci sont abordés dans la recherche et traités dans la pratique. Il existe une pluralité de débats théoriques issus de différents discours scientifiques et académiques sur le sujet des troubles de l'alimentation dans la littérature. Ces débats résultent d'un besoin de faire sens de ce phénomène, surtout en s'intéressant aux causes de celui-ci. Différentes causes et explications de ce trouble psychiatrique, soutenues par des paradigmes, ressortent des écrits sur le domaine d'expertise. Les paradigmes, étant des modèles de pensées découlant de disciplines scientifiques (Lacourse, 2018), influencent l'intervention auprès de la population touchée. De cette manière, divers traitements et interventions sont préconisés dans la pratique en fonction des théories et des approches issues des différents modèles de pensées.

Dans cette deuxième section du chapitre, les deux principaux paradigmes dans la recherche et dans la pratique sur le sujet des troubles de l'alimentation sont présentés. Nous allons, d'abord, décrire la vision respective des deux modèles sur les causes et les traitements de ces troubles, pour ensuite, examiner leurs implications et impacts sur les femmes touchées par le phénomène.

1.2.1 Paradigme biomédical

En Occident, le modèle biomédical est le plus dominant dans l'étude de toutes les maladies, et ce, depuis le 20^e siècle (Lacourse, 2018; Plourde, 2021). Ce paradigme repose sur l'observation objective des faits de la maladie et s'intéresse à ses causes et aux traitements possibles en fonction de ses origines biologiques (Lacourse, 2018; Plourde, 2021).

Rappelons que dans les domaines médicaux, et plus spécifiquement en psychiatrie, la nosographie des troubles alimentaires est étroitement liée au processus de diagnostic. En effet, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, soit le manuel psychiatrique, regroupe l'ensemble des désordres mentaux classifiés et catégorisés sous forme de critères diagnostiques. Le DSM est le principal outil utilisé par les chercheur·e·s et les clinicien·ne·s pour révéler la présence de conduites alimentaires pathologiques, pour rendre compte de l'existence d'un trouble de l'alimentation et, finalement, pour diagnostiquer le trouble chez la personne concernée. Le professeur de psychiatrie Maurice Corcos (2015) invite son lectorat à se méfier du DSM qui préconise des règles de prêt-à-penser et des traitements adaptatifs, remplace la réflexion clinique par la classification, substitue la personne par la pathologie et le sujet par la nomenclature. De son côté, la professeure et femme de lettres Martine Delvaux (1998), qui se penche sur les femmes psychiatisées dans son ouvrage, soutient que les cas sont en grande partie fabriqués par l'institution psychiatrique qui accumule des énoncés et crée, par le biais de ses mots, une entité crédible et compréhensible de la maladie. Elle souligne que : « le psychiatre détient un certain nombre de types, portraits robots de « fous » dont il a le devoir de trouver les représentants humains » (Delvaux, 1998, p. 15). Par ailleurs, certaines critiques soulignent l'ethnocentrisme des définitions biomédicales des troubles des conduites alimentaires dans le manuel de référence. Les travaux de Sing Lee (2001), psychiatre travaillant au département de psychiatrie de l'Université de Hong Kong, démontrent que la peur de prendre du poids (*fat phobia*) et l'obsession de la minceur ne sont pas toujours aussi centrales chez les femmes touchées par les troubles alimentaires, contrairement à ce que les définitions psychiatriques du DSM suggèrent. Le psychiatre parle ainsi d'une nosographie occidentale qui contraint le travail diagnostique et épidémiologique à des définitions qui sont canoniques et ethnocentriques (Lee, 2001). Il semble donc que le DSM fasse également l'objet de critiques.

Delvaux (1998) soutient que les connaissances issues du discours psychiatrique se répandent, exercent un certain pouvoir sur le quotidien et imprègnent la culture populaire. Il est vrai que les savoirs experts agissent fortement sur la manière dont nous nous représentons les choses et façonnent les expériences individuelles. Tel qu'il a été soulevé à la première section du chapitre, l'autorité sur la question des troubles de l'alimentation influence directement la compréhension collective du phénomène et l'expérience subjective des personnes concernées (Malson, 1997). Cette autorité tend à homogénéiser les troubles alimentaires en les réduisant à une seule maladie, produisant ainsi des connaissances considérées universelles, ce qui peut avoir pour effet de minimiser, voire d'ignorer, la diversité des expériences vécues par les femmes (Malson, 1997).

À présent, nous proposons un aperçu des connaissances issues du paradigme biomédical sur les troubles alimentaires, en portant une attention particulière à leurs causes et traitements. Ensuite, nous examinons, sous un angle critique, les implications du modèle biomédical dans notre société ainsi que ses effets sur les personnes touchées par le phénomène.

1.2.1.1 Les causes des troubles des conduites alimentaires

La perspective biomédicale considère l'existence de différents facteurs prédisposants aux troubles de l'alimentation. D'abord, le discours médical reconnaît que les facteurs culturels jouent un rôle prépondérant dans l'apparition d'un trouble alimentaire, mais dans un contexte où ils sont associés à des éléments de fragilité biologique, génétique, psychologique ou familiale chez l'individu (Godin, 2016; Pépin *et al.*, 2004).

Concernant la biologie et la génétique, plusieurs spécialistes se penchent sur la neuropsychiatrie ou l'épigénétique afin d'augmenter les connaissances sur la physiopathologie des troubles de l'alimentation. Ces modèles cherchent à expliquer la relation entre l'environnement et les gènes, l'ADN, l'hérédité, l'activité neuronale, le système immunitaire, le métabolisme, le microbiote et les facteurs nutritionnels (Himmerich, 2019; Steiger et Booij, 2020; Winchester et Collier, 2003). Sans élaborer sur ces modèles, il est possible de s'attarder sur quelques types de recherches où la vulnérabilité génétique fait l'objet d'étude. Par exemple, certaines recherches associent les troubles alimentaires aux régions du cerveau et aux gènes impliqués dans la réponse au stress et dans la régulation des interactions et des émotions, telles que la régulation du poids et de l'appétit

(Himmerich, 2019; Winchester et Collier, 2003). D'autres se penchent sur la relation entre les hormones féminines et les TCA en démontrant qu'une sensibilité exagérée du cerveau à l'augmentation des taux d'œstrogènes pendant la puberté aurait un effet sur le développement des troubles de l'alimentation (Winchester et Collier, 2003). Une récente étude, menée par le Dr Steiger et la Dre Booij (2020), fait la démonstration que les prédispositions génétiques ainsi que les modifications épigénétiques qui surviennent au cours de la gestation, de l'enfance et tout au long de la vie sont un risque de développement des TCA. Notamment, le stress vécu par la mère durant la grossesse peut entraîner des altérations dans la méthylation de l'ADN du fœtus, qui prédisposent celui-ci à des problèmes d'adaptation au stress et à des troubles de l'alimentation (Steiger et Booij, 2020).

Le modèle biomédical cherche également à rendre compte des traits de personnalité anorexique, boulimique et hyperphagique, tel qu'il a été vu à la première section du chapitre, ce qui fait sens de l'élément de fragilité psychologique (Godin, 2016). L'insatisfaction corporelle, la faible estime de soi, le perfectionnisme, le besoin de performance, le conformisme, le désir de contrôle, l'impulsivité, la compulsivité et l'anxiété sont les principaux éléments de fragilité psychologique qui sont ressortis des écrits. Selon Pépin *et al.* (2004), le rôle de ces facteurs individuels est non négligeable dans le développement d'un trouble de l'alimentation.

Puis, les facteurs familiaux sont couramment étudiés dans la recherche sur l'étiologie des troubles alimentaires. De nouveau selon Pépin *et al.* (2004), les problèmes d'alcool, de drogue, de violence ainsi que les abus sexuels dans la famille sont des facteurs familiaux qui augmentent le risque de développement d'un trouble alimentaire. Soulevons que dans le chapitre de Dion *et al.* (2020), plusieurs études révèlent que les troubles de l'alimentation figurent parmi les manifestations comportementales résultant d'une maltraitance vécue durant l'enfance. La maltraitance inclut diverses formes d'abus, telles que l'agression, l'exploitation sexuelle, les violences physiques et émotionnelles, la négligence ainsi que l'exposition à la violence conjugale (Dion *et al.*, 2020).

Quant à l'étiologie culturelle des troubles alimentaires, nous y viendrons plus loin dans ce chapitre, lorsque nous aborderons le modèle socioculturel. Enfin, mentionnons que l'expérience globale d'un trouble alimentaire ne se limite pas aux facteurs prédisposants, puisque ceux-ci interagissent

avec les facteurs précipitants et perpétuants qui contribue au maintien du trouble (Pépin *et al.*, 2004).

1.2.1.2 Les traitements des troubles des conduites alimentaires

Maintenant que les divers facteurs de risque contribuant au développement des troubles alimentaires ont été explorés, nous nous pencherons sur les traitements privilégiés au Québec par le modèle biomédical. Il convient de préciser que ce modèle s'inscrit dans une démarche visant les soins, le traitement et le rétablissement. La prise en charge médicale débute par un diagnostic, quel que soit le trouble, suivi d'une évaluation médicale globale, qui inclut une évaluation clinique, psychique, nutritionnelle ainsi qu'une évaluation de la dynamique familiale et sociale (Stheneur et Taddeo, 2020). Ces multiples évaluations demandent du temps et de l'expertise, car de nombreux critères sont à évaluer par les spécialistes, tels que les antécédents familiaux, l'histoire de la maladie, les rituels entourant l'alimentation et les restrictions, les comportements compensatoires, l'autocritique face au trouble et la motivation au changement (Stheneur et Taddeo, 2020). Ajoutons que dans une approche biomédicale, l'examen clinique évalue l'état de dénutrition de la patiente en considérant son poids, sa taille et son indice de masse corporelle (IMC) afin de répondre à son objectif central dans le traitement des TCA, soit le rétablissement de l'état nutritionnel.

Pour ce faire, les traitements proposés diffèrent en fonction de la situation de la patiente et de la sévérité du trouble alimentaire. Ces traitements nécessitent la collaboration d'une équipe interdisciplinaire compte tenu de la complexité des troubles de l'alimentation et de leurs différentes composantes à considérer (Pépin *et al.*, 2004; Stheneur et Taddeo, 2020; Thibault *et al.*, 2017). Dans certains cas nécessitant des traitements intensifs, l'hospitalisation peut s'avérer impérative. Autrement, les traitements sont offerts dans les hôpitaux de jour ou les services en externe, également appelés le suivi ambulatoire. Les principales approches mobilisées pour traiter les personnes vivant avec les troubles alimentaires sont les suivantes : la thérapie cognitive-comportementale (TCC), la psychoéducation et la thérapie centrée sur la famille.

La TCC est l'approche la plus utilisée pour traiter divers troubles psychiatriques, dont les TCA. La thérapie considère les symptômes des troubles alimentaires comme étant des comportements motivés par des croyances erronées, aussi appelées distorsions cognitives, entourant le poids,

l'apparence ou l'alimentation (MacDonald, 2020; Pépin *et al.*, 2004). Par conséquent, cette approche vise à corriger les distorsions cognitives de la personne en l'amenant à reconnaître son mode de pensée dichotomique et en modifiant ses schémas de pensée (MacDonald, 2020; Pépin *et al.*, 2004). Elle vise également à modifier les comportements alimentaires inappropriés, à diminuer les comportements compensatoires et à identifier des manières alternatives et saines pour gérer les impulsions et compulsions, et ce, dans le but de restaurer un poids acceptable pour la patiente en fonction de son IMC (MacDonald, 2020; Pépin *et al.*, 2004). La psychoéducation, quant à elle, a pour objectif d'éduquer les personnes concernées et de les informer sur les troubles de l'alimentation, leurs causes et leurs conséquences (Pépin *et al.*, 2004; Thibault *et al.*, 2017). Elle cherche à ce que la personne puisse mettre en pratique différentes stratégies d'adaptation lors des périodes de crise (Pépin *et al.*, 2004). Finalement, la thérapie centrée sur la famille s'avère être l'approche privilégiée auprès des jeunes touchées par les troubles alimentaires. Cette thérapie repose sur la croyance que la famille constitue un agent de changement important dans le traitement du trouble alimentaire et peut être déterminante dans la rémission de celui-ci (Thibault *et al.*, 2017). De cette manière, les parents forment une équipe avec les spécialistes œuvrant auprès de leurs enfants dans le but d'agir sur la réalimentation et sur les comportements problématiques relatifs au trouble (Thibault *et al.*, 2017). Les établissements hospitaliers au Québec, tels que le CHU Sainte-Justine et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, adoptent ces approches dans leurs traitements.

1.2.1.3 Vulnérabilité individuelle et responsabilisation de l'individu

Les causes évoquées précédemment possèdent une bonne acceptabilité dans la communauté scientifique. De même, les thérapies décrites sont reconnues pour leur efficacité dans le traitement des troubles alimentaires. Cependant, il semble pertinent de s'interroger quant à leurs répercussions sur des personnes concernées.

L'étiologie qui est défendue par le paradigme préconise une vision du TCA centrée sur la personne et sa famille, sans prendre en considération l'implication des structures et des systèmes présents dans nos sociétés. En effet, le modèle biomédical perçoit le trouble alimentaire comme un problème personnel découlant d'une vulnérabilité individuelle, qu'elle soit biologique, psychologique ou familiale (Godin, 2016; Macsween, 1993; Malson et Swann, 1999). Par conséquent, en adoptant

cette perspective individualiste et psychologisante, ce modèle tend à pathologiser la souffrance dont ces personnes font l'expérience (Malson et Swann, 1999). Bien que l'influence des facteurs culturels dans le développement des troubles alimentaires soit reconnue, le paradigme néglige les dimensions étiologiques d'ordre structurel, politique et discursif (Godin, 2016; Malson et Swann, 1999). Cela aboutit à une vision simplifiée et réductrice d'un phénomène aussi complexe que les troubles de l'alimentation (Godin, 2016; Malson et Swann, 1999).

Les thérapies, quant à elles, visent le rétablissement de la personne en la considérant comme malade, devant modifier ses pensées et ses comportements. La guérison passe principalement par le rétablissement de son état nutritionnel, impliquant ainsi une modification de son corps. Dans l'ouvrage d'Anne Plourde (2021), la chercheuse élabore sur la conception de la santé qui prédomine dans nos sociétés capitalistes, une conception issue du modèle biomédical, qui se concentre sur les causes individuelles de la maladie et propose des solutions sur les soins médicaux destinés aux individus. Les solutions aux problèmes de santé, qui sont principalement d'ordre médical, ciblent les dysfonctions individuelles et le changement de comportements individuels (Pirie, 2016; Plourde, 2021). De cette manière, les traitements visent à la fois l'amélioration de la santé des patientes diagnostiquées d'un TCA et un changement chez celles-ci, afin qu'elles reprennent le contrôle sur elles-mêmes ainsi que sur leurs corps. D'une part, en focalisant sur les dysfonctions individuelles et familiales, cette perspective responsabilise les femmes concernant leur souffrance et leur fait porter la responsabilité de dynamiques sur lesquelles elles ont pourtant peu de contrôle, ce qui entraîne la culpabilisation (Godin, 2016). D'autre part, en ayant pour objectif le changement de comportements dits individuels, ce paradigme encourage la maîtrise et le contrôle de soi, de son corps et de ses habitudes de vie, ce qui tend vers un discours de responsabilisation individuelle (Godin, 2016; Lacourse, 2018; Pirie, 2016; Plourde, 2021; Poliquin, 2015). Ce discours à l'égard de la santé est intériorisé par les individus qui doivent s'autonomiser et prendre les mesures nécessaires pour demeurer « fonctionnels » à tous les niveaux dans notre société (Poliquin, 2015). Cette responsabilisation personnelle passe également par les injonctions d'autosurveillance et d'autorégulation de sa propre santé et des comportements liés à celle-ci (Pirie, 2016; Poliquin, 2015). Ainsi, cela a un impact direct sur les femmes qui font l'expérience des troubles de l'alimentation. Enfin, cette logique d'auto-responsabilisation des personnes à l'égard de leur santé néglige la remise en question des déterminants sociaux, politiques et économiques de la santé et du

bien-être des individus et des collectivités (Lacourse, 2018; Poliquin, 2015). Il nous apparaît donc important de tenir compte des autres dimensions du phénomène et de promouvoir un travail interdisciplinaire qui ne serait pas strictement centré sur le corps de la personne, spécifiquement son poids.

1.2.1.4 Biopouvoir et santéisation

Le paradigme biomédical, basé sur des valeurs, connaissances et compétences spécifiques, est fondé sur un pouvoir à la fois économique, politique et idéologique (Plourde, 2021). Ce pouvoir, omniprésent dans les pratiques de santé, est véhiculé tant par les organisations de santé que par le corps professionnel. Kendall et Hugman (2016) soulèvent que ce pouvoir peut entraîner une dévalorisation des connaissances et des expériences des femmes vivant avec un trouble alimentaire ainsi qu'une faible valorisation de la participation, de l'*empowerment* et de l'autodétermination de ces femmes. Cette autorité peut également influencer leur réponse aux traitements et leur capacité à faire confiance aux membres de l'équipe (Kendall et Hugman, 2016).

Des auteur·rice·s parlent de l'exercice d'un biopouvoir et d'une biopolitique qui s'inscrivent dans le paradigme biomédical. Le biopouvoir, formulé par Michel Foucault (1976) dans son ouvrage *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*, désigne la régulation et la normalisation des corps individuels par une surveillance médicale et de la santé publique, exercée par l'État et ses institutions, telles que les écoles, les autorités et les hôpitaux. Cette surveillance agit ainsi de manière diffuse sur les populations dans une volonté d'établir un contrôle social (Foucault, 1976). Selon Lacourse (2018), le contrôle social a pour but d'assurer une conformité aux normes sociales chez les individus. Le corps étant à la fois un lieu privilégié d'exercice du pouvoir et un objet de gouvernement, une série d'interventions et de contrôles régulateurs s'opèrent à leur égard comme une biopolitique sur les communautés (Foucault, 1976).

Le biopouvoir se manifeste, notamment par le phénomène de la santéisation et par le discours de responsabilisation individuelle. Dans l'ouvrage de Lacourse (2018), le concept de santéisation est défini comme étant une morale médicale définissant les bons comportements à adopter pour être en santé. Le sociologue Pierre Aïach (2006), qui a effectué plusieurs travaux sur la question de la santéisation, soulève que la conception de la santé comme un parfait bien-être physique, mental et

social fait maintenant partie intégrante de nos vies. Il souligne également que la normalité se traduit maintenant en termes de santé. Spécifions que la santé est associée à un corps bien précis dans nos imaginaires collectifs, soit celui qui est mince, en forme et jeune (Bordo, 2003; Hesse-Biber, 1996). Elle est perçue à la fois comme un choix individuel et une obligation morale, ce qui rend les individus responsables de leur état de santé (Aïach, 2006; Poliquin, 2015). Le concept de santéisation est donc lié aux injonctions d'autosurveillance et d'autorégulation, renforçant un discours de responsabilisation (Pirie, 2016; Poliquin, 2015). Dans le même ordre d'idées, la professeure Geneviève Rail (2016) analyse le bien-être comme un impératif découlant de la biopolitique, également perçu comme un choix individuel et une injonction morale (Rail, 2016). Cette idéologie de la santé et du bien-être se déploie comme un outil de surveillance et de contrôle social, contribuant à la régularisation des personnes considérées comme non conformes (Aïach, 2006; Rail, 2016).

Pour illustrer cette idée, Rail (2016) critique la construction sociale du biocitoyen et son antagoniste, le bio-Autre, tous deux produits par la biopolitique. Le biocitoyen incarne le bien-être à travers ses actions d'autosurveillance et d'autorégulation ainsi que par son apparence physique, sa jeunesse, sa joie de vivre et sa productivité. Tandis que le bio-Autre est celui qui n'incarne pas le bien-être, par ses habitudes de vie, son apparence physique ou son état psychologique. En résumé, les bio-Autres sont les « irresponsables », celles et ceux qui ont des comportements « à risque » et qui manquent de volonté ou de jugement moral (Rail, 2016). En ce sens, les femmes touchées par les troubles de l'alimentation peuvent être vues comme des bio-Autres, en raison de leurs comportements alimentaires « problématiques » ou leurs corps « hors normes ». Il est vrai que le corps est un prétexte pour justifier des différences de rapports au monde, surtout si ces corps sont socialement stigmatisés, réflexion empruntée au sociologue et professeur David Le Breton (2012). Il est intéressant de souligner que le corps stigmatisé, étant le miroir d'une projection symbolique et morale, se distingue des autres corps de la population générale (Le Breton, 2012). Nous pouvons ici faire le lien aux corps des biocitoyen·ne·s.

Les femmes bio-Autres deviennent donc la cible de répressions et d'oppressions qui découlent de cette gouvernance des corps. Elles peuvent être la cible du *victim blaming*, qui consiste à présupposer que la personne est responsable de ses comportements « problématiques », et ainsi, qu'elle choisit délibérément de s'exposer aux risques associés (Lacourse, 2018). Elles peuvent

également devenir la cible de stéréotypes négatifs à leur sujet, ce qui entraîne la stigmatisation (Pirie, 2016; Rail, 2016). Elles sont soumises à des injonctions visant à les rendre autonomes (Aïach, 2006; Pirie, 2016; Poliquin, 2015) et à les convertir en biocitoyennes (Rail, 2016). Ces différentes répressions peuvent entraîner les sentiments de honte et de culpabilité chez ces femmes. Rail (2016) dénonce la coercition exercée à l'égard des bio-Autres, se manifestant par la marginalisation, le blâme public, la discrimination, l'abjection, le harcèlement et la violence. En somme, la biopolitique de notre société vise la surveillance, la régularisation et le contrôle social des populations jugées non conformes, telles que la population des femmes touchées par les troubles alimentaires.

Nous explorerons maintenant plus concrètement comment le paradigme biomédical et son biopouvoir interviennent sur les corps des femmes faisant l'expérience des troubles alimentaires. Nous approfondirons comment différentes formes répressives et oppressives se manifestent dans les pratiques de santé et nous incorporerons des récits et témoignages de femmes vivant ou ayant vécu l'expérience d'un trouble de l'alimentation. Une diversité d'expériences uniques, situées et incarnées sera présentée, tirée de divers écrits autobiographiques et ethnographiques.

1.2.1.5 Modèle biomédical et pratiques répressives

Il a été précédemment établi que le modèle biomédical, ainsi que ses savoirs experts, influencent grandement l'imaginaire collectif sur divers phénomènes sociaux, dont les troubles de l'alimentation, laissant peu de place aux compréhensions et aux expériences alternatives (Malson, 1997). Une vision réductrice du phénomène conduit à des raccourcis qui, à leur tour, entraînent de fausses croyances et des stéréotypes à l'égard des personnes faisant l'expérience des troubles alimentaires. Les stéréotypes tendent à minimiser la complexité des troubles alimentaires et enferment les personnes touchées dans des catégories rigides, réduisant ainsi leurs expériences à des caricatures. Voyons l'exemple d'Estelle, tiré de l'ouvrage ethnographique de l'anthropologue Warin (2010), *Abject Relations: Everyday Worlds of Anorexia*. Estelle, participante à cette recherche ethnographique et touchée par l'anorexie mentale, rapporte se sentir « *outside anorexic* », une impression renforcée par des commentaires de ses pairs et par les comportements des infirmières. En raison de sa conformité au programme de traitement de l'hôpital psychiatrique où elle était hospitalisée, Estelle a été perçue et étiquetée comme atypique et non représentative de

celles aux prises avec le trouble de l'anorexie. Cette étiquette a ainsi provoqué un jugement et une forme d'exclusion sociale à son égard. Dans son témoignage, Estelle rapporte ceci :

“I was there eating all my meals and stuff and, like trying to be really good and the nurses were coming in my room and searching for food because they wouldn't believe me – they thought there was something up.” Because of her compliance, she was also challenged by other inpatients with anorexia. “You're not really an anorexic” they taunted. [...] “Well, what the fuck am I then? If I'm not a real anorexic and not a real, normal person, what am I? Why should I be a real anorexic anyway?” Estelle was simultaneously placed and identified (by psychiatry) and displaced and reidentified (by other patients) (Warin, 2010, p.72).

Cet extrait met en lumière la critique que formule la professeure Lourdes Rodriguez del Barrio (2000) à propos de l'étiquette liée à un diagnostic et des stéréotypes qui y sont associés. Elle souligne que : « d'être étiqueté [...] comporte le risque de se voir confiner, face à soi-même et aux autres, dans une identité qui ferme l'avenir » (Rodriguez del Barrio, 2000, p.189). En effet, les stéréotypes entourant les personnes vivant avec un trouble alimentaire mènent à une stigmatisation, les faisant apparaître comme déviantes des normes sociales. La stigmatisation a tendance à réduire les individus à leur trouble de santé mentale, en assimilant leur comportements au seul prisme de la maladie. Cela exerce une pression répressive sur ces personnes, en multipliant les obstacles auxquels elles doivent faire face. Pensons aux mythes véhiculés dans la société concernant les femmes aux prises avec les troubles alimentaires, mythes qui sont eux-mêmes des manifestations de cette stigmatisation. L'un des mythes pouvant être nuisible pour ces femmes est celui qui associe de façon simpliste la minceur aux troubles alimentaires (ANEB, 2019-2020). Aussi, un autre préjugé courant est que les personnes concernées n'ont qu'à manger pour guérir (ANEB, 2019-2020). Ces croyances erronées peuvent occasionner des obstacles à divers niveaux, le processus de diagnostic, de traitement et de rétablissement des personnes touchées.

Il est également vrai que des femmes vivant avec les troubles de l'alimentation dénoncent des interventions de santé qui « surveillent et punissent » leurs gestes et leurs comportements. En effet, la régulation, la surveillance et la punition caractérisent certaines pratiques de santé auprès des populations aux prises avec des enjeux de santé mentale. À cet égard, la thérapie cognitive-comportementale, qui constitue le traitement le plus répandu pour les TCA, repose sur des mesures de contrôle, telles que le suivi du poids et de l'IMC, la régulation des comportements alimentaires,

la surveillance médicale ainsi que la discipline stricte (Holmes et Murray, 2012; Kendall, 2014). Holmes et Murray (2012) ont consacré un intérêt particulier aux plans de modification comportementale en milieu psychiatrique, en invitant à une réflexion éthique et politique sur cette stratégie thérapeutique. Ces programmes d'intervention, basés sur des récompenses et des renforcements en réponse à des comportements souhaités chez les patientes, s'inscrivent directement dans une approche cognitive-comportementale (Holmes et Murray, 2012; Kendall, 2014). Ces pratiques sont perçues comme paternalistes et infantilisantes, en s'adonnant à punir les comportements non conformes aux attentes (Holmes et Murray, 2012). Dans son ouvrage autobiographique, Marie-Claire (2010), vivant avec l'anorexie, partage son expérience personnelle en institution psychiatrique. L'un des passages de son ouvrage illustre ces mécanismes. Marie-Claire (2010) décrit les termes de son contrat médical, précisant les récompenses liées à la prise de poids. Par exemple, après avoir pris 2 kg, elle obtenait le droit de manger avec les autres patientes et de faire de courtes randonnées. En revanche, si elle perdait à nouveau du poids par rapport à celui de son admission, elle voyait tous ses privilèges révoqués et était transférée dans une autre institution avec des conditions plus strictes. Holmes et Murray (2012) qualifient ces pratiques de répressives et punitives, ce que le témoignage de Marie-Claire (2010) met en évidence en révélant la souffrance causée par ces mesures coercitives :

Pendant deux jours, je suis restée clouée au lit, dans cette pièce aux baies vitrées, sous une étroite surveillance. [...] On m'a retiré toutes mes affaires personnelles que l'on a mises dans un grand sac, m'affublant d'une simple chemise blanche d'hôpital en guise de vêtement. Je n'ai plus droit à rien. [...] C'est l'isolement total. Aucun contact avec l'extérieur. [...] Je suis enfermée à clef. Je confie ma détresse à l'une des infirmières qui me réplique : « Mais vous avez failli mourir! Vous êtes là pour prendre conscience de votre état! Vous êtes complètement anémiée, vous faites peur! » (p.62).

Le témoignage de Gordon Hendricks, père de Jennifer, une femme décédée à la suite des retombées du trouble de l'anorexie mentale, apporte un éclairage supplémentaire sur les conditions répressives dans les institutions psychiatriques. Dans l'ouvrage de Jennifer Hendricks (2003), son père relate le parcours de sa fille en milieu psychiatrique. L'institution où Jennifer était soignée, perçue par son père comme une forme de captivité, ne permettait aucun privilège ni activité extérieure tant que le poids exigé par le plan de traitement n'était pas atteint (Hendricks, 2003). De plus, Jennifer ne recevait aucune information sur son progrès avant d'avoir atteint le seuil fixé (Hendricks, 2003). Les patientes se retrouvent ainsi sous l'emprise d'un pouvoir psychiatrique disciplinaire, leurs

corps devenant l'objet de technologies de régulation et de surveillance (Foucault, 1976; Holmes et Murray, 2012). Ces stratégies d'intervention visent à corriger les comportements « déviants » et à conformer les corps « hors normes » aux attentes sociales (Foucault, 1976; Holmes et Murray, 2012 ; Otero, 2017).

Ces pratiques répressives peuvent induire les sentiments de honte et de culpabilité chez les femmes qui font l'expérience d'un trouble de l'alimentation. Pour Marie-Claire (2010), la culpabilité est alimentée par le personnel médical, comme en témoigne cet extrait de son livre :

« Puisque vous ne voulez pas manger, on va vous nourrir. » [...] Les mots sont importants. Ils reflètent la pensée de l'autre. Le médecin ne m'a pas dit : « Puisque vous ne pouvez pas manger... », il a dit « puisque vous ne VOULEZ pas manger... » Toujours cette culpabilité qui m'est renvoyée! (p.62)

Les femmes concernées peuvent être tenues pour responsable de leur trouble, mais aussi de leur souffrance et de leur rétablissement. La honte et la culpabilité, en plus de nuire à l'estime de soi et à l'autodétermination, peuvent également rendre difficile la demande d'aide, que ce soit auprès des proches ou des ressources de santé. Ces facteurs constituent un obstacle au rétablissement d'un trouble alimentaire. Le père de Jennifer en témoigne, soulignant que l'institution Perretons, où sa fille était soignée, a contribué à détruire son estime de soi plutôt qu'à la reconstruire, tout en exacerbant sa dépression

Nous comprenons maintenant plus concrètement les pratiques répressives inhérentes au modèle biomédical, qui exercent un contrôle sur les corps des femmes aux prises avec un trouble de l'alimentation. Il devient dès lors pertinent d'explorer les interventions de santé qui, dans ce contexte, peuvent se révéler oppressives auprès des femmes touchées par ce phénomène.

1.2.1.6 Modèle biomédical et pratiques oppressives

Comme il a été soulevé, les individus stigmatisés, pour leurs comportements « déviants » des normes de la société ou pour leurs corps « hors normes », subissent des formes de coercition (Rail, 2016). Selon la professeure, cette coercition vise à contraindre ces individus à prendre part à la biocitoyenneté. Sous diverses formes, la coercition fait usage d'un pouvoir qui agit de manière

oppressive à l'égard des personnes marginalisées, dont des femmes vivant avec les troubles alimentaires qui dénoncent les oppressions vécues dans le cadre des interventions de santé.

Une des premières formes d'oppression à noter est la discrimination au sein du système de santé, qui touche un nombre important de femmes souhaitant bénéficier des services spécialisés destinés au traitement des troubles alimentaires. Comme il a été vu précédemment, celles qui ne correspondent pas aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les TCA peuvent se retrouver exclues de ces services. Cette discrimination est illustrée dans le récit autobiographique de VéroniKaH (2014), qui retrace son parcours de vie marqué par l'anorexie. L'autrice témoigne ceci :

Selon la constatation des spécialistes de l'hôpital psychiatrique, j'étais guérie car mon poids avait atteint un chiffre acceptable. [...] Les cinq mois d'hospitalisation m'avaient uniquement permis de prendre du poids et d'acquérir une apparence acceptable. [...] L'hôpital n'avait pu traiter en moi, de façon appropriée, le côté psychologique et émotionnel de la maladie. (p.81).

Dans la situation de VéroniKaH, il apparaît que la discrimination repose principalement sur l'apparence, et plus précisément sur le poids, perçu comme le critère déterminant du rétablissement. Cette focalisation sur le poids semble se faire au détriment de la détresse psychologique sous-jacente à son trouble alimentaire. Bref, la discrimination d'un traitement sur la base du poids ou de la taille est une forme d'oppression qui apparaît récurrente dans le système de santé actuel.

Cette discrimination, qui touche particulièrement les personnes grosses², est étroitement liée au concept de la grossophobie. Nous ferons ici appel à deux militantes clés pour mieux comprendre la grossophobie et plus spécifiquement, la grossophobie médicale. Dans son essai, l'autrice Gabrielle Lisa Collard (2021) caractérise la grossophobie par le fait de croire qu'une personne grosse soit paresseuse, de la juger lorsqu'elle mange en public ou encore par l'action d'insulter cette personne dans la rue à cause de son poids, de la discriminer à l'emploi ou même de lui donner des conseils non sollicités sur la perte de poids. C'est donc de dire que la grossophobie :

² Dans le présent mémoire, le terme « gros-se » est employé dans une visée de réappropriation d'un mot qui se veut initialement descriptif et moralement neutre.

englobe tous les préjugés négatifs à l'endroit des personnes considérées comme grosses, ou plus grosses que ce que dictent les standards de beauté, ainsi que toutes les manifestations de ces préjugés-là (Collard, 2021, p.26).

Dans son livre *Grosse et puis? Connaître et combattre la grossophobie* (2020), Edith Bernier, autrice et militante contre la grossophobie, qualifie ce phénomène comme une forme de microagression et distingue différentes formes de grossophobie dans la société. Elle compare, par exemple, la grossophobie évidente à celle structurelle. La première associe les personnes grosses à des stéréotypes négatifs comme la paresse ou la malbouffe et les exclut des représentations positives dans les médias, publicités et toutes autres plateformes de divertissement (Bernier, 2020). Quant à la grossophobie structurelle, elle se manifeste par la discrimination systémique, comme l'inadéquation des infrastructures publiques pour les corps dépassant un certain poids ou une certaine taille (Bernier, 2020). Attardons-nous maintenant à la grossophobie médicale, puisque comme il a été souligné par Collard (2021), la santé est : « l'une des sphères de la vie où la discrimination et la violence grossophobe sont les plus virulentes, mais aussi les plus dangereuses. » (p.64). La grossophobie médicale inclut, entre autres, le refus de traitement ou de tests en raison du poids, l'exclusion de diagnostics en raison du poids, l'ignorance de symptômes graves attribués uniquement au poids, l'association de tous les problèmes de santé au poids, ou encore la prescription de régimes comme seule solution de santé (Bernier, 2020; Collard, 2021). Il est important de se pencher sur cette oppression car un nombre considérable de femmes vivant avec les troubles alimentaires rapportent des expériences de grossophobie médicale. Des témoignages ont été collectés par ANEB dans le cadre de la publication d'un bulletin images en 2019, portant sur le thème de la grossophobie. Voici le témoignage d'Émilie à propos de la grossophobie médicale :

J'ai vécu plusieurs instances de grossophobie, mais celui qui m'a marqué le plus sévèrement est le suivant. J'avais 11 ans et j'étais chez mon docteur pour un examen annuel. La puberté m'a frappée très tôt. Mon docteur m'a dit que si je ne perdais pas de poids, jamais personne ne m'aimerait. Ma mère était dans la salle avec moi. En ne disant rien, elle était furtivement en accord avec ces mots. Depuis (j'ai maintenant 25 ans), je reste en bataille constante avec mon trouble alimentaire.

Des expériences comme celles-ci sont quasi universelles chez les femmes grosses selon Collard (2021). En plus, le rapport annuel 2021-2022 d'ANEB fait la démonstration d'une méconnaissance

du trouble de l'accès hyperphagique dans le milieu médical. Le rapport souligne que bien que ce trouble soit le plus prévalent, il passe inaperçu auprès d'un nombre considérable de professionnel-le-s de la santé, ce qui empêche un diagnostic et un traitement approprié. En résumé, la grossophobie médicale découle d'une ignorance et de préjugés sur les corps gros, mais aussi d'une volonté de contrôle social exercé par la communauté médicale. Cette forme d'oppression entraîne une prestation de soins de moins bonne qualité, des consultations médicales traumatisantes, une difficulté d'accès à l'accessibilité aux services essentiels et un risque pour la santé des personnes concernées (Bernier, 2020; Collard, 2021). Ces pratiques discriminatoires dans le milieu médical soulèvent de graves enjeux qui nécessitent une attention urgente.

Par ailleurs, nous ne pouvons passer outre les méthodes de traitements coercitives encore largement utilisées dans le système médical auprès des personnes touchées par les troubles alimentaires. Au même titre que les traitements imposés ou encore les traitements contraints, ces méthodes s'avèrent être des pratiques considérées comme controversées à cause des enjeux éthiques soulevés. Nous examinerons ici les deux formes les plus répandues de traitements coercitifs dans les interventions de santé.

En premier lieu, la détention en centre hospitalier, surnommée l'enfermement par certain-e-s auteur-ric-e-s, consiste à forcer l'hospitalisation d'une personne en raison de la gravité du trouble et des risques qu'il représente pour sa vie. Dans ce contexte, il n'est pas rare que le corps médical impose l'alimentation par sonde pour rétablir un équilibre nutritionnel chez la personne concernée (Matusek et Wright, 2010; Tury *et al.*, 2019). Marie-Claire (2010) partage, dans son récit, son expérience négative de ce traitement :

Je suis dans une pièce blanche, sans rien d'autre qu'un lit et un robinet dans le fond. [...] Sur les quatre murs, deux d'entre eux sont des baies vitrées afin de pouvoir m'observer à chaque instant. [...] On me pose la sonde gastrique tant redoutée... condamnée à n'avoir que des bouteilles de nutrition comme seule nourriture. Rien par voie orale! (p.62).

Pour Marie-Claire (2010), la sonde représente les chaînes du prisonnier. L'enfermement en milieu hospitalier représente un moment de perte de pouvoir pour les femmes, où une multitude de restrictions et de privations caractérisent le séjour, et où le personnel médical se donne le pouvoir

dans la prise de décisions concernant celles-ci (Rodriguez del Barrio, 2000). David Le Breton (2012) décrit ce type d'enfermement comme un long rituel d'impuissance, de privation et de dégradation. Isolées du monde extérieur et privées de leurs proches, de leur sexualité, de leur emploi du temps et de leurs loisirs, ces femmes détenues en milieu hospitalier se retrouvent dépouillées et dépossédées d'elles-mêmes (Le Breton, 2012). Selon le sociologue et professeur, « l'enfermement du corps implique de perdre l'autonomie de son existence » (Le Breton, 2012, p.11). En ce sens, l'hospitalisation forcée peut constituer une forme d'oppression pour les femmes gravement touchées par les troubles alimentaires.

En deuxième lieu, le « pseudo-contrat » représente une autre méthode coercitive bien ancrée dans les pratiques médicales. Il s'agit d'une entente écrite qui définit les obligations des patientes et du personnel médical, ces dernières étant souvent forcées de le signer (Kendall, 2014; Tury *et al.*, 2019). Le « pseudo-contrat » est utilisé à des fins de gestion et de négociation des refus et des résistances aux traitements (Matusek et Wright, 2010). Il vise donc à inciter les patientes à se conformer aux interventions biomédicales à travers une forme de coercition informelle (Kendall, 2014).

Les méthodes de traitements coercitives utilisées auprès de la population aux prises avec les troubles de l'alimentation soulèvent des enjeux éthiques au niveau médical, nutritionnel et psychologique (Kendall, 2014; Matusek et Wright, 2010; Tury *et al.*, 2019). Les notions de compétence et d'autonomie dans la prise de décisions et dans le consentement aux soins ne sont pas forcément prises en compte par le milieu médical. En effet, la responsabilité de protéger la vie semble prendre le pas sur ces valeurs lorsque la personne est perçue comme présentant un danger pour elle-même ou autrui (Matusek et Wright, 2010). Des chercheur·e·s s'interrogent sur la légitimité de la communauté médicale à exercer ce pouvoir d'autant que la notion de compétence chez cette population est controversée. Par exemple, si une personne ne reconnaît pas la gravité de son trouble, peut-on automatiquement la considérer incompétente pour décider de ses soins? Cette non-reconnaissance doit-elle nécessairement mener à une perte d'autonomie dans les décisions qui la concernent? Matusek et Wright (2010) rappellent que le principe de l'autonomie accorde le droit aux personnes de faire des choix éclairés sur les traitements sans coercition ni influence indue. En outre, cette même littérature met en lumière une controverse quant aux bénéfices des traitements coercitifs à court terme et à leurs effets à long terme. D'une part, les traitements contraints peuvent

être efficaces à court terme, et ainsi, prolonger la vie de personnes gravement affectées par un trouble de l'alimentation (Matusek et Wright, 2010). D'autre part, ils peuvent être destructeurs à long terme en provoquant une résistance chez ces mêmes personnes (Kendall, 2014; Matusek et Wright, 2010). La perte d'autonomie ressentie par les patientes peut compromettre le rétablissement et la qualité de l'alliance thérapeutique avec les professionnel-le-s de la santé (Kendall, 2014; Matusek et Wright, 2010).

Ces interventions coercitives, ancrées dans une logique de conformité sociale, révèlent un caractère répressif et oppressif vis-à-vis des corps des femmes touchées par les troubles de l'alimentation. Les pratiques biomédicales, exercées par des experts, fonctionnent comme un moyen de gouvernementalité du corps, visant à normaliser et uniformiser les corps (Foucault, 1976). Ces pratiques sont perçues comme répressives et oppressives à l'égard de celles dont les cognitions et les corps, considérés comme « pathologiques », s'écartent des normes établies (Otero, 2017).

Il est essentiel de reconnaître que certaines femmes sont plus durement réprimées et opprimées par le système médical en raison de leur position sociale. Le concept de l'intersectionnalité permet de mieux comprendre comment les expériences d'oppression se croisent, notamment en fonction de la race, du genre, de l'origine ethnoculturelle ou de la classe (Crenshaw, 1991). Collard (2021) soulève que le système médical est biaisé contre les personnes minoritaires, y compris les femmes, les personnes grosses, autochtones, noires et de couleur ou issues de minorités sexuelles et de genre. Ce biais influence les soins prodigués, la stigmatisation et la discrimination et la violence subie par ces groupes (Collard, 2021). Cela dit, celles qui dévient de la normalité par des cognitions et des corps « pathologiques », en plus d'être hors norme par leur position sociale, sont plus à risque d'être réprimées et opprimées par ce système dominant.

En terminant, le contrôle médical exercé sur les femmes touchées par les troubles de l'alimentation, à travers des pratiques répressives et oppressives, a des conséquences sur elles, leurs corps, leurs expériences au contact des interventions de santé et le rétablissement du trouble. Poursuivons, à présent, par une présentation du second paradigme qui prédomine dans la recherche et la pratique concernant les troubles de l'alimentation, soit le modèle socioculturel.

1.2.2 Paradigme socioculturel

Le modèle socioculturel ne remet pas en question le modèle biomédical. Il se penche sur les facteurs complémentaires dans l'étiologie et la compréhension du phénomène des troubles alimentaires et propose des interventions alternatives. Le paradigme socioculturel examine les influences sociales et culturelles sur le comportement humain, les attitudes, les croyances, les normes et les pratiques (Scott et Palincsar, 2013). Les influences sont nombreuses et proviennent de divers niveaux, tels que la famille, la classe sociale, l'ethnie, l'éducation, les valeurs sociétales et les politiques en place (Scott et Palincsar, 2013).

Dans cette section du mémoire, nous nous intéressons d'abord à la manière dont les facteurs sociaux et culturels participent au développement des troubles de l'alimentation chez la population féminine. Puis, nous souhaitons explorer comment ce modèle peut contribuer au rétablissement des troubles alimentaires et à les prévenir dans la société. Enfin, nous abordons comment la culture stéréotypée autour du corps féminin exerce une influence marquée sur la population féminine, plus spécifiquement celle touchée par les troubles alimentaires.

1.2.2.1 Les facteurs de développement des troubles alimentaires

Vivre dans le contexte culturel occidental contemporain implique de naviguer entre deux phénomènes contradictoires : d'une part, l'abondance alimentaire et, d'autre part, des critères de beauté rigides.

Le sociologue et anthropologue Jean-Pierre Poulain (2017) explore la question de l'abondance alimentaire dans son ouvrage *Sociologies de l'alimentation* (2017) en examinant ses effets sociaux. D'un côté, une autonomie accrue est accordée au mangeur qui se doit de prendre des décisions quotidiennes sur son alimentation (Poulain, 2017). De l'autre, l'abondance de la nourriture entraîne la multiplication des discours alimentaires, parfois contradictoires, générant des injonctions paradoxales qui influencent la population (Poulain, 2017). Le discours diététique, par exemple, prône une alimentation équilibrée et influence la santé publique. Cependant, Poulain (2017) souligne les contradictions internes à ce discours, exacerbées par la multiplication des régimes alimentaires promus, comme le dénonce Christy Harrison (2021), diététicienne spécialisée dans les troubles alimentaires et fervente anti-régime, qui critique la confusion qu'ils créent autour des

habitudes alimentaires saines. En parallèle, puisque la santé est mise en avant-plan à tous les niveaux dans la société, celle-ci dicte les aliments à consommer afin d'être en « santé » et dans la normalité (Aïach, 2006). Spécifions de nouveau que l'idéal de santé est associé à un corps mince, jeune et en forme (Bordo, 2003; Hesse-Biber, 1996). Cette médicalisation de l'alimentation peut encourager des comportements restrictifs sous le couvert de la science, tout en légitimant la stigmatisation des personnes catégorisées obèses (Poulain, 2017).

La tension entre cette abondance et les injonctions crée un environnement contraignant, où les individus, en particulier les femmes, peuvent adopter des comportements restrictifs ou compulsifs pour contrôler leur apparence. Il est vrai que les standards de beauté occidentaux sont contraignants, en plus d'être inaccessibles (Bordo, 2003). Ils promeuvent la minceur, la jeunesse, la santé et la forme physique (Bordo, 2003; Hesse-Biber, 1996). Ces normes, qui sont véhiculées par les différents médias, tels que la télévision, les publicités et les réseaux sociaux, définissent ce qui est considéré comme un corps désirable et « normal ». Il devient difficile de ne pas intérioriser ces normes de beauté, particulièrement pour les jeunes femmes, et de ne pas les appliquer à soi-même ainsi qu'à ses paires. Une étude exploratoire, s'intéressant aux liens entre l'utilisation de *Instagram* et les symptômes des troubles alimentaires, révèle un lien entre la fréquence d'utilisation de *Instagram*, l'insatisfaction corporelle et la recherche de minceur (Melioli *et al.*, 2018).

L'idéal de beauté est également accompagné des représentations sociales suivantes : féminité, succès, performance, discipline, maîtrise de soi et volonté (Godin, 2016; Hesse-Biber, 1996). Le statut social dépend fortement de la conformité de l'apparence aux normes et puis l'acceptation et la réussite dépendent principalement du corps. En effet, la silhouette d'une personne est devenue un indice de sa valeur personnelle selon Rail (2016) et Harrison (2021). Les femmes aux prises avec un TCA sont d'ailleurs souvent perçues comme incarnant des valeurs normatives valorisées par la société occidentale contemporaine : la discipline, la compétition et le contrôle de soi (Godin, 2016). La chercheuse et professeure en travail social Helen Gremillion (2001) considère même que les corps anorexiques sont construits par le discours culturel actuel portant sur les corps féminins. Elle soutient que ces corps, façonnés par une culture stéréotypée, sont ancrés dans des idéaux normalisés et genrés entourant la diète, la forme physique et la silhouette corporelle. De plus, cette culture stéréotypée entourant l'apparence du corps féminin encourage les femmes à douter de leurs corps et à chercher à le modifier pour échapper aux imperfections (Bordo, 1993). Harrison (2021)

souligne également que la société normalise et valorise les complexes corporels et le désir de modifier son corps. Ainsi, l'adhésion et l'internalisation de l'idéal de beauté féminine dont il est ici question contribuent à la prévalence des troubles alimentaires (Bordo, 2003; Godin, 2016; Harrison, 2021).

Le modèle socioculturel met en avant les facteurs précipitants des troubles alimentaires. Nous jugeons pertinent de nous attarder brièvement aux deux principaux facteurs précipitants : l'insatisfaction corporelle et la pression à la minceur internalisée. Lorsque les femmes tendent à se comparer négativement au modèle de minceur et aux standards de beauté stéréotypés, un sentiment d'échec et une insatisfaction corporelle sont générés (Stice et Shaw, 2002). Puis, la pression à la minceur internalisée rend les femmes plus susceptibles de développer une préoccupation envers le poids (Stice et Shaw, 2002). Cette insatisfaction corporelle et les préoccupations concernant le poids sont déterminantes dans la mise en pratique d'un régime quelconque. Ces femmes sont effectivement à risque de tenter de contrôler leur poids et leur apparence corporelle en s'imposant des restrictions de toutes sortes (Stice et Shaw, 2002). Les restrictions peuvent être associées à une souffrance et conduire à des compulsions alimentaires (Stice et Shaw, 2002). Le cycle de restriction-compulsion et la mise en place de moyens complémentaires visant le contrôle du poids apparaissent donc comme des facteurs de risque élevés au développement des troubles alimentaires. Enfin, Harrison (2021) dénonce l'omniprésence de la culture des diètes qui encourage et valorise la pratique de régimes sous une quête de santé, de forme physique et de bien-être, sans se soucier des effets nuisibles sur la santé physique et mentale des personnes.

En somme, le modèle socioculturel permet de mettre en lumière les différentes implications du contexte occidental contemporain dans l'apparition des troubles de l'alimentation chez les femmes. Nous verrons maintenant les interventions préconisées par le paradigme socioculturel pour traiter et prévenir le phénomène.

1.2.2.2 Traiter et prévenir les troubles alimentaires

En plus des soins médicaux offerts à la population touchée par les TCA, tel qu'il a été vu précédemment, plusieurs organismes au Québec jouent un rôle central dans la prévention sociale

des troubles alimentaires. Ces organismes adoptent une approche psychoéducatrice et d'entraide, tout en prenant en compte les facteurs socioculturels pour prévenir et traiter ces troubles.

Ces ressources proposent des groupes de soutien où les personnes participantes peuvent échanger et se soutenir mutuellement. Ces groupes abordent une diversité de thèmes reliés aux enjeux socioculturels. Les organismes ANEB et la Maison l'Éclaircie offrent des groupes de soutien qui explorent les sujets suivants : l'image corporelle, l'estime de soi, les relations interpersonnelles et familiales, les émotions, la culpabilité, l'influence de l'environnement et les messages véhiculés par les médias. De plus, l'organisme Arrimage Estrie offre, notamment à la même clientèle des groupes de soutien spécifiquement sur l'acceptation de soi et du corps. Ces services, complémentaires aux soins de santé, contribuent au rétablissement des personnes vivant avec les troubles alimentaires.

En matière de prévention, plusieurs programmes ont vu le jour ces dernières années, visant à informer le grand public, notamment les jeunes, sur l'insatisfaction corporelle, la grossophobie et les troubles alimentaires. Cette intervention en amont, qui passe, notamment par des conférences en milieu scolaires, des campagnes de sensibilisation et des kiosques d'information lors de congrès, promeuvent une réflexion critique sur ces questions. Par exemple, ANEB propose des conférences sur l'influence des normes sociales sur l'image corporelle et l'utilisation saine des réseaux sociaux. La prévention passe également par la promotion de la diversité corporelle et la lutte contre la grossophobie. Ces deux stratégies sont déployées à l'aide de blogues et balados, d'outils et de matériel de sensibilisation et des campagnes. Des initiatives comme la campagne annuelle « Le poids? Sans commentaire! », orchestrée par l'organisme ÉquiLibre, invitent la population à prendre conscience des conséquences que peuvent engendrer les compliments sur le poids.

Les principaux organismes impliqués dans ces efforts préventifs incluent ANEB, Maison l'Éclaircie, Éki-Lib Santé Côte-Nord, Arrimage Estrie, ÉquiLibre, Grossophobie.ca et la Coalition québécoise sur la problématique du poids. Ensemble, ils contribuent à ralentir la progression des troubles alimentaires en promouvant la diversité corporelle et en luttant contre la grossophobie, au bénéfice de toute la société.

1.2.2.3 Culture stéréotypée et contrôle social du corps féminin

Afin de compléter cette section du chapitre, il est essentiel d'aborder la question du contrôle social qui sous-tend la culture stéréotypée entourant le corps féminin dans notre société.

D'une part, nous avons vu la prédominance d'un idéal de beauté féminin, principalement blanc et mince, reflétant des normes esthétiques occidentales. Cet idéal de beauté influence les imaginaires à propos du corps féminin. Ces représentations exercent une pression sur les femmes qui se sentent contraintes d'adopter des pratiques nocives pour leur santé physique et mentale (Harrison, 2021; Hesse-Biber, 1996). Ces pratiques sont souvent encouragées par une industrie du corps de la femme qui s'inscrit dans un système capitaliste contemporain (Hesse-Biber *et al.*, 2006). Ces chercheuses dénoncent l'existence d'un marché lucratif axé sur la perte de poids, les régimes, la mise en forme et l'esthétique (Hesse-Biber *et al.*, 2006). Ainsi, la culture stéréotypée du corps féminin ne se limite pas à un idéal de minceur, elle constitue également une forme de contrôle social, dictant aux femmes comment gérer leurs corps, leur esprit, leur temps, leur énergie et leur argent (Harrison, 2021; Hesse-Biber *et al.*, 2006). En outre, elle est répressive en proscrivant la diversité corporelle et en imposant des standards rigides. À travers ce processus, le biopouvoir contrôle socialement par la surveillance, la régulation et l'uniformisation des corps féminins (Foucault, 1976). Ce contrôle social se manifeste, entre autres, par les paradoxes de la beauté féminine, identifiés par Chiara Piazzesi (2023), chercheuse et professeure en sociologie. Notre intérêt est ici porté vers deux de ces paradoxes, soit le paradoxe de la valeur et celui de l'authenticité. Le premier renvoie à la valeur accordée à l'apparence en opposition à la superficialité (Piazzesi, 2023). Les femmes se doivent donc d'accorder un intérêt (esprit, corps, temps, énergie et argent) aux normes de beauté, mais sans paraître superficielles. Quant au paradoxe de l'authenticité, il se manifeste par la contradiction suivante : les femmes doivent se conformer aux normes de beauté inatteignables tout en faisant preuve d'authenticité. Bref, cet idéal de beauté féminin stéréotypé semble fonctionner comme un mécanisme de contrôle social et de biopouvoir visant la conformité aux normes sociales (Foucault, 1976).

D'autre part, ce même modèle de beauté exclut un grand nombre de corps féminins, en particulier ceux qui ne correspondent pas aux standards stéréotypés. Harrison (2021) souligne que les personnes grosses, en situation de handicap et racisées sont systématiquement marginalisées. En

ce sens, les normes de beauté occidentales, présentées comme universelles, sont en réalité racistes et excluantes. Pour reprendre la notion d'intersectionnalité (Crenshaw, 1991), les femmes se trouvant aux diverses intersections, notamment liées au poids, à la race, à l'origine ethnoculturelle et au capacitisme, peuvent vivre davantage l'oppression de cette culture stéréotypée du corps. Ces mêmes femmes, qui vivent avec les troubles alimentaires, peuvent également être davantage à risque de faire l'expérience de discrimination sociale et médicale ainsi que des autres formes de violence abordées dans ce chapitre.

Pour conclure cette section du chapitre, le modèle de beauté stéréotypé perpétue un contrôle social par l'assujettissement des femmes à des normes rigides et uniformisées. En les réduisant à une quête universelle d'un idéal esthétique (Godin, 2016), il limite leur capacité à s'émanciper de ces normes.

Nous avons donc vu qu'un contrôle social et médical des corps féminins touchés par le phénomène découle de la culture stéréotypée du corps et des pratiques de santé. Différentes formes de répression et d'oppression qui marquent ce contrôle ont été exposées au fil de la problématique. Ces éléments nous amènent à présent à nous prononcer sur la question de recherche et les objectifs qui ont guidé le projet d'intervention et de recherche, pour ensuite, présenter la pertinence sociale et scientifique du projet d'intervention.

1.3 Question de recherche et objectifs

Maintenant que le portrait de la problématique est dégagé, cette section vise à présenter la question de recherche qui motive le présent projet ainsi que les objectifs général et spécifiques sous-tendant celui-ci.

1.3.1 Question de recherche

Considérant l'ensemble des éléments ressortis de la problématique, ce mémoire vise, par l'entremise d'une intervention de groupe, à mettre en lumière les expériences vécues par la population féminine vivant avec les troubles de l'alimentation au contact des pratiques de santé et face aux représentations stéréotypées du corps féminin. Le mémoire vise également à dénoncer les violences autour du corps pouvant être reproduites par ces deux structures, soit les pratiques

biomédicales et les normes culturelles, à l'endroit des femmes touchées par les troubles alimentaires. La question de recherche qui sous-tend ce projet est la suivante : comment les violences autour du corps pouvant être reproduites par ces structures sont-elles perçues, vécues et nommées par les femmes vivant avec les troubles alimentaires et comment font-elles usage de stratégies de résistances face à ces violences?

1.3.2 Objectif général

L'objectif général ayant guidé notre projet de recherche et d'intervention est le suivant :

- Créer un espace sécuritaire favorisant le partage des savoirs expérientiels des femmes vivant avec les troubles de l'alimentation sur leurs vécus et perceptions des violences potentielles reproduites par les institutions de santé et la culture stéréotypée autour du corps féminin.

1.3.3 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Explorer les sens donnés par les femmes participantes, à partir de leurs expériences, au contact des pratiques de santé et dans un contexte de représentations stéréotypées du corps féminin, les effets de ces expériences ainsi que les stratégies de résistances mises en place par celles-ci.
2. Favoriser le partage des vécus, la conscientisation et le pouvoir d'agir personnel et collectif des femmes participantes au projet.
3. Co-construire l'intervention de groupe avec les participantes, par l'instauration d'un pouvoir égalitaire et d'une participation démocratique aux prises de décisions.
4. Mettre en place une communauté d'entraide dans le groupe, par le soutien, l'aide mutuelle et l'engagement des participantes.

1.4 Pertinence sociale et scientifique

La problématique a permis d'émettre plusieurs constats quant au phénomène des troubles alimentaires. Tout d'abord, l'ampleur de ce phénomène est préoccupante, une réalité qui s'est encore accentuée pendant la pandémie de la COVID-19. Ensuite, en s'intéressant aux modèles explicatifs, il est apparu que différents dispositifs de contrôle social et médical s'exercent sur les corps féminins aux prises avec les troubles de l'alimentation. Les récits autobiographiques et ethnographiques, notamment, ont permis de mettre en lumière que ce contrôle, inscrit dans des structures sociales, soit les pratiques biomédicales et les normes culturelles entourant le corps féminin, peut engendrer des expériences négatives pour les femmes vivant avec les troubles alimentaires.

Les pratiques répressives et oppressives observées dans le domaine des soins de santé, comme il a été discuté dans ce chapitre, semblent en partie résulter d'une impuissance du corps médical face à la complexité des troubles alimentaires, qui excède souvent leur champ d'action limité au corps. Rendre visibles et explicites les savoirs des femmes elles-mêmes pourrait atténuer cette impuissance, en offrant des pistes pour les aider de manière non-violente et bienveillante.

Il nous apparaît donc essentiel de mettre en lumière les expériences concrètes que les femmes touchées par le phénomène à l'étude vivent au contact des pratiques de santé et face aux pressions culturelles ciblant le corps féminin. À rebours du modèle biomédical qui cherche à comprendre les causes du phénomène des troubles alimentaires, nous jugeons pertinent d'explorer le vécu des femmes vis-à-vis des pratiques de santé et des normes corporelles féminines stéréotypées afin de rendre visible et de reconnaître la pertinence de leurs savoirs expérientiels dans le domaine du travail social.

Il nous semble donc pertinent de mettre en place un projet s'inscrivant dans un modèle alternatif pour produire de nouvelles connaissances pour la recherche et l'intervention auprès de cette population. Pour ce faire, le travail social de groupe, dans une perspective d'*empowerment* et inspiré du modèle d'aide mutuelle, est jugé pertinent pour que les femmes puissent partager entre elles leurs expériences communes et se sentir comprises.

Puis, à la différence du modèle dominant de prise en charge basée sur l'expertise professionnelle, notre projet d'intervention vise la valorisation de l'expertise expérientielle des femmes. En effet, il nous semble fort pertinent de mettre en valeur les connaissances expérientielles des femmes concernées pour accéder à leurs propres perceptions et aux sens qu'elles font des expériences vécues. La co-construction s'avère être une méthode judicieuse pour favoriser la participation et l'engagement des femmes au projet. De plus, la valorisation des savoirs expérientiels en intervention favorise le développement du pouvoir d'agir personnel et collectif (Le Bossé *et al.*, 2006), ce qui nous semble fort utile pour explorer les dimensions structurelles sous-jacentes aux violences autour du corps ainsi que les stratégies de résistances à ces violences. Entamer un dialogue, reconnaître et dénoncer les formes de violence subtiles et multiples qui imprègnent les institutions de santé et les représentations stéréotypées du corps féminin est, selon nous, un premier pas vers la sensibilisation et le changement.

Enfin, vu l'augmentation des besoins de cette population depuis la pandémie, et ainsi, l'augmentation des listes d'attente dans les services spécialisés en troubles alimentaires, cette intervention de groupe pourra apporter un léger soutien au système de santé et offrir un service d'aide aux femmes qui en ont besoin.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Au premier chapitre, il a été question des stratégies répressives et oppressives à l'endroit de la population féminine touchée par les troubles de l'alimentation, qui émanent des représentations dominantes portant sur le corps des femmes et des pratiques de santé biomédicales. Il a été vu que ces stratégies ont pour but le contrôle social et médical des corps de ces femmes. Ces dispositifs de contrôle des corps seront ici conceptualisés comme étant des violences et les corps des femmes comme étant un lieu de résistance. Puisant principalement au post-modernisme critique de Foucault et aux postulats féministes selon lesquels les expériences sont une source légitime de connaissances (Frigon, 2003), les concepts présentés dans ce chapitre permettront d'orienter l'analyse subséquente au projet de groupe réalisé.

Dans ce chapitre, trois formes de violence seront d'abord explicitées afin de pouvoir illustrer et analyser le contrôle social et médical dont il est question dans ce mémoire. Ensuite, nous exposerons la manière dont le corps féminin peut être un lieu de résistance à l'égard des violences. Enfin, la parole et les savoirs expérientiels des femmes agiront à titre de stratégie de résistances dans le cadre de ce projet, de cette manière, nous verrons comment cette cible d'intervention peut résister aux dites violences.

2.1 Violence autour des corps féminins

Encore aujourd'hui, les femmes sont contrôlées à travers leur féminité, leurs corps, leur sexualité et leurs connaissances, et ce, par la psychiatrie, la médecine, la religion, la morale, l'esthétique et le droit (Frigon, 2000). Nous avons pu faire le constat, dans le chapitre portant sur la problématique, de l'existence de dispositifs de contrôle social et médical des corps féminins dans les pratiques de santé et dans les normes sociales du corps féminin. Afin d'approfondir une part de ce contrôle sur les corps des femmes aux prises avec les troubles alimentaires, le cadre conceptuel de ce projet d'intervention s'inspire des travaux de la professeure et criminologue Sylvie Frigon sur le corps des femmes incarcérées au Canada. Frigon (2000; 2012) utilise comme pivot d'analyse le corps de ces femmes pour examiner comment celui-ci devient à la fois assujetti et résistant à l'enfermement carcéral. Bien que les deux populations soient différentes, il est possible de faire un parallèle

intéressant autour du corps de ces femmes, corps considéré déviant, comme étant à la fois un lieu de contrôle et de résistance. Ces deux axes conceptuels sont pertinents pour réfléchir à la manière dont les corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires sont assujettis au contrôle médical et social et comment ces femmes y résistent, le cas échéant.

D'abord, il faut rappeler que les institutions de santé sont centrales dans l'exercice d'un pouvoir visant la régulation et le contrôle des populations et les individus qui les composent (Foucault, 1976). Selon Frigon (2000), ce pouvoir enraciné dans les institutions agit comme une emprise sur le corps. La professeure indique que : « cette emprise se réalise par des pratiques d'assujettissement, une technologie politique du corps » (p.127). Tel qu'il a été abordé au premier chapitre, cette technologie politique du corps agit sur les corps des femmes, notamment, par l'intermédiaire des mécanismes de surveillance, de régulation, de disciplinarisation et de punition des corps (Foucault, 1976). Il est vrai que les corps sont, notamment gouvernés par la santéisation et le discours de responsabilisation individuelle. Cette technologie politique du corps s'observe directement dans les interventions de santé auprès des femmes faisant l'expérience d'un trouble alimentaire, par ses pratiques pouvant être répressives et oppressives. En effet, la stigmatisation, la surveillance, la punition de celles considérées « trop minces » ou « trop grosses » et l'utilisation de méthodes de traitements coercitives, telles que la détention en centre hospitalier, nous semblent être des mécanismes de pouvoir qui s'inscrivent dans la technologie politique du corps.

Ensuite, il a été établi que les corps des femmes sont malléables à un certain contrôle découlant des standards sociaux concernant l'apparence féminin, où diverses contraintes, pouvant être répressives et oppressives, sont exercées sur ces corps (Harrison, 2021; Hesse-Biber *et al.*, 2006). Ce système culturel exerce un pouvoir par sa surveillance, sa disciplinarisation et son uniformisation des corps féminins (Foucault, 1976). La population féminine se soumet effectivement à une multitude de pratiques disciplinaires témoignant des impératifs et contraintes qui découlent des idéaux de santé, de beauté et de bien-être de la culture occidentale. Ces pratiques touchent la population féminine aux prises avec les troubles de l'alimentation, qui s'adonne, notamment à l'autosurveillance et à la restriction alimentaire. Pensons à l'idéal de la minceur et à la quête esthétique, à la culture des diètes et aux régimes amaigrissants, à la mise en forme ainsi qu'aux imaginaires du corps féminin stricts et irréalistes, qui sont tous et chacun des impératifs

découlant des diverses industries du corps, industries qui exercent un biopouvoir. Il est ainsi que le corps devient la surface sur laquelle agit le pouvoir (Frigon, 2000).

Dans le cadre de ses travaux, Sylvie Frigon (2000; 2012) propose sa réflexion théorique autour du corps des femmes détenues, à l'aide de cinq rubriques théoriques, dans le but de saisir les effets de l'incarcération sur leur corps, leur intimité et leur identité. Ces rubriques théoriques sont les suivantes : « le corps marqué », « le corps aliéné », « le corps victime », « le corps malade » et « le corps résistance ». Nous jugeons pertinent de nous pencher sur ces rubriques théoriques afin d'établir une première compréhension des effets du pouvoir institutionnel et social sur les corps des femmes concernées par les troubles alimentaires. Premièrement, le marquage des corps, qui est réalisé de différentes manières, remplit diverses fonctions selon l'espace social et culturel (Frigon, 2012). Les codes, les lois, les normes et les idéaux sociaux s'incarnent directement sur les corps des femmes (Grosz, 1992). Le corps de cette population féminine devient ainsi un lieu privilégié d'inscription de la diversité des expériences vécues, expériences positives comme négatives. Leurs corps, qui sont la cible et l'objet de régulation et de surveillance tant sur le plan médical que social, sont marqués par la technologie politique du corps et ses nombreux mécanismes. Par exemple, l'utilisation forcée de la sonde gastrique auprès de certaines femmes gravement touchées par un trouble alimentaire participe à ce processus de marquage du corps et peut entraîner la soumission, la honte et la culpabilité chez celles-ci. Ensuite, l'aliénation des corps peut se produire entre les murs des institutions de santé au moyen de nombreux mécanismes. En effet, la surveillance constante, la discipline, les pesées continues et les punitions mènent à la perte de pouvoir et d'intimité ainsi qu'au sentiment de responsabilisation face au trouble alimentaire et à la souffrance qu'il implique. Par la suite, il faut rappeler que plusieurs femmes aux prises avec les troubles de l'alimentation ont vécu des traumatismes dans leur passé, notamment de la maltraitance, des agressions sexuelles, de la négligence et de la violence physique et psychologique (Dion *et al.*, 2020). Ainsi, un nombre considérable de ces femmes ont été victimisées à un certain moment de leur vie. Il est envisageable que les traumatismes qu'elles ont vécus soient amplifiés par le contrôle institutionnel. Ce contrôle peut induire de nouveau un « corps victime » chez celles-ci. Quant au « corps malade », il est possible de faire un lien congruent entre le contrôle social et les troubles alimentaires. Effectivement, les diverses industries du corps ainsi que la santéisation, exerçant un biopouvoir sur les corps des femmes, conduisent celles-ci à adopter des comportements de

surveillance, de restriction et de discipline envers elles-mêmes et leurs habitudes de vie. Rappelons que ces comportements sont valorisés jusqu'à ce qu'ils ne respectent plus les normes de santé dictées par la société. De cette manière, l'adoption de ce type de comportements chez les femmes aux prises avec un trouble alimentaire contribue à produire un « corps malade », un « corps pathologique », un « corps déviant ». Enfin, nous aborderons « le corps résistance » à la section du chapitre à cet effet.

Le contrôle social et médical dont il est question dans ce mémoire, ou encore l'emprise dont parle Frigon (2000), à l'égard des corps des femmes vivant avec les troubles de l'alimentation, nous apparaît donc comme des violences. En effet, il nous semble cohérent de conceptualiser ces formes de pouvoir comme étant des violences autour du corps, en utilisant comme pivot d'analyse les corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires. Les femmes, ici, sont importantes à considérer dans l'analyse pour réfléchir à la manière dont le genre influence la violence qui est faite à l'endroit du corps. Le concept de l'ordre du genre peut être intéressant à intégrer à la réflexion pour comprendre les dynamiques de pouvoir dans la hiérarchie de genre. En effet, il existe dans la société des frontières de genre, qui distribuent de manière asymétrique les pouvoirs, ce qui contribue à produire et à préserver une violence à l'égard des femmes (Cardi et Pruvost, 2015). L'ordre fondé sur le genre maintient les inégalités en place, ce qui permet la perpétuation des violences à l'endroit des corps féminins. Ces violences s'inscrivent dans un contexte social spécifique qui permet leur production et leur reproduction (Auclair *et al.*, 2019). En effet, cette distribution asymétrique des pouvoirs dans les rapports sociaux de genre a pour but le maintien de l'ordre social (Cardi et Pruvost, 2015). Nous pouvons qualifier cet ordre social de patriarcal. Le patriarcat est un système qui place les femmes dans une position subordonnée ou inférieure aux hommes (Auclair *et al.*, 2019). Ainsi, la violence, qui prend racine dans les rapports de domination et d'inégalité, peut être considérée comme un attribut patriarcal (Cardi et Pruvost, 2015). Ce système, combiné aux autres systèmes d'oppression, tels que ceux abordés au chapitre précédent, soit le racisme, le capacitisme, la grossophobie, entraîne le résultat suivant : des groupes de femmes sont plus durement touchés par les inégalités et les violences (Auclair *et al.*, 2019). De cette manière, il peut être intéressant de réfléchir à la manière dont l'ordre de genre exerce une influence sur les violences reproduites par les deux structures d'intérêt, soit les institutions de santé et les standards

sociaux entourant l'apparence du corps féminin, une question sur laquelle nous portons notre attention, à l'endroit des corps des femmes faisant l'expérience des troubles alimentaires.

Enfin, au-delà des situations de vulnérabilité entraînées et des violences perpétuées, les chercheuses ici mobilisées ont pour intérêt commun la résistance des femmes à l'égard de ces violences. Cardi et Pruvost (2015) cherchent à mettre en récit la violence exercée par les femmes, soit celles qui viennent brouiller les frontières de genre et d'ordre social. Quant à Auclair et ses collaboratrices (2019), elles ont pour visée, dans leur ouvrage, de mieux comprendre les enjeux des violences genrées afin de mettre en place des résistances féministes. S'inscrivant dans cette perspective, la conception du corps des femmes présentée dans ce mémoire n'est pas qu'un lieu où la violence est exercée, mais surtout comme un lieu où la résistance est cultivée, engagée et mobilisée. Nous explorerons plus largement cette composante à la prochaine section de ce chapitre.

Dans cette section du chapitre, une définition du concept de violence sera d'abord proposée. Puis, considérant les différents lieux où s'exprime la violence, trois formes de violence seront abordées dans ce chapitre, soit la violence institutionnelle, symbolique et structurelle.

2.1.1 Définition de la violence

Mentionnons d'abord que le terme violence évoque un imaginaire complexe, où celui-ci est doté d'une diversité de sens dans la société en fonction du temps et du contexte social. Les professeurs et chercheurs Hébert et Beaucage (2008) soulèvent, en introduction de l'ouvrage *Images et langages de la violence en Amérique latine*, que la violence comprend un ensemble complexe de phénomènes et de situations pouvant être vécus et exprimés de manière variable selon les personnes, les groupes ethniques, les genres, les classes sociales et les communautés. Il n'existe donc pas un effet social univoque de la violence. Selon la chercheuse Julie Girard-Lemay (2006), la violence est une signification socialement construite. L'imaginaire, qui joue un rôle fondamental dans la signification sociale, influence la compréhension, la représentation et l'expérience de ce phénomène, lequel est donc chargé d'une diversité de sens et de significations (Girard-Lemay, 2006). Les expériences personnelles et collectives de la violence interagissent également avec les imaginaires, qui vont à leur tour influencer sur les actions individuelles et collectives (Hébert et Beaucage, 2008). Ces professeurs ajoutent que la définition du concept de violence, étant un terme

polémique, pose problème, puisque ce concept reste flou et sujet à débats politiques. Il est toutefois ici nécessaire, pour le bénéfice du projet, de définir et d'établir certaines balises autour de la notion de violence.

André Corten (2009) définit, en introduction de l'ouvrage *La violence dans l'imaginaire latino-américain*, la violence comme étant un rapport de pouvoir exercé par une contrainte physique ou par le langage, causant dommages et blessures à autrui. Il explique que les dommages, pouvant être physiques ou psychologiques, ont pour but la domination ou la contrainte, et ce, de manière délibérée ou involontaire. Précisons que la violence peut être exercée par un individu, un groupe, une ethnie ou une classe dominante ou encore par l'État. La violence, qui est donc basée sur une relation de force où règne une hiérarchie, entraîne des inégalités de pouvoir à plusieurs niveaux. Selon la conceptualisation de Michel Foucault (1980), la violence peut également être perçue comme un instrument de pouvoir qui découle de savoirs experts, savoirs provenant d'un groupe restreint régi par l'État et ses institutions. Cette violence peut donc s'inscrire dans certaines actions, performances ou activités symboliques incarnées dans ces institutions (Foucault, 1980). Ainsi, comme il est si bien indiqué par Girard-Lemay (2006), la violence est instrumentalisée dans certaines structures, institutions et disciplines afin de maintenir l'ordre et le contrôle. Les sociologues Denis Laforgue et Corinne Rostaing (2011) sont d'accord pour dire que les institutions sont à la fois productrices et régulatrices de violences. Leur ouvrage *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister?* qui porte sur les dynamiques et relations entre « institutions » et « violences », est fort intéressant pour soutenir notre conceptualisation de la violence institutionnelle dans les pratiques de santé, première forme de violence que nous allons ici définir.

2.1.2 Violence institutionnelle

Afin de définir la violence institutionnelle, il est essentiel de fonder notre conception sur l'ouvrage phare de Myriam Lagrula-Fabre (2005) autour de cette forme de violence. Son énorme travail de recherche établit plusieurs éléments sur le sujet de la violence institutionnelle qui nous seront ici fort utiles.

La violence institutionnelle est avant tout une violence exercée envers des populations en situation de vulnérabilité qui fréquentent ou habitent les établissements et organismes du système de santé

et des services sociaux, dont la mission doit être assurée par des personnes exerçant une fonction précise, et donc, en position d'autorité (Lagraula-Fabre, 2005). De par ses actions ou omissions, qu'elles soient volontaires ou involontaires, la violence institutionnelle est celle commise en institution ou induite par son fonctionnement, c'est-à-dire par l'organisation de l'établissement, par le système hiérarchique implanté ou encore par les règles instaurées (Lagraula-Fabre, 2005). De cette manière, dans le contexte d'une institution de santé offrant des services spécialisés pour les troubles alimentaires, la violence de l'institution peut, notamment découler du rapport de pouvoir entre l'équipe spécialiste et les patientes, des règles de conduite de l'organisation en question ou encore des approches préconisées par ce milieu. Cette violence, qui porte atteinte à l'intégrité des personnes concernées, peut être physique, psychique, sexuelle et morale (Lagraula-Fabre, 2005). La violence institutionnelle porte donc sur les mauvais traitements rapportés par les femmes touchées par le phénomène des troubles alimentaires, soit la régulation, la surveillance et la punition dont il a été question au premier chapitre, à l'enfermement sans consentement, aux traitements médicaux imposés, à la coercition et à l'abus de pouvoir dans les interventions de santé ainsi qu'à la discrimination et à la stigmatisation vécues par ces mêmes femmes dans les institutions de santé.

Selon Lagraula-Fabre (2005), cette violence de l'État est un phénomène qui est à la fois individuel et collectif. En effet, touchant de manière personnelle et singulière chaque femme concernée, cette violence affecte également toute la collectivité puisqu'elle découle directement de l'exercice du biopouvoir. Comme il a été élaboré au premier chapitre, ce pouvoir vise tant les corps individuels des femmes vivant avec les troubles alimentaires que les corps des populations jugées déviantes des normes de santé et cela, par le biais de stratégies répressives et oppressives qui agissent comme dispositifs de contrôle dans notre société et nos institutions de santé. Laforgue et Rostaing (2011) dénoncent que la violence exercée par ces instances de l'État, violence étant enracinée et maintenue par des processus endogènes et exogènes, contraint les corps et les subjectivités des personnes.

Foucault (1980) démontre, dans ses écrits, que la violence ne se limite pas à infliger des dommages et blessures, sous toutes ses formes, aux personnes, elle est également une manière d'observer et de construire ces personnes. Les différents appareils étatiques ont un rapport à la fois pratique et symbolique à la violence. De cette manière, nous allons maintenant traiter de la violence

symbolique comme forme de violence qui découle des nombreux dispositifs de contrôle médical et social des corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires.

2.1.3 Violence symbolique

La violence symbolique est une forme de violence invisible et subtile, qui s'exprime à travers les normes sociales et qui s'observe, implicitement, dans les structures sociales. Ce concept théorique, élaboré par le célèbre sociologue Pierre Bourdieu, permet d'analyser la reproduction des rapports de domination et les inégalités structurelles dans la société (Landry, 2006). La violence symbolique se distingue des autres formes de violence par l'adhésion de la personne dominée et par l'exercice inconsciente de cette violence. Effectivement, la personne assujettie à cette forme de violence, de manière inconsciente et indélébile, est complice de sa propre soumission (Landry, 2006). Cette personne accepte cette violence puisqu'elle s'inscrit directement dans les schèmes de pensée fortement ancrés par la socialisation. La violence symbolique produit ses effets par l'adaptation et l'adhésion de la personne assujettie aux normes des structures sociales dominantes. En effet, tel qu'il est exprimé par Landry (2006) : « À la faveur de ce processus, les structures sociales s'impriment dans le corps et structurent les manières de penser, de se tenir et de se comporter (p.87) ». Les effets de cette violence sont donc durables (Landry, 2006).

Le modèle de beauté dominant, s'inscrivant dans les standards sociaux portant sur les corps féminins, nous apparaît comme un mécanisme subtil de violence symbolique. Les symboles du corps féminin, fortement ancrés dans les imaginaires collectifs, marquent les normes sociales et exercent une violence symbolique quotidienne à l'égard des corps féminins. En effet, les femmes sont socialisées de manière inconsciente à adhérer aux standards de beauté féminine blanche et mince, et ainsi, à mettre en place une variété de stratégies pour être conforme aux normes de ce système. D'une part, bell hooks (2000) dénonce la dimension symbolique de la violence par sa critique de l'industrie de la mode et de l'esthétique, qu'elle qualifie de « suprémaciste blanc, capitaliste et patriarcal ». Selon la théoricienne et militante, les images de beauté définies de manière sexiste, qui sont inscrites dans la normativité sociale, menacent une partie des progrès réalisés par le féminisme. Ces images ont des répercussions matérielles et corporelles durables. Selon hooks (2000), les troubles alimentaires y sont directement liés. Elle ajoute que dans un magazine de mode, il est possible de retrouver un article sur les dangers de l'anorexie, puis à la

page suivante, des images de corps féminins blancs minces et jeunes qui représentent la beauté et la féminité. La critique de hooks (2000) est, de notre point de vue, un exemple frappant de la manière dont le concept de la violence symbolique s'exprime dans les représentations dominantes du corps de la femme. D'autre part, une recherche a démontré que les standards idéaux du corps légitiment une violence symbolique et une discrimination à l'égard des femmes (Guitté *et al.*, 2008). Cet idéal corporel que doivent atteindre ou conserver les femmes est qualifié, par ses autrices, d'un corset symbolique qui les opprime et les oblige à devoir se conformer aux règles pour ne pas vivre le rejet social. Par ailleurs, cette recherche a permis d'illustrer que, chez celles qui ne correspondent pas aux normes préconisées, la violence symbolique dont il est ici question prend la forme d'une violence psychologique (Guitté *et al.*, 2008). Ainsi, cet ordre symbolique s'infiltré subtilement dans les relations interpersonnelles et intimes des femmes et oriente le regard posé sur les femmes et même celui des femmes sur elles-mêmes (Guitté *et al.*, 2008). Les femmes peuvent donc elles-mêmes reproduire cette violence symbolique envers d'autres femmes. Enfin, il nous semble ainsi pertinent de se pencher, dans le cadre du projet, sur la manière dont cette forme de violence s'imisce et s'exprime dans le quotidien des femmes concernées, et ce, au contact des normes corporelles.

2.1.4 Violence structurelle

La dernière forme de violence mobilisée dans ce mémoire est la violence structurelle. Michel Parazelli (2008), professeur à l'École de travail social de l'UQÀM, définit la violence structurelle comme : « une forme d'agression commise par des organisations d'une société donnée qui a pour effet d'empêcher la réalisation des individus » (p.4). Nous pouvons donc penser aux structures sociales, économiques et politiques qui génèrent des inégalités et des injustices systémiques. Parazelli (2008) fait, notamment référence au racisme, à l'élitisme et au sexisme dans son article. Dans une perspective poststructuraliste, Flynn et ses collaboratrices (2016) placent la violence structurelle sur un continuum où une idéologie dominante est renforcée par des acteurs. Selon elles, les violences perpétrées à l'échelle macrosociale revêtent des liens complexes et dynamiques. Ces chercheuses estiment que les processus des institutions produisent les inégalités sociales par l'intermédiaire de l'idéologie dominante.

Puisque nous nous intéressons aux expériences des femmes vivant avec les troubles de l'alimentation au contact de deux structures, étant les pratiques de santé et les normes sociales ciblant le corps féminin, il nous apparaît essentiel de se servir de ce concept afin d'analyser les effets de la prise en charge des corps de ces femmes par ces structures. Il est, notamment jugé pertinent de réfléchir aux facteurs structurels et aux rapports de pouvoir qui ont un impact sur leurs expériences au contact du système de santé et des services sociaux. Il a été vu, dans la section sur la problématique, que les idéologies dominantes du paradigme biomédical influencent les pratiques de santé, qui, à leur tour, usent de différentes stratégies répressives et oppressives à l'égard des corps féminins. La santéisation, la responsabilisation individuelle et le biopouvoir nous apparaissent comme étant des idéologies dominantes du paradigme en question. Nous pouvons également penser aux réformes organisationnelles du système de santé et au programme néolibéral, ~~qui sont~~ maintenant bien ancrés dans cette structure, pour lesquels des violences structurelles sont produites (Parazelli, 2008). Pour reprendre l'explication de Flynn *et al.* (2016), il est probable que ces idéologies dominantes produisent des inégalités sociales par l'entremise des institutions de santé œuvrant auprès de la population des femmes touchées par le phénomène des troubles alimentaires.

Patricia Hill Collins se penche sur quatre domaines du pouvoir dans son ouvrage *La pensée féministe noire : Savoir, conscience et politique de l'empowerment* (2016) pour établir comment les femmes noires acquièrent de l'*empowerment* au moyen de ces domaines du pouvoir. L'un des domaines nous interpelle pour peaufiner ce concept, soit le domaine structurel du pouvoir. Le pouvoir structurel s'incarne dans la façon dont les systèmes et leurs structures contribuent à reproduire la discrimination et la subordination des femmes minoritaires (Hill Collins, 2016). Le concept du pouvoir structurel est approprié pour concevoir comment les femmes concernées peuvent se retrouver dans une position subordonnée dans le système de soins de santé, soit la principale structure interpellée dans ce mémoire. Les écrits de Hill Collins (2016) sont également d'une pertinence pour analyser la manière dont les femmes touchées par les troubles alimentaires peuvent développer leur pouvoir d'agir et résister aux violences structurelles.

Maintenant que les différentes formes de violence mobilisées dans ce mémoire sont présentées, spécifions que notre attention sera principalement portée vers les vécus de ces violences dont les femmes vivant avec les troubles alimentaires font l'expérience. Il nous semble juste d'explorer les

sens qu'elles accordent à ces expériences de violences. Dans cette seconde section du chapitre, le pivot d'analyse, soit les corps des femmes vivant avec les troubles alimentaires comme lieu de résistance, sera exposé. Enfin, le concept des savoirs expérientiels, comme atout pour la résistance, sera présentée.

2.2 Corps des femmes comme lieu de résistance

Rappelons d'abord que le cadre conceptuel s'inspire, notamment des travaux de Sylvie Frigon (2000; 2012) pour approfondir comment le corps des femmes concernées par le projet est un lieu de résistance face aux différentes violences élaborées à la section précédente.

Nous avons donc vu que le corps féminin de cette population jugée déviante est un lieu pratique et direct du biopouvoir afin d'assurer un contrôle social (Foucault, 1976). Toutefois, le corps des femmes est également un lieu de résistance face à ce pouvoir pour viser l'affranchissement, l'émancipation et la réappropriation du corps. Effectivement, Foucault (1980) conceptualise le pouvoir comme étant relationnel, c'est-à-dire qu'il se développe et se maintient à travers les relations entre les personnes et les groupes. Le pouvoir n'est pas « statique » ou « possédé » par une personne ou une autre, mais se développe plutôt par le biais des relations entre elles (Foucault, 1980). Dans ce sens, les femmes ne sont pas simplement assujetties à ce pouvoir, et il devient possible d'imaginer que ce pouvoir peut être renversé. En effet, puisque dans les lieux où il y a du pouvoir, il y a de la résistance (Foucault, 1976). Puis, il existe une pluralité de résistances (Foucault, 1976).

Pour reprendre la réflexion théorique de Frigon (2000; 2012) autour du « corps résistance », il est mis de l'avant que diverses stratégies, particulièrement liées au corps, sont adoptées par les femmes dans le but d'une réappropriation corporelle. Soulignons d'abord que, paradoxalement, le trouble alimentaire peut servir de refuge, de résistance face au contrôle social et médical des corps. Au chapitre portant sur la problématique, il a d'ailleurs été rapporté, par le Dr Steiger et le Dr Jamouille, que le trouble du comportement alimentaire peut conférer un sentiment de contrôle à l'égard de son propre corps (Papillon, 2021; Sauvé, 2021). Dans un article, la travailleuse sociale Jennifer Wilson (2004) porte un intérêt au paradoxe de l'autodestruction et de la préservation de soi chez les femmes aux prises avec les troubles de l'alimentation. Ce paradoxe est intéressant pour illustrer

que, d'un côté, les troubles de l'alimentation comportent des risques et des conséquences importantes, et de l'autre côté, ceux-ci peuvent également être le moyen ou encore, la solution, pour gérer une souffrance émotionnelle (Wilson, 2004). La travailleuse sociale ajoute que le trouble alimentaire peut avoir pour fonction la préservation, voire la survie, en conférant à la femme le pouvoir du contrôle sur son corps et sur sa féminité. Puis, Bordo (2003), dans son analyse du genre et de sa construction, observe que des femmes s'éloignent de la conformité à la féminité afin de se rapprocher d'un contrôle, ce qu'elle relie aux troubles alimentaires. De cette manière, l'expérience corporelle d'un trouble alimentaire peut constituer une forme d'adaptation et de résistance aux représentations dominantes du corps féminin.

Également, plusieurs stratégies individuelles peuvent être mises en pratique par les femmes afin de résister aux violences reproduites par les institutions de santé et par les standards sociaux ciblant les corps féminins. Concernant la population féminine d'intérêt, nous pouvons, notamment penser à la résistance à l'égard d'un traitement coercitif et non volontaire, à la contestation d'un diagnostic, à la résistance de l'identité imposée socialement par ce diagnostic et à la colère exprimée face au pouvoir absolu des institutions psychiatriques. Reprenons ici le discours de la théoricienne féministe Elizabeth Grosz (1992) :

Si les corps sont traversés et infiltrés par des savoirs, par des significations et par des pouvoirs, ils peuvent également, dans certaines circonstances, devenir le lieu de luttes et de résistances et faire eux-mêmes leurs inscriptions sur les pratiques sociales (p.56).

Ainsi, au-delà du contrôle social et médical des corps des femmes touchées par les troubles de l'alimentation, ces corps sont également un lieu de résistance. Le corps des femmes, étant à la fois objet et sujet, peut être un symbole de pouvoir vis-à-vis les nombreux dispositifs de contrôle. Notamment, pour Godin (2016) et Piazzesi (2023), les femmes ont l'agentivité pour négocier et résister aux normes corporelles de beauté féminine. Selon Godin (2016), il est réducteur de dire qu'elles sont simplement aliénées à un idéal corporel. Pour Piazzesi (2023), les femmes rejettent, souvent involontairement, le « *disempowering* » que le modèle de beauté dominant et les stéréotypes féminins engendrent dans leur quotidien. La chercheuse souligne que ce rejet est dû à l'assimilation des idées féministes dans la réflexivité sociale occidentale. Ainsi, à travers les

impératifs et contraintes, l'exercice d'un pouvoir institutionnel et les expériences d'oppression, le corps peut être perçu comme un outil de résistance, de réappropriation et d'émancipation féministe.

Fournier *et al.* (2016) définissent la résistance comme étant : « une démarche individuelle ou collective de refus, qui engage à la fois l'esprit et le corps » (p.9). Cette résistance s'exprime, par des paroles ou des gestes, face aux différentes formes d'oppression dans une dimension politique (Fournier *et al.*, 2016). Cette définition nous apparaît intéressante dans le cadre de notre projet d'intervention pour explorer comment les femmes usent de stratégies de résistances à l'égard des violences du corps dont il est question dans ce mémoire. Sachant que les résistances aux violences institutionnelles humanisent les personnes bénéficiant des soins de santé et entraînent une remise en question de la légitimité de ces violences (Demailly, 2011), il nous apparaît pertinent de se pencher sur la résistance de la population féminine touchée par les troubles alimentaires. Pour ce faire, offrir un espace de parole et de partages des savoirs expérientiels des femmes qui font l'expérience des troubles alimentaires s'avère être une première stratégie de résistance au pouvoir.

2.2.1 Parole et savoirs expérientiels des femmes comme résistance

Dans le chapitre précédent, nous remarquons que les connaissances produites sur le phénomène des troubles alimentaires proviennent majoritairement de savoirs experts, et ce, au détriment des savoirs expérientiels. Godin (2016) soulève d'ailleurs, dans son ouvrage, que les écrits portant sur le domaine des troubles de l'alimentation laissent souvent de côté le vécu sensible des femmes touchées par ce phénomène. Ainsi, les mêmes discours prédominent actuellement dans la littérature, la recherche et la pratique. Morin et Lambert (2017) dénoncent que la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes bénéficiaires de services fait figure de parent pauvre au regard du domaine médical. Pour pallier ce problème, les savoirs des femmes concernées par cette problématique nous semblent être légitimes et nécessaires pour comprendre leurs expériences, à la fois diversifiées et communes. Yann Le Bossé et ses collaboratrices (2006) montrent dans leur article que les savoirs d'expériences permettent avant tout la prise en compte du point de vue des personnes concernées sur la problématique et les solutions possibles. De cette manière, les savoirs expérientiels de la population féminine vivant avec les troubles de l'alimentation nous apparaissent riches en enseignements, car elles permettent d'accéder à leur compréhension et à leur perception du phénomène des troubles alimentaires, des différentes violences vécues, des effets de ces

dernières à leur endroit ainsi qu'aux manières de résister à ces violences. La pluralité des savoirs expérientiels de ces femmes permet d'explorer leurs réalités et le sens qu'elles donnent à ces violences. La parole et les savoirs expérientiels deviennent donc un outil de production de sens. Sachant que celles-ci vivent une diversité d'expériences uniques, situées et incarnées, leurs expériences subjectives contribuent à une compréhension plus profonde du sujet dont il est question dans ce mémoire. Ces savoirs sont donc essentiels pour mettre en lumière, comprendre et dénoncer les violences institutionnelles, symboliques et structurelles reproduites par les standards sociaux autour du corps de la femme et par les pratiques de santé. Leurs savoirs expérientiels peuvent ainsi produire une résistance à l'égard de ces violences.

Puis, valoriser la parole de ces femmes permet de répondre à un besoin légitime, soit celui d'être écouté et entendu, dans un contexte d'échange et de reconnaissance des expériences vécues (Morin et Lambert, 2017). Il existe un rapport étroit entre la prise en compte des savoirs d'expériences et le développement du pouvoir d'agir chez les personnes concernées (Le Bossé *et al.*, 2006). Le pouvoir d'agir se définit d'abord par le processus qui permet une plus grande maîtrise et influence sur l'atteinte des objectifs importants pour une personne (Le Bossé *et al.*, 2006). Ainsi, en donnant la parole aux femmes concernées, la valeur de leurs savoirs expérientiels est reconnue et celles-ci sont considérées comme étant les sujets expertes de leurs propres corps et de leurs vécus. À travers la parole des femmes, des discours alternatifs prennent place et produisent de nouveaux savoirs faisant acte de résistance à l'égard des savoirs experts, et donc, à l'égard du pouvoir. Dans ses écrits sur le pouvoir et les connaissances, Michel Foucault (1980), conceptualise les savoirs experts comme un instrument de pouvoir détenu par un certain groupe de personnes. Foucault (1980) reconnaît que les individus et les collectivités ont un rôle à jouer et résistent à ce pouvoir par le biais de multiples stratégies, telles que par les connaissances, puisqu'il n'existe pas de relation au pouvoir sans résistance. Hill Collins (2016) soutient que la pensée féministe noire accorde une importance au savoir pour l'*empowerment*. Selon elle, offrir aux femmes un nouveau savoir sur le vécu contribue à l'*empowerment*, puis apporter des critiques à l'égard du savoir dominant tout en définissant leurs réalités dans leurs propres termes est d'autant plus puissant. D'ailleurs, Landry (2006) fait référence, dans son article, aux instruments de résistance aux mécanismes subtils de la violence symbolique qui ont été évoqués par Bourdieu. La première nous semble être pertinente pour le groupe, puisqu'elle consiste à soumettre une critique face aux faits sociaux qui apparaissent

comme évidents et naturels dans la société. De cette façon, cette résistance se manifeste avant tout par le refus de considérer simplement les savoirs experts comme détenteurs de la vérité absolue concernant le phénomène des troubles de l'alimentation. Elle se manifeste également par l'apport de nuances et de réflexions critiques à l'égard des savoirs biomédicaux et des connaissances issues du modèle socioculturel sur le même sujet. Ainsi, la parole des femmes fait acte de résistance en produisant un contre-discours aux structures sociales prédominantes.

Pour conclure ce chapitre, le projet d'intervention se base donc sur la conceptualisation des violences, soit celle institutionnelle, symbolique et structurelle pour comprendre la dynamique sous-jacente aux représentations dominantes du corps féminin et aux pratiques de santé biomédicales. Puis, dans ce mémoire, les corps des femmes, pouvant être violentés, sont un lieu de résistance. Enfin, la mise en commun des savoirs expérientiels des femmes participantes au projet peut être perçu comme une lutte symbolique face aux violences autour du corps dont il est question dans le mémoire. Ainsi, l'analyse du présent mémoire sera orientée par ce cadre conceptuel. Le prochain chapitre précisera la méthodologie qui a été mise en place afin de concrétiser le projet d'intervention de groupe.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Après avoir pris connaissance de la problématique touchant la population féminine vivant avec les troubles de l'alimentation ainsi que du cadre conceptuel du présent mémoire, nous abordons dans ce chapitre la méthodologie de l'intervention et son analyse. Il sera d'abord question des méthodes et techniques d'intervention mobilisées. Par la suite, la méthodologie d'intervention et de recherche sera exposée, c'est-à-dire la stratégie générale de l'intervention de groupe de ce projet, la population ciblée, les critères de sélection et modalités de recrutement des participantes au projet, les méthodes d'analyse de l'intervention de même que les considérations éthiques. Pour finir, une présentation du milieu d'intervention sera effectuée, milieu partenaire pour la réalisation de l'intervention, c'est-à-dire l'organisme ANEB.

3.1 Travail social de groupe

Débutons par la définition de la méthode principale utilisée dans le cadre de ce projet, soit le travail social de groupe. Cette définition provient de l'ouvrage *L'intervention sociale auprès des groupes* de Turcotte et Lindsay (2019). Le travail social de groupe est donc :

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 ou à accomplir certaines tâches et, d'autre part, à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe (p.5).

Le groupe, qui rassemble des personnes partageant des expériences communes, devient comme une entité ou encore comme un système où plusieurs activités sont mises en place afin de viser l'atteinte d'objectifs communs (Turcotte et Lindsay, 2019). Sachant qu'un nombre considérable de femmes étant aux prises avec les troubles alimentaires vivent des expériences de violences, notamment au contact des pratiques de santé, il est considéré pertinent de mettre en pratique un groupe visant le partage de ces expériences qui sont à la fois communes et singulières. De plus, notons la présence d'un élément primordial qui ressort de la définition du travail social de groupe, soit celui de l'aide mutuelle. Ce projet prévoit que les membres du groupe puissent s'aider eux-mêmes et s'entraider les unes les autres, notamment grâce à leurs savoirs expérientiels. Il est

d'ailleurs défini qu'une dynamique d'aide mutuelle dans un groupe favorise l'*empowerment* de celui-ci, et ainsi, facilite sa participation et sa mobilisation dans des actions communes (Turcotte et Lindsay, 2019). L'acquisition du pouvoir d'agir est primordiale afin de viser des changements à la fois individuels et sociaux. Dans l'ouvrage de Turcotte et Lindsay (2019), il est démontré que les objectifs de l'intervention de groupe peuvent effectivement agir comme catalyseur de changement personnel et social.

Il est juste que les concepts d'aide mutuelle et d'*empowerment* se retrouvent au cœur du travail social de groupe, tout comme dans notre projet d'intervention. C'est ce que nous verrons dans les prochaines sous-sections du chapitre.

3.1.1 Pratique de groupe dans une perspective d'*empowerment*

Le présent projet d'intervention de groupe est fondé sur une perspective visant l'appropriation du pouvoir personnel et collectif des femmes participantes au projet. Le concept d'*empowerment* est central pour expliquer conjointement la dimension individuelle et la dimension collective de cette perspective. Pour cela, il est pertinent d'intégrer les notions de l'ouvrage clé de William A. Ninacs (2008) sur le concept d'*empowerment* en intervention. Ninacs (2008) développe le concept d'*empowerment* sous trois paradigmes, l'*empowerment* individuel, l'*empowerment* communautaire et l'*empowerment* organisationnel. Pour l'intérêt du projet, la conceptualisation de l'*empowerment* individuel est la plus intéressante puisque celui-ci correspond au processus d'appropriation du pouvoir d'une personne ainsi que d'un groupe de personnes (Ninacs, 2008).

Ninacs (2008) définit donc l'*empowerment* individuel comme un processus composé de différentes étapes qui agissent sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. L'acquisition de l'*empowerment* chez une personne passe d'abord par sa participation à une activité de nature collective, que ce soit un groupe, un comité, une équipe, etc., où elle pourra avoir le droit de parole et prendre des décisions. La seconde composante, celle des compétences, se manifeste soit par l'acquisition de nouvelles compétences, que ce soient des connaissances ou des habiletés, ou par la réévaluation de celles déjà existantes afin de permettre la participation et l'action (Ninacs, 2008). Toujours selon l'auteur, l'estime de soi est un cheminement qui amène la personne à reconnaître, notamment ses qualités, connaissances et habiletés lui

permettant d'atteindre des objectifs personnels et collectifs. Le modèle de Ninacs (2008) termine avec la composante de la conscience critique qui comprend quatre étapes importantes. La conscience critique est entamée lorsque la personne prend conscience de l'existence d'un problème individuel et ensuite, d'un problème d'ordre collectif, c'est-à-dire qui touche également d'autres individus. Suit la conscience sociale se traduisant par la compréhension que les problèmes sont influencés par l'organisation de la société et ses structures, ce qui permet de réduire l'auto-culpabilisation de la personne. Enfin, la personne développe une conscience politique qui se manifeste par l'acceptation d'une responsabilité personnelle, le sentiment d'appartenance et l'engagement pour viser un changement social afin de résoudre des problèmes d'ordre structurel.

Ces quatre composantes résonnent fortement avec le projet de groupe et ses objectifs. Il nous apparaît pertinent d'offrir aux femmes qui font l'expérience des troubles de l'alimentation une activité collective qui leur permet de prendre parole, partager, participer et acquérir de nouvelles connaissances sur une problématique qui les touche individuellement et collectivement. En effet, dans le contexte où un nombre important de femmes vivant avec les troubles alimentaires font l'expérience d'une multitude de répressions et d'oppressions par les institutions sociales, que nous conceptualisons comme étant des violences institutionnelles, symboliques et structurelles, il est nécessaire de mettre en place un espace commun qui vise la reprise du pouvoir par celles-ci. Sachant que l'autonomie de ces femmes a pu être brimée dans le cadre de certaines interventions de santé, entre autres par le biais de méthodes coercitives et de pratiques visant le contrôle du corps, le groupe d'*empowerment* devient un lieu où la prise de décisions, l'autonomie et la capacité d'agir de chacune des participantes sont mises au premier plan. Ninacs (2008) soulève que : « renverser la perte d'autonomie signifie donc de renforcer la capacité d'agir » (p.11). Pour ce faire, l'intervenante doit éviter le contrôle des participantes et du groupe ainsi qu'utiliser la négociation plutôt que la coercition (Ninacs, 2008). De plus, le groupe doit agir comme un espace de dialogue où les femmes ont le pouvoir de transmettre aux autres membres du groupe leurs propres connaissances, par l'intermédiaire de leurs savoirs d'expériences. De cette manière, parler de ce problème en groupe est un premier pas qui permet de mettre des mots sur les répressions et oppressions vécues, ce qui amène l'identification et la reconnaissance de l'existence de ces violences, pour ensuite, les dénoncer dans le but de contribuer à un changement progressif. Ces discussions combattent l'individualisation du problème et favorisent la déculpabilisation et la

déstigmatisation, ce qui favorise à son tour l'estime de soi de chacune des participantes pour viser l'atteinte d'objectifs à la fois personnels et collectifs face à cette problématique. Comme il a été précédemment soulevé par Le Bossé et ses collaboratrices (2006), mettre en avant les savoirs d'expériences a un impact direct sur le développement du pouvoir d'agir, et donc, sur l'atteinte des objectifs qui sont significatifs pour les personnes concernées. Il nous semble donc que le groupe d'*empowerment* a un effet réparateur par l'affranchissement de cette population féminine face aux violences vécues.

Puisque ces violences institutionnelles et symboliques se reproduisent dans les structures de notre société, il devient d'autant plus pertinent de créer un lieu de résistance. En misant sur les savoirs expérientiels des participantes comme étant des connaissances d'expertises, ces femmes deviennent des sujets actifs où la conscientisation est produite. Valérie Roy et Annie Pullen-Sansfaçon (2016), ayant proposé un modèle hybride du travail social de groupe combinant le modèle axé sur l'aide mutuelle et le modèle autogéré, mettent de l'avant l'importance du développement de la conscience critique dans le groupe pour contribuer aux changements personnels et sociaux. En effet, la conscientisation devient possible grâce aux discussions de groupe qui permettent de mettre en lumière la présence de relations de pouvoir dans les structures d'oppressions, et donc, de lier les défis personnels aux conditions structurelles, culturelles et socioéconomiques (Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Ces professeures sont d'avis que les pratiques de groupe d'*empowerment* agissent comme un moyen efficace de partage d'une diversité d'expériences et divergence d'opinions ainsi que d'acquisition de nouvelles connaissances afin d'ouvrir la porte à de nouveaux discours, et donc, de résister aux discours provenant des disciplines dominantes. La conscientisation est l'élément clé menant à l'action collective, qui est, selon Roy et Pullen-Sansfaçon (2016) la réponse à la résistance au pouvoir. Puisque les problèmes ne sont pas tous individuels, ni dans leurs causes ni dans leurs solutions, il devient nécessaire d'agir collectivement en vue de susciter des changements sociaux (Ninacs, 2008). Dans le cas des participantes du projet, il est visé que le groupe de résistance contribue à l'engagement de celles-ci, au sentiment de solidarité dans le groupe et à l'accroissement de leur pouvoir d'agir personnel et collectif afin qu'elles puissent créer, à leur manière, des échos de changement positif dans la culture du corps et les pratiques de santé.

Le groupe est donc un lieu privilégié pour favoriser l'*empowerment* individuel des femmes touchées par le phénomène étudié, mais également pour favoriser l'appropriation d'un pouvoir d'agir collectif. Ninacs (2008) soutient que le travail social de groupe détient un avantage par rapport à l'intervention individuelle puisque le groupe permet de favoriser davantage la conscience critique et la collaboration entre les participantes grâce à l'engagement mutuel et à la réciprocité entre elles. Afin d'être en cohérence avec les principes et fondements d'une pratique de groupe s'inscrivant dans une perspective d'*empowerment*, notre rôle d'intervenante s'inspire du modèle de groupe autogéré, modèle conçu par Mullender et Ward. Pullen Sansfaçon et Ward (2017) mettent l'emphase sur le rôle de facilitatrice dans ce type d'intervention. En effet, il est important d'agir en tant que facilitatrice de reprise de pouvoir auprès du groupe de femmes en favorisant une relation égalitaire et non hiérarchique avec elles et en les soutenant dans leurs réflexions et leurs actions. Puisque le groupe constitue à la fois le contexte et l'instrument de l'intervention sociale ainsi que de l'*empowerment*, l'actualisation de celui-ci doit s'effectuer en partenariat avec les participantes. De cette manière, Pullen Sansfaçon et Ward (2017) encouragent l'accompagnement du groupe dans son processus plutôt que sur le contenu des rencontres pour atteindre le résultat visé. Enfin, pour atteindre le principal objectif visé par le projet, soit les partages des savoirs expérientiels, il nous apparaît donc fort pertinent d'appuyer cette méthode d'intervention sur une perspective d'*empowerment* tout en empruntant certains principes du modèle autogéré pour notre pratique d'intervenante. Nous croyons effectivement que cette méthode puisse permettre l'explicitation des connaissances acquises par l'expérience chez les femmes du groupe.

3.1.2 Modèle inspiré de l'aide mutuelle

Le projet de groupe est également inspiré du modèle de l'aide mutuelle afin de viser une entraide entre les femmes participantes au projet. Steinberg (2014), praticienne d'expérience en travail social, décrit l'aide mutuelle comme la cause du groupe et la conséquence de celui-ci. L'aide mutuelle est donc le moyen mis à profit par les femmes concernées ainsi que le résultat de l'intervention et ce que les femmes retirent de l'expérience (Steinberg, 2014). Ce modèle présuppose que les membres ont la capacité de s'offrir l'aide nécessaire en misant sur leurs forces individuelles ainsi que sur la force du groupe en tant qu'entité (Steinberg, 2014). Neuf dynamiques, développées par Steinberg (2008), permettent de reconnaître la présence d'un système d'aide mutuelle au sein du groupe, qui peut se poursuivre à l'extérieur de ce dernier. Ces dynamiques

sont : le partage d'information, la confrontation des idées, la discussion des sujets tabous, le phénomène « toutes dans le même bateau », le soutien émotionnel, les demandes mutuelles, l'aide à la résolution de problèmes, l'expérimentation de façons d'être et de faire et la force du nombre.

Tout comme dans la perspective d'*empowerment*, il est ici primordial de partager le pouvoir, de manière horizontale, entre les participantes et nous-même (Steinberg, 2014). De cette manière, nous reconnaissons leurs expertises et leurs ressources. Les participantes peuvent donc prendre conscience de leurs forces pour ainsi, devenir des ressources pour le groupe. De plus, il est important que l'intervenante assure le maintien de la structure du groupe afin d'assurer un bon fonctionnement de celui-ci selon le modèle (Steinberg, 2014).

Sachant que les partages des savoirs expérientiels s'avèrent être l'objectif général du projet, ce modèle nous semble pertinent à s'y inspirer puisqu'il favorise l'autoréflexion et l'autoréférence, soit le recours à soi et son vécu personnel (Steinberg, 2014). En effet, les femmes sont invitées à réfléchir à leurs propres expériences afin de venir en aide à leurs paires vivant des expériences difficiles communes (Steinberg, 2014). Les savoirs d'expériences des membres sont donc mis à contribution. Ainsi, l'aide mutuelle nous apparaît comme un levier d'intervention fort propice dans le cadre de ce projet afin d'explicitier les savoirs expérientiels des femmes du groupe et produire des bénéfices pour le groupe.

3.2 Co-construction du projet de groupe

Pour répondre aux principes d'intervention visant l'*empowerment* et l'aide mutuelle, il nous semble pertinent d'inclure la co-construction comme méthode d'intervention avec le groupe de femmes. En effet, il est visé de co-construire le projet avec les participantes en mettant de l'avant leurs connaissances, leurs compétences et leurs ressources.

Les principes du modèle autogéré sont, à notre avis, en cohérence avec cette volonté de co-construction. Effectivement, tel qu'il est soutenu par Pullen Sansfaçon et Ward (2017), il est pertinent de travailler en partenariat avec les participantes dans le développement du groupe, selon des objectifs définis et des lignes directrices établies ensemble. Cette co-construction permet d'instaurer des balises visant l'*empowerment* des participantes, par le fait même, du groupe. Les femmes ont ainsi l'autonomie de décider plusieurs conditions de réalisation du projet (Pullen

Sansfaçon et Ward, 2017). Il est vrai que les membres du groupe ont l'autonomie et la place pour prendre les décisions concernant le contenu détaillé des rencontres et les résultats souhaités par le groupe. Puis, en tant qu'intervenante-chercheure, notre rôle consiste à la mise en œuvre du processus de groupe à partir des objectifs préétablis dans ce mémoire. Tout au long du projet, nous avons pour rôle d'assurer des rapports égalitaires entre les membres, en promouvant la collaboration et la participation démocratique à chacune des prises de décisions du groupe (Pullen Sansfaçon et Ward, 2017). Cette méthode nous semble efficace pour favoriser l'engagement des femmes et le sentiment d'appartenance au groupe. Enfin, une grande place est accordée à la flexibilité et à la spontanéité, selon les besoins manifestés par les participantes au courant du projet.

L'équipe *Pratiques de participation citoyenne dans la recherche et l'action sur les inégalités sociales* (PRAXCIT) (2011) du CREMIS se penche, dans un article, sur la contribution en recherche de la co-construction des connaissances, mais également pour améliorer les politiques existantes. Selon l'équipe, offrir un espace de parole, où les connaissances fondées sur les savoirs expérientiels sont reconnues, permet une mise en commun des expériences de vie. Ces connaissances favorisent la mise en place de politiques sociales qui répondent réellement aux besoins des populations concernées (PRAXCIT, 2011). Une inégalité dans la reconnaissance des savoirs, comme il a été discuté au premier chapitre, peut nuire aux populations stigmatisées (PRAXCIT, 2011). Ainsi, l'équipe soutient que la participation citoyenne exige la création d'espaces de prise de parole et de mise en commun des savoirs des populations stigmatisées et vivant des inégalités. Dans le cadre de notre projet, l'espace se veut un lieu où les savoirs expérientiels sont valorisés pour comprendre les expériences de violences et les effets de ces expériences vécues par les femmes au contact de certaines structures. La mise en commun de leurs expériences plurielles contribue à développer un savoir visant une lutte contre les différentes formes de violence à l'endroit de ces femmes qui vivent, notamment de la stigmatisation. Puis, Morin et Lambert (2017) soutiennent que reconnaître la valeur des savoirs expérientiels des personnes ou d'un groupe permet de miser sur une relation dialogique sans la présence de relations hiérarchiques, permettant ainsi la création d'une alliance. En reconnaissant la valeur de leurs savoirs, dans un projet d'intervention comme celui-ci, cela tend vers un partage d'expertise dans le groupe. La co-construction des connaissances par les membres nous apparaît donc être une

méthode appropriée pour orienter des actions pouvant contribuer à un changement positif dans les pratiques de santé.

Afin d'explicitier les savoirs des femmes du groupe, les sentiments de confiance, d'appartenance et d'engagement à l'endroit du projet sont de mise. Pour cela, la co-construction de l'intervention s'avère pertinente pour que les femmes ressentent que l'espace du projet soit un lieu qui leur ressemble, les respecte et répond à leurs besoins.

3.3 Posture sensible à l'intervention féministe

Il nous semble important de spécifier que le projet de groupe s'inscrit dans une posture sensible à l'intervention féministe. Puisque le projet souhaite lier les expériences des femmes aux violences reproduites par les structures, il nous apparaît juste de dire que le projet s'insère dans une approche dite féministe. Les professeures Christine Corbeil et Isabelle Marchand (2010) soutiennent que l'intervention féministe veut lier ces deux éléments dans un but de lutte contre ces formes de violence.

Les principes directeurs de l'intervention féministe proposent de faire alliance avec les femmes et de créer un solide lien de confiance avec elles (Corbeil et Marchand, 2010). La co-construction du projet de groupe nous semble pertinente pour répondre à ce principe. Ils proposent également de favoriser l'*empowerment* des femmes afin de leur permettre de résister et lutter contre les différentes formes de violence (Corbeil et Marchand, 2010). L'intervention féministe se déroule par l'intermédiaire d'une prise de conscience des différents rapports dans lesquels les femmes s'inscrivent et par une réappropriation de leur pouvoir d'agir (Corbeil et Marchand, 2010). Enfin, l'intervention féministe propose également de briser l'isolement des femmes et de favoriser la solidarité (Corbeil et Marchand, 2010).

Le projet nous apparaît en cohérence avec ces principes directeurs. Celui-ci vise à regrouper des participantes autour de leurs savoirs expérientiels portant sur les troubles de l'alimentation, les pressions culturelles ciblant le corps féminin et les interventions de santé dont elles ont fait l'expérience. Ces thèmes s'avèrent pertinents pour créer une solidarité entre les femmes ayant vécu des expériences communes, pour ainsi collectiviser leurs expériences. La perspective d'*empowerment* dans lequel le projet s'inscrit vise à encourager les discussions, les réflexions et

les prises de conscience critiques entre les femmes à l'égard des enjeux concernés par le projet, pour lesquels les rapports sociaux de genre sont centraux. De plus, rappelons qu'il est attendu d'explorer les stratégies de résistances mises en place, ou pouvant être mises en place, à l'égard des violences autour du corps. De cette manière, le projet s'inscrit dans une perspective d'*empowerment* féministe.

3.4 Méthodologie d'intervention et de recherche

Dans cette section, il sera question de la stratégie générale de l'intervention de groupe de ce projet, puis de la population ciblée. Ensuite, les critères de sélection et modalités de recrutement des participantes ainsi que les méthodes d'analyse de l'intervention seront présentés. Finalement, nous verrons brièvement les considérations éthiques du projet.

3.4.1 Stratégie générale de la démarche

D'entrée de jeu, l'intervention de ce projet s'est déroulée au courant du printemps 2023, avec le soutien de l'organisme communautaire ANEB, auprès d'une population de femmes vivant avec les troubles alimentaires. Tel qu'il a été vu, ce projet consiste principalement à mettre en place une intervention en travail social de groupe fondée sur une perspective d'*empowerment* et inspirée du modèle d'aide mutuelle, dans le but de mettre en lumière et de dénoncer des violences qui peuvent être reproduites par les représentations dominantes du corps féminin et les institutions de santé auprès de cette population. Pour ce faire, le projet de groupe est co-construit avec les participantes. En tant qu'intervenante-chercheuse, notre rôle est la mise en œuvre du processus de groupe à partir des objectifs préétablis, alors que les membres du groupe ont l'autonomie et la place nécessaire pour prendre les décisions concernant le contenu détaillé des rencontres et les résultats souhaités par le groupe. Cette intervention, qui a pour objectif général d'offrir un espace où la parole et les savoirs expérientiels de cette population féminine sont mis au premier plan, se veut certainement flexible et sensible aux besoins et volontés exprimés par les participantes. Les diverses expériences et perceptions des membres à l'égard du phénomène de l'alimentation et du corps ainsi que des interventions du système de santé font l'objet d'intérêt dans le cadre de ce projet, tout en explorant également les stratégies de résistances aux violences possibles à mettre en place par ces femmes.

Le projet a donc mis sur pied un groupe fermé composé de huit participantes pour lequel la participation a été volontaire. L'intervention de groupe, en format présentiel, s'est échelonnée sur une durée de douze semaines, à raison d'une rencontre par semaine.

3.4.2 Participantes ciblées

Ce projet d'intervention a ciblé les personnes, âgées de 21 ans et plus et parlant le français, qui s'identifient en tant que femme et considèrent être touchées par les troubles de l'alimentation, et ce, peu importe le trouble alimentaire.

3.4.3 Critères de sélection et modalités de recrutement

D'abord, en ce qui concerne les critères d'inclusion à la participation, il n'était pas requis que les participantes aient un diagnostic de TCA, simplement qu'elles considèrent être aux prises avec un trouble de l'alimentation. Aussi, il était visé que les participantes fréquentent ou aient déjà fréquenté des services de santé ou des ressources d'aide en raison d'un trouble alimentaire et qu'elles se sentent confortables de partager leurs expériences personnelles avec d'autres femmes ayant vécu des expériences communes. Enfin, le dernier critère de sélection était que les participantes se sentent disposées à participer et à s'engager dans un groupe.

Le nombre de participantes visé pour réaliser notre intervention de groupe était de huit à dix participantes. Puis, le groupe était composé de huit participantes, engagées du début jusqu'à la fin. Un portrait des participantes sera présenté au chapitre suivant.

Le recrutement s'est déroulé sur une base volontaire et s'est concrétisé de différentes façons. Le recrutement a été effectué par sollicitation indirecte, c'est-à-dire, par le biais d'une affiche de recrutement (Annexe A). Cette affiche a d'abord été diffusée sur les réseaux sociaux, tels que Facebook et Instagram. ANEB a publié cette affiche via ses plateformes sociales. Nous avons également affiché cette invitation à la participation sur les babillards d'organismes communautaires œuvrant auprès de la population féminine dans la région de Montréal. Les femmes intéressées ont donc communiqué avec nous afin d'obtenir des informations supplémentaires sur le projet et d'entamer le processus de participation au projet. Nous avons par la suite planifié un entretien individuel pré-groupe avec les participantes potentielles. Cet entretien avait pour but d'établir un

premier contact avec elles, de transmettre les informations sur le projet, d'obtenir le consentement, de valider les critères de sélection et de collecter les données sur le portrait général des femmes. Un guide d'entretien pré-groupe a été conçu afin de servir d'aide-mémoire (Annexe B). Le déroulement du recrutement sera détaillé au prochain chapitre, à la phase de début du projet d'intervention.

3.4.4 Méthodes d'analyse de l'intervention

À des fins d'analyse de notre intervention et des résultats de celle-ci, nous avons prévu la tenue de notes évolutives et l'observation clinique. L'observation a été utile afin de rendre compte de la présence d'un engagement et d'une participation chez les membres du projet. Une première grille d'observation que nous avons créée, inspirée de Ninacs (2008), a également permis de rendre compte de la conscientisation et du développement de l'*empowerment* chez les participantes du groupe (Annexe C). Une seconde grille d'observation, créée par Berteau et Warin (2014), a été utile pour observer les dynamiques d'aide mutuelle dans le groupe (Annexe D). Quant aux notes évolutives, un premier guide de notes évolutives de groupe a été conçu afin de collecter les éléments suivants : thèmes et discussions abordés, partages et émotions ressortis, activités et tâches réalisées, processus de groupe et étape d'évolution du groupe (Annexe E). Un deuxième guide de notes évolutives individuelles a été construit pour recueillir les éléments suivants chez chacune des participantes : prises de conscience, sujets suscitant des réactions émotives et sentiments exprimés, changements observés, rôle dans le groupe, engagement, implication et mobilisation dans le groupe et, finalement, dévoilements particuliers (Annexe F). Ces deux grilles de notes évolutives ont été inspirées des modèles de l'organisme ANEB. Les notes évolutives ont permis de collecter des éléments de réponse pertinents à la question du projet, et ainsi, répondre aux objectifs spécifiques de recherche. Elles ont également permis de constater l'atteinte des objectifs spécifiques de l'intervention de groupe.

Ajoutons que le matériel produit par les participantes au cours du projet a pu être utile à l'analyse des résultats de cette expérience de groupe. Une fois l'intervention terminée, un second entretien semi-dirigé a été effectué avec chacune des participantes. Un guide d'entretien post-groupe a également été conçu afin de servir d'aide-mémoire (Annexe G). Cet entretien avait pour mandat

d'évaluer, en partie, l'atteinte des objectifs spécifiques liés à l'intervention ainsi que son appréciation générale.

Enfin, précifions que toutes les rencontres de groupe ainsi que les entretiens pré-groupe et post-groupe ont été enregistrés à l'audio afin de servir à des fins d'analyse. Nous n'avons pas effectué de retranscriptions verbatim pour toutes les rencontres, mais certains extraits ont été retranscrits afin d'explicitier les savoirs expérientiels partagés par les femmes participantes, et ce, dans leurs propres mots. Il a également été pertinent de retranscrire des échanges entre les participantes afin d'effectuer un retour sur les objectifs du projet et leur degré d'atteinte.

3.4.5 Considérations éthiques

Afin de respecter les normes d'éthique en vigueur, le présent projet a été soumis, puis il a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des sciences humaines de l'UQÀM (Annexe H). Nous avons obtenu l'accréditation éthique en février 2023 et avons, par la suite, entamé le recrutement en mars 2023.

Dans le cadre de cette demande, tous les enjeux d'ordre éthique ont été discutés de manière détaillée. Dans cette section du chapitre, nous transmettons un aperçu des principaux aspects dont il a été question dans la demande d'approbation éthique.

3.4.5.1 Avantages et risques pour les participantes

Nous estimons la présence de plusieurs avantages à la participation au projet. Par l'intention même du projet, les participantes ont l'avantage de bénéficier d'un espace sécuritaire de partages de leurs savoirs expérientiels autour de différents enjeux où il existe peu de place pour les aborder. Les échanges portant sur les violences pouvant être reproduites par les institutions de santé et par les représentations dominantes des corps des femmes permettent le développement d'une conscience critique et de l'*empowerment*, ce qui nous apparaît bénéfique pour les femmes. En plus, la mise en valeur des savoirs expérientiels des femmes participantes peut entraîner des bienfaits chez celles-ci, notamment l'augmentation de l'estime de soi et une reprise de pouvoir. Ces facteurs de protection peuvent avoir un impact significatif sur l'atteinte d'objectifs personnels et collectifs qui tiennent à cœur les femmes participantes, et ce, au fil du projet, mais également lorsque celui-ci

prendra fin. Puis, il est un atout pour les membres du groupe de bénéficier d'une communauté d'entraide auprès de personnes vivant des expériences communes. La communauté d'entraide, étant initialement axée sur la problématique traitée dans le cadre du projet, peut également perdurer dans le temps et s'attaquer à d'autres enjeux personnels, culturels, sociaux et politiques qui touchent collectivement les femmes concernées. Il est également profitable de participer à ce projet pour disposer d'un espace où la déresponsabilisation individuelle est mise de l'avant. Ajoutons qu'il peut être avantageux pour les participantes de mettre à profit leur engagement et leur participation à un projet comportant des prises de décisions qui les impliquent dans la visée du groupe ainsi que dans une visée d'action sociale. En documentant un sujet dont elles possèdent une expertise acquise par l'expérience, des bénéfices sont produits pour cette population féminine, mais également pour la population au sens large. Effectivement, en documentant les expériences vécues au contact des pratiques de santé et des normes corporelles féminines, les participantes contribuent à la reconnaissance et à la dénonciation de certaines oppressions pouvant être vécues par les femmes touchées par les troubles alimentaires, mais également par un ensemble de personnes.

Malgré ces nombreux avantages, ce projet comporte également un risque minimal pour les participantes. En effet, il est possible que les partages expérientiels, ou encore, les discussions entre les membres suscitent des émotions et réactions inconfortables chez certaines participantes. Il est donc primordial d'offrir aux membres un espace sécuritaire où le soutien et l'aide mutuelle entre elles pourront atténuer ce risque. Il est également nécessaire d'offrir, en tant qu'intervenante et au moyen de notre expertise, un support psychosocial aux membres pendant les rencontres de groupe. Pour ce faire, les formations offertes par ANEB ainsi que les supervisions cliniques ont été primordiales pour obtenir du support clinique tout au long du projet, pour adapter notre pratique d'intervention auprès du groupe de femmes et nous assurer que les bénéfices demeurent nettement supérieurs aux risques pour les participantes du projet. Les participantes ont également été informées qu'elles pouvaient obtenir une aide et un soutien de la part d'ANEB tout au long du projet et après celui-ci, par le biais de la ligne d'écoute et de références, du clavardage en ligne et des groupes de soutien ouverts offerts par l'organisme. Aussi, elles ont été informées qu'elles n'étaient pas tenues de participer à chaque séance et qu'elles avaient la possibilité de se retirer du projet d'intervention à tout moment, sans avoir à justifier leur décision.

3.4.5.2 Moyens pour obtenir le consentement des participantes

Avant d'entamer l'intervention de groupe, il était nécessaire d'obtenir le consentement libre et éclairé de chacune des participantes. Pour ce faire, lorsqu'une personne manifestait son intérêt à participer au projet, nous planifions un moment de rencontre pour effectuer l'entretien individuel. Tel qu'il a été mentionné, cette rencontre avait pour but d'établir un premier contact avec la personne, de transmettre les informations du projet, de valider les critères de sélection et d'obtenir le consentement. L'entretien pré-groupe pouvait ensuite débiter. Les rencontres ont eu lieu à l'École de travail social de l'UQÀM, dans un local réservé, pour une durée approximative de 60 minutes. Donc, avant de débiter l'entretien, un formulaire d'information et de consentement était remis à la participante (Annexe I). Ce formulaire comprend les informations générales du projet, la nature et les modalités de l'intervention, les avantages et les risques associés à la participation, les mesures de confidentialité et le consentement à la participation et à l'enregistrement audio des entretiens individuels et des rencontres de groupe. Lorsque le formulaire était remis à la participante, nous avons pris le temps d'expliquer chacune des sections du formulaire et de répondre à ses questions. Ensuite, si elle souhaitait toujours participer au projet, il lui était demandé de signer le formulaire de consentement avant de poursuivre l'entretien, et ainsi, de démarrer l'enregistrement audio. Par ailleurs, toutes les femmes participantes ont été informées qu'elles pouvaient se retirer du projet à tout moment.

Également, lorsque le projet de groupe a débuté, nous avons remis un formulaire d'autorisation de partage du matériel produit dans le cadre du projet (Annexe J). Ainsi, toutes les participantes ont donné leur consentement au partage du matériel qui a été fait au courant du projet afin d'utiliser celui-ci dans la présentation des résultats.

3.4.5.3 Respect de la confidentialité

Les questions de confidentialité ont été abordées avec les participantes lors des rencontres pré-groupe. Il a été entendu que le projet respecte l'anonymat de chacune des participantes ainsi que la confidentialité des informations. La confidentialité et l'anonymat des membres du projet ont été assurés dans la rédaction des données recueillies dans le cadre des entretiens individuels, des notes évolutives, des grilles d'observation ainsi que du mémoire en remplaçant les noms des participantes par des noms fictifs. Les notes évolutives, les grilles d'observation et les données recueillies au

cours des entretiens sont conservées dans des fichiers informatisés nécessitant un mot de passe connu par l'étudiante-chercheuse seulement, et ce, pendant une période maximale de cinq ans, à la suite de quoi elles seront détruites. Quant aux enregistrements audio, ceux-ci ont été enregistrés sur une enregistreuse et ont ensuite été conservés dans un fichier informatisé sécurisé jusqu'à ce que la retranscription des données pertinentes soit effectuée, à la suite duquel ils ont été détruits. L'unique personne ayant accès aux enregistrements et aux données recueillies dans le cadre de ce projet d'intervention était l'étudiante-chercheuse.

À la première rencontre de groupe, les participantes du projet se sont également engagées à respecter la confidentialité des propos échangés dans le groupe tout au long de la durée de l'intervention. Cet engagement à la confidentialité a été formalisé par la signature d'un formulaire d'entente relative à la confidentialité (Annexe K).

Pour compléter la présentation de la méthodologie, poursuivons maintenant avec la présentation du milieu d'intervention partenaire à la réalisation de ce projet de groupe.

3.5 Présentation du milieu d'intervention

De nombreuses ressources spécialisées dans la problématique des troubles alimentaires existent au Québec et spécifiquement à Montréal, que ce soit dans les secteurs communautaire, institutionnel ou privé. Le pairage avec l'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB) a été fait pour différentes raisons. D'abord, cet organisme communautaire, se situant dans la grande région de Montréal, est reconnu pour son expertise solide en troubles alimentaires, et ce, depuis plus de 30 ans. De plus, l'organisme détient une expertise en groupes de soutien, qui font d'ailleurs partie des principaux services offerts, ce qui s'arrime parfaitement avec la principale méthode de notre projet, soit l'intervention de groupe. Finalement, l'organisme a été choisi pour son approche alternative visant l'*empowerment*, l'engagement et l'entraide des personnes bénéficiant des services.

Spécifions que l'organisme ANEB a agi en tant que milieu d'intervention partenaire à la réalisation du projet. Nos rencontres à distance avec Jérôme Tremblay, le coordonnateur clinique, nous ont permis d'avoir un espace pour présenter notre projet et obtenir du soutien spécialisé en troubles alimentaires. Il a également été bénéfique pour nous de participer aux formations offertes par l'organisme afin de se familiariser avec la problématique des troubles de l'alimentation. Puis, nous

avons pu avoir le champ libre pour créer et réaliser notre projet de groupe à l'image de la problématique ressortie.

Afin d'établir un portrait de l'organisme, quatre composantes seront décrites, soit la mission et objectif d'ANEB, les approches préconisées par l'organisme, ses services offerts et la structure organisationnelle de l'organisme.

3.5.1 Mission et objectif

ANEB est un organisme de première ligne qui mise sur la prévention des troubles alimentaires et qui apporte un soutien essentiel au réseau de la santé. En effet, puisque le réseau de la santé est saturé, que les listes d'attentes sont longues et que l'accès à des psychologues est difficile, ANEB joue un rôle clé pour venir en aide rapidement aux personnes aux prises avec les troubles alimentaires (ANEB, 2023b). La mission de l'organisme est la suivante :

garantir une aide immédiate, spécialisée et gratuite aux personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire et à leurs proches. En plus d'offrir des services spécialisés depuis maintenant 35 ans, ANEB demeure présent dans divers milieux afin de sensibiliser la population à cette problématique de santé mentale. Par le biais de divers services d'éducation et par la création de nouveaux partenariats, l'organisme aide à prévenir et à diminuer les conséquences liées aux troubles de l'alimentation (ANEB, 2023c).

Afin de répondre à sa mission, ANEB offre des services gratuits, confidentiels, diversifiés, bilingues et dans tout le Québec pour les personnes vivant avec les troubles alimentaires ainsi que leurs proches (ANEB, 2023d).

3.5.2 Approches préconisées

Les services offerts par l'organisme sont ancrés dans les deux approches suivantes : cognitivo-comportementale et humaniste. L'équipe ne se positionne pas en tant qu'experte, mais considère plutôt les personnes participantes comme les expertes de leur vie. L'intervention vise à les accompagner dans la découverte de leurs propres solutions. En effet, les personnes intervenantes ont pour objectif d'assister les participantes dans leur processus de rétablissement en leur

transmettant de l'information au sujet des troubles alimentaires. Enfin, l'approche de cette ressource d'aide vise à briser l'isolement et les tabous qui entourent cette problématique.

3.5.3 Services offerts

Les services généraux sont constitués d'une ligne d'écoute et de référence, d'un service de clavardage et de texto, de groupes de soutien ouverts ainsi que de groupes de soutien fermés. L'organisme offre également des activités de prévention et de sensibilisation, par le biais de kiosques et conférences, ainsi que des formations professionnelles (ANEb, 2023d).

Les groupes ouverts, qui ont lieu quatre fois par semaine, ne requièrent pas d'inscription préalable de la clientèle. Les thèmes des rencontres découlent directement des besoins des personnes présentes au groupe. Un nouveau groupe ouvert, destiné aux personnes racisées, a vu le jour cette année. Quant aux groupes fermés, ils sont animés par deux personnes intervenantes et se déroulent sur une durée de sept à quinze semaines. Ces groupes, qui nécessitent une inscription préalable à la participation, sont formés de dix participantes maximum. Le groupe se rencontre de façon hebdomadaire pour une durée de deux heures. ANEB offre différents types de groupes fermés : niveau 1, niveau 2, hyperphagie, nutrition, sexualité et pour les proches. Différents thèmes concernant les troubles alimentaires sont abordés et des outils sont également proposés. Tous les groupes sont réservés aux personnes âgées de 17 ans et plus.

3.5.4 Structure de l'organisation

L'organisme est composé d'une multitude de professionnel-le-s en santé mentale, de stagiaires provenant des domaines d'intervention en travail social et en sexologie ainsi que de bénévoles. La permanence d'ANEb est formée de la directrice générale, Josée Champagne, qui assure son fonctionnement, de Rita Zilifian, l'adjointe administrative, et d'une série d'intervenantes responsables des différents services. L'équipe d'intervenant-e-s est soutenue par la personne coordonnatrice clinique.

L'équipe permanente se rencontre de façon hebdomadaire afin de discuter du fonctionnement de l'organisme. Ces rencontres permettent aux équipes d'échanger sur l'évolution de leurs services et de leurs projets respectifs ainsi que de transmettre des informations importantes. De plus, tous les

mois, le coordonnateur clinique anime des réunions réunissant les intervenant·e·s afin de mettre en lumière des cas nécessitant de la supervision clinique dans le but d'ajuster les interventions. Enfin, les personnes responsables de chaque volet de services de l'organisme sont chargées de la supervision clinique des intervenant·e·s oeuvrant dans leur service respectif.

Après avoir présenté la méthodologie d'intervention et de recherche dans ce chapitre, le suivant en présente les résultats.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les trois précédents chapitres avaient pour objectif commun de jeter les bases du projet d'intervention de groupe dont il est question dans ce mémoire. Il convient maintenant de présenter les résultats ressortis de cette expérience auprès du groupe de femmes. Dans ce chapitre, il sera d'abord question d'un résumé du projet puis de son déroulement. Une présentation des trois grands thèmes issus de cette expérience de groupe sera par la suite effectuée. Enfin, des éléments témoignant de l'atteinte des objectifs du projet seront relevés au cours du chapitre, mais ceux-ci seront plus largement traités au chapitre suivant lors de la discussion des résultats.

4.1 Résumé du projet d'intervention

Ce projet visait principalement à offrir un espace de partages des savoirs expérientiels de femmes vivant avec les troubles de l'alimentation sur leurs expériences vécues au contact des pratiques de santé et des standards sociaux entourant le corps féminin.

Plus spécifiquement, le projet d'intervention avait comme objectifs de : 1) favoriser le partage des vécus, la conscientisation et le pouvoir d'agir personnel et collectif des femmes participantes au projet; 2) co-construire l'intervention de groupe avec les participantes, par l'instauration d'un pouvoir égalitaire et d'une participation démocratique aux prises de décisions; 3) mettre en place une communauté d'entraide dans le groupe, par le soutien, l'aide mutuelle et l'engagement des participantes; 4) explorer les sens que donnent les participantes à partir de leurs expériences vécues au contact des pratiques de santé et des représentations du corps féminin, les effets de ces expériences ainsi que les stratégies de résistances mises en place par celles-ci.

Le projet d'intervention s'est déroulé pendant 16 semaines, de mars à juin 2023. Nous avons entamé le recrutement en mars 2023. Les entretiens individuels pré-groupe ainsi que les rencontres de groupe ont suivi dans le même mois. L'intervention de groupe, qui s'est étalée sur 12 semaines, a pris fin en juin 2023. Enfin, les entretiens individuels post-groupe se sont déroulés pendant 2 semaines en juin 2023.

4.2 Déroulement du projet d'intervention

Tout au long du projet, diverses activités ont été réalisées afin de répondre aux objectifs de recherche et d'intervention. Il est possible de classifier ces activités en trois grandes étapes du travail social de groupe, soit la phase de début, la phase de travail et la phase de fin (IASWG, 2017). Dans la première phase, nous détaillerons le processus de recrutement, de même que les premiers contacts effectués avec les participantes. Nous exposerons également un portrait des huit participantes composant le groupe. La phase de travail a consisté à réaliser l'intervention de groupe composée de douze rencontres. Dans cette section, nous présenterons le déroulement des rencontres de groupe. En dernier lieu, la phase de fin, qui est marquée par la dernière séance ainsi que les entretiens post-groupe, clôturera cette partie du chapitre.

4.2.1 Phase de début

Le recrutement a débuté en mars 2023, selon les modalités de recrutement prévues. Comme mentionné précédemment, nous avons d'abord conçu une affiche de recrutement (Annexe A). L'affiche a été publiée sur les réseaux sociaux d'ANEb, soit Facebook et Instagram. Par ailleurs, nous avons distribué cette même affiche dans quelques organismes communautaires œuvrant auprès de la population féminine du centre de Montréal pour qu'ils l'installent sur leurs babillards. Ces organismes sont le Centre de santé des femmes de Montréal, le Centre d'éducation et d'action des femmes, le Y des femmes de Montréal, le Centre des femmes du Plateau Mont-Royal et le Centre de femmes Hochelaga-Maisonneuve, La Marie Debout.

Quelques jours après le commencement du recrutement, nous avons été contactés, via notre courriel, par plusieurs personnes potentiellement intéressées à participer au projet. Nous avons aussitôt répondu aux courriels en planifiant un premier contact téléphonique avec les participantes potentielles. La discussion téléphonique visait avant tout à nous présenter, puis répondre à leurs questions et enfin, à valider que les critères d'inclusion à la participation soient respectés. Celles qui demeuraient intéressées à participer au projet étaient par la suite rencontrées en personne dans un local de l'École de travail social de l'UQÀM pour procéder à l'entretien pré-groupe. L'entretien individuel avait pour but d'établir un premier contact avec elles, expliquer le projet, obtenir leur consentement et collecter les données sur le portrait général de chaque femme. Comme mentionné dans le chapitre précédent, nous avons conçu un guide d'entretien servant d'aide-mémoire (Annexe

B). Ce guide est divisé en différents thèmes : 1) données sociodémographiques ; 2) troubles des conduites alimentaires ; 3) rapport au corps ; 4) services de santé et services sociaux ; 5) motivations, attentes et inquiétudes face au projet d'intervention de groupe. Lorsque le consentement à la participation était obtenu, l'enregistrement était amorcé pour procéder à l'entretien avec chacune des participantes, et ce, pour une durée approximative d'une heure.

La phase du début s'est donc déroulée sur deux semaines, durant laquelle nous avons successivement effectué le recrutement et réalisé huit entretiens avec les participantes, préalablement à la première rencontre de groupe.

4.2.1.1 Portrait des participantes

Dans cette section, nous dressons le portrait de chacune des participantes du groupe, au moyen d'une description sociodémographique, d'un énoncé du trouble alimentaire, de ses comportements problématiques et de ses conséquences ainsi que d'un aperçu des services d'aide qu'elles ont obtenus par le passé. Afin d'assurer la confidentialité de chacune des femmes participantes au projet, tous les prénoms sont fictifs. Certains des prénoms leur ont été attribués alors que d'autres ont été choisis par les participantes.

Le groupe fermé était composé de huit femmes blanches qui parlent français. Six des huit femmes sont d'origine québécoise. L'une des participantes est d'origine suisse et une autre d'origine française. La majorité du groupe réside sur l'Île de Montréal, dans différents arrondissements. Quelques-unes des membres vivent en banlieue de Montréal, soit sur la Rive-Nord et la Rive-Sud de Montréal. Au cours du projet, trois des huit participantes du groupe étaient aux études et les autres en emploi. Les domaines professionnels et d'études sont variés, soit l'administration, l'enseignement, l'intervention, la nutrition ainsi que la littérature et le théâtre. Le tableau ci-dessous présente un bref portrait des huit femmes composant le groupe (Tableau 4.1).

Tableau 4.1 Portrait général des participantes

Prénom	Âge	Trouble alimentaire actuel	Depuis quand	Diagnostic	Participation à un groupe dans le passé
Joannie	21 ans	Hyperphagie	À l'enfance	Non	Non
Maryse	37 ans	Boulimie	À 15 ans	Oui	Oui
Claire	25 ans	Anorexie	À 15 ans	Oui	Oui
Sophia	33 ans	Orthorexie	À 21 ans	Non	Oui
Anne	21 ans	Orthorexie	À 16 ans	Oui	Oui
Flora	41 ans	Hyperphagie	À l'enfance	Oui	Non
Léa	22 ans	Boulimie	À 13 ans	Oui	Non
Violette	28 ans	Anorexie	À 14 ans	Non	Oui

L'âge des participantes variait entre 21 et 41 ans. Les membres présentaient un portrait du trouble alimentaire plutôt hétérogène malgré certaines similarités qui reliaient les femmes les unes aux autres. Quatre types de troubles alimentaires ont été identifiés par les femmes du groupe. Le quart du groupe considère être affecté par le trouble de l'hyperphagie, un autre quart par la boulimie, un quart supplémentaire par l'anorexie puis finalement, deux participantes ont identifié être touchées par le trouble d'orthorexie. Les femmes ont rapporté différents comportements alimentaires qui entraînent une détresse chez elles. La préoccupation importante, voire l'obsession, autour de l'alimentation est commune chez la majorité des femmes. La planification des repas est une tâche complexe pour plusieurs. Certaines ont noté une anticipation face aux repas, un sentiment de devoir mériter de manger, une préoccupation à l'égard de la sensation de faim et de satiété ou une appréhension des symptômes digestifs. L'importante charge mentale accordée à l'alimentation et le besoin de contrôle sous-jacent sont tous deux éprouvants pour bon nombre de femmes du groupe. Ensuite, la restriction alimentaire est présente chez trois participantes, que ce soit par le jeûne, par la restriction de certains groupes ou de la quantité d'aliments ou encore par la restriction des moments de repas. Deux participantes ont rapporté être affectées par des compulsions alimentaires. L'une d'elles se sert de vomissements provoqués comme méthode compensatoire. Enfin, deux membres du groupe ont identifié la pratique de l'exercice physique comme étant un comportement

pouvant être problématique pour elles, puisque cette pratique pourrait être teintée de rigidité et où un sentiment de culpabilité est généré lors d'un non-respect de cette pratique. En ce qui concerne les conséquences du trouble alimentaire vécues par les femmes, elles sont d'autant plus nombreuses qu'elles touchent différentes sphères de leur vie. Au niveau physiologique, la restriction cause une perte d'énergie, une fatigue, des maux de tête, une irritabilité et une sensation de faim chez quatre des participantes. Trois femmes ont rapporté souffrir d'aménorrhée, soit l'absence de menstruation, depuis une période significative. L'une d'elles a confié ressentir un fort désir de maternité, désir ne pouvant être assouvi à cause de cette conséquence physique. Par ailleurs, une membre du groupe a signalé certains effets négatifs causés par les vomissements : maux de dents, brûlures au niveau de l'œsophage et complications à l'estomac. Puis, le surpoids ainsi que la crainte de problèmes de santé liés au poids ont été nommés comme des conséquences par deux participantes du groupe. Sur le plan des conséquences psychologiques et émotionnelles, la culpabilité et la honte causées par le trouble sont ressorties chez deux des huit femmes. L'anxiété, la dépression, la difficulté d'adaptation ainsi que la difficulté à vivre le moment présent sont des éléments qui ont été soulevés par les femmes. Une participante s'est exprimée sur la perte de libido comme étant un effet négatif du trouble avec lequel elle vit. Finalement, quelques impacts sociaux du trouble alimentaire vécus par les participantes du projet ont été notés. L'isolement causé par le phénomène est commun au groupe. Cet isolement se manifeste par l'évitement d'activités et de sorties sociales pour certaines, et pour d'autres, par le refus d'invitations de repas en famille ou entre ami·e·s. L'impact du trouble sur la famille a été signalé par la moitié du groupe. Puis, des difficultés dans les relations amoureuses et sexuelles font également partie des conséquences pour quelques-unes des femmes.

Il est à noter que la moitié du groupe a rapporté avoir été aux prises avec plus d'un trouble alimentaire au cours de leur vie. Notamment, Violette a relaté avoir été touchée par l'hyperphagie durant l'adolescence puis avoir développé un trouble d'anorexie des années plus tard. De cette manière, les comportements adoptés ainsi que les conséquences découlant de la problématique présentent une variabilité dans le temps pour plusieurs des participantes.

La plupart des participantes du projet ont préalablement reçu un diagnostic de TCA, soit cinq femmes. Il faut savoir que le diagnostic émis ne correspond pas systématiquement au trouble avec lequel les participantes se considèrent aux prises au moment du projet. Anne, par exemple, a raconté avoir reçu un diagnostic d'anorexie avant une hospitalisation, mais vivre à ce jour avec le

trouble d'orthorexie. Rappelons que celui-ci n'est pas classifié dans les TCA du DSM-5. Il n'existe donc pas de diagnostic formel d'orthorexie. Ajoutons que pour la majorité des femmes ayant reçu un diagnostic, celui-ci a été émis plusieurs années suivant l'apparition des symptômes s'apparentant aux troubles de l'alimentation. Cette réalité semble avoir eu un impact sur le parcours de ces femmes en leur portant préjudice d'une façon ou d'une autre. Cet aspect sera abordé plus loin dans le chapitre. Il est également pertinent de souligner que pour la plupart des participantes, cette apparition des symptômes d'un trouble de l'alimentation s'est faite à l'adolescence. Ce trouble n'est d'ailleurs pas nécessairement celui avec lequel elles considèrent vivre au moment du projet. Chez les participantes, l'adolescence est une période particulièrement propice au développement des troubles alimentaires. Nous reviendrons sur ce constat dans le prochain chapitre, qui portera sur la discussion et l'analyse des résultats.

Concernant l'obtention de services spécialisés en troubles alimentaires, préalablement au projet, trois participantes ont bénéficié d'un programme spécialisé dans le traitement des TCA offert par un milieu hospitalier, deux d'entre elles en contexte d'hospitalisation et la troisième dans le cadre d'un suivi externe. Deux participantes ont fait affaire avec des services spécialisés en clinique privée. Ces deux mêmes femmes ont également fréquenté une nutritionniste spécialisée dans le domaine au privé. Deux des membres du groupe ont dit être sur une liste d'attente pour l'obtention de services d'aide spécialisés visant le rétablissement. Quant aux services d'ANEBS, trois femmes ont fréquenté les groupes de soutien ouverts de l'organisme. Ajoutons que toutes les femmes ont rapporté avoir obtenu de l'aide, non spécialisée en troubles alimentaires, de la part de divers professionnels de la santé en raison du trouble alimentaire : médecin de famille, travailleuse sociale du Groupe de médecine de famille (GMF), nutritionniste du GMF, psychologue et thérapeute, physiothérapeute, ostéopathe, kinésiologue et acupunctrice. Certains des suivis avaient pour visée le rétablissement du trouble alimentaire alors que les autres étaient destinés au traitement de conséquences vécues par les femmes en lien avec celui-ci. Pour terminer, tel qu'il est indiqué dans le tableau, la majorité des participantes du projet, soit cinq sur huit, ont mentionné avoir déjà participé à un groupe de soutien pour les personnes touchées par les troubles de l'alimentation.

4.2.2 Phase de travail

La réalisation des rencontres de groupe s'est échelonnée sur douze semaines consécutives, les mercredis, à 18 h. La durée des séances était flexible, et donc, variait d'une semaine à l'autre, soit entre 1 h 30 min et 2 h. Les rencontres avaient lieu dans un local du département de sexologie de l'UQÀM. Puisque les locaux de l'École de travail social n'étaient pas disponibles à cette plage horaire, nous avons pu bénéficier d'un local dans le même pavillon, au rez-de-chaussée. Cet endroit assurait la confidentialité et la tranquillité des rencontres de groupe. Puis, l'emplacement de la salle pouvait également varier au fil des semaines en fonction des activités prévues. Pour la majorité des rencontres, les chaises étaient placées en rond au centre de la pièce afin de favoriser l'intimité et la cohésion de groupe. Plusieurs tables étaient à la disposition des membres pour la réalisation de certaines activités, telles que l'écriture ou le dessin. Finalement, le local contenait un tableau, un ordinateur, un projecteur et des haut-parleurs, au besoin.

La phase de travail a été marquée par la création d'un système d'aide mutuelle dans le groupe. Plusieurs dynamiques d'aide mutuelle ont émergé au cours des semaines. Cette phase de groupe est également caractérisée par le développement de l'*empowerment* individuel chez les participantes ainsi que du pouvoir d'agir dans le groupe.

4.2.2.1 La première rencontre

La première rencontre a eu lieu le mercredi 22 mars à 18 h 30 au local prévu à cet effet. Cette rencontre visait à établir les balises du groupe, en définissant les normes de celui-ci, et à amorcer la création d'un lien de confiance entre les participantes. Pour ce faire, un premier tour de table était proposé aux femmes afin qu'elles puissent se présenter, nommer leurs attentes face au projet et communiquer les formes de médiations avec lesquelles elles sont familières et celles qu'elles connaissent moins. Les huit participantes étaient présentes à cette première rencontre. Elles ont donc toutes pris la parole à leur tour afin d'échanger sur leurs motivations personnelles à participer au projet. Préalablement, nous avons pris le temps de nous ouvrir au groupe sur notre pratique d'intervenante, nos expériences antérieures, nos motivations face au projet ainsi que nos appréhensions face à cette expérience nouvelle.

Puisque le projet se veut co-construit, il s'avérait congruent d'amorcer le projet avec la construction d'un contrat de groupe (Annexe L). Dans un premier temps, nous avons donc proposé aux participantes de réfléchir aux valeurs et aux règles de conduite qu'elles souhaitaient instaurer dans le groupe et d'en discuter en sous-groupes. Dans un second temps, un retour en grand groupe a permis de mettre en commun les normes de fonctionnement du groupe. Il a été établi que l'espace du groupe se veut un lieu de partage confidentiel à l'abri du jugement, où l'écoute, la bienveillance et la tolérance sont de mise. De plus, la transparence, l'humour et l'engagement sont des valeurs qui sont ressorties du noyau. Quant aux règles de conduite, plusieurs ont été convenues naturellement d'un commun accord, telles que celle de s'investir dans le groupe de manière régulière ou encore celle de parler pour soi en utilisant le « je ». D'autres ont nécessité de plus larges discussions afin d'entendre tous les points de vue. En raison de leurs expériences antérieures dans les groupes de soutien, quelques participantes ont nommé ressentir une appréhension face à devoir filtrer leurs propos à cause de certains mots interdits, comme les aliments. Il est vrai que plusieurs groupes de soutien pour les troubles alimentaires exigent la règle de conduite suivante : ne pas nommer de trucs, ni de chiffres, ni d'aliments. Cette règle a été mise en place par les ressources spécialisées pour des raisons précises. Elle consiste principalement à éviter tous types de déclencheurs chez les personnes touchées par les troubles alimentaires. Maryse a mentionné au groupe ressentir un malaise à l'égard des sujets interdits, puisque cela l'amène à se restreindre dans ses partages par crainte de briser les règles. Elle a transmis la réflexion suivante au groupe :

De mon expérience, tellement de règles, qu'est-ce que je peux dire? Donc, tu te bloques. Je trouve que ça revient au point d'honnêteté et transparence dont on parlait. Être capable de nommer les choses pour se challenger un peu et avancer, parce que s'il y a trop de règles et d'interdits, tu restes pognée avec tout ça (Maryse).

D'autres participantes avaient plus de mal à se prononcer sur le sujet, car il s'agissait de leur première expérience de groupe. Toutefois, elles ont soulevé avoir le souci de ne pas heurter leurs paires en parlant d'aliments ou encore de méthodes dont elles ont fait l'expérience dans le passé, par exemple. Au fil de la discussion, le besoin et l'envie partagée de pouvoir s'exprimer librement et d'être à la fois transparentes et confrontées ont amené les participantes à convenir qu'il était acceptable de nommer les aliments. Elles ont également mentionné que le fait de parler des aliments permet de les rendre neutres et de les normaliser. Il a été entendu de plutôt nommer ses limites personnelles et inconforts, le cas échéant, de nouveau par souci de transparence et afin que le

groupe puisse s'ajuster et apporter du soutien à la personne concernée. Aussi, il a été déterminé qu'il est approprié de parler des diètes, de méthodes restrictives ou encore de méthodes compensatoires, puisqu'elles font grandement partie de la culture actuelle. Toutefois, il a été interdit d'en faire la promotion dans le cadre des rencontres de groupe.

Ces balises ont permis un encadrement sécuritaire du processus de groupe. Le contrat de groupe a été remis à chaque participante la semaine suivante. Lors de cette même discussion, plusieurs éléments concernant la structure de groupe ont également été décidés par les membres. En effet, le groupe a pris la décision, de manière unanime, que les rencontres débutent à 18 h plutôt qu'à 18 h 30 et se terminent autour de 19 h 30 avec la flexibilité de déborder si des discussions étaient en cours. Ensuite, les participantes étaient toutes en accord avec une fréquence hebdomadaire pour nos séances. Concernant le nombre de rencontres, nous avons d'abord proposé au groupe que le projet s'échelonne entre huit et douze semaines et avons ensuite laissé l'espace pour en discuter. En échangeant sur cet élément structurel, les participantes ont jugé pertinent de faire preuve de flexibilité en déterminant ultérieurement la durée du projet en fonction de l'évolution du groupe et de son projet. Les membres ont, notamment soulevé l'intérêt de mettre en place un tour de parole libre et spontané pour les échanges. Enfin, Flora a lancé au groupe l'idée d'amorcer toutes les rencontres en prenant le pouls de chacune des femmes par un tour de table. Cette idée a été appréciée par le groupe et a donc été ajoutée au contrat.

Ces prises de décisions ont favorisé la réponse à l'objectif de co-construction. Par ailleurs, nous avons pris un instant pour sensibiliser les femmes au fait que l'espace du groupe leur appartient et qu'elles possèdent le pouvoir de s'approprier ce lieu en prenant des décisions sur la structure de groupe, les thèmes, les sujets de discussion et les activités qu'elles souhaitent implanter, et ce, en fonction des besoins et des volontés du groupe. À la fin de la rencontre, nous avons remis à chacune des participantes une chemise à dossier comprenant de la documentation et un cahier de notes en guise de journal de bord. Nous avons encouragé les membres à documenter, au fil des semaines, leur évolution personnelle dans le cadre du projet de groupe.

Pour conclure la première rencontre, les participantes ont pris le temps de partager différentes émotions qui sont générées par l'amorce du projet :

J'ai l'impression que la glace a été pas mal brisée, je ne m'attendais pas à ce que ce soit fait aussi rapidement. Je trouve ça *cool* et j'ai hâte (Violette).

Moi je suis dans la gratitude, vraiment, on dirait que c'est juste du positif *pis* j'ai déjà hâte à la semaine prochaine de rentrer dans le vif du sujet (Anne).

Je ne suis pas habituée d'avoir une proximité. La proximité c'est dur pour moi. Mais je suis contente de *challenger* ça. C'est le fait que vous allez me connaître qui me stresse (Léa).

Les participantes ont fait preuve d'ouverture et d'honnêteté face à leur ressenti ainsi qu'à leur vulnérabilité. Elles se sont ensuite quittées en se donnant rendez-vous la semaine suivante.

4.2.2.2 Le déroulement des rencontres

Dans le cadre de ce projet d'intervention, onze rencontres subséquentes ont eu lieu. À la sixième semaine, le groupe a pris la décision d'échelonner le projet sur douze semaines dans le but d'approfondir plusieurs thèmes qui sont ressortis et de prendre part à un projet externe motivant les femmes. Nous aborderons cet aspect plus loin dans le chapitre. La participation au groupe a été continue pour chacune des participantes. Les huit femmes ont maintenu leur engagement jusqu'à la fin du projet. En moyenne, elles se sont absentes pour une rencontre sur les douze semaines. Nous avons été avisée à l'avance des absences.

Chaque séance débutait par un tour de table « comment j'arrive » au cours duquel les membres nommaient l'état dans lequel elles arrivaient ou parlaient d'un incident critique qui s'était produit durant leur semaine. L'échange autour d'un incident critique, rapporté par l'une des participantes, était riche en enseignements et apprécié de tout le groupe, puisqu'une analyse était effectuée par celui-ci dans le but de faire des apprentissages, de développer la conscientisation et de réfléchir à des outils à mettre en place lors d'éventuels futurs incidents. Par exemple, lors de la onzième séance, Joannie a raconté à ses paires être tombée sur la tête au courant de la semaine et avoir par la suite été consulter en médecine. Elle a partagé avec le groupe son vécu et son ressenti en lien avec cet incident critique. Voici une partie de l'échange entre les membres :

J'ai fait une petite rechute de crise d'hyperphagie... Je ne sais pas trop pourquoi, mais j'ai eu mal à la tête et on m'a pesée, je ne comprends pas trop la corrélation entre les

deux. J'ai vu le chiffre sur la balance *pis* ça m'a comme mis en panique un peu parce que là j'ai compris que, malgré que je marche énormément et que je mange tellement mieux, c'est comme si je n'avais pas fait d'efforts dans le fond. Donc, c'est venu me chercher *pis* depuis ce temps-là j'y pense tout le temps (Joannie).

Est-ce que tu aurais pu refuser qu'elle prenne ton poids? (Anne).

Écoute, je ne sais pas, elle était juste comme : « monte sur la balance » (Joannie).

Un protocole (Flora).

Ouais, un protocole, *that's it*, une collecte de données (Sophia).

[...]

Finalement, ça a été comme le déclencheur de la rechute? (Intervenante-chercheure).

Ouais vraiment [...] (Joannie).

Je sais qu'il y a vraiment des différences quand on se pèse. [...] Je ne sais pas si c'est lié à l'endroit ou quoi [...] (Claire).

Oui, ton niveau d'hydratation, tes hormones, il y a tellement de facteurs, le matin, à jeun... Il y a tellement de choses qui peuvent faire varier ton poids. *Faik fuckoff* la balance (Anne).

Ça se peut que tu fasses un peu de rétention d'eau aussi, avec la chaleur [...] (Flora).

Au-delà de ça, je trouve ça triste à quel point on accorde une importance à genre un chiffre sur une balance. [...] (Anne).

C'est ça, c'était juste un check up pour ma tête et puis je suis retombée dans mes vieilles habitudes (Joannie).

Les femmes ont soutenu Joannie en l'écoutant, en la questionnant et en la rassurant. Les membres ont réfléchi ensemble à l'importance accordée à l'enjeu du poids et à la manière dont celui-ci est

complexe, puisque divers facteurs entrent en ligne de compte. Elles ont, notamment analysé la pertinence d'effectuer la pesée lors d'une consultation médicale comme celle de Joannie et ont pris conscience que cette pratique est protocolaire, sans même que la professionnelle s'interroge avec la patiente sur le sens, la pertinence et les potentielles retombées de cette pratique. Enfin, le groupe a encouragé Joannie à se concentrer sur les habitudes de vie qui lui font du bien plutôt que sur le chiffre sur la balance et lui ont rappelé l'un des moyens de résistances abordé à la semaine précédente, soit celui du refus d'être pesée ou bien le refus de voir le poids affiché sur la balance.

Puis, les rencontres de groupe se sont poursuivies avec un bref retour sur la réunion précédente. Par la suite, les séances pouvaient se dérouler de différentes manières selon les besoins personnels et ceux du groupe qui se présentaient. Il était important, pour nous, de fixer un objectif de groupe ainsi qu'un objectif personnel pour chaque séance (Annexe M). Ces objectifs guidaient notre approche et le contenu de la rencontre. Toutefois, dans une perspective où la co-construction prime, il était nécessaire de demeurer flexible et d'ajuster le programme de la séance en fonction des envies et des besoins spontanés des femmes. De cette manière, le groupe décidait parfois de la planification de la rencontre, c'est-à-dire des thèmes discutés, du temps accordé à chacune des étapes de la séance et du fonctionnement des activités. Ces prises de décisions pouvaient se faire de manière formelle et, à d'autres moments, de manière complètement informelle avec la spontanéité du moment. Il nous arrivait également de proposer au groupe une planification plus structurée par le biais d'une activité. Différentes activités médiatrices ont été expérimentées par les participantes tout au long de l'intervention de groupe : 1) la visualisation pour se représenter individuellement le trouble alimentaire ; 2) le dessin pour exprimer la représentation personnelle du trouble alimentaire ; 3) le dessin et le texte pour imaginer les représentations sociales du trouble ; 4) le jeu de rôle pour interpréter une expérience vécue au contact des pratiques de santé ; 5) l'écriture pour documenter son évolution personnelle dans le cadre du projet ; 6) l'écriture pour effectuer un bilan du projet.

Les femmes ont aussi suggéré des activités intéressantes au courant du projet. Dans l'objectif de développer des liens autrement que par leur expérience commune, soit le trouble alimentaire, les participantes ont pris part à une activité qui consistait à se lancer une série de questions touchant des sujets de toutes sortes, tels que les loisirs, la musique et les métiers de rêve. Cette activité a eu lieu à la septième semaine lors de la rencontre mi-parcours. À cette réunion, un bilan mi-parcours

a été effectué, qui a d'ailleurs permis de mettre en lumière une appréhension à l'égard de la fin du projet chez certaines participantes. En effet, des participantes ont indiqué que le groupe est un espace sécuritaire de partages et de réflexions qu'elles n'ont pas ailleurs. Il devient donc difficile pour ces membres d'imaginer la fin de cet espace. Nous avons ainsi encouragé le groupe à évaluer la possibilité de maintenir cet espace dans le temps malgré la fin de ce projet d'intervention. La discussion a permis de soulever des idées sur la façon dont les moments de réunion pourraient avoir lieu, soit de manière plus informelle et dans des espaces publics tels que des cafés ou même des restaurants. D'autres ont dit apprécier le caractère spontané du projet et des rencontres. Pour finir, Anne a soumis une idée au groupe pour la suite du projet, soit que chacune des femmes se donne un défi concret à accomplir d'ici la fin du projet. Elle a lancé des exemples à ses paires, que ce soit d'aller manger une crème glacée avec des amies ou bien d'avoir une discussion que nous repoussons depuis un moment. Le groupe a été enthousiaste à l'idée d'y participer. Toutes les participantes ont noté un défi à relever sur un grand carton commun que nous avons conservé jusqu'à la dernière rencontre, durant laquelle nous avons fait le point sur ces défis. Nous aborderons les défis du noyau dans une prochaine section du chapitre. Ajoutons que cette même réunion a été caractérisée par une activité que nous avons nommée « forces du groupe » où les femmes étaient invitées à noter les forces de chacune de leurs paires. Les participantes récupéraient ensuite leur enveloppe qui contenait leurs forces écrites sur des bouts de papier. Cette activité était valorisante pour chacune des femmes et a permis de mettre en valeur plusieurs forces composant le groupe, favorisant ainsi la force du nombre (Annexe N). Il est également essentiel de soulever que cette rencontre a été marquée par la fin de la participation en présentiel de Joannie, en raison d'un projet de travail à réaliser aux États-Unis pour la durée des trois mois suivants. Celle-ci nous en avait informés dès le recrutement et le groupe avait été avisé aussitôt l'intervention débutée. Cependant, Joannie a pris la décision de poursuivre son engagement dans le projet malgré la distance et en a informé le groupe à cette rencontre. De notre côté, nous avons évalué la possibilité d'intégrer cette participante via la plateforme Zoom lors des réunions de groupe. Le matériel informatique du local permettait effectivement l'alternative bimodale. Joannie a donc pu participer aux rencontres subséquentes en ligne. Cette septième séance a ainsi augmenté la cohésion de groupe et a motivé le groupe à poursuivre sur cette même lancée.

À la fin des séances, nous prenions un moment pour se questionner sur l'état émotionnel des participantes au moyen d'un « comment vous repartez ». Par un tour de table, les membres partageaient leur ressenti avant de se quitter.

4.2.3 Phase de fin

La phase finale a été préparée dès la mi-parcours. Nous rappelions au groupe le nombre de rencontres restantes et avons préparé graduellement les femmes à la fin du projet lors des dernières semaines. À l'aube d'un changement, il était important de préparer le groupe face à l'adaptation que celui-ci requiert. Puisqu'une interdépendance s'est créée et que des rôles clairs se sont établis au fur et à mesure que le projet avançait, il peut être insécurisant d'accueillir ce changement. De cette manière, il a été jugé pertinent d'aborder plus en profondeur le post-projet. Les femmes étaient toutes enthousiastes à l'idée de continuer de se voir malgré la fin de notre implication. Elles ont convenu de maintenir les mercredis à l'horaire et d'organiser les réunions via la conversation Messenger créée depuis déjà quelques semaines. Elles étaient en accord pour se réunir en petit groupe si certaines femmes n'étaient pas disponibles. De plus, le groupe ne souhaitait pas établir de rôle formel ou de personne « *leader* » prenant en charge la planification des rencontres. Ainsi, il n'y a pas eu de dissolution de groupe ou une séparation comme telle.

4.2.3.1 La dernière rencontre

La dernière rencontre de groupe, qui a eu lieu le mercredi 7 juin à 18 h, avait pour objectif d'effectuer un bilan de l'expérience des participantes à travers le projet et de partager un dernier moment doux et léger toutes ensemble. À la réunion précédente, le groupe avait eu l'autonomie afin de planifier plus précisément cette rencontre bilan. Il avait d'abord été déterminé de se rencontrer au parc Lafontaine pour cette dernière rencontre et d'être ensemble un peu plus longtemps qu'à l'habitude, bien sûr, selon la liberté et disponibilité de chacune. Quelques jours avant la rencontre, en raison de la pluie annoncée, le groupe a convenu d'un commun accord de se réunir au Resto Végo. Le choix du lieu est devenu symbolique pour clôturer ce projet de groupe considérant que les femmes seraient confrontées à la présence de nourriture. Tout de même, le lieu a été jugé adéquat et confortable pour toutes, puisque différentes options sont offertes à ce restaurant, c'est-à-dire qu'il est possible de manger un repas du buffet, un goûter du comptoir ou simplement boire une des nombreuses boissons disponibles.

Il y avait sept participantes présentes à cette dernière rencontre. Le groupe avait été informé de l'absence d'une des membres en raison de son travail. La séance a commencé par le tour de parole habituel, puis une discussion spontanée sur le thème de la sexualité a suivi. Des membres du groupe ont indiqué que l'enjeu de la sexualité et de l'intimité est confrontant dans le quotidien. Certaines ont témoigné avoir apprivoisé l'intimité et la connexion au corps durant les dernières années et se sentir maintenant plus à l'aise dans les relations intimes avec autrui. Pour d'autres, il demeure un défi de se sentir confortable dans l'intimité de soi et avec l'autre, ce qui peut entraîner des difficultés au niveau de leurs relations amoureuses. Le groupe a soulevé l'importance de la communication dans le couple sur l'enjeu de la sexualité afin de sensibiliser son ou sa partenaire sur cette difficulté pour les personnes qui vivent avec un trouble de l'alimentation.

Nous avons ensuite effectué un bilan du projet d'intervention en rappelant les thèmes abordés au courant de celui-ci et en questionnant le groupe sur les moments marquants et les difficultés rencontrées. Un retour sur les défis à accomplir ainsi que les objectifs personnels et de groupe a été fait. Le groupe a par la suite fait un retour sur le devoir que nous avons proposé la semaine précédente. Il consistait à rédiger une lettre bilan visant à exprimer son expérience dans le groupe. Les femmes étaient libres d'écrire sur leurs apprentissages, réalisations, bons coups, difficultés rencontrées ou encore leurs objectifs à venir. Plusieurs des femmes ont exprimé que l'écriture de la lettre leur avait permis de faire leur propre bilan du projet ainsi qu'une introspection de leur évolution personnelle depuis le commencement de celui-ci. Pour certaines, la rédaction de cette lettre a permis de prendre conscience de leur cheminement à l'égard du trouble et pour d'autres, de prendre conscience des bienfaits que le groupe avait eus sur elles. Claire a eu le courage de lire sa lettre au groupe pour exprimer son ressenti, en voici un extrait :

[...] Alors là
De *chiller* en cercle
Infini avec
Des grandes *meufs* francophones
Tatouées *greillées ready* comme des scouts
drivées fortes folles à lier aimantes joueuses
Poignantes *quick smart* enragées heureuses perdues
Éduquées lucides tristes profondes dramatiques intuitives rigides
Self-conscious et diablement bonnes à
Perdre le contrôle [...]

Dans le temps j'aurais *choké*
Pas montré cette face beige
Mais là j'pouvais me promener
Joyeuse
En pleine sous-performance
Pas enthousiaste *pantoute*
Pas belle pas le *fun*
Pourtant.

C'était
Une démonstration par la preuve
Flamboyante
De l'amour inconditionnel (Claire).

Les femmes ont été touchées par les mots poétiques de Claire. Elles l'ont remerciée pour son partage et ont dit la reconnaître à travers son écrit.

Anne avait également proposé, la semaine précédente, que chacune écrive des souhaits destinés aux autres. Elles se sont donc remis les souhaits entre elles et ont pris un instant pour les lire individuellement. Ce moment doux et rempli d'amour a été touchant, puis elles se sont remerciées entre elles. Nous avons terminé la rencontre par la lecture d'un mot de remerciement que nous avons composé en vue de clôturer le projet. Ce mot visait à remercier les femmes de leur confiance portée envers le projet, de leur engagement dans le groupe, du partage de leurs savoirs remplis de richesse, d'intelligence et d'authenticité, puis finalement, de leur courage à dévoiler et affronter leur vulnérabilité. L'ensemble des participantes ont nommé être tristes face à la conclusion du projet et nous ont remerciées. Plusieurs ont mentionné qu'elles auraient aimé avoir davantage de rencontres de groupe. D'autres ont indiqué être soulagées de la continuation du groupe. Nous avons fermé le groupe en faisant un rappel des rendez-vous planifiés pour les entretiens post-groupe avec chacune des participantes.

4.2.3.2 Les entretiens post-groupe

Il a été possible de recueillir les impressions des participantes quant à leur expérience au sein du projet de groupe lors des seconds entretiens. Ces entrevues visaient également à obtenir leur point de vue sur la reproductibilité du projet ainsi que leurs recommandations pour améliorer celui-ci. Enfin, nous avons pu collecter les recommandations des femmes destinées aux services offerts à la

population touchée par les troubles alimentaires. Les données collectées lors des entretiens seront principalement communiquées à la discussion des résultats et conclusion du mémoire.

Les entretiens post-groupe ont donc été effectués au même local de l'École de travail social que ceux de la phase de début. L'entretien avec Joannie s'est déroulé sur la plateforme Zoom vu qu'elle se trouvait aux États-Unis. Tout comme pour l'entretien pré-groupe, un guide avait été conçu servant d'aide-mémoire (Annexe G). Les entrevues, d'une durée approximative d'une heure, ont également été enregistrées. La réalisation des entretiens avec les huit participantes s'est échelonnée sur deux semaines.

4.3 Thèmes émergents du projet

Dans le cadre de ce projet d'intervention, certaines thématiques prédéterminées étaient proposées au groupe afin de guider les discussions et les activités. Puisque le projet était co-construit et basé sur les savoirs expérientiels, le groupe avait aussi la liberté d'explorer des sujets répondant aux besoins immédiats des participantes et qu'elles considéraient pertinents pour le projet. De cette manière, il a été intéressant de laisser place à des discussions inattendues, nourries par les femmes, où de nouveaux thèmes ont émergé au fil du projet. Il est maintenant possible de diviser les résultats du projet en trois grands thèmes centraux qui permettront de répondre au but visé par le projet et à la question de recherche sous-jacente. Dans la section suivante, les trois thèmes suivants seront explicités : 1) les représentations des troubles alimentaires ; 2) le rapport au corps et à l'alimentation dans la société ; 3) les pratiques de santé et la recherche portant sur les troubles alimentaires.

4.3.1 Les représentations des troubles alimentaires

Ce thème vise d'abord à explorer comment les femmes du groupe se représentent le trouble alimentaire d'un point de vue micro. Ensuite, nous exposerons les représentations de la société sur les troubles alimentaires qui ont été relevées par les femmes au courant du projet.

4.3.1.1 Représentations personnelles des troubles alimentaires

Dès les premières réunions de groupe, les membres ont participé à une activité ayant pour but d'exprimer leur propre représentation du trouble dans leur vie respective. Cette activité a pris la

forme de médiation du dessin pour que les femmes puissent mettre en image leur représentation. Avant cela, nous avons animé une activité de visualisation pour mettre à l'épreuve l'imagination des femmes afin qu'elles se représentent le résultat du trouble alimentaire. Pour ce faire, nous avons invité le groupe à fermer les yeux et à se concentrer sur une respiration guidée. Nous avons ensuite questionné le groupe sur l'allure du trouble alimentaire dans leur esprit, soit sa forme, ses couleurs, la place qu'il prend, les émotions qui l'entourent et le traversent et les sensations qu'il fait vivre dans le moment présent. Une fois la visualisation terminée, les femmes étaient aussitôt invitées à mettre sur papier ce qu'elles avaient pu observer. Une discussion en groupe a par la suite permis aux femmes d'exprimer leur représentation personnelle du trouble alimentaire et d'évacuer les émotions sous-jacentes. Celles-ci ont donc été encouragées à montrer leur image et à s'ouvrir une à une sur leurs représentations individuelles. Plusieurs points en communs entre les participantes ont été soulignés. Léa a montré son dessin à ses paires en exprimant sa représentation (Figure 4.1) :

Figure 4.1 Représentation personnelle du trouble alimentaire (Léa)



C'est un nœud qui représente ma relation avec mon corps et la nourriture. C'est censé être une ligne et avec le temps, avec l'accumulation des commentaires et l'impact de toute la vie, ça l'a fait un nœud. Il y a du jaune puisque vu que je le nourris tous les jours, le nœud *shine*. À chaque fois que j'ai un commentaire, il y a un petit nœud de plus, donc là je travaille à le dénouer tranquillement (Léa).

Léa a fait le lien entre ses expériences vécues et le développement du trouble alimentaire, trouble qui prend actuellement une place considérable dans sa vie. Alors que Violette, de son côté, a dessiné une silhouette représentant sa position actuelle face au trouble. Elle a expliqué sa perspective au groupe en montrant l'image suivante qu'elle a dessinée (Figure 4.2) :

Figure 4.2 Représentation personnelle du trouble alimentaire (Violette)



La grosse boule noire c'est mon TCA, puis derrière il y a mon cerveau. Ça prend toute la place devant et où mon cerveau a du mal à fonctionner. Mais à la fois, j'ai quand même conscience qu'au-delà de ça, il y a l'herbe qui est verte, il y a le soleil, le ciel est bleu, mais il y a toute ces petites tornades qui représentent le brouillard mental. [...] Les poids représentent le ressenti du poids que j'ai sur mes épaules, ça me pèse. Puis, il y a comme les barbelés qui m'enferment. Puis, le petit sourire narquois du TCA, parce qu'il a le petit sourire du côté confortable de : « tu m'aimes trop, il y a une part de toi qui m'aime trop... » Sauf que non (Violette).

Il semble que Violette se retrouve dans une position ambivalente face au trouble puisque, d'une part, elle se sent coincée et affaiblie par celui-ci, d'autre part, elle perçoit les belles choses de la vie qui l'entourent et se laisse imprégner par celles-ci.

L'ambivalence face au rétablissement est partagée par plusieurs des femmes du groupe. Elles ont mentionné demeurer attachées au trouble alimentaire en dépit des conséquences qu'il entraîne chez elles. Certaines ont parlé d'un attachement important aux réussites auxquelles elles associent le trouble. D'autres ont soulevé que le trouble agit comme une forme de dépendance, que ce soit au vide, au trop-plein, au contrôle ou encore à la rigidité. Maryse a dit ressentir une ambivalence entre le confort et la fierté que le trouble lui procure et la volonté de s'en libérer. Claire a employé une métaphore pour exprimer son état : « se sentir forte et brûlée par quelque chose en même temps » (Claire). Le sentiment d'ambivalence partagé par les femmes prend tout son sens lorsqu'on se rappelle que le phénomène est complexe et possède des fonctions adaptatives. En effet, nous pouvons dire que les troubles de l'alimentation se manifestent pour combler un certain besoin, comme pour Joannie et Flora, qui ont indiqué que le trouble d'hyperphagie leur avait permis de combler une insécurité alimentaire, liée à un manque face à la quantité ou aux choix des aliments. Néanmoins, ce sentiment entraîne une colère chez plusieurs participantes qui dénoncent une frustration de se retrouver aux prises avec l'obstacle du trouble et l'incompréhension des autres.

Les participantes ont donc profité d'un espace où elles ont pu partager leurs expériences et leurs émotions, être normalisées et reconnues dans leur compréhension du trouble et ses fonctions ainsi que dans leur résilience pour y faire face. Grâce aux partages, les membres ont pu trouver des similarités dans leur vécu et prendre conscience qu'elles vivaient des expériences communes.

4.3.1.1.1 Famille et trouble alimentaire

Pour poursuivre la réflexion sur les représentations personnelles des membres, s'est ensuivie une conversation sensible sur le thème de la famille où le groupe a abordé spontanément les relations familiales. Les participantes se sont questionnées sur le rôle de leurs proches dans le développement et le maintien de leur trouble alimentaire. Il a été constaté par le groupe qu'un fort discours sur la culture des diètes les avait imprégnées au courant de leur jeunesse, et ce, pour la majorité des participantes. Il est vrai que plusieurs des femmes ont rapporté avoir grandi auprès de parents engagés dans de nombreux régimes, dans les restrictions alimentaires et l'exercice physique excessif dans le but d'atteindre les normes de beauté. Elles étaient toutes d'avis que ce discours a exercé une influence sur le rapport à leur corps et à l'alimentation. Pour certaines, les propos inadéquats à l'égard du corps et de l'alimentation ainsi que les commentaires grossophobes de la

part des proches ont eu un impact sur leur image corporelle. Depuis que le trouble alimentaire a fait son apparition, une incompréhension de la part de la famille, caractérisée par des questions ou propos blessants, fait partie de la réalité de quelques participantes. Quelques-unes ont dit ressentir que le trouble n'était pas pris au sérieux par leurs proches, et donc, qu'elles n'avaient pas l'espace pour en parler avec leur entourage. Par ailleurs, une participante a confié au groupe que sa mère avait joué un rôle de pilier dans son rétablissement. Elle s'est dit reconnaissante à l'égard de sa mère.

Le groupe a réfléchi à l'importance, dans le processus de rétablissement, d'une reconnaissance de l'implication de la famille dans le développement et le maintien du trouble alimentaire. Cette réflexion a soulevé différents points de vue dans le groupe. Des femmes ont partagé leurs ressentis en dévoilant qu'elles souhaiteraient que leurs parents reconnaissent une certaine responsabilité. Pour d'autres, le processus de reconnaissance de la part des proches est moins important puisqu'elles ont témoigné d'une acceptation. Puis, une participante a fait preuve de transparence au groupe en indiquant qu'elle se sentait moins interpellée par la discussion puisqu'elle se reconnaissait peu à travers le vécu de ses paires. Pour sa part, elle considère que ce sont principalement les facteurs sociaux qui ont joué un rôle dans l'apparition du trouble.

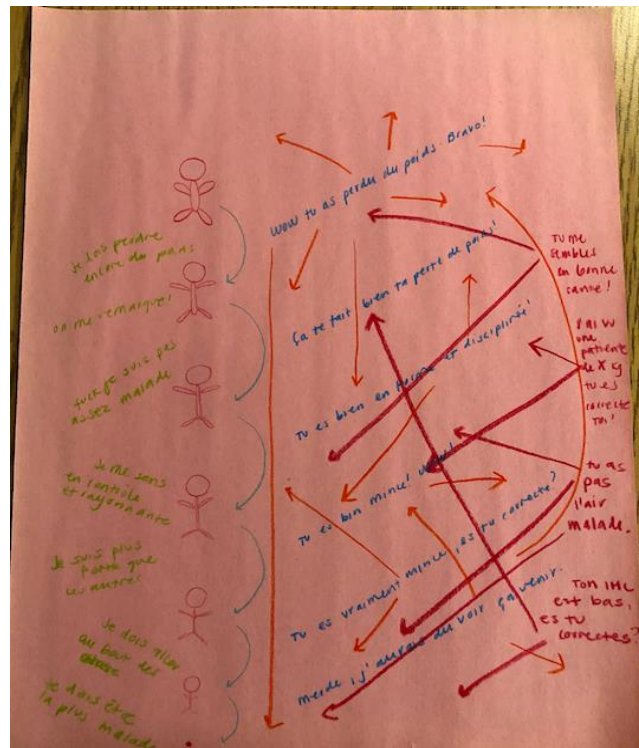
Enfin, l'idée n'était pas de trouver des coupables, mais plutôt de réfléchir collectivement aux facteurs qui ont pu être déterminants dans le développement d'un trouble alimentaire et surtout, à la manière dont les discours dominants exercent une influence très tôt dans l'enfance. Grâce à cette discussion, les participantes ont pris conscience du manque de sensibilisation de la population face à l'impact de la culture des diètes qui perdure à travers les générations. Bien que cette thématique n'ait pas été envisagée, il a été observé des bienfaits découlant de cet échange. Il était effectivement bénéfique pour la majorité des femmes de s'ouvrir sur leurs vécus sensibles et de réaliser qu'elles vivent des expériences communes. Cette discussion a donc permis l'installation d'une proximité par le renforcement du lien de confiance et la mise en place d'un soutien mutuel dans le groupe. De plus, cette discussion a permis le passage entre des thèmes touchant les vécus plus personnels à des thématiques traitant davantage des phénomènes sociaux. En effet, le groupe a par la suite entamé une réflexion sur les stéréotypes et les préjugés entourant les troubles alimentaires, et ce, par le biais d'une conversation autour des représentations sociales.

4.3.1.2 Imaginaires sociaux des troubles alimentaires

À la sixième rencontre, les participantes ont réalisé une activité créative, utilisant comme médiation artistique le dessin et l'écriture, visant à imaginer les représentations de la société sur les troubles de l'alimentation en fonction de leurs observations, perceptions et vécus en tant que personne vivant avec un trouble alimentaire. Les membres étaient libres d'utiliser la formule qu'elles souhaitaient pour accomplir la tâche. Deux participantes ont noté quelques représentations sociales sur le tableau du local pour rendre l'activité visuelle. Quelques-unes ont utilisé le dessin pour illustrer la façon dont la société se représente les troubles alimentaires. D'autres ont écrit de courtes phrases percutantes pour démontrer la manière dont la société se représente les personnes touchées par les troubles de l'alimentation. Une fois la création terminée, le groupe a échangé sur la thématique pour faire ressortir les stéréotypes, préjugés et mythes associés au phénomène, qui sont véhiculés dans la société.

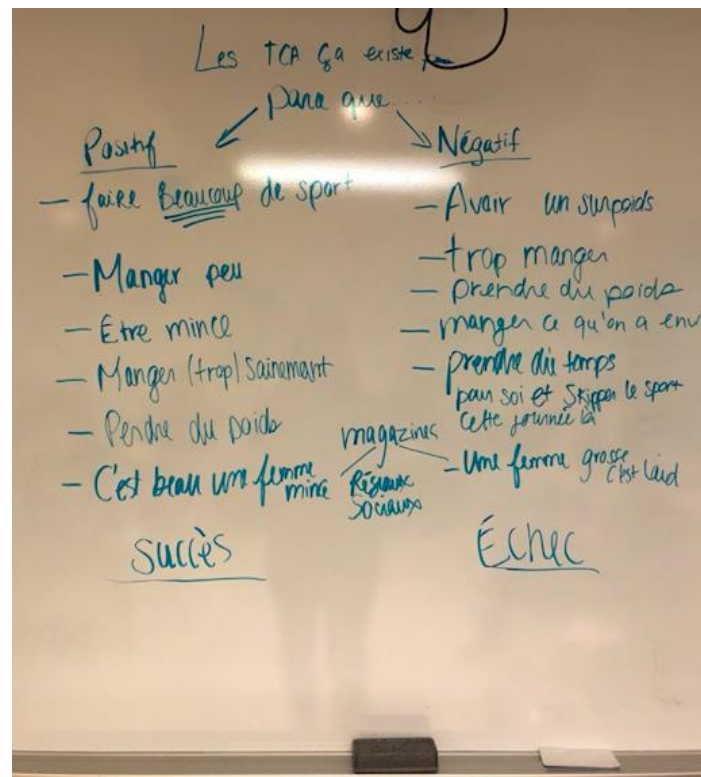
Anne a illustré, à travers son dessin, la manière dont une personne peut se sentir et se percevoir en fonction des normes projetées par la société et le milieu médical, et ainsi, développer un trouble alimentaire (Figure 4.3).

Figure 4.3 Représentations sociales des troubles alimentaires (Anne)



Dans cette illustration, Anne a démontré l'évolution physique et mentale d'une personne qui souhaite au départ perdre du poids, accompagnée de son discours interne. L'apparition du trouble alimentaire, qualifiée de chute par Anne, s'installe graduellement. Anne a expliqué au groupe que les textes écrits en bleu, au centre de l'image, représentent les commentaires des gens qui sont dictés par les normes sociales. Puis, les textes écrits en rouge, à droite de l'image, évoquent le discours médical face aux troubles de l'alimentation. Enfin, les flèches illustrent la complexité des discours sociaux et médicaux qui s'inter-influencent et qui ont un impact sur la perception et le vécu de la personne. Le groupe partageait l'opinion que plusieurs comportements et pratiques associés au trouble alimentaire, pouvant être malsains et entraînant une détresse, sont normalisés, valorisés et même félicités par la société. Les femmes ont donné les exemples suivants : la perte de poids, l'activité physique excessive, les régimes et tous types de restrictions alimentaires, les règles, le contrôle et la rigidité. De cette manière, certains types seraient valorisés alors que d'autres seraient, au contraire, dénigrés. D'ailleurs, Joannie a représenté ce paradoxe découlant des normes sociales par le biais de son illustration (Figure 4.4).

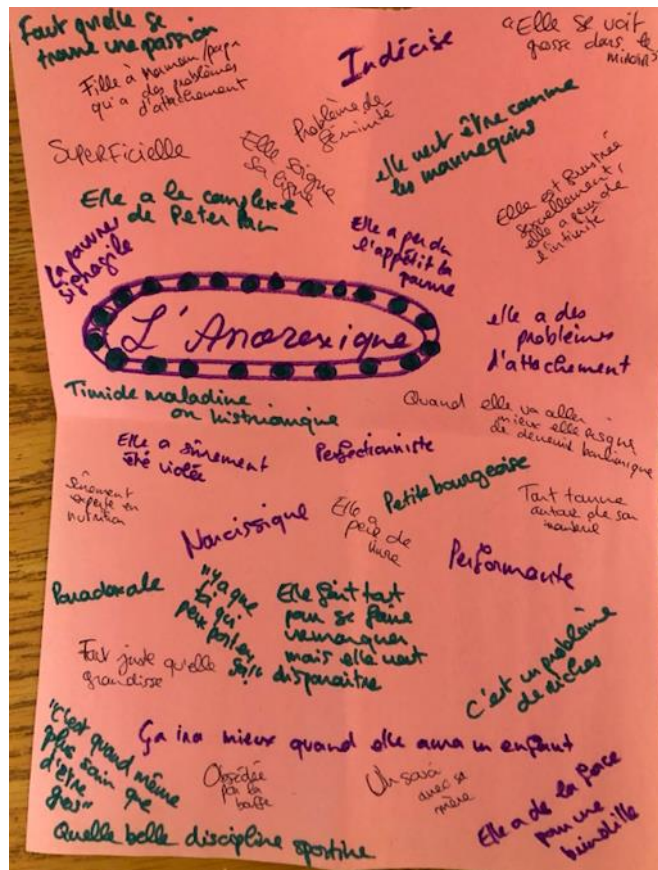
Figure 4.4 Représentations sociales des troubles alimentaires (Joannie)



Elle a dénoté, à gauche, les succès associés à certains troubles alimentaires et à droite, les échecs associés à d'autres. Ce paradoxe a été relevé par le groupe au courant de la discussion et a fait émerger des réflexions intéressantes autour du concept de binarité. En effet, les femmes s'entendaient pour dire que la société se représente les troubles alimentaires en deux extrêmes, que ce soit par des clichés corporels véhiculés ou encore par des caractéristiques associées aux troubles. Certaines participantes ont soulevé le poids comme élément central, c'est-à-dire que les personnes touchées par les troubles alimentaires sont représentées par un sous-poids important ou son opposé. D'autres femmes ont rapporté des traits de caractéristiques opposés décrivant les personnes vivant avec les troubles alimentaires, soit le perfectionnisme et l'autodiscipline au manque de volonté et à la paresse. Violette a dénoncé que la société binaire ne voit pas le prisme de l'entre-deux ainsi que toutes les formes et diversités autour des troubles de l'alimentation qui y existent. Elle a ajouté : « si tu n'es pas dans les cases, c'est comme si ça n'existait pas » (Violette). Plusieurs femmes ont dit ressentir le syndrome de l'imposteur parce qu'elles ne correspondent pas aux stéréotypes physiques associés aux troubles de l'alimentation. Maryse s'est confiée au groupe sur une expérience difficile vécue à l'adolescence où son sentiment d'imposteur a pris vie. Elle a témoigné avoir téléphoné au CHU Sainte-Justine pour obtenir de l'aide en lien avec la boulimie qui, à ce moment, entraînait une détresse psychologique importante. La femme lui aurait demandé son poids, ce qu'elle a donc fait, pour ensuite se faire répondre qu'elle n'était pas « assez » en sous-poids pour recevoir des services à cet instant. Elle a par la suite partagé avec le groupe s'être sentie pas assez mince pour être malade. Le groupe a aussitôt apporté un soutien à Maryse en validant son sentiment et le fait qu'elle n'était pas seule à avoir vécu cette réalité. Celles ayant vécu des expériences communes ont rapporté un sentiment d'invalidation, comme si elles n'étaient pas « assez » souffrantes ou bien « assez » malades pour être reconnues et pour obtenir des services spécialisés dans les troubles de l'alimentation.

Ensuite, le groupe a discuté des nombreux stéréotypes associés aux personnes touchées par les troubles alimentaires, visant principalement les femmes. C'est exactement ce que Claire a voulu représenter par son image (Figure 4.5).

Figure 4.5 Représentations sociales des troubles alimentaires (Claire)



La participante a noté différents stéréotypes associés à celle vivant avec le trouble de l’anorexie, c’est-à-dire que la société lui renvoie qu’elle est définie par le trouble, soit l’anorexique. Les femmes ont dénoncé que l’imaginaire collectif se représente la jeune femme blanche occidentale comme celle vivant avec les troubles de l’alimentation. Des questionnements et points de vue différents ont émergé au courant de cette discussion face à la question du trouble occidental de la modernité, surnommé le trouble de riche par quelques-unes des participantes. Léa a relevé le mythe suivant : « Dans mon temps, ça n’existait pas » (Léa), mythe encore répandu dans notre société. Violette a ajouté que les troubles alimentaires sont considérés par plusieurs comme étant un problème occidental qui n’existe pas dans d’autres régions du monde. Ce discours serait, pour elle, culpabilisant, car elle ressent qu’on lui renvoie la phrase suivante : « Tu as tout pour ne pas avoir de problème et tu t’es créé toi-même un problème petite princesse » (Violette). Selon le groupe, ce discours occulte les injonctions paradoxales dont font l’objet les femmes en lien avec le culte de la minceur dans un contexte d’abondance, ce qui peut alimenter la fausse croyance selon laquelle il

faut simplement manger pour guérir, croyance qui découle d'une compréhension simplifiante du phénomène. Les femmes ont dénoncé que les troubles alimentaires sont beaucoup plus complexes que cela. Puis, pour certaines participantes, ils sont une forme d'incarnation du mal-être social, qui découle des normes de la société dans laquelle nous vivons. Sophia a complété en mentionnant avoir le luxe de choisir de ne pas manger, de manger en grande quantité ou encore de choisir quoi manger. D'autres participantes ont soulevé les réflexions suivantes dans le groupe : Est-ce que ce ne serait pas en lien avec un manque au niveau de la prévalence? Est-ce que ce ne serait pas lié au fait que certaines populations n'ont pas la place pour prendre la parole et dénoncer un problème lié à la nourriture? Anne a apporté une nuance qui a permis au groupe de réfléchir à la question, ce qui a clôturé la discussion. Elle a proposé que les troubles de l'alimentation peuvent se manifester différemment, selon différents agents, et que les facteurs prédisposants peuvent être différents chez des populations non occidentales.

Les stéréotypes et fausses croyances associés aux troubles alimentaires teintent l'imaginaire collectif et peuvent entraîner des difficultés et des obstacles pour les personnes touchées. Les femmes ont réfléchi à la manière dont la vision actuelle de la société pouvait leur nuire à plusieurs niveaux dans leur vie. Elles étaient d'avis qu'il existe, d'une part, une méconnaissance liée aux troubles de l'alimentation et, d'autre part, une incompréhension du phénomène. En effet, le groupe a soulevé le manque d'espace de discussion dans la société sur la diversité des troubles de l'alimentation, que ce soit dans les écoles, les milieux de travail, les ressources en santé et services sociaux et autres. L'action de ne pas parler assez de cet enjeu favorise son ignorance collective. Quant à l'incompréhension du phénomène, intimement liée à la méconnaissance du sujet, elle se manifeste principalement, pour les femmes, par une incompréhension de leur détresse. Selon elles, ces deux lacunes expliquent les stéréotypes, préjugés et fausses croyances dont il est question et ont un impact sur leurs parcours. D'abord, les participantes ont reconnu que cette méconnaissance et incompréhension ont un impact sur leur perception de soi. Certaines ont partagé en groupe se sentir dans une case et d'autres ne pas être reconnues, légitimes ou « assez » souffrantes. Pour quelques participantes, le sentiment de culpabilité, de honte et de responsabilité prend une place importante, nuit à leur perception d'elles-mêmes et agit comme un obstacle. Pour Joannie, il est, d'un côté, important d'aller chercher de l'aide et, de l'autre côté, de ne pas avoir l'air d'une victime non plus. Ensuite, certaines membres du groupe ont dénoncé qu'il avait été difficile de comprendre

ce qu'elles vivaient et de mettre des mots sur leur détresse. Prenons pour exemple Flora, qui a raconté à ses pairs avoir été hospitalisée, il y a quelques années, à la suite d'une crise importante d'hyperphagie où elle a dû se faire vider l'estomac par un tube. Elle a mentionné souffrir longtemps en silence en dénonçant ceci : « Ils l'ont vu ce que j'avais mangé. Clairement, si les médecins avaient été outillés, j'aurais déjà eu un diagnostic. Non j'ai juste trop mangé... » (Flora). Le groupe a donc conclu que la méconnaissance est aussi un obstacle à la mise en mots d'une souffrance que peut vivre une personne touchée par la problématique. Cet obstacle au diagnostic en devient un pour le traitement, et ainsi, pour le rétablissement du trouble alimentaire. Enfin, il a été constaté par le groupe que plusieurs des membres avaient subi une discrimination de la part du corps médical, entre autres Maryse, qui a témoigné avoir été discriminée en se voyant refuser des services spécialisés en raison de son poids. Pour Anne, la discrimination a été basée sur le manque de connaissance portant sur le trouble de l'orthorexie. La participante a relaté une expérience vécue à l'adolescence lors d'une consultation médicale où elle était accompagnée de sa mère qui s'inquiétait pour elle. Elle a raconté que le médecin avait valorisé son poids « santé » et l'exercice physique qu'elle pratiquait, sans questionner davantage son état mental ni ses habitudes de vie. Elle a ajouté que le médecin l'avait comparée à une patiente plus mince en mentionnant que sa situation, à elle, était « grave ». Elle a rapporté s'être sentie invalidée, invisibilisée et pas « assez » malade. Pour elle, cette consultation a eu un impact significatif sur le trouble alimentaire en amplifiant celui-ci et en l'incitant involontairement à être davantage malade. La banalisation de la souffrance d'Anne par le professionnel de la santé a donc été un facteur perpétuant dans le maintien du trouble. En plus de cela, cette banalisation a entraîné une discrimination à l'obtention de soins et de services visant le rétablissement de celui-ci. Anne a dénoncé que le problème avait été constaté quelques années plus tard, seulement lorsque son IMC était très faible. Elle a dit au groupe avoir aussitôt été prise en charge médicalement et hospitalisée. Elle a clôturé la discussion en nommant que sa chute aurait pu être prévenue.

Le groupe a réalisé que la souffrance est subjective et non quantifiable ou objectivable. Selon les membres, il n'y a pas toujours de manifestation physique des troubles de l'alimentation, et donc, que le personnel médical ne devrait pas remettre en question la détresse entraînée par ceux-ci, ni même l'entourage. Finalement, un sentiment de colère était partagé par le groupe face aux nombreux imaginaires sociaux des troubles alimentaires et de celles touchées par le phénomène,

représentations provenant de personnes qui ne possèdent pas les savoirs expérientiels, c'est-à-dire ne vivant pas le trouble alimentaire et ne comprenant pas l'expérience vécue. Lors de cet échange, il a été bienfaisant pour les femmes de se faire entendre et d'être validées face aux impacts de ces représentations sur leurs réalités et parcours de vie. Les membres ont pu prendre conscience de la légitimité de leurs vécus et connaissances, tous deux partagés entre elles.

4.3.2 Le rapport au corps et à l'alimentation dans la société

Il a été remarqué, au fil des semaines, de nombreux échanges spontanés entre les femmes sur les thèmes de l'alimentation et du corps. Les femmes étaient ensuite amenées à explorer leur propre rapport à ces deux enjeux dominants dans la société actuelle et la manière dont elles y résistent. Ces discussions ont porté fruit pour les participantes, puisqu'elles leur ont permis de prendre du recul sur l'individualité des troubles de l'alimentation et de plutôt développer une compréhension plus critique sur les facteurs sociaux impliqués.

4.3.2.1 Culture de l'alimentation

L'espace des repas a été le premier sujet chaud traité par le groupe. Les membres ont réfléchi comment cet espace pouvait être à la fois sécurisant et confrontant. Puisque l'espace des repas est fortement associé à un lieu de socialisation, il représente un obstacle pour la plupart des participantes. Elles ont soulevé le constat que l'isolement causé par les troubles alimentaires est intimement lié à cet enjeu. Anne a partagé avec le groupe les réflexions qui lui traversent l'esprit lorsqu'il est question de partager un repas avec ses proches : « Refuser des invitations pour ne pas partager les repas... C'est tellement confrontant, ce sera quoi la nourriture, est-ce qu'ils vont juger la quantité que j'ai dans mon assiette » (Anne). Cette crainte du jugement est partagée par la plupart des femmes, qui ont exprimé craindre le regard et le jugement des autres lorsqu'elles mangent ou encore lorsqu'elles font l'épicerie. Maryse s'est confiée aux femmes sur sa réalité actuelle au travail. Elle a confié ne pas manger du tout sur son lieu de travail par risque d'être jugée et s'est expliquée :

Je ne veux pas qu'on me voit manger. Depuis que j'ai 15 ans, je me dis que si les gens me voient manger, ils vont se dire : « Ah c'est pour ça qu'elle est grosse ». [...] Peu importe ce que je mange, peu importe le poids que j'ai eu dans ma vie (Maryse).

Maryse a ajouté se sentir toutefois confortable de manger en présence de certaines personnes de son réseau, incluant son conjoint et ses amies. Puis, pour certaines des femmes, il est sécurisant de se retrouver seule avec soi-même devant son repas et de profiter naturellement de celui-ci sans barrière.

Le groupe a également identifié des croyances erronées entretenues à l'égard de la nourriture et du corps. La catégorisation des « bons » aliments et de ceux considérés non sains influence les cognitions et comportements des femmes du groupe, par souci d'être en santé, tout comme pour un nombre considérable de personnes vivant en Occident. Des femmes ont admis avoir fortement intégré dans leur tête l'association entre manger et prise de poids, c'est-à-dire qu'elles associent l'absorption de nourriture au besoin de dépenser les calories par la suite pour contrer la prise de poids. Certaines se sont dit affectées par l'association péjorative entre « gros » et « corps ». En effet, la combinaison d'une partie du corps, disons les cuisses, et le mot « gros » est mal perçue parmi les membres du groupe. Le groupe a par la suite pris un moment pour déconstruire ces associations par le biais de la rationalisation. Il était important de prendre le temps de rappeler aux femmes que les aliments sont essentiellement neutres et disposent d'un mandat physiologique à la base. Aussi, il a été suggéré que le terme « gros » appartient à la catégorie des adjectifs servant à caractériser et décrire un objet de manière neutre. En normalisant cet adjectif, il devient possible d'y retirer sa connotation négative lorsqu'il est adressé aux corps. Les femmes avaient le souci d'évoquer que l'adjectif « gros » peut être accompagné de « beau » et « bon », que ce ne sont pas des caractéristiques en opposition. Les participantes ont également reconnu que le poids est un facteur complexe qui ne dépend pas simplement de l'absorption alimentaire. Anne a fait connaître à ses paires un outil qu'elle met en pratique depuis un certain temps afin de rationaliser et de normaliser les aliments et le poids. Son moyen consiste à observer les gens, dans la diversité des corps, manger un aliment jugé « mauvais », que ce soit par son apport calorique, sa quantité de sucre, etc., et prendre conscience que ces personnes, vivant dans des corps minces et gros, ne sont pas directement influencées par l'aliment en question. Ce moyen a résonné pour plusieurs des membres du groupe, qui ont mentionné que l'observation favorise la rationalisation et la normalisation et, par le fait même, encourage l'exposition graduelle. Les participantes se sont alors encouragées à s'exposer de manière graduelle, que ce soit à de nouveaux aliments, des aliments considérés non sains qu'elles se sont interdites ou encore à manger en public. Le groupe a

effectivement soutenu Maryse en l'encourageant à s'exposer graduellement sur son milieu de travail, en débutant par un café avec ses collègues, puis une collation, et ainsi de suite, dans le but d'augmenter son sentiment de sécurité tout en réduisant l'anxiété associée à ces expositions. Maryse a remercié ses paires et a affirmé apprécier cet objectif et vouloir le mettre en pratique prochainement. Puis, à la rencontre suivante, elle a communiqué au groupe, avec enthousiasme, un incident critique qui s'était déroulé au courant de la semaine en lien avec cet objectif. Elle a raconté être allée prendre un café avec un collègue et avoir mangé une sucrerie en sa compagnie, que celui-ci lui avait offerte. Elle a expliqué à ses paires avoir eu la réflexion habituelle et l'hésitation à manger la collation en sa compagnie, puis avoir pris la décision de la manger puisqu'elle se sentait confortable. Elle s'est ensuite exprimée au groupe sur l'impact positif de cette action :

On a jasé, puis j'ai fini par le manger. Personne n'a fait de cas (rires), il ne m'a pas regardé, on jasait. C'est naïf tsé c'est une collation. Dans le sens où tsé il n'est rien arrivé. Ça m'a défait une petite barrière. Je ne dis pas que je vais aller manger au resto avec lui la prochaine fois, mais c'est un petit pas. Je vais essayer de le faire plus souvent (Maryse).

Wow! C'est un premier pas (Flora).

Tu as comme brisé la règle symboliquement (Claire).

C'est ça. Je vais essayer de le refaire un peu plus souvent. Je vois qu'il n'arrive rien (Maryse).

C'est un incident critique! (Violette).

Absolument. Puis, ça t'a permis de socialiser et rationaliser. En plus, tu as mis à l'épreuve un moyen. Bravo! (Intervenante-chercheure).

Tu as fait ton devoir. Bravo! (Sophia).

Le groupe a exprimé sa fierté envers Maryse en la félicitant et en mettant de l'avant les bénéfices de son premier pas. En effet, cette action lui a permis de socialiser, rationaliser et prendre conscience que c'est moins pire qu'elle se l'imaginait, de se rapprocher de son objectif et de renforcer sa confiance en elle.

4.3.2.2 Culture des diètes

Les femmes ont été transparentes entre elles face à leurs biais cognitifs et ont reconnu en posséder malgré leurs savoirs et le fait qu'elles sont sensibilisées au sujet. Elles ont donc ensemble réfléchi aux fondements de ces discours internes et ont pris conscience qu'ils émanent d'un discours beaucoup plus grand qu'elles, soit celui provenant de la culture des diètes. Elles ont dénoncé que cette culture, qui s'opère à plusieurs niveaux, est omniprésente et affecte des milliers de personnes. Elles ont démontré quelques exemples frappants de l'expansion et de la perpétuation de cette culture dans la collectivité. D'abord, plusieurs des femmes ont déclaré avoir grandi dans un environnement qui était influencé par cette culture, voire dans un milieu qui valorisait cette culture. Comme il est discuté précédemment dans le chapitre, des participantes ont rapporté avoir été façonnées par la pratique de régimes de toutes sortes et de restrictions alimentaires durant leur jeune âge. Par la suite, le groupe a élaboré sur les nouvelles formes de restrictions alimentaires qui prennent de l'ampleur dans la société actuelle. Ces formes de restrictions alternatives, qui ne sont pas considérées comme étant des diètes par la plupart des personnes les pratiquant, s'apparentent au jeûne intermittent, à la diète sans gluten ou au véganisme entre autres. Deux participantes du groupe ont indiqué avoir été végétarienne et végétalienne pendant une certaine période de leur vie. Pour elles, il est maintenant clair que cette pratique alimentaire agissait comme une restriction. L'une d'elles a dit : « Souvent une excuse que je ne mange pas de viande, faites-moi pas un repas, je vais apporter mon lunch. C'est facile de se restreindre dans ce temps-là ». Aussi, une des femmes du groupe a manifesté avoir pratiqué le jeûne intermittent pendant une période. Selon elle, ce jeûne lui procurait une satisfaction et un sentiment de réussite d'une part, mais d'autre part, des symptômes physiques nuisibles caractérisés par des maux de tête, de la faim et une perte d'énergie. Ces restrictions, qui sont actuellement valorisées dans la société, peuvent être nuisibles pour le corps et intervenir comme un facteur de risque contribuant au développement des troubles alimentaires. Anne a d'ailleurs dénoncé le fait que la culture des diètes pousse vers l'orthorexie. Également, les membres ont détecté différentes expressions populaires utilisées quotidiennement par une majorité, expressions qui émanent du discours de restriction inscrit dans la culture des diètes. En effet, elles ont dénoncé la tendance de plusieurs personnes à se justifier par rapport à ce qu'elles mangent ou à la quantité mangée, et à commenter l'assiette des autres. Les expressions soulevées par le groupe sont les suivantes : « Je ne mange plus pour les trois prochains jours », « Ah, j'en mange juste un », « Je me gâte » et « Tu ne vas pas manger tout ça ». Puis, Maryse a

confié au groupe une situation typique lorsqu'elle partageait un repas en famille : « *Eille* c'est engraisant, on ne va pas finir notre assiette. Comme si fallait le sortir pour que tout le monde soit égal, *pis* qu'on va tous engraisser en même temps » (Maryse). Les femmes ont pris conscience que ce besoin de justification découle d'un besoin de comparaison et d'un sentiment de culpabilité face au non-respect des règles qui sont intégrées et imposées depuis longtemps.

Les participantes ont fait part de leur inconfort face aux commentaires qui peuvent être émis par leur entourage sur ce qu'elles mangent. Selon elles, les propos, qui peuvent être vicieux, sont banalisés alors qu'ils valorisent et perpétuent la culture des diètes. Elles ont soulevé l'importance de se mêler de son assiette, de ne pas commenter l'alimentation de ceux qui nous entourent et d'encourager l'alimentation intuitive chez soi comme chez les autres. Comme exemple, Anne a expliqué au groupe prendre maintenant le temps de valider ses proches lorsque ceux-ci se justifient sur ce qu'ils mangent, en leur répondant : « C'est *ben* correct de manger ça, tu fais bien » (Anne). Pour Flora, il est important de faire respecter son sentiment de satiété et celui de la faim auprès de son entourage. Finalement, pour une partie du groupe, il a été jugé essentiel de sensibiliser son environnement aux croyances erronées entourant l'alimentation et le corps en déconstruisant celles-ci, tout comme il a été effectué dans le cadre du projet.

4.3.2.3 Injonctions culturelles face aux corps des femmes

Au cours de ces échanges, les femmes ont signalé ressentir une pression les poussant à répondre aux attentes sociétales autour de l'alimentation et surtout, du corps. Le groupe a donc jugé pertinent d'analyser les attentes projetées par la culture envers le corps des femmes. En premier lieu, l'idéal de la minceur a été désigné comme étant un symbole important dans la société occidentale. La minceur représenterait la santé, le bonheur, la volonté et la réussite dans la culture. Le groupe a dénoncé que la minceur est perçue comme un choix menant au bonheur et aux hautes sphères de la société, comme en fait foi le fameux dicton : « Être à 10 livres du bonheur ». Anne a spécifié que la société donne l'illusion que nous avons le choix, donc le contrôle sur notre poids, alors que c'est complètement faux. Pour elle, il est illusoire de croire que nous pouvons nous battre contre notre poids ou notre corps. Par la suite, Claire a indiqué que cette valorisation de la minceur est présente, notamment parmi les professionnel-le-s de la santé. Elle a relaté au groupe une expérience vécue avec sa médecin de famille. Alors que Claire était aux prises avec l'anorexie, la médecin a valorisé

sa minceur en lui exprimant qu'elle aimerait avoir sa silhouette et son poids et en la questionnant sur ses habitudes alimentaires. Claire a raconté ressentir de la honte lorsqu'elle avait pris du poids, et donc, qu'elle n'osait plus consulter sa médecin de famille. Joannie s'est sentie concernée par le partage de Claire, puisqu'elle a elle-même fait l'expérience d'une gynécologue qui l'a félicitée pour sa perte de poids sans même connaître les raisons sous-jacentes ni les moyens utilisés pour y parvenir. En second lieu, les femmes ont déclaré ressentir une pression pour qu'elles se conforment à certaines normes de beauté, que ce soit au niveau de la pilosité, du ventre, de la peau, des vêtements et de la féminité. Prenons comme exemple Joannie qui a confié à ses paires avoir été affectée par l'apparition des vergetures à un certain âge, d'autant plus que personne ne l'avait informée que cette caractéristique de la peau était normale et courante. Pour toutes les femmes du groupe, l'acceptation corporelle est exigeante au sein de la culture actuelle portant sur les corps féminins. Cet enjeu s'illustre, entre autres, par des vérifications corporelles pour certaines et par la pesée pour d'autres. Quelques femmes ont rapporté être aux prises avec une dysmorphophobie, soit une préoccupation importante à l'égard de l'apparence physique causant une détresse quelconque. Cependant, plusieurs des participantes ont rapporté se sentir mieux grâce aux mouvements d'inclusion qui prennent de l'expansion, tels que l'anti-grossophobie. Joannie a mentionné se sentir davantage incluse et moins comme le mouton noir. Violette et Maryse ont affirmé qu'il est complexe de trouver le juste équilibre entre la pression découlant des normes de beauté strictes et celle du mouvement de l'acceptation du corps. Maryse a indiqué apprécier et encourager le courant de l'acceptation et de l'inclusion de la diversité des corps, mais qu'il est difficile d'y trouver sa place et de s'y projeter de manière réaliste. Pour Violette, il est également exigeant d'y prendre part, puisqu'elle considère qu'elle et les autres femmes de sa génération ont grandi en compagnie du culte de la minceur.

Une discussion sur la féminité et les stéréotypes liés au genre a suivi. Des femmes ont dénoncé le paradoxe de la féminité en mettant de l'avant la pression véhiculée d'être féminine, que ce soit par les vêtements, les cheveux, le maquillage, etc., mais pas trop non plus, sans dépasser une limite floue qui semble mener à l'hypersexualisation du corps de la femme. Sophia a mis de l'avant le double standard entre la femme et l'homme concernant différents enjeux. Elle a parlé de la femme qui consomme « un peu trop » d'alcool, qui est représentée comme étant la fille facile qui l'échappe et perd le contrôle. Tandis que l'homme ivre est perçu comme le gars de party, drôle et amusant.

Le concept de la colère est également intéressant à analyser sous le même angle. Sophia a dit que les gens tendent à excuser, voire valoriser, la colère exprimée par les hommes, alors que celle exprimée par les femmes est rejetée et mal vue par la société. Flora a ajouté que ce double standard est aussi présent sous le thème de l'alimentation. Elle a précisé que les femmes ayant un bon appétit sont perçues négativement, alors que l'opposé est observé chez les hommes. Elle a partagé avec le groupe sa frustration face à l'association entre la salade et la femme, puis le repas copieux à l'homme au restaurant. Le double standard a résonné dans le groupe, puisque les femmes ont reconnu en vivre les impacts. L'inégalité entre les hommes et les femmes et l'injustice qui en découle ont d'abord été soulevées par les membres comme des conséquences frappantes ayant un impact à plusieurs niveaux sur leur parcours. Elles ont également identifié la responsabilisation et le contrôle des femmes et de leurs corps comme une conséquence du double standard. Les participantes ont confié ressentir une pression qui les pousse à se responsabiliser quant à plusieurs enjeux, tels que l'alimentation, les normes de beauté et les standards liés aux stéréotypes de genre.

Cette contrainte de répondre à certains standards de genre a été déterminée comme étant un élément commun entre les membres du groupe. Plusieurs femmes ont rapporté ressentir une pression sociale les incitant à être la femme parfaite pour leur entourage, soit la bonne fille, l'amie disponible, l'employée compétente, l'étudiante performante et la bonne conjointe. Le groupe a énuméré une série de traits de personnalité valorisés par la société actuelle, notamment, la performance, l'intelligence, l'ambition, la discipline et le contrôle. Ces standards ont été déterminés par le groupe comme étant stricts, irréalistes et pesants. Joannie a ensuite partagé sa réflexion sur le paraître en dénonçant sa primauté dans la collectivité. Selon elle, les individus se doivent de prouver leur valeur personnelle en se comparant et en ressemblant à la masse. Cette valeur serait basée sur le paraître, soit le physique, les possessions et les acquisitions. Elle a confié avoir grandi dans un milieu où l'apparence physique, les emplois payants et les possessions matérielles étaient mis en valeur. Des participantes ont ajouté que cette manière de prouver sa valeur découle du besoin d'être validé, normalisé et aimé, qui s'avère être un besoin universel.

4.3.2.4 Culture du bien-être

Le groupe a entamé une réflexion sur la culture du bien-être et ses émanations. Certaines participantes ont mentionné ressentir une pression pour mettre en pratique des outils censés

favoriser un état de bien-être. En effet, des femmes ont dit vouloir pratiquer des activités de pleine conscience, telles que la méditation, mais en être incapables. Par exemple, pour Claire, il ne s'avère pas possible, voire contre-indiqué, de pratiquer la méditation vu l'anxiété qui prend une grande place dans sa vie actuelle. Le groupe a démontré être en accord avec Claire en normalisant son expérience personnelle et en validant son point de vue. Ensuite, certaines participantes ont parlé de l'industrie qui se trouve derrière la culture du bien-être. Elles ont soulevé l'existence de l'industrie de la croissance personnelle et l'ont décrite comme un moyen de chercher un truc sans fin. Des membres ont fait ressortir le manque de réalisme de la culture du bien-être, puisqu'elle prend peu en compte la subjectivité et la réalité de plusieurs personnes.

Toutefois, le groupe a jugé pertinent d'apporter une nuance à cet échange en relevant que les outils de pleine conscience peuvent être des moyens efficaces pour soulager un mal-être. Pour Flora, les exercices de pleine conscience, tels que la méditation, font partie des moyens favorisant le rétablissement du trouble alimentaire. Elle a confié que ce moyen lui a apporté une aide significative dans son parcours du rétablissement. Pour Anne, l'écriture a été un outil de pleine conscience bénéfique dans son parcours. Elle a confié à ses paires qu'elle s'imposait d'écrire quotidiennement lorsqu'elle a mis en place cet outil, puis qu'elle a réussi, avec le temps, à trouver un équilibre sain en écrivant seulement les matins qu'elle en ressent le besoin. Pour finir la discussion, les participantes ont reconnu que la méditation et toutes autres activités visant la pleine conscience du moment présent, et ainsi, un sentiment de bien-être, peuvent être bénéfiques pour certaines personnes, mais ne s'appliquent pas à toutes pour diverses raisons. Ainsi, le groupe a mentionné considérer nécessaire de trouver un juste équilibre entre la pression véhiculée par l'industrie du bien-être et la mise en pratique de trucs qui font du bien personnellement.

En conclusion, une prise de conscience commune a émergé au courant du projet. Le groupe a établi que les standards de la société ne sont pas naturels, mais plutôt imposés et par la suite intériorisés. Les participantes ont donc réfléchi aux stratégies qui peuvent être mises en place pour se désapproprier ces standards et y résister. Ces stratégies de résistances seront présentées dans le prochain chapitre. Puis, afin de surmonter les nombreuses pressions sociales, les femmes ont souligné l'importance de prendre soin d'elles-mêmes, d'être davantage bienveillantes à leur égard et de faire preuve d'autocompassion. Les femmes du projet partageaient un désir commun, soit celui de s'accepter comme elles sont et de tracer leur propre chemin. L'espace du groupe a

également permis aux femmes de prendre soin les unes des autres, et ce, par le biais de l'écoute, la bienveillance, la compassion et l'entraide.

4.3.3 Les pratiques de santé et la recherche portant sur les troubles alimentaires

Lors des dernières rencontres de groupe, les participantes se sont ouvertes davantage sur leurs expériences personnelles dans les pratiques de santé. Plusieurs d'entre elles, ayant vécu des expériences difficiles communes, ont pu prendre conscience d'un problème systémique qui dépasse leur individualité. Cette prise de conscience a favorisé la déresponsabilisation individuelle et, du même coup, l'*empowerment* chez les participantes. Les membres ont par la suite entamé une discussion sur les pratiques de santé positives et bienveillantes dont elles souhaiteraient bénéficier à l'avenir. Ce partage de savoirs expérientiels s'est fait à travers un jeu de rôle où quelques participantes ont interprété, en équipe de deux, une expérience difficile vécue dans le cadre d'une intervention de santé. En second lieu, elles ont interprété de nouveau cette même situation, mais cette fois, en la bonifiant par une pratique de santé positive et bienveillante. S'en est suivi un échange en groupe où les femmes ont partagé leurs ressentis et leurs points de vue face aux expériences vécues. Il était ensuite attendu de mettre à profit les connaissances expérientielles des membres du groupe pour développer une compréhension commune des similarités et des distinctions entre les savoirs provenant de la recherche et la pratique sur les troubles alimentaires et ceux provenant des femmes vivant avec les troubles alimentaires. Pour ce faire, nous avons proposé une activité aux participantes, qui consistait à noter sur un grand carton leurs propres interprétations des causes du trouble et à les comparer à celles véhiculées par le corps médical et les écrits scientifiques. Le second carton portait sur leur conception du rétablissement en comparaison avec celle de la recherche et de la pratique portant sur le sujet. Enfin, le dernier carton visait à les faire réfléchir à leurs propres pistes de rétablissement, relativement aux traitements et interventions favorisés par la recherche et les soins de santé en trouble alimentaire. Les femmes circulaient donc dans le local afin d'inscrire leurs idées et perceptions sur les trois affiches pour, ensuite, discuter en grand groupe des nombreux éléments qui sont ressortis de cette activité.

Ce dernier thème vise donc à partager quelques expériences vécues au contact des institutions de santé témoignées par les femmes. Ensuite, les affiches conçues au cours de l'activité seront présentées afin d'explorer les similarités et distinctions soulevées entre les connaissances des

membres du groupe et celles issues du discours portant sur les troubles de l'alimentation qui prédomine.

4.3.3.1 Expériences des femmes au contact des pratiques de santé

Il est avant tout primordial de souligner que les participantes ont rapporté, tout au long du projet, des expériences positives vécues au contact des ressources d'aide au durant leur parcours respectif. Il a d'abord été question, lors des entretiens pré-groupe, des bénéfices obtenus par les femmes ayant fait l'expérience d'un groupe de soutien dans le passé. Celles-ci ont mentionné qu'il avait été bénéfique pour elles de prendre conscience qu'elles n'étaient pas seules à vivre avec un trouble alimentaire et la souffrance qui l'accompagne. Elles ont également toutes dit avoir appris des choses sur les troubles alimentaires ainsi que sur elles-mêmes. Par la suite, lors des rencontres de groupe, quelques participantes ont fait part de leurs récentes expériences positives avec des professionnel-le-s de la santé. Léa a communiqué au groupe qu'elle bénéficiait d'un suivi médical positif depuis les dernières années. Elle a confié apprécier particulièrement cette médecin de famille et avoir confiance en elle. La présence, la disponibilité, le respect, la bienveillance et la directivité sont les qualités rapportées par Léa à l'égard de cette professionnelle de la santé. De plus, Flora a partagé avec ses paires avoir fait l'expérience d'une thérapie basée sur l'approche humaniste pour laquelle elle considère avoir obtenu plusieurs bénéfices. Elle a soulevé avoir l'impression que la thérapie cognitive-comportementale éteignait des feux comparativement à la thérapie humaniste qui agissait davantage en profondeur sur ses émotions et lui permettait de faire des liens entre son vécu antérieur et ses comportements et ressentis à l'âge adulte. Elle a mentionné que cette thérapie lui a permis de mettre des mots sur sa souffrance, de se poser des questions essentielles et d'obtenir des outils pour cheminer. Pour Violette, les méthodes alternatives, telles que l'ostéopathie et l'acupuncture, ont été bénéfiques pour elle. Elle a rapporté préférer l'utilisation de méthodes dites alternatives plutôt que d'avoir recours aux méthodes médicales traditionnelles. De plus, elle a confié avoir fait l'expérience d'une thérapie visant le traitement de traumatismes par le biais d'une stimulation sensorielle à partir du mouvement des yeux. Violette a partagé son expérience positive dans le cadre de cette thérapie qui lui a permis d'établir des liens entre le trouble alimentaire et les mini traumas de son enfance, nommés ainsi par la participante. Enfin, Anne a témoigné que l'hospitalisation vécue avait été nécessaire pour elle, par son cadre et l'arrêt imposé, et ce, malgré les difficultés entraînées par cette hospitalisation.

Les participantes ont également ressenti une confiance à l'égard du groupe, qui leur a permis de dévoiler certaines situations difficiles vécues au contact des soins de santé. Certaines expériences rapportées par les femmes concernaient les pratiques de santé spécialisées alors que d'autres visaient les services de santé généraux. Un soutien mutuel a été observé entre les femmes lors des témoignages, ce qui a renforcé la proximité, le partage et la cohésion de groupe.

Rappelons qu'il a d'abord été constaté, par le biais des partages de participantes, une discrimination pour accéder aux services spécialisés dans les troubles de l'alimentation. Tel qu'il a été détaillé plus haut, des participantes ont témoigné s'être senties « pas assez » malades pour obtenir ce type de services spécialisés en raison d'un poids n'étant pas considéré comme « assez » faible ou encore de symptômes ne correspondant pas aux critères diagnostiques typiques des TCA documentés par le DSM. Le groupe a soutenu que cette forme de discrimination présente dans le système de santé, causée par une certaine méconnaissance et incompréhension globale du phénomène, tend à banaliser la détresse de nombreuses personnes touchées par les troubles alimentaires. Joannie s'est exprimée à cet effet en dénonçant ceci : « Si tu n'es pas en train de mourir, tu ne te sens pas comme une priorité » (Joannie). Une seconde forme de discrimination existante dans les pratiques de santé a été dénotée par le groupe lors de témoignages de quelques membres. Il s'agit de la grossophobie médicale. Le groupe partageait l'opinion qu'un nombre considérable de personnes travaillant dans le domaine de la santé présentent peu de sensibilisation face à l'enjeu du poids et de la grossophobie. La grossophobie médicale s'exprime, entre autres, par l'association de problèmes de santé ou de symptômes physiques au poids. Joannie a d'ailleurs témoigné avoir vécu ce genre de situation à quelques reprises dans les dernières années. La participante a confié au groupe être aux prises avec des symptômes s'apparentant au syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) depuis l'adolescence, mais n'avoir reçu le diagnostic que récemment à la suite d'une consultation en gynécologie au privé. Joannie a dénoncé avoir obtenu peu de soutien professionnel en lien avec le SOPK et s'être sentie comme un numéro. Selon elle, les médecins ont associé longtemps les symptômes à son surpoids et lui ont recommandé la perte de poids pour régler ses problèmes. Elle a ajouté qu'un médecin lui avait déjà dit de perdre du poids pour mieux respirer, alors qu'elle souffrait d'asthme. La douleur de cette femme semble avoir été banalisée par le corps médical en raison de son poids. Elle a confié ressentir une réticence à consulter davantage le personnel médical à cause des expériences négatives répétées auxquelles elle a dû faire face. La prescription d'une perte de poids

comme solution a résonné chez Léa. Elle a confié, à son tour, une expérience difficile vécue lors d'une consultation médicale où elle avait pris du poids les mois précédents. Puisque son IMC indiquait 26 cette journée-là, soit dans la catégorie surpoids selon le calcul, la médecin lui avait dit qu'elle devait perdre du poids. Spécifions que l'IMC considéré normal se situe entre 18,5 et 25. Léa a raconté au groupe que la médecin associait la prise de poids à de mauvaises habitudes de vie, sans lui avoir posé de questions sur ses habitudes et son état mental. Elle a dévoilé s'être sentie elle aussi comme un numéro et aucunement écoutée puisqu'elle ne venait pas pour cette raison. La grossophobie médicale peut également se manifester par la prescription d'un régime ou par tout autre moyen visant la perte de poids d'une personne. Par exemple, la prescription du médicament Ozempic®, médicament à l'origine indiqué pour le diabète de type 2, devient courante chez les personnes non diabétiques dans un objectif de perte de poids (Tremblay-Levasseur, 2023). Flora a d'ailleurs mentionné s'être fait prescrire l'Ozempic® par un médecin, dans un objectif de perte de poids, sans toutefois bénéficier d'un accompagnement ou d'un suivi à cet effet, ce qui s'avère être contraire aux normes de pratique médicale. Elle considère avoir été laissée à elle-même. Flora s'est également ouverte au groupe sur une expérience vécue quelques années auparavant avec son médecin de famille, où elle s'est sentie abandonnée, sans accompagnement ni ressource face à la prescription d'une solution à l'apparence miracle. Elle a ainsi témoigné que, lors d'un bilan de santé annuel, le médecin avait fait le constat d'un IMC élevé et lui avait donc prescrit la chirurgie bariatrique à la suite qu'elle lui ait dit qu'il était difficile de perdre du poids. Flora a dénoncé l'absence d'évaluation de la part du médecin face à sa volonté de perdre du poids ainsi qu'aux raisons sous-jacentes à l'obstacle de la perte de poids. Elle a aussi signalé l'insuffisance d'information transmise par le professionnel sur la chirurgie bariatrique, son admissibilité, son fonctionnement, ses risques, etc. ainsi que le manque de ressource d'aide pouvant l'accompagner dans cette démarche. Elle a confié aux femmes s'être sentie sous le choc après cette consultation, mais s'être relevée par la suite en s'outillant par elle-même et en suivant une thérapie. Flora a attendu quatre ans entre la prescription et la chirurgie dans le but de traiter le trouble d'hyperphagie et d'acquérir des connaissances lui permettant de bénéficier de la chirurgie bariatrique comme un outil et non comme une solution miracle, selon l'impression que lui avait donnée le médecin. Selon elle, le système de santé public offre peu de soutien post-chirurgie aux personnes ayant subi une chirurgie bariatrique, et ce, malgré ses impacts et ses risques importants sur le corps. Elle a partagé avec le groupe avoir jugé nécessaire de consulter une nutritionniste spécialisée en chirurgie

bariatrique au privé afin d'être adéquatement accompagnée compte tenu qu'elle vivait l'adaptation de son nouvel estomac et de ses nombreuses implications. Bref, il semble que le corps médical tende à responsabiliser individuellement ces femmes en ce qui a trait à la perte de poids et à la santé.

Dans un deuxième temps, deux participantes du projet ont témoigné de leurs expériences d'hospitalisation en raison du trouble alimentaire. Les deux ont décrit un environnement restrictif où la rigidité et la surveillance sont élevées. Anne a confié que l'unité ressemblait à un *bunker* à cause du manque de lumière, où elle était confrontée à elle-même, sans contrôle et sans possibilité de bouger comme elle en avait l'habitude. Quant à Claire, elle a indiqué qu'il n'était pas possible de sortir du couloir de l'unité et qu'elle était forcée de manger à certaines heures de la journée dans le but d'empêcher les compulsions alimentaires. Selon elle, il en était de même pour toutes les autres patientes. Les deux participantes ont dénoncé des pratiques de santé infantilisantes en milieu psychiatrique. Pour Claire, il était évident que des membres du personnel soignant ressentaient une certaine pitié à l'égard des femmes touchées par l'anorexie qui étaient hospitalisées. Anne a confié au groupe qu'une infirmière l'avait félicitée pour sa prise de poids en soulevant que cela paraissait sur son visage. Anne s'est ouverte à ses paires sur la manière dont elle s'était sentie en dévoilant qu'elle avait été blessée et affectée par ce commentaire, puisqu'elle avait pour crainte que la reprise de poids se remarque sur son visage. Elle convenait que ce commentaire découlait d'une bonne intention, soit encourager son progrès, mais qu'il était impertinent et déplacé de commenter son apparence. De plus, Claire a rapporté que des membres du personnel soignant refusaient de lui parler en raison de sa dénutrition. Anne a également mentionné qu'elle trouvait difficile de pouvoir seulement bénéficier d'une psychothérapie de vingt minutes par jour, et ce, en raison de son cerveau qui était considéré dénutri.

Finalement, il s'est avéré intéressant de prendre conscience, à travers les partages expérientiels des femmes, que les pratiques de santé peuvent être teintées par la culture de l'alimentation, par la culture des diètes et par les standards sociaux concernant l'apparence du corps féminin. Le groupe a effectivement réfléchi à la manière dont les normes sociales influencent le corps médical. Il a été déterminé que des personnes œuvrant dans le domaine médical prônent la minceur comme standard social. Prenons comme exemple la situation vécue par Léa lors d'une consultation médicale où elle s'est fait recommander de perdre du poids en améliorant ses habitudes de vie. Dans cette situation,

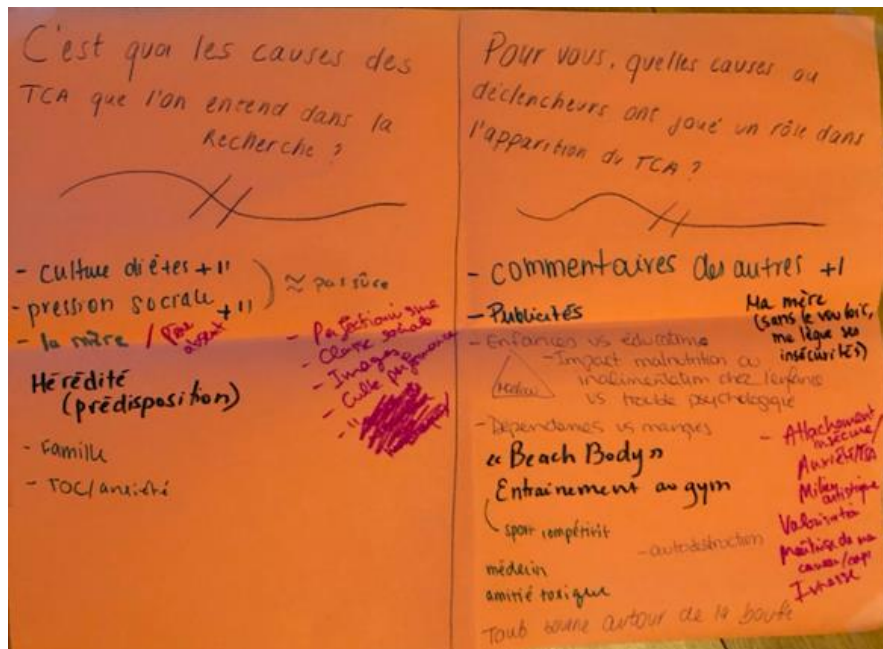
une association systématique entre prise de poids et habitudes de vie malsaines semble avoir été fait. De plus, la variété de facteurs influençant le poids d'une personne n'a pas été pris en compte. De cette façon, puisque l'IMC de Léa indiquait 26, la médecin a jugé nécessaire que sa patiente perde du poids pour devenir plus mince, bien que le chiffre se trouvait près de l'IMC considéré normal. Puis, selon le groupe, une partie du corps médical est peu sensibilisé aux impacts des standards sociaux entourant l'alimentation et le corps de la femme sur les corps féminins, sur la santé mentale des femmes ainsi que sur leurs parcours. D'autant plus que les médecins détiennent un rôle d'autorité et d'expert ayant un impact significatif sur le vécu des personnes ainsi que sur l'imaginaire collectif.

4.3.3.2 Savoirs experts et savoirs expérientiels

Puisque la pratique est fortement influencée par la recherche, il s'avérait primordial d'entendre les femmes du groupe sur leurs points de vue à l'égard de la recherche portant sur les troubles de l'alimentation, pour ensuite, réfléchir collectivement à son impact sur les pratiques de santé. Pour faire cela, une activité leur avait été proposée à la onzième rencontre comme une forme d'aboutissement du projet de groupe. Tel que mentionné plus haut, les participantes étaient invitées à transmettre leurs savoirs sur le sujet en les inscrivant sur les affiches à cet effet. Ces trois affiches seront ici présentées ainsi que les résultats soulevés par les membres lors de la discussion suivant l'activité.

Dans un premier temps, il a été jugé pertinent de développer une compréhension commune des causes associées aux troubles de l'alimentation en s'interrogeant sur celles exposées dans la littérature sur le sujet ainsi que sur celles résonnant personnellement chez les femmes du groupe. Le groupe a noté ses perceptions sous forme de points sur la première affiche (Figure 4.6).

Figure 4.6 Compréhension des causes associées aux troubles alimentaires



Les participantes ont d’abord soulevé le manque d’implication de la socialisation dans l’étiologie des troubles de l’alimentation. Selon des femmes, la culture des diètes et plusieurs autres enjeux sociaux prenant une grande place dans le monde dans lequel on vit sont peu abordés dans les écrits portant sur les causes. Cette réalité entraîne une lacune selon le groupe. Joannie a apporté une nuance en relevant l’accent davantage porté vers les réseaux sociaux et ses nombreuses implications, telles que la comparaison des corps, depuis les dernières années. Par la suite, quelques participantes étaient d’avis que certaines approches en psychologie, principalement la psychanalyse, considèrent les parents comme l’un des éléments centraux dans le développement d’un trouble alimentaire. Selon elles, la mère est souvent pointée du doigt, ce qui peut être culpabilisant pour la famille. Anne s’est confiée au groupe sur une expérience antérieure vécue avec un psychologue qui mettait l’emphase sur la famille dans la thérapie. Elle a raconté que le psychologue s’efforçait de faire des liens entre le trouble alimentaire avec lequel elle vivait et la dynamique familiale de son enfance, nonobstant le manque de résonance de sa part. Anne avait pour désir d’aborder avec le thérapeute des enjeux qui, pour elle, étaient impliqués dans le développement du trouble de l’orthorexie, mais celui-ci la ramenait systématiquement au thème de la famille. Également, la prédisposition génétique est un facteur dominant découlant de la recherche sur le domaine dont les membres ont souhaité discuter. Sophia s’est lancée sur le sujet en faisant

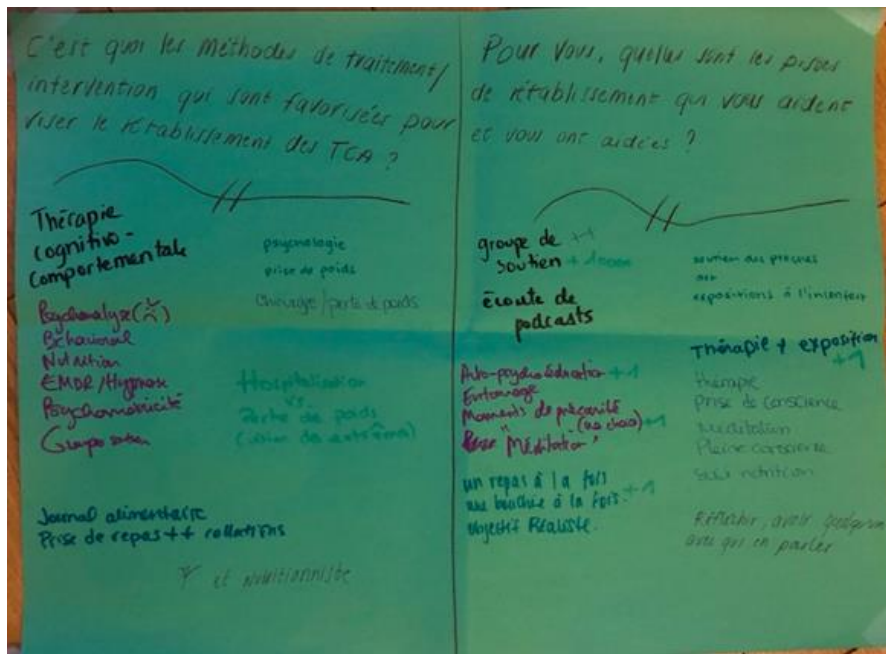
part de sa curiosité à l'égard de l'hérédité dans le développement des troubles alimentaires. Elle considère curieux de constater qu'une fratrie peut se distinguer totalement au terme d'enjeux de santé mentale, tels que les troubles de l'alimentation. C'est ce qu'elle a révélé en mentionnant à ses paires que sa sœur n'avait aucun enjeu lié à l'alimentation ou au corps, contrairement à elle. Des participantes ont donc soulevé le phénomène de l'épigénétique pour expliquer la réalité de Sophia. Rappelons que le modèle de l'épigénétique dans l'étude des troubles de l'alimentation cherche à expliquer l'expression des gènes dans l'environnement (Steiger *et al.*, 2020). Claire, qui a rapporté s'être intéressée à l'épigénétique, transmet au groupe un exemple d'étude sur lequel elle s'est penchée. Elle a expliqué à ses paires que des personnes sont naturellement plus vulnérables au développement d'un trouble alimentaire lorsqu'un événement dans l'environnement se produit, et ce, en raison d'une déficience au niveau des récepteurs de sérotonine. Une perte de poids importante et rapide ou encore le recours à une diète sont des types de déclencheurs sociaux pouvant favoriser l'apparition d'un trouble alimentaire chez une personne ayant une prédisposition génétique. Certaines femmes du groupe ont dit apprécier l'existence d'une explication scientifique qui permet de mieux comprendre, rationaliser et se déculpabiliser considérant qu'elles n'ont pas le contrôle sur leurs gènes. Le groupe a poursuivi cette réflexion en s'interrogeant sur leur pouvoir face à cette vulnérabilité génétique. Quelques-unes des membres ont parlé de fatalité. Elles ont partagé leur frustration en dénonçant une absence de contrôle face au bagage génétique. Des participantes en sont venues à analyser ce modèle étiologique sous un angle critique. Elles ont dénoncé que cet axe scientifique, se penchant principalement sur les prédispositions génétiques, tend à négliger la portion de l'interaction avec l'environnement, ce qui peut amener une déresponsabilisation de la société et son implication dans les troubles alimentaires. Claire a fait une comparaison intéressante avec le phénomène de la dépression, qui est considérée comme un déséquilibre chimique où l'individu est responsable, alors que la société est peu représentée dans son étiologie. Sur une note positive, Violette a proposé une théorie au groupe comme moyen pour s'émanciper. Selon elle, l'épigénétique est également liée à la plasticité cérébrale, ce qui explique la capacité à évoluer dans l'environnement. Elle a donc expliqué que le patrimoine génétique peut s'exprimer d'une façon à tel moment, mais qu'il n'est pas fixe pour autant et qu'il peut donc évoluer.

Les femmes se sont également exprimées sur leurs propres déclencheurs causant l'apparition du trouble alimentaire dans leur vie. Une emphase a été mise sur les facteurs sociaux jouant un rôle

dans les difficultés liées au corps et à l'alimentation. Ces facteurs sont la socialisation, la comparaison, les commentaires d'autrui, la compétition sportive ou artistique, les standards de beauté et les médias. Aussi, Flora a amené un élément pertinent ayant un impact considérable sur le développement des troubles alimentaires dans la société. Elle a rappelé comment tout, au quotidien, tourne autour de la nourriture dans la société actuelle. Cet élément, résonnant chez les participantes, fait référence aux nombreux lieux de socialisation et moments de rassemblement où la bouffe est inévitablement centrale. Flora a soulevé la manière dont la nourriture fait acte de récompense ainsi que de réconfort, soit pour célébrer, s'amuser, s'apaiser, se consoler, etc. Enfin, une pluralité de réponses est observée du côté droite de l'affiche, ce qui représente un lot de déclencheurs et causes chez les femmes du groupe.

Dans un second temps, il a été riche en enseignements d'observer les femmes partager leurs pistes de rétablissement entre elles. Elles ont également pu comparer ces pistes à celles proposées et favorisées dans les traitements et interventions visant le rétablissement des troubles de l'alimentation. Le groupe a noté, de nouveau, leurs connaissances sous forme de points sur la deuxième affiche (Figure 4.7).

Figure 4.7 Pistes de rétablissement des troubles alimentaires



Pour toutes les membres du groupe, les stratégies visant un rétablissement du trouble alimentaire sont en construction et en constante évolution. Certaines ont expérimenté plus d'outils que d'autres lors des dernières années. Des outils fonctionnent davantage pour certaines membres, alors que pour d'autres c'est moins le cas. Tout de même, le partage d'outils et de méthodes entre les femmes est favorable pour toutes et celles-ci ont dit apprécier cette mise en commun. Les groupes de soutien se sont révélés aidants pour la majorité du groupe. Plusieurs ont rapporté le besoin de bénéficier d'un espace pour parler du trouble, que ce soit à travers une thérapie, un groupe de soutien ou une personne-ressource. Anne a spécifié qu'il était bénéfique pour le rétablissement de pouvoir bénéficier d'une personne dans son réseau qui agit en tant qu'aidante lorsqu'il y a un risque de rechute. Flora a ajouté que cette personne pourrait faire partie du groupe actuel, considérant que certains proches vivent une incompréhension, ce qui peut compromettre le soutien apporté. Les membres se sont donc invitées mutuellement à lancer un appel à l'aide dans la conversation de groupe Messenger au besoin. Sommairement, l'échange entre les participantes s'est déroulé comme ceci :

Honnêtement, juste d'avoir un endroit où partager et de ne pas me sentir toute seule, honnêtement je suis vraiment contente de vous avoir rencontré, ça m'a vraiment fait du bien. D'avoir juste un endroit sécuritaire pour partager sur ça et de ne jamais sentir que tu vas te faire juger parce qu'on vit toute la même chose, à notre façon (Joannie).

Ouais, te sentir comprise et pas jugée (Intervenante-chercheure).

[...]

C'est un truc que j'ai fait la semaine dernière avec vous. Je vous ai écrit quand c'était difficile (Violette).

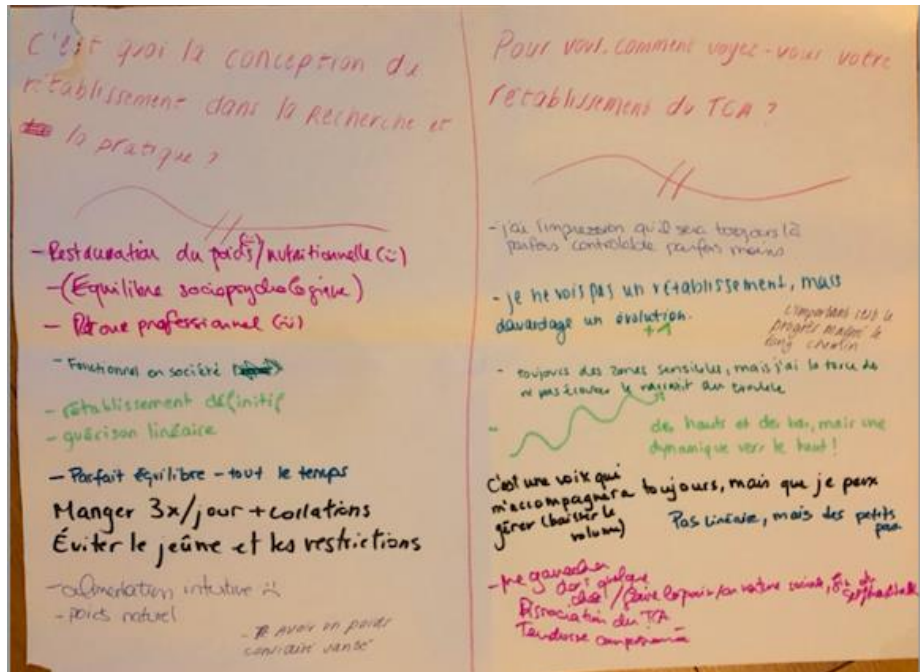
C'est vrai *hen!* [...] Effectivement, notre petit groupe agit comme ressource. À la *gang* qu'on est, il y en a une qui peut être disponible à ce moment-là. Je pense que n'importe qui pourrait se sentir à l'aise de dire : « est-ce que quelqu'un est dispo pour une jasette? J'ai besoin de ventiler ». *Pis* juste d'écrire dans le groupe ça peut faire toute la différence, mais des fois ce n'est peut-être pas assez et il ne faut pas être gênées de le dire (Flora).

Une proximité dans le groupe a aussitôt été observée puisque les femmes ont soutenu qu'elles étaient disponibles les unes pour les autres lors de périodes difficiles. Ensuite, les méthodes alternatives, telles que la méditation et autres activités pour pratiquer la pleine conscience, sont ressorties comme pistes de rétablissement pour quelques participantes. Puis, recueillir des informations et acquérir des prises de conscience sur le sujet des troubles de l'alimentation et ses nombreux rapports étroits s'avèrent favorables au rétablissement pour quelques participantes également. Claire a parlé de « l'auto-psychoéducation » comme étant un moyen efficace de se faire une opinion dans un contexte où de nombreuses informations peuvent circuler et se distinguer, voire se contredire. La lecture et l'écoute de balados font partie des moyens favorisant cette autodidaxie. Enfin, la majorité des femmes ont rapporté considérer l'exposition graduelle, par le biais d'objectifs réalistes, comme une piste de rétablissement efficace.

Plusieurs méthodes de traitement et interventions favorisées en pratique clinique ont été énumérées par le groupe. La thérapie cognitive-comportementale est celle qui est ressortie en premier puisqu'elle est courante dans la pratique. Le groupe a également parlé d'un suivi en nutrition comme l'une des interventions favorisées par les programmes spécialisés. Maryse a noté le journal alimentaire, notamment comme moyen encouragé par les services spécialisés, qui s'avère être un outil servant à documenter son alimentation quotidienne. Des femmes ont expliqué que cet outil a pour but de prendre conscience des aliments mangés, des sensations générées et des émotions impliquées par cette prise alimentaire. Une discussion sur les éléments notés dans le journal est par la suite effectuée avec une nutritionniste ou autre spécialiste. Selon Anne, cet outil est un couteau à double tranchant vu la concentration importante axée sur la nourriture. Selon elle, il peut agir efficacement sur le rétablissement d'un trouble alimentaire pour une personne ou bien entraîner une fixation sur la nourriture pour une autre. Lors de l'échange, des participantes se sont exprimées sur leurs propres représentations des traitements spécialisés dans le domaine. Ces participantes partageaient la représentation suivante : les traitements visent une modification du corps au premier plan, parfois en dépit des autres aspects du trouble alimentaire. Elles ont effectivement soulevé que le poids prend une place importante dans le traitement, surtout lors d'une hospitalisation. Elles étaient toutes d'avis que la prise de poids en contexte de dénutrition est essentielle, mais pas suffisante pour viser un rétablissement.

Cette dernière discussion a conduit le groupe vers la troisième affiche, celle portant sur la conception du rétablissement des troubles alimentaires. Les femmes ont d'abord échangé sur la conception du rétablissement selon la recherche qui se reflète dans les soins de santé. Elles ont ensuite témoigné de leurs propres perceptions du rétablissement. Les éléments de discussion ont été écrits par le groupe au préalable sur cette dernière affiche (Figure 4.8).

Figure 4.8 Conception du rétablissement des troubles alimentaires



Tel qu'il a été présenté, des participantes perçoivent les traitements comme une manière de modifier le corps des personnes touchées par les troubles alimentaires, et ce, via une restauration nutritionnelle du poids. En effet, selon les femmes, le rétablissement, dans une perspective biomédicale, passe principalement par une restauration d'un poids dit santé, basé sur l'IMC. Claire a déterminé que la restauration du poids est une étape importante dans la guérison de certains troubles alimentaires au niveau de la réparation du corps. Les membres étaient en accord avec Claire. Anne a ajouté que le rétablissement ne devrait pas s'arrêter à la prise de poids dans le traitement considérant que la détresse, qui peut prendre une place importante dans la tête d'une personne, n'apparaît pas forcément sur son corps. La notion d'équilibre socio-psychologique est le deuxième élément important dans la conception du rétablissement de la pratique clinique selon le groupe. Des participantes ont défini cet équilibre par le fonctionnement en société. Anne a demandé

à ses paires si elles connaissaient le terme anorexique fonctionnelle, terme utilisé dans le milieu médical selon sa propre expérience. Claire a utilisé l'appellation quasi-guérison. Ces deux participantes ont expliqué que cette étape se caractérise par un retour à une vie, disons, plus « normale » au niveau social, professionnel, etc., autrement dit, la personne reprend son fonctionnement. Selon elles, cette étape se caractérise également par une baisse des services d'aide spécialisés. Elles ont souligné le piège suivant : en se basant sur les symptômes en apparence visibles, le corps médical ainsi que l'entourage peuvent présumer une guérison chez la personne, pourtant, cela ne veut pas dire que la lutte mentale contre les mécanismes du trouble alimentaire ne se poursuit pas. Donc, bien que les services médicaux ne soient plus requis, les besoins psychosociaux demeurent. Puis, en fonction de leurs expériences, les participantes du groupe ont proposé une conception du rétablissement de manière nuancée. Les femmes ont parlé d'un progrès, d'une évolution, de petits pas et des hauts et des bas comme caractéristiques du processus de rétablissement. Pour certaines, le rétablissement ne semble pas se définir par une guérison totale du trouble, mais plutôt par une capacité à vivre avec celui-ci, autrement, avec plus de pouvoir contre lui, comme pour cette participante qui a écrit sur l'affiche : « Toujours des zones sensibles, mais j'ai la force de ne pas écouter le narratif du trouble ».

Cet échange a permis de mettre en perspective les connaissances des femmes, acquises par les expériences, et celles issues de la recherche et la pratique portant sur les troubles de l'alimentation. Soulignons que les savoirs des participantes sont teintés par les savoirs experts puisque ces deux formes de savoirs sont intriquées mutuellement. Les participantes ont dit avoir apprécié cette activité, puisque celle-ci a renforcé la légitimité et la puissance de leurs savoirs dont plusieurs idées communes découlaient. Les femmes ont ainsi pu prendre confiance en leurs savoirs expérientiels. Cette prise de pouvoir pourrait leur être bénéfique pour le rétablissement du trouble alimentaire, mais pourrait également les encourager à partager leurs connaissances à plus grande échelle que le projet de groupe.

4.4 Conclusion

Pour conclure la présentation des résultats, nous pouvons affirmer que ce projet de groupe a été un fort succès par l'atteinte des différents objectifs. Chacune des participantes a grandement contribué à sa réussite, mais surtout le groupe par sa vivacité et son fort sentiment d'appartenance. À la

dernière rencontre, Claire a partagé ceci avec le groupe : « D'être acceptée et faire partie d'une équipe où tu fais juste exister sans performer » (Claire). Les femmes ont effectivement fait preuve d'un grand amour et d'une générosité entre elles, par une entraide et une acceptation inconditionnelle. Une connexion s'est créée entre ces femmes : « Il y a une connexion que je n'ai pas avec d'autres, une connexion spéciale qui nous unit » (Sophia). Sophia a eu le courage de dévoiler cette connexion à la septième rencontre de groupe. Nous avons eu le privilège d'assister à cette alliance spéciale. En terminant ce chapitre, nous souhaitons communiquer une part des remerciements que nous avons composés en l'honneur du groupe :

[...] Vous faites partie d'une minorité d'humaines exceptionnelles qui acceptent et qui ont le courage et la force de se questionner intérieurement, mais aussi de remettre en question la société dans laquelle on vit et les structures qui nous entourent. Merci pour votre engagement au projet, au groupe, sans quoi le projet n'aurait pu exister et prendre vie. Merci pour vos connaissances, votre savoir rempli de richesse, d'intelligence et d'authenticité. Je l'ai répété souvent et je le répète encore, vous possédez les connaissances légitimes, vous êtes les expertes de votre vie, de votre situation et de votre rétablissement. Puis maintenant que le projet se termine, j'en suis encore plus convaincue grâce à vous. [...] (Étudiante-chercheuse).

CHAPITRE 5

DISCUSSION DES RÉSULTATS : UN PROJET DE GROUPE COMME MODÈLE ALTERNATIF

La présentation des résultats du projet d'intervention étant maintenant complétée, le présent, et dernier, chapitre sera consacré à une discussion critique de ces résultats, qui découlent des expériences communes vécues par les femmes du groupe au contact des standards sociaux concernant l'apparence des corps féminins et des pratiques de santé. Cette discussion permettra ultimement de répondre à la question de recherche de ce mémoire, soit : comment les violences autour du corps pouvant être reproduites par ces structures sont-elles perçues, vécues et nommées par les femmes vivant avec les troubles alimentaires et comment font-elles usage de stratégies de résistances face à ces violences?

Ce chapitre vise également à analyser l'intervention de groupe réalisée, en portant une attention particulière à l'objectif général et aux objectifs spécifiques guidant le projet. La discussion qui découlera de cette analyse tâchera de mettre en relation les différents résultats, le cadre conceptuel et la méthodologie du projet, discutés dans les chapitres précédents.

Le chapitre sera donc divisé en trois grandes sections. La première portera sur les savoirs acquis par l'expérience des femmes qui ont émergé dans le cadre de ce projet co-construit. La deuxième exposera la manière dont le projet a favorisé la conscience critique, l'*empowerment* et la résistance du groupe et de ses participantes. Puis, la dernière section portera son attention sur la communauté d'entraide qui s'est formée dans le groupe, par l'aide mutuelle et l'engagement des femmes.

5.1 Les connaissances expérientielles et la co-construction comme processus d'explicitation de ces savoirs

Une confiance et une cohésion se sont installées rapidement dans le groupe formé par les huit participantes du projet. Dès la première rencontre, Flora a signalé au groupe cette cohésion qui prenait place : « On sent déjà une *vibe*, une complicité qui s'installe » (Flora). Cette force du groupe a poussé les femmes à s'ouvrir sur leurs expériences personnelles, à faire preuve d'empathie face aux vécus de leurs paires et à transmettre leurs connaissances acquises par l'expérience. En plus, plusieurs des participantes ont pris conscience, au fil du projet, qu'elles n'avaient pas l'espace à

l'extérieur du groupe pour aborder un enjeu aussi important que celui des troubles alimentaires, qui pourtant, prend une place considérable dans leur vie. Le groupe est donc devenu, selon les femmes, un espace sécuritaire de partages et de réflexions, sans filtre et sans censure, autour des différents enjeux entourant le phénomène des troubles alimentaires. Dans la lettre bilan écrite par Violette, où elle s'exprime sur son expérience dans le groupe, la participante qualifie le groupe de : « *safe place* à Montréal, une bulle de bienveillance une fois par semaine, un repère dans le temps, un rythme, un espace de partage » (Violette).

L'espace du projet de groupe s'est avéré être une intervention alternative à celles qui sont principalement offertes, et disponibles, à la population touchée par les troubles de l'alimentation. Le projet de groupe d'*empowerment*, tel qu'il a été nommé par plusieurs des femmes, s'inscrit effectivement dans un modèle alternatif, par sa cible, sa méthode, son processus et les bienfaits observés et rapportés par les femmes. À la fin de la huitième rencontre, un échange dans le groupe a permis de démontrer l'un des principaux bienfaits du projet :

Vous repartez comment? (Intervenante-chercheure).

C'est toujours léger nos échanges, c'est *cool*. *Tsé* on parle quand même de quelque chose là! (Flora).

C'est ça qui est bien, on repart rarement alourdis (Violette).

Je pense que vous êtes importantes l'une pour l'autre. Je tiens vraiment à soulever votre engagement. Vous êtes engagées dans le projet et c'est vraiment *cool* (Intervenante-chercheure).

C'est comme si on allait chez le psy, mais que ce n'était pas lourd justement. Ça me fait du bien comme si je consultais, mais c'est pas du tout la même *vibe* (Sophia).

Pis ce n'est pas la même méthode, on aborde des enjeux, mais ce n'est pas comme : « Ah *pis* dans ton enfance...? » (Anne).

Oui, *pis* un psy comme un ami peut s'imaginer, t'apporter des réponses et te laisser l'espace pour en parler, mais il ne peut pas comprendre. C'est ce que j'ai trouvé surtout ici, ce sont des gens qui comprennent. On est comprises, pas juste entendues (Violette).

Puis, il était attendu de faire entendre et de mettre en valeur les voix des femmes sur leurs expériences du trouble alimentaire et celles vécues au contact des pratiques de santé et face aux représentations stéréotypées du corps féminin. Il était également primordial pour le projet d'avoir un accès privilégié aux effets de ces expériences sur les femmes participantes ainsi qu'aux stratégies de résistances aux violences qu'elles mettent en place. Les résultats du projet ont confirmé que la méthode sur lequel s'appuie le projet était de circonstance. Au fil des échanges, nous avons rapidement pu prendre conscience de la puissance des connaissances des femmes participantes et du potentiel de leur expertise acquise par l'expérience. Nous avons compris que le projet allait pouvoir bénéficier des savoirs expérientiels de ces femmes comme étant les savoirs légitimes pour répondre à la question de recherche qui nous intéresse. Le Bossé et ses collaboratrices (2006) mettent d'ailleurs l'emphase, dans leur article, sur la nécessité de valoriser le point de vue des personnes concernées pour réellement comprendre le problème ainsi que les solutions possibles. Puis, l'équipe du CREMIS est d'avis que la co-construction des connaissances contribue à la recherche et à l'amélioration des politiques sociales (PRAXCIT, 2011). En effet, l'intégration du processus de co-construction, qui a permis d'élaborer le projet de pair avec les besoins et volontés du groupe, a entraîné des bénéfices à différents niveaux. La co-construction s'est traduite par le pouvoir égalitaire entre les membres du groupe, incluant l'intervenante-chercheuse, par une participation démocratique aux prises de décisions sur la structure de groupe, les thèmes, sujets de discussion et activités ainsi que par la mise en place de valeurs et règles de conduite qui convenaient à toutes, tel qu'il est encouragé par le modèle autogéré abordé par Pullen Sansfaçon et Ward (2017). Nous pouvons maintenant affirmer que cet objectif a favorisé la réalisation du projet. Le groupe a d'ailleurs répété, au cours du projet, que la spontanéité et la souplesse des rencontres, en fonction des besoins qui se présentaient, étaient une plus-value. Nous avons également observé que cette flexibilité dans les thèmes explorés en groupe a favorisé de riches échanges entre les femmes, auxquelles nous n'avions pas pensé au départ. Cette méthode a reconnu les femmes comme égalitaires, voire expertes. Morin et Lambert (2017) soutiennent la pertinence des savoirs expérientiels dans la création d'une alliance, où le pouvoir est distribué de manière égalitaire entre les personnes, ce qui favorise le partage d'expertise et des relations non hiérarchiques. Claire a en effet partagé qu'elle ne se percevait pas comme une patiente, à la manière dont elle l'était habituellement dans les soins de santé qu'elle avait reçus auparavant. Elle a exprimé occuper un rôle actif dans le groupe. Elle a également souligné avoir le sentiment de préserver ses

rôles sociaux dans l'espace du groupe avec ses paires, ce qui contraste avec l'identité réductrice de « malade » qui lui était souvent imposée dans les traitements.

Les partages des savoirs expérientiels, qui constituaient la cible d'intervention, ont apporté des bienfaits cliniques significatifs pour les femmes. Ces bénéfices ont été recueillis tout au long du projet par le biais de nos observations ainsi que lors des entretiens individuels post-groupe. Les participantes ont d'abord soutenu que leurs vécus respectifs se sont avérés communs à plusieurs égards, ce qui a favorisé le sentiment de validation entre les femmes. La résonance humaine a été le terme utilisé par Claire pour qualifier ce sentiment de reconnaissance vécue par les participantes. Plusieurs se sont senties écoutées, comprises et moins isolées face à leurs expériences, leurs émotions et leurs difficultés. Selon Morin et Lambert (2017), un lieu où les échanges et la reconnaissance des expériences vécues priment est un espace qui permet de répondre à un besoin légitime chez les personnes concernées. Pour Violette, prendre conscience qu'elle n'était pas seule à travers ses difficultés lui a permis de désindividualiser celles-ci. De leur côté, Anne et Maryse ont exprimé que le fait de se raconter permet de se distancer du trouble alimentaire, d'avoir une nouvelle perspective sur ses pensées et de faire un récapitulatif de son propre parcours. Des participantes ont aussi confié se sentir touchées, sensibles, confrontées et parfois en colère face aux expériences vécues par leurs paires. Enfin, bénéficier d'un espace de partages des expériences, et des connaissances sous-jacentes, a favorisé des apprentissages et des prises de conscience chez les femmes au niveau personnel et social. Violette a souligné que les partages de ses paires semaient une graine en elle, nourrissant des réflexions qui se poursuivaient à l'extérieur du groupe. De cette manière, le développement du pouvoir d'agir, tel qu'il est décrit par Le Bossé *et al.* (2006), s'est manifesté dans le projet de groupe d'*empowerment*, notamment par son impact sur l'atteinte des objectifs personnels des femmes, par le partage d'expertise et l'engagement dans une démarche d'action réflexive.

Les expériences communes vécues par les femmes leur ont effectivement permis de prendre conscience de la prédominance de problèmes systémiques se rattachant aux pressions culturelles ciblant le corps féminin et aux pratiques de santé. Ces prises de conscience ont favorisé une réflexion critique par le groupe à l'égard des idéologies dominantes de la société. Les prises de conscience des dimensions structurelles font partie intégrante du processus du pouvoir d'agir (Le Bossé *et al.*, 2006). Le groupe a ainsi réfléchi aux manières de résister, individuellement et

collectivement, à ces formes de pouvoir. Cette conscientisation participe au développement du pouvoir d’agir chez les participantes et dans le groupe. En plus, comme l’ont souligné Morin et Lambert (2017), cette démarche a favorisé la collaboration entre les femmes, dans une perspective de mobilisation et de changement face aux pratiques de santé susceptibles de reproduire des violences. Effectivement, des pistes de recommandations ont été co-construites par le groupe de femmes visant à élaborer des stratégies de résistance et à proposer des pratiques de santé bienveillantes. Ce résultat est en cohérence avec le PRAXCIT (2011) qui soutient que la co-construction des savoirs des personnes directement concernées produit des données pour améliorer les politiques sociales en répondant davantage aux besoins de celles-ci. Cette co-construction s’est avérée en corrélation avec les recommandations émises par des spécialistes et par la recherche critique à l’égard des idéologies dominantes que les femmes ont dénoncées. Ce constat fait la démonstration de l’importance, de la légitimité et de la pertinence des connaissances expérientielles des femmes participantes, qui représentent la population féminine touchée par les troubles alimentaires. Ainsi, il est essentiel d’accorder davantage d’attention et d’écoute aux personnes expertes par expérience. Nous présenterons ces recommandations dans la conclusion du mémoire.

Puis, au travers de tout ce processus, une communauté d’entraide entre les femmes s’est formée. L’engagement actif de chacune des participantes ainsi que la dynamique d’aide mutuelle dans le groupe ont donné lieu à une communauté de femmes puissantes et résilientes qui font cause commune. Cet apport sera abordé à la dernière section du présent chapitre.

Cette partie du chapitre portera sur l’analyse des critiques et dénonciations qui ont émergé des savoirs expérientiels des femmes. Ces critiques visent spécifiquement la culture des diètes et du bien-être, qui apparaissent comme faisant partie intégrante de la culture stéréotypée autour du corps féminin. Une analyse des dénonciations des expériences négatives vécues par les femmes dans les pratiques de santé sera également effectuée.

5.1.1 Régimes et troubles alimentaires

Le NEDA rapporte que les régimes sont le prédicteur le plus important du développement d’un trouble alimentaire chez les jeunes. Plusieurs études font la démonstration de cette prédiction. L’Association utilise une large étude, menée en 1999, comme référence sur le sujet. Selon cette

étude, ceux qui pratiquaient un régime modéré étaient cinq fois plus à risque de développer un TCA et ceux qui s'adonnaient à un régime sévère étaient dix-huit fois plus à risque d'en développer un que ceux ne pratiquant pas de régime (Patton *et al.*, 1999). Spécifions que, dans cette étude, le niveau de régime était catégorisé à l'aide de l'échelle de régime pour adolescents, qui comprend spécifiquement neuf éléments et trois stratégies de régime (Patton *et al.*, 1999). Sachant cela, il devient important de se pencher sur l'enjeu des diètes, dans la mesure où, pour la majorité des participantes, l'apparition du trouble alimentaire a eu lieu à la période de l'adolescence. Indiquons que les changements et transformations qui se produisent au cours de l'adolescence, sur le plan physique, émotionnel et social, demandent une rapide adaptation chez les jeunes (Meilleur, 2020). La puberté, l'image corporelle, le développement de l'identité, la pression sociale et médiatique et la quête d'autonomie, qui sont des défis importants associés à l'adolescence, peuvent favoriser l'apparition d'un trouble de l'alimentation selon la chercheuse Dominique Meilleur (2020). Il est possible d'imaginer que les régimes et toutes autres formes de restrictions alimentaires peuvent devenir un moyen de reprendre le contrôle sur leur corps et sur leur vie face à ces nombreux changements. Les diètes, entre autres, peuvent être utilisées comme moyen d'atteindre un objectif, de se dépasser, de prouver sa motivation, son efficacité et même sa valeur. Plusieurs des participantes ont affirmé avoir pratiqué différentes restrictions alimentaires ou de l'activité physique dans le but de modifier leurs corps et ressentir un sentiment de satisfaction et d'efficacité personnelle. Elles ont également reconnu que les diètes, qui ont exercé une influence tôt dans leur vie, les rendaient vulnérables au développement ou au maintien du trouble alimentaire.

5.1.2 Culture des diètes : le piège

Les femmes, ayant dénoncé l'existence d'un discours omniprésent et insidieux provenant de la culture des diètes, semblent avoir été impactées, de différentes manières, par cette culture. Christy Harrison (2021), diététicienne spécialisée dans les troubles alimentaires et fervente anti-régime, définit la culture des diètes, qu'elle surnomme la *Voleuse de vie*, comme un système de croyances qui encourage la minceur, la musculature et les formes corporelles associées à la notion de « santé », tel qu'elle est décrite par cette culture, ainsi qu'à une vertu morale. Cette autrice, de l'ouvrage *Antirégime* (2021), dénonce que cette culture fait la promotion de la perte de poids comme moyen d'accéder à un statut supérieur et opprime les personnes ne correspondant pas à l'image de la santé reflétée par celle-ci. Elle ajoute que la culture du régime se présente sous une quête de santé, de

forme physique ainsi que de bien-être. Lors du projet, les participantes ont soulevé des similitudes entre la culture des diètes et celle du bien-être, en dénonçant, en partie, leur omniprésence, leur caractère insidieux, les industries sous-jacentes et leur nuisance sur la santé mentale et physique.

Ainsi, dans un monde où les concepts de santé, de minceur et de bien-être sont partout autour de nous, dans nos écrans, lors des réunions familiales, au travail, à l'école et dans la rue, il apparaît important de réfléchir et de remettre en question le mouvement populaire sous-jacent à ces concepts. Pour analyser ce phénomène culturel, nous jugeons pertinent de nous appuyer, en partie, sur le balado *À plat ventre avec Loounie*, diffusé en 2022-2023, dans lequel Caroline Huard, alias Loounie, créatrice culinaire et communicatrice, cherche à comprendre les origines, les mythes et les impacts des cultures des diètes et du bien-être sur nos vies. Pour ce faire, elle fait la rencontre de divers spécialistes pour entendre leurs points de vue sur ces cultures et sur l'industrie portée par celles-ci. Dans le balado, Loounie ajoute à la définition de Harrison (2021) sur la culture des diètes l'idée de conditionnement dans la société. Selon elle, puisque l'alimentation est quotidienne et partout autour de nous, la culture des diètes prédomine et se perpétue sans que l'on s'en rende compte, et ce, depuis longtemps. Les femmes ont d'ailleurs dénoncé que le fait de devoir manger tous les jours, plusieurs fois par jour, place la bouffe en avant-plan. Selon elles, la prédominance de la bouffe nuit à leurs résistances à l'égard de la culture des diètes. Les messages alimentaires perpétués sont donc puissants et deviennent un outil efficace pour contrôler les individus, selon le nutritionniste Bernard Lavallée, invité dans le balado. Il est vrai que la manière de penser l'alimentation et le corps, qui est préconisée par cette culture via de nombreux messages, est fortement inscrite dans notre tissu social, soit celui de la culture occidentale, et peut être difficile à reconnaître (Harrison, 2021). L'un des messages dictés par cette culture est la valorisation de certains aliments, ou groupe d'aliments, et la diabolisation de d'autres selon un axe bien-mal (Harrison, 2021). La catégorisation des aliments sur un spectre allant de « bon » à « mauvais » a été abordée par les participantes, qui ont identifié cette activité mentale comme un biais cognitif découlant des fausses croyances véhiculées par la culture à l'égard de la nourriture et du corps. Pour elles, ce classement, qui est très influent, découle d'un désir de santé qui subsiste. Dans le balado, Lavallée spécifie que les aliments valorisés sont justement associés à une série de qualitatifs recherchés par tous et toutes, soit la santé, la minceur, la jeunesse, la réussite et le bien-être.

5.1.3 Culture des diètes : arguments de poids

Le second message véhiculé par cette culture est celui du désir de minceur, c'est-à-dire, vouloir maigrir ou ne pas grossir. Il est donc évident que la culture des diètes prend racine dans la grossophobie. Rappelons que la grossophobie se définit, entre autres, par la peur de devenir gros·se (Bernier, 2020; Collard, 2021). Selon Harrison (2021), cette culture stigmatise les personnes grosses sous prétextation que le « surpoids » est nuisible pour la santé. Cette spécialiste dénonce, dans son ouvrage, des contradictions dans les études liant l'obésité à des problèmes de santé. Selon elle, la relation entre « surpoids » et problèmes de santé découle d'un enjeu politique et économique autour de l'invention de « l'épidémie d'obésité ». Depuis peu, des chercheurs déconstruisent la relation entre le poids et la santé en mettant en lumière sa complexité. Benoit Arsenault, professeur et chercheur dans l'axe cardiologie à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, s'intéresse à la question depuis maintenant quelques années. En tant qu'expert invité au balado, il démontre que la relation entre le poids et la santé est complexe en expliquant qu'il n'existe pas d'effet de causalité entre la maladie et le « surpoids » puisque différents facteurs biologiques, génétiques et environnementaux entrent en ligne de compte. Dans une récente étude, l'équipe du Dr. Benoit Arsenault démontre que le poids corporel est faiblement associé au risque de maladies cardiovasculaires athérosclérotiques chez des personnes qui ont peu de facteurs de risque, autant biologiques que ceux associés au mode de vie (Paulin *et al.*, 2023). En résumé, il est primordial de prendre en considération les différents facteurs impliqués lorsqu'on s'intéresse aux problèmes de santé, plutôt que de relier directement ceux-ci au poids corporel, et ainsi, d'accroître la grossophobie déjà existante. Puis, pour reprendre les mots de Christy Harrison (2021) : « La stigmatisation du poids est probablement un plus grand déterminant de santé que le poids lui-même ou que les habitudes alimentaires » (p.98). Il est intéressant de constater que les participantes du projet possèdent des connaissances légitimes sur le sujet. Effectivement, lors d'une discussion, elles ont reconnu la complexité du facteur du poids corporel, et ce, malgré les croyances erronées qu'elles peuvent entretenir face au corps et à la nourriture en raison des messages véhiculés par la culture.

5.1.4 Culture des diètes : un « mode de vie sain »

Puisqu'il est normalisé, par la culture des diètes, d'avoir des complexes physiques et de vouloir perdre du poids, ses promoteurs vendent une panoplie de produits se disant favoriser la perte de

poids et l'atteinte de normes morales et de beauté désirées. L'industrie lucrative qui soutient cette culture a évolué, réinventant son discours. Elle est passée de la vente de vêtements de compression, pilules amaigrissantes, amphétamines, régimes amaigrissants à la promotion des centres de conditionnement physique et de « l'alimentation propre », qui inclut le rejet des aliments transformés, le sans gluten, le véganisme et les produits biologiques, entre autres (Harrison, 2021). Cette culture se manifeste maintenant sous le couvert de préoccupations concernant la santé et le bien-être, en promouvant un « mode de vie sain » (Harrison, 2021). Bien que la culture du régime se soit réinventée, son fondement reste tel qu'il était, le désir de minceur. Les femmes du groupe ont fait preuve de transparence entre elles en témoignant des méthodes dont elles ont fait l'expérience dans le but de contrôler leur corps, soit le végétarisme, le véganisme et le jeûne intermittent. Elles ont dénoncé que ces méthodes de restriction, qui ne sont pas vues comme des régimes par la société, visent pourtant la même chose, une soi-disant santé, minceur et bien-être. Dans le balado, Loounie défend que les concepts de santé et de bien-être, qui sont définis par la culture, sont spécifiques, peu diversifiés et peu inclusifs. Elle dénonce que ces valeurs sont associées à la minceur, la forme physique, la blancheur de la peau, la jeunesse et la richesse. Le groupe, qui a désigné l'idéal de minceur comme un symbole important dans la société, a également établi sa relation avec les caractéristiques énumérées par Loounie. Selon le groupe, la minceur représente également la volonté et la réussite dans la culture occidentale. Il nous apparaît ici important de souligner que les femmes ont dénoncé les symboles oppressants se rattachant au modèle stéréotypé de la beauté féminine, qui sont inscrits dans la normativité sociale (hooks, 2000). Ces symboles, qui sont fortement ancrés socialement, semblent agir comme un mécanisme subtil de violence symbolique. Effectivement, ces symboles, qui normalisent les complexes physiques et le désir de perte de poids, socialisent les femmes en s'imprimant dans leurs corps et en structurant leurs manières de penser (Landry, 2006). Dans le cas des femmes du groupe, elles ont eu recours à diverses méthodes de restriction et de contrôle de leur corps. En tenant compte que la violence symbolique se caractérise, notamment par l'adaptation et l'adhésion inconsciente des personnes assujetties aux normes sociales prédominantes, il apparaît clairement que cette forme de violence affecte les femmes participantes. Celles-ci se sont en effet conformées au discours culturel qui a évolué ces dernières années, notamment à travers la promotion de nouvelles méthodes dont elles ont rapporté avoir fait l'expérience.

5.1.5 Régime bien-être : son idéologie

Ce phénomène culturel conserve également son emprise en nous présentant la santé et le bien-être comme des obligations morales et comme le but à atteindre dans une vie (Aïach, 2006; Harrison, 2021; Rail, 2016). Ce phénomène s'inscrit directement dans la santéisation, où la notion de santé, qui constitue un parfait bien-être physique, mental et social, fait partie intégrante de nos vies (Aïach, 2006). Harrison (2021) fait référence, dans son ouvrage, à une hiérarchie morale où les personnes qui adoptent le « mode de vie sain » sont considérées comme moralement supérieures à celles qui n'y adhèrent pas. Le groupe a établi que la minceur semble représenter un choix qui conduit au bonheur et à la haute sphère de la société. Carl Cederström et André Spicer, chercheur et professeur suédois, se sont penchés sur le phénomène suivant : le syndrome du bien-être. Dans leur ouvrage portant sur le sujet, publié en 2016, les deux auteurs décrivent ce syndrome comme une quête désespérée du bien-être et de la santé parfaite, qu'ils considèrent comme relevant d'une idéologie. Cette obsession, tournée vers soi, est une nouvelle manière d'établir sa supériorité sociale et morale (Cederström et Spicer, 2016). Cet aspect moralisateur entraîne la performance et la comparaison autour du bien-être et de la santé. Il est pertinent de soulever une prise de conscience faite par les femmes au courant du projet, qui est rattachée à la valeur morale dont il est ici question. Le groupe a réfléchi à la pression de justification et de comparaison liée à l'alimentation et au corps, deux aspects très présents dans leur environnement social. Reprenons l'un des verbatims de Maryse, où elle analyse un commentaire typique entendu lors d'un repas en famille : « *Eille* c'est engraisant, on ne va pas finir notre assiette. Comme si fallait le sortir pour que tout le monde soit égal, *pis* qu'on va tous engraisser en même temps » (Maryse). Il est intéressant de noter que Maryse semble faire allusion à une sorte d'échelle morale associée à la prise de poids après un repas copieux. Pour le groupe, ce type de remarque est le reflet d'un sentiment de culpabilité face au non-respect des règles imposées et intégrées par le discours social et moral. Selon les membres, ce genre de propos ne fait que renforcer, valoriser et perpétuer la culture stéréotypée autour du corps. Il est possible de repérer la présence de violence symbolique dans le partage expérientiel de Maryse. L'échelle morale à laquelle elle fait référence renvoie à l'ordre symbolique qui s'infiltré subtilement dans les relations interpersonnelles, influençant le regard que les personnes portent les uns sur les autres (Guitté *et al.*, 2008). Dans la situation vécue par Maryse, comme par bien d'autres personnes, le repas en famille constitue un lieu où la violence symbolique, produite par les structures sociales, se reproduit au sein de la structure familiale. En s'appuyant sur la théorisation de Landry (2006),

il nous apparaît juste de soulever que le commentaire : « *Eille* c'est engraisant, on ne va pas finir notre assiette » structure la manière de penser et d'agir de toutes les personnes présentes autour de cette table. Pour la majorité, ce type de remarque est normalisé et accepté, car il s'inscrit dans les schèmes de pensée imposés par les normes sociales. Cependant, Maryse et le groupe ont su analyser ce commentaire de manière critique, révélant ainsi la violence invisible et subtile qu'il contient. Cet exemple illustre la manière dont s'imisce et s'exprime cette forme de violence dans le quotidien des femmes.

Dans le balado, Loounie constate que la forte pression générée par cette dictature de la santé et du bien-être entraîne un stress important de ne pas être malade, maintenir de saines habitudes de vie, être en « santé », être « en forme », être « heureux » et puis être la meilleure version de soi-même. Les participantes ont répété, au courant du projet, ressentir une pression de répondre aux nombreuses attentes sociales entourant le corps, l'alimentation, les normes de beauté ainsi que les standards liés au genre féminin. Sachant que les régimes, même les plus tendances, ne fonctionnent pas pour la majorité de la population, il apparaît que le commerce de la santé et du bien-être vend une illusion de contrôle face à notre corps et notre bien-être. Nancy Zagbayou, experte invitée au balado, est, notamment défenseure de la justice et de la santé mentale et consultante en inclusion dans l'industrie du bien-être. Nancy considère que le dicton « quand on veut, on peut », est un cliché réducteur, car les individus n'ont pas le contrôle sur de multiples facteurs qui exercent une influence sur leur santé, leur corps et leur bien-être. En effet, la génétique, l'environnement social, les politiques publiques, les inégalités sociales ainsi que les injustices systémiques en sont des facteurs déterminants (Lacourse, 2018; Poliquin, 2015). Selon l'experte, l'industrie du bien-être est culpabilisante, car elle responsabilise les personnes en les incitant à modifier leurs comportements, alors que ces changements s'avèrent inefficaces et qu'ils ne sont pas le cœur du problème ni de la solution. Les participantes ont utilisé le concept de l'illusion du choix pour dénoncer le mensonge suivant : nous avons le choix d'être minces, puisque nous avons le contrôle sur notre poids. Anne a spécifié qu'il est illusoire de croire que nous pouvons lutter contre notre poids ou notre corps tel qu'il est.

Dans le balado, Nancy Zagbayou ajoute que la culture populaire néglige les facteurs sociaux de la santé et du bien-être et ne retranscrit pas la réalité de plusieurs personnes considérant qu'elle invisibilise les causes sous-jacentes au mal-être et aux problèmes de santé. Les participantes du

projet ont également rapporté cet angle mort en soulevant son manque de réalisme dû à une faible prise en compte de la subjectivité et de la réalité de nombreuses personnes. Il est effectivement ironique que l'industrie du bien-être nous vende une multitude de produits censés nous conduire au bonheur, tout en ignorant les nombreux déterminants sur lesquels nous avons peu de contrôle, mais qui influencent notre bien-être et notre santé. Cederström et Spicer (2016) dénonce que l'idéologie dominante du bien-être promeut l'individualisme et l'égoïsme en entretenant l'illusion du contrôle personnel et en occultant les déterminants sociaux de la santé. Le projet de groupe, par son espace collectif de rassemblement, s'inscrit directement dans une réflexion critique de cette idéologie et vise son émancipation à travers le partage, entre les femmes, de stratégies pour y résister. Ces stratégies de résistances seront présentées dans la seconde partie du chapitre.

5.1.6 Culture du bien-être : performer la santé et le bien-être

La recherche du bonheur suprême et de la santé optimale devient un impératif moral dans la société contemporaine (Cederström et Spicer, 2016; Rail, 2016). Plusieurs pratiques spécifiques s'inscrivent dans ce mouvement : les saines habitudes alimentaires, la forme physique, le *self-care*, c'est-à-dire prendre soin de soi, la croissance personnelle et la pratique spirituelle. Lors de l'écoute du balado, nous avons appris que ces différentes pratiques sont considérées, selon le *Global Wellness Institute*, comme les cinq catégories de l'industrie du bien-être. Edgar Cabanas et Eva Illouz, professeur·e·s et chercheur·e·s, apportent une critique sur le thème de la marchandisation du bonheur dans leur ouvrage *Happycratie : Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies* (2018). L'ouvrage dénonce, en partie, que les individus sont contrôlés par la consommation de la psychologie positive qui est rattachée à l'industrie du bien-être, et ce, par le biais des différentes pratiques énumérées, dans le but d'atteindre un idéal. Précisons ici que le problème n'est pas le bien-être en soi, comme il a été soulevé par le groupe, mais bien la façon dont celui-ci est devenu une quête idéologique. Comme il a été affirmé par Camille Robert, militante féministe, autrice et doctorante en histoire à l'UQÀM : « Je pense que, malheureusement, toute bonne chose peut être récupérée par le capitalisme et perdre son sens politique. Il ne faut pas que le *self-care* passe par la consommation » (Chartier, 2017). Dans un article de la Gazette des femmes, des militantes féministes ont développé une réflexion critique autour du concept de *self-care*, qui s'avère être, à la base, une démarche pour prendre soin de soi, mais qui se transforme en

autoglorification et en compétition (Chartier, 2017). Elles dénoncent que le capitalisme récupère le *self-care* pour glorifier sa consommation, ce qui tend à le dénaturer.

Outre son irréalisme et sa marchandisation, l'idéologie du bien-être semble s'inscrire dans des valeurs qui sont strictes et aliénantes : la productivité, la performance et la compétition. Est-ce que la culture du bien-être prône réellement le bien-être ou plutôt la performance et l'apparence du bien-être?

Pour reprendre le dicton « quand on veut, on peut », celui-ci fait référence aux notions de motivation, de volonté, de productivité et de performance. Nous vivons actuellement dans un monde où cette tendance à mettre la productivité et la performance au centre de notre vie, autant au niveau professionnel, que personnel et familial, prend une place considérable. Cette tendance fait référence, dans la littérature, à la *Grind culture*, que nous pouvons traduire par la culture toxique de la performance. Les participantes ont confié ressentir une pression face aux attentes élevées de performer à plusieurs plans dans leur environnement : la bonne fille, l'amie disponible, l'employée compétente, l'étudiante performante et la bonne conjointe. Elles ont également témoigné d'une pression sociale à performer le bien-être. En effet, plusieurs d'entre elles ont rapporté ressentir une pression à utiliser des outils présentés comme étant bénéfique pour leur bien-être. Puis, le groupe a réfléchi, de manière critique, aux angles morts et conséquences de cette industrie. Selon des participantes, la quête du bien-être, celle qui est prônée par cet endoctrinement, s'avère sans fin et individualise les problèmes vécus par de nombreuses personnes en les isolant avec leur souffrance devant des méthodes censées améliorer leur état psychologique et favoriser le bonheur. Claire a soulevé un effet défavorable de cette individualisation, soit la décollectivisation des problèmes sociaux : « Prend un bain, médite et lit un livre sur le développement personnel, plutôt que de discuter avec les gens et te rallier à ta communauté » (Claire). Les écrits ont effectivement démontré que cette quête conduit au repli sur soi-même plutôt qu'à une ouverture à autrui, ce qui cause l'individualisme et le narcissisme (Cabanas et Illouz, 2018; Cederström et Spicer, 2016). Violette a soulevé un second effet défavorable de cette individualisation en dénonçant que les individus sont plus enclins à une déconnexion de la réalité sociale et des problèmes sous-jacents. En ce sens, il s'avère pertinent de citer Cederström et Spicer (2016) :

Pour le dire autrement, il y a de fortes chances que le repli sur soi et le surinvestissement du corps soient en passe de devenir des solutions séduisantes et auxquelles de plus en plus de gens ont recours pour ne plus avoir à se préoccuper du monde qui les entoure (p. 15).

Violette et ses paires sont d'avis que cette idéologie rend service à la société qui tend à se déresponsabiliser des difficultés vécues par sa collectivité.

Ajoutons que cette individualisation, qui responsabilise les personnes à l'égard de leur santé et leur bonheur, cause, en plus, une culpabilisation. Sophia a dénoncé la culpabilité que certaines personnes peuvent vivre en témoignant ceci : « C'est toujours les mêmes, ceux qui vont toujours bien. [...] Ils font de la méditation, ils courent, ils vont promener leur chien à 5 h du matin... Tu te sens poche... » (Sophia). Soulevons que Sophia semble faire allusion aux individus qui performant le bien-être et qui incarnent l'expression d'une apparence de bien-être. Comme il a été exposé précédemment, les personnes adoptant le « mode de vie sain », par le biais des nombreuses pratiques prônées par le régime bien-être, sont considérées comme socialement et moralement supérieures (Cederström et Spicer, 2016; Harrison, 2021; Rail, 2016). Ces personnes répondent aux standards valorisés par la société en faisant preuve de discipline, contrôle, ambition, volonté, performance et productivité. Ces traits, énumérés par les membres du projet comme étant ceux valorisés par la société actuelle, représentent également un carcan selon elles. Dans le balado, Benoit Arsenaault fait référence aux individus possédant le privilège de la minceur comme ceux qui, majoritairement, performant, encouragent et valorisent la culture des diètes. Il est donc possible de croire que ces personnes privilégiées, par un idéal de minceur, sont socialement et moralement supérieures. Dans le même ordre d'idée, des participantes ont dénoncé que la valeur d'une personne est fortement basée sur son paraître. Cette valeur personnelle doit, selon Joannie, être prouvée par la conformité et la comparaison à la masse collective. Puis, le groupe a ajouté que les personnes qui réussissent à faire preuve de leur valeur personnelle sont ainsi normalisées, validées et aimées. Les partages expérientiels des femmes apparaissent en concordance avec les critiques émises par les auteur·rice·s mobilisé·e·s.

Pour reprendre le verbatim de Sophia, celle-ci dénonce la culpabilité projetée par la société envers les personnes ne répondant pas à ses attentes élevées. Effectivement, puisque la culture du bien-être insiste sur l'idée que nous sommes responsables de notre bonheur et de notre santé à condition

de faire « ce qu'il faut », celles qui n'y parviennent se voient attribuer les stigmates de l'échec et du manque de volonté (Cabanas et Illouz, 2018; Cederström et Spicer, 2016; Rail, 2016). Les personnes se blâment et se sentent coupables d'être malades, de ne pas être « assez » en forme, d'être grosses ou malheureuses, en dépit des nombreux facteurs impliqués dont il a été question précédemment. Selon Cederström et Spicer (2016), l'idéologie du bien-être se manifeste particulièrement à travers le jugement négatif porté sur les individus perçus comme ne prenant pas soin d'eux-mêmes ou de leur corps. Cette partie de la population est marginalisée et discriminée. Harrison (2021) emploie le terme « ostracisme culturel » pour décrire cette réalité. Nancy Zagbayou, experte invitée au balado, souligne que le manque d'inclusivité dans l'industrie du bien-être, qui se caractérise, notamment par des inégalités dans l'accès au bien-être ainsi que dans les représentations du bien-être, entraîne des conséquences négatives sur les personnes exclues et leur santé. Elle insiste sur l'importance que l'accès au bien-être et ses pratiques ne soit pas réservé à une élite, afin de prendre soin des communautés marginalisées.

5.1.7 Idéologie des diètes et du bien-être : les paradoxes

Il est maintenant jugé pertinent de soulever l'existence de paradoxes découlant de la culture des diètes et du bien-être. Il semble y avoir très peu d'espace pour aborder ces paradoxes de société qui, pourtant, prennent une place considérable dans la vie des femmes et entraînent son lot d'impacts dans leurs parcours. Les paradoxes ressortent, en partie, de la littérature critique face à ce mouvement populaire, mais surtout des partages expérientiels des femmes participantes.

Puisque la santé apparaît comme un enjeu capital dans la culture des diètes et du bien-être, le message répandu par son industrie est celui-ci : « Fais ce qu'il faut en mettant en pratique telles et telles méthodes et puis tu seras en santé ». Cependant, plusieurs des écrits sont en accord pour dire que l'idéologie des régimes et du bien-être nuit à la santé physique et mentale des personnes (Cederström et Spicer, 2016; Harrison, 2021; Poulain, 2017). D'abord, il faut soulever que l'utilisation de régimes risque de causer du tort mentalement considérant son taux d'échec élevé (Harrison, 2021; Poulain, 2017). Poulain (2017) spécifie que la restriction alimentaire et cognitive pourrait être la cause de problèmes de santé, tels que la prise de poids en yo-yo et la compulsion compensatoire. Lors des échanges entre les femmes, certaines conséquences des restrictions adoptées par celles-ci ont été abordées. Ces conséquences se sont révélées identiques pour chacune

des femmes qui pratiquaient la restriction, que ce soit par le jeûne, par la restriction de certains groupes ou d'une quantité d'aliments ou encore par la restriction de moments pour manger. Les effets néfastes sur la santé physique rapportés par les femmes sont les maux de tête, la perte d'énergie, la fatigue, l'irritabilité et la sensation constante de faim. Ensuite, la pression induite par les standards sociaux entourant l'apparence du corps peut être un stresser majeur pour un bon nombre de gens. Ce stresser, qui stimule un haut taux de cortisol, est nuisible pour la santé physique et mentale de ces personnes (Harrison, 2021). Les femmes ont reconnu ressentir une pression les incitant à se responsabiliser et à répondre aux standards valorisés par la société concernant les normes corporelles et de beauté. La militante anti-régime prévient son lectorat du paradoxe découlant du régime bien-être :

Quand on entre dans une semblable spirale, on peut en arriver à adopter une alimentation extrêmement restreinte, ce qui est dangereux pour la santé. C'est d'autant plus ironique que le régime est justement censé favoriser la santé... (Harrison, 2021, p.85).

Dans le même ordre d'idées, la culture du bien-être nous vend une variété de méthodes à appliquer, avec rigueur, productivité et performance idéalement, cependant elle peut causer un mal-être chez plusieurs personnes, telles que chez des participantes du projet. Anne a partagé avec le groupe ressentir les effets négatifs de cette rigueur, productivité et performance sur son bien-être :

Si je fais ma course en 10 minutes ou en 24 minutes, la terre n'arrête pas de tourner. Si j'ai 89 % au lieu de 91 %, *ouf tsé*. C'est con mais ce sont les standards qu'on se met et la pression qu'on se met sur soi qui nous rendent tellement malheureuses (Anne).

Puis, nous observons une ligne mince entre l'adoption d'une pratique visant le bien-être et la santé, comme la mise en forme en salle de conditionnement, et la réalisation de cette activité par obligation de répondre aux attentes culturelles, devenant ainsi une manière de performer la santé et le bien-être. Des participantes ayant pratiqué le végétarisme et le véganisme ont reconnu que, pour elles, cette pratique alimentaire, qui visait initialement des bienfaits, s'opérait finalement comme une restriction. Cette restriction a eu tendance à entraîner une exclusion et un isolement, impactant ainsi négativement leur bien-être. Harrison (2021) a également dénoncé que la culture du bien-être nous pousse à nous isoler, ce qui nuit au bonheur.

Enfin, puisque le corps constitue le symbole par excellence de la discipline, de la maîtrise de soi, de la performance et de la productivité, les femmes se sentent contraintes de recourir à des pratiques pouvant être destructrices pour leur santé physique, mentale et leur bien-être (Harrison, 2021; Hesse-Biber, 1996). Sachant que les restrictions alimentaires et cognitives entraînent des répercussions sur le corps et constituent un facteur de risque contribuant au développement des troubles alimentaires, les participantes ont exprimé en groupe leur frustration face à la valorisation sociétale de ces restrictions. Il est paradoxal d'encourager la santé et le bien-être par diverses méthodes, tout en devenant un facteur de risque pour les troubles alimentaires. Ce paradoxe nous mène directement au prochain thème qui a émergé des connaissances expérientielles de plusieurs des femmes du groupe.

5.1.8 Faire l'expérience d'un trouble alimentaire : entre valorisation et dépréciation

Nous allons d'abord revenir sur le dessin d'Anne, présenté au chapitre précédent, portant sur les représentations sociales des troubles alimentaires. Rappelons que l'image d'Anne illustre l'évolution physique et mentale d'une personne ayant pour objectif la perte de poids, accompagnée de nombreux commentaires provenant du corps médical et de la communauté sociale. Lors de l'échange qui a suivi l'activité créative, les membres ont révélé que plusieurs comportements et préoccupations associés aux troubles alimentaires, qui peuvent être néfastes et sources de détresse, sont en réalité normalisés, valorisés et même félicités par la société. Parmi les exemples donnés par les femmes figurent : la perte de poids, l'activité physique excessive, la mise en forme, les régimes et diverses formes de restrictions alimentaires, les règles, le contrôle et la rigidité. Des femmes ont avoué avoir reçu des commentaires valorisants de leur entourage concernant des comportements pathologiques liés à leur trouble, ce qui a parfois contribué au maintien. Selon Harrison (2021), la société normalise, encourage et favorise effectivement des comportements alimentaires pathologiques et des préoccupations entourant l'image corporelle.

L'expérience personnelle d'Anne lui a permis d'affirmer que la culture des diètes et du bien-être pousse insidieusement les personnes à développer le trouble de l'orthorexie. Il est vrai que la frontière entre manger sainement et l'obsession du « bien-manger » est mince et floue. Selon son vécu, Anne a énoncé que ce trouble alimentaire, qui est encore méconnu, peut être valorisé par l'environnement social et même, par le milieu médical. Puisqu'il est bien vu de manger sainement

et d'adopter des comportements visant le « mode de vie sain », les gens ont tendance à encourager et à mettre en valeur celles et ceux qui adhèrent à ce mode de vie. Selon les partages expérientiels de Claire et Anne, cette mise en valeur de conduites reliées aux troubles alimentaires est également courante dans la communauté médicale et leur entourage. Pour Claire, la minceur de son corps, qui résultait du trouble de l'anorexie, a été évaluée positivement par sa médecin de famille qui la questionnait sur ses habitudes alimentaires tout en lui exprimant son souhait d'avoir la même silhouette et le même poids. Quant à Anne, elle a été félicitée par son médecin pour ses habitudes de vie, alors même que celles-ci lui causaient une détresse psychologique. Le médecin les a même encouragées, car elle pratiquait de l'exercice physique amplement et avait, à cet instant, un poids dit « santé » selon les outils de mesure utilisés.

Cette réalité pose problème à plusieurs niveaux dans le parcours des femmes. Elles ont mentionné l'amplification du trouble alimentaire et, par le fait même, l'aggravation de la détresse liée aux pressions culturelles constantes entourant les standards normatifs du corps féminin. Puis, le sentiment de honte lorsque le corps et les habitudes de vie ne répondent plus à ces normes a été souligné par plusieurs. Aussi, les membres ont dit ressentir une banalisation de la détresse sous-jacente au trouble de l'alimentation, ce qui complexifie leur compréhension du phénomène et nuit à son rétablissement. En valorisant certaines manifestations sous-jacentes aux troubles alimentaires, les femmes concernées ne sont pas vues comme affectées par le phénomène, et donc, celles-ci ne bénéficient pas de soutien spécialisé. Cela peut mener à une discrimination dans l'accès aux services de santé visant le rétablissement d'un trouble alimentaire.

En plus des conséquences rapportées par les femmes, il semble que la valorisation dont il est ici question contribue à un sous-diagnostic d'un phénomène aussi vaste et dévastateur que les troubles de l'alimentation. Alors que la culture stéréotypée autour du corps renforce l'idée que les pratiques restrictives et les préoccupations entourant l'image du corps sont non seulement normales, mais aussi « saines », elle détourne notre attention du véritable problème. En effet, Harrison (2021) mentionne, en introduction de son ouvrage, une étude par sondage réalisée par des chercheurs de l'Université de la Caroline du Nord en collaboration avec le magazine *Self* en 2008, qui a relevé que 65 % des Américaines de 25 à 45 ans étaient affectées d'une forme ou d'une autre de trouble alimentaire, en plus des 10 % qui recevraient un diagnostic médical de TCA si elles étaient évaluées. Cette étude démontre donc qu'un nombre important de femmes subissent les conséquences des

troubles alimentaires sans pour autant être diagnostiquées. Ce constat fait écho à l'expérience vécue par certaines participantes du groupe, qui se sont dit aux prises avec une détresse se rattachant au phénomène, sans toutefois être en mesure de mettre de mots sur cette douleur, et ce, pendant longtemps. Pour elles, cet obstacle résulte d'une méconnaissance des divers troubles de l'alimentation et d'une incompréhension du phénomène. Il semble que la valorisation de certaines pratiques sous-jacentes aux troubles alimentaires, ou susceptibles de les provoquer, reflète une incompréhension des standards normatifs du corps féminin et de son lien étroit avec les troubles alimentaires. Cette incompréhension, y compris dans le milieu médical, constitue un obstacle au diagnostic et au traitement. Comme le souligne Harrison (2021), ce sous-diagnostic, influencé par ces conceptions, empêche d'appréhender pleinement l'ampleur du phénomène.

En opposition à la valorisation de comportements associés à certains types de troubles alimentaires, les femmes ont également soulevé l'existence d'une étiquette péjorative accolée à d'autres types. Alors que certains troubles sont perçus comme conformes aux normes sociales et donc valorisés, d'autres, comme l'a illustré Joannie, sont plutôt associés à des échecs. Les échecs relevés sont la prise de poids, trop manger, manger ce dont on a envie et négliger l'activité physique. Le groupe a également identifié certaines caractéristiques attribuées à des types particuliers de troubles alimentaires dans l'imaginaire collectif, telles que le « surpoids », le manque de volonté et la paresse. Ces attributs rappellent les traits qui sont associés aux personnes socialement et moralement inférieures, en raison de leur incapacité à représenter, par leur corps et leurs habitudes de vie, le « mode de vie sain » promu par la culture actuelle (Cederström et Spicer, 2016; Harrison, 2021; Rail, 2016). Cette étiquette négative, évoquée par les participantes, entraîne son lot de conséquences sur le parcours des femmes concernées. Elles ont confié s'être déjà senties jugées, non prises au sérieux, incomprises et invalidées par l'entourage et le milieu médical. Elles ont témoigné que cette dépréciation rendait difficile la compréhension de leur propre expérience et a contribué à un mal-être psychologique. Cette stigmatisation constitue un obstacle à l'obtention de services d'aide visant le rétablissement de leur trouble alimentaire.

L'analyse effectuée par le groupe sur le phénomène de la valorisation concomitante à la dépréciation des troubles alimentaires a permis de mettre en lumière l'existence d'un paradoxe inhérent à la manière dont ils sont perçus dans la société. Les expériences témoignées par les participantes ont ouvert la discussion sur les effets nuisibles de ce paradoxe à l'égard des femmes

touchées par le phénomène. Le groupe a par la suite pu entreprendre une réflexion sur l'impact de cette binarité dans les pratiques de santé, en particulier pour les femmes qui se trouvent dans le prisme de l'entre-deux, ni valorisées ni dépréciées, comme l'a exprimé Violette. La prochaine section abordera ce prisme de l'entre-deux, lieu où il peut être difficile pour ces femmes d'être reconnues et prises en charge par les services de santé, selon les vécus partagés dans le cadre du projet.

5.1.9 Les services de santé : faire l'expérience de ne pas être « assez dysfonctionnelle »

Rappelons que les services de santé destinés à la population aux prises avec les troubles alimentaires s'inscrivent majoritairement dans le modèle biomédical. Ce modèle repose principalement sur l'observation objective des faits d'une maladie (Lacourse, 2018; Plourde, 2021). Puisque les troubles de l'alimentation sont considérés comme étant des désordres mentaux, ceux-ci sont classifiés sous forme de critères diagnostiques dans le DSM-5. Puis, les traitements, qui peuvent varier, nécessitent d'abord une prise en charge médicale, qui débute par un diagnostic, quel que soit le TCA, et est suivie d'une évaluation médicale globale (Stheneur et Taddeo, 2020).

Revenons maintenant aux connaissances expérientielles des participantes, qui ont fait émerger le concept suivant : le prisme de l'entre-deux. Selon l'explication de Violette, il constitue toutes les formes de troubles alimentaires ne figurant pas aux deux extrêmes représentés par l'imaginaire collectif. Cette représentation des troubles alimentaires semble également se refléter dans les discours des pratiques de santé. Nous y reviendrons.

Des participantes ont donc entamé cette discussion en témoignant vivre un sentiment d'imposteur face aux troubles alimentaires, sentiment découlant de leurs expériences vécues dans les services de santé :

On dirait que des fois j'ai l'impression qu'on a le syndrome de l'imposteur parce qu'on ne *fit* pas dans le stéréotype. Moi ça m'a pris du temps à l'accepter parce que je me disais : « Je ne suis pas en train de mourir, je ne suis pas hospitalisée, je ne suis pas à un point où ça m'handicap dans ma vie », *faik* dans le fond, mon problème n'est pas si pire que ça » (Joannie).

Si je peux rebondir là-dessus, de mon expérience personnelle. Je venais d'arriver à Montréal, j'ai comme 16 ans, clairement je vis avec la boulimie depuis quelques années, je prends le téléphone pour téléphoner à Sainte-Justine, la femme qui me répond me demande mon poids. Elle me dit : « Mademoiselle non vous n'êtes pas assez mince, ou quoi, on ne peut pas vous aider ». Je venais d'avoir une crise et je ne savais pas trop comment nommer ça *pis* c'est quoi qui m'arrivait. C'était comme la plus forte crise que j'ai jamais eue *pis* elle me demande mon poids... (Maryse).

Il n'y a pas plus représentatif comme situation que ça comme image... (Violette).

Exactement, *pis* j'ai eu le courage d'appeler là à 16 ans. C'est ça, c'était courageux *pis* après ça, tout le temps cette peur de je ne *fit* pas *pis* c'est quoi que j'ai... Est-ce que les gens connaissent plus ou valorisent plus les personnes qui vivent avec l'anorexie ou comprennent moins bien les autres formes? Je ne sais pas... (Maryse).

Le fameux : « Je ne suis pas assez malade » (Sophia).

Pas assez malade, pas assez mince pour être malade. Ça m'a suivi tout le temps (Maryse).

Tu ne veux pas non plus avoir l'air de la victime. Tout le monde qui dit : « Bon là tu chiales encore » (Joannie).

Du coup, c'est presque une incitation involontaire à être encore plus malade. Nous ça peut nous faire dire : « Bon ok je ne suis pas assez, donc je continue dans mon appel à l'aide en allant encore plus dans cet extrême là pour enfin entrer dans leurs critères, pour qu'enfin on m'aide » (Violette).

Moi c'est littéralement ça mon dessin (Anne).

Cette discussion a permis aux femmes de prendre conscience qu'elles sont plusieurs à vivre des expériences communes, ce qui favorise les sentiments de reconnaissance et de validation chez elles. Des participantes ont donc confié ne pas se sentir « assez » prioritaires lorsqu'elles ont demandé de l'aide médicale. Pour d'autres, leur détresse ne correspondait pas « assez » aux critères diagnostiques typiques des troubles alimentaires. Des membres ont également indiqué qu'elles vivaient un sentiment d'imposteur en raison de la forme de leur corps. Anne, qui a vécu une expérience similaire à l'adolescence, a partagé que son médecin ne considérait pas sa situation

comme « assez » grave, en comparaison à une autre patiente aux prises avec un trouble de l'anorexie.

Il est primordial de souligner que ces femmes, qui ont fait preuve de courage en exposant leur vulnérabilité et en demandant de l'aide, se sont vu heurter un mur. En plus d'avoir été discriminées par le refus de services spécialisés dans les troubles de l'alimentation, ces femmes ont vu leur détresse psychologique invalidée par un discours centré sur le poids et sa mesure, alors que pour elles, cette détresse était grave et impactait leur quotidien. Le système de santé et de services sociaux, qui s'inscrit dans une logique médico-centriste, accorde une importance à la symptomatologie, au traitement curatif et à la quantité des services rendus à la personne (OTSTCFQ, 2016). Ainsi, basé sur des critères observables, tels que le poids, la taille, l'IMC ou encore des données de santé, le corps médical détermine si les symptômes de la personne sont « assez » élevés pour impacter sa santé physique, et donc, pour nécessiter un traitement curatif visant le rétablissement de l'état nutritionnel. Lorsque c'est le cas, la personne bénéficie des services de santé spécialisés, selon une priorité, encore une fois basée sur des données observables. Dans le cas contraire, cette personne peut être orientée vers les services de la première ligne, tels que les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les GMF, ou les services communautaires spécialisés en troubles alimentaires qui soutiennent le système de santé, comme l'organisme ANEB et les partenaires. Précisons que, selon les expériences du groupe, ce ne sont pas toutes les professionnel·le·s de la première ligne qui possèdent les compétences pour intervenir auprès des personnes touchées par les troubles alimentaires. Ajoutons que ces ressources ont toutes des listes d'attente considérables. En effet, il est souvent nécessaire d'attendre un temps notable avant de pouvoir bénéficier des services sociaux et de ceux en santé mentale, que ce soient les services spécialisés en trouble de l'alimentation, les services généraux et ceux offerts à la communauté touchée par le phénomène. Quelques membres du groupe ont rapporté être en attente pour pouvoir bénéficier d'un groupe de soutien, d'une thérapie ou d'un programme spécialisé dans le domaine. D'autres ont mentionné devoir payer pour recevoir l'aide nécessaire, soit auprès d'une clinique spécialisée dans le domaine ou en psychothérapie. C'est ce que soutiennent Josée Grenier et Mélanie Bourque, professeures au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, dans leur ouvrage portant sur la nouvelle gestion publique dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, paru en 2014. Les professeures soutiennent en effet qu'il est

possible d'observer une inégalité de plus en plus présente dans l'accès aux services sociaux et de la santé. Elles dénoncent que les récentes réformes de la nouvelle gestion publique ont créé deux catégories de citoyen·ne·s : celles et ceux en possibilité de déboursier pour des services privés et les autres, sur la liste d'attente. En plus, les services communautaires, tels que l'organisme ANEB, doivent se débrouiller avec une mince part du budget malgré le nombre de plus en plus grand de responsabilités qu'on leur délègue (Grenier et Bourque, 2014).

La notion du « pas assez » est apparue fréquemment dans la bouche des participantes : « pas assez » souffrante, « pas assez » malade, « pas assez » mince... Ce sentiment de ne pas être « assez » pour être aidées invalide ce qu'elles vivent et leur détresse. Ce sentiment peut générer des conséquences importantes. Maryse a mentionné la peur de ne pas correspondre comme effet nuisible. Le discours psychiatrique—homogénéise les troubles de l'alimentation en produisant des connaissances universelles sur les profils typiques de personnes vivant avec ce phénomène (Malson, 1997). Ces profils font partie d'une nomenclature dans le DSM qui sert de référence. Sachant cela, la crainte de Maryse est valide et légitime. Les participantes ont d'ailleurs soutenu Maryse en validant son ressenti et son vécu, similaires à ses paires. Puis, Anne, qui s'est sentie invalidée et invisibilisée lors de la consultation médicale, a confié que l'absence d'aide reçue en raison d'un manque de gravité de sa situation a exercé une influence négative sur le trouble alimentaire :

La discrimination peut te creuser encore plus dans ton trouble, parce que tu sens que tu dois être encore plus malade pour avoir l'approbation de quelqu'un. Aussi, tu ne recevras pas nécessairement les soins adéquats si tu es encore fonctionnelle ou que tes taux sanguins sont corrects (Anne).

L'amplification du trouble alimentaire comme l'effet d'un refus d'aide peut ici être analysée comme une résistance du corps. Selon Frigon (2000; 2012), le « corps résistance » met en place une variété de stratégies liées au corps dans un but de réappropriation corporelle. Sachant que le trouble alimentaire peut servir de refuge et de lieu de contrôle (Wilson, 2004), il nous apparaît plausible que celui-ci ait agi comme une résistance chez Anne face à l'injustice médicale vécue.

Anne n'était pas la seule participante à se sentir « trop fonctionnelle » pour obtenir du soutien spécialisé. Joannie, qui s'est sentie incomprise et traitée comme un numéro à quelques reprises dans le cadre médical, a partagé son opinion avec le groupe en soulignant qu'il semble nécessaire

d'être mourante, ou presque, pour être considérée comme une priorité dans le système de santé actuel. Cette question de priorisation dans l'organisation du réseau de la santé pose problème selon plusieurs chercheur·e·s qui s'intéressent à nos institutions de santé. Grenier et Bourque (2014) dénoncent que puisque la santé constitue la priorité, elle devient la raison des services. De cette manière, la prestation des services est orientée principalement vers le curatif, au détriment de la prévention, de la promotion et de l'éducation. Le fait que l'État considère qu'il vaut mieux « guérir que prévenir » cause un « déséquilibre social » selon l'OTSTCFQ (2016). En plus, nous devons faire face à des services sociaux de la première ligne qui ont été fortement diminués, au profit de programmes spécialisés pour lesquels l'accès nécessite un diagnostic et des critères spécifiques (Grenier et Bourque, 2014). Anne, qui n'avait pas reçu de soutien à l'adolescence car son cas n'était pas jugé « assez » grave par le médecin, a révélé au groupe qu'elle n'a été prise en charge médicalement que des années plus tard, lorsque son IMC était dangereusement bas. Le groupe était unanime sur le fait que de nombreuses chutes liées aux troubles alimentaires pourraient, et devraient, être prévenues.

Il s'est avéré juste pour le groupe de dénoncer les risques engendrés par les critères spécifiques associés aux diagnostics et à l'accès aux services pour les troubles alimentaires. Rappelons que ces critères sont principalement basés sur des mesures objectives (poids, taille, IMC, données de santé, etc.), en dépit des connaissances expérientielles des personnes concernées, ici les membres du projet. Il nous semble que ces mesures objectives tendent à classer les troubles alimentaires dans des catégories rigides, ce qui conduit à une représentation médicale des troubles qui est figée. Par conséquent, les cas moins visibles objectivement sont souvent négligés. Cette observation semble entraver l'offre de services destinée à la population touchée par ce phénomène complexe. De plus, l'accent mis sur les mesures corporelles dans les pratiques de santé ne fait que renforcer les préjugés liés au poids au sein du corps médical. Harrison (2021) critique dans son ouvrage qu'un nombre important de clinicien·ne·s ont des idées préconçues sur les signes physiques, tels que le poids, associés aux troubles alimentaires. Cela explique en partie le sentiment d'imposteur ressenti par des membres du projet, dont la forme de leur corps ne correspond pas aux stéréotypes associés à ces troubles. Ce préjugé fait en sorte que plusieurs personnes ne reçoivent pas de diagnostic et n'accèdent pas aux services de santé, malgré la détresse provoquée par le trouble (Harrison, 2021). Tout comme il a été le cas pour Maryse à l'adolescence.

Les femmes ne sont donc « pas assez » pour qui et selon quoi?

Les participantes se voient subordonnées à une autorité médicale, basée sur un discours médico-centriste, au détriment de leur expertise acquise par l'expérience. En effet, comme il est ressorti de la problématique, il semble que les femmes participantes au projet, qui sont les expertes de leurs propres corps, de leurs ressentis et de leurs vécus, doivent pourtant se confronter à une autorité sur la question des troubles de l'alimentation (Godin, 2016; Malson, 1997). Cette hiérarchisation des savoirs a un impact sur leurs parcours, notamment dans le système de santé, puisque son discours tend à réduire et à ignorer la diversité de leurs expériences (Malson, 1997). Il est vrai que des membres du groupe ont rencontré des obstacles à l'obtention de soutien spécialisé raison des savoirs experts, soit les connaissances biomédicales, qui prédominent dans le réseau de la santé. Grenier et Bourque (2014) soutiennent que la clientèle ne se retrouve pas au centre des préoccupations et des décisions des institutions de santé. Cependant, grâce à l'expertise expérientielle des femmes du projet, une dénonciation de cette inégalité à l'accès aux services de santé visant le rétablissement des troubles de l'alimentation a pu être effectuée. En se réunissant autour de leurs partages expérientiels, les femmes ont effectivement pu développer des connaissances sur la question d'accessibilité aux services de santé destinés à la population touchée par le phénomène. Les connaissances des participantes, qui entrent en tension avec celles issues du discours médical, rejoignent les critiques formulées dans le domaine de la recherche en travail social. Leurs connaissances sont effectivement dotées d'une légitimité et d'une richesse qui permettent l'ouverture sur un savoir alternatif au discours biomédical. Le groupe est l'élément clé pour accéder à ces connaissances alternatives. En effet, le groupe permet de réfléchir collectivement aux enjeux des pratiques de santé en partageant leurs expériences qui, souvent, s'avèrent plus communes qu'on ne le pense. Les participantes ont ainsi pu co-construire des recommandations destinées aux services de santé. Ces recommandations seront présentées à la conclusion du mémoire.

Enfin, qu'advient-il des femmes qui sont prises en charge par le système de santé, dont le corps « dévie » de la norme sociale de santé? Cette question sera maintenant explorée dans la prochaine section.

5.1.10 Les services de santé : faire l'expérience d'un corps « hors norme »

La prise en charge médicale par le système de santé fait l'objet de plusieurs discussions dans le groupe. La co-construction des thèmes abordés dans le groupe a contribué, entre autres, à explorer la question de la prise en charge sous l'angle du corps de la femme. Au fil des discussions, le groupe a convenu que cette prise en charge par le corps médical dépend hautement des données de mesures physiques, le poids et l'IMC principalement, et que ces résultats guident systématiquement l'intervention médicale qui suivra. Les échanges expérientiels entre les femmes ont permis de prendre conscience que l'intervention médicale varie considérablement selon que le corps d'une femmes soit perçu comme trop mince ou en « surpoids ». Cependant, dans les deux cas, l'objectif semble rester le même : exercer une forme de contrôle et de modification du corps pour qu'il corresponde à la « norme ».

Comme il a été question au premier chapitre du mémoire, Michel Foucault (1976), qui se penche sur le biopouvoir dans son ouvrage, désigne l'État et ses nombreuses institutions comme un lieu où s'exerce un pouvoir sur les corps individuels pour opérer un contrôle sur les communautés. Le pouvoir des institutions s'exerce par ses modes de fonctionnement (Foucault, 1976). Ainsi, les institutions de santé tendent à discipliner les corps des femmes patientes, par des techniques de surveillance inscrites dans leurs modes de fonctionnement. En effet, différentes procédures effectuées dans les pratiques de santé ont été caractérisées comme des moyens de surveillance par les femmes participantes. Plusieurs des membres ont dit devoir fréquemment se soumettre aux protocoles de la pesée et du calcul de l'IMC lors des consultations médicales, et ce, quand bien même que la raison de la consultation n'était nullement liée au poids corporel. Le groupe a dénoncé que la pratique de la pesée, bien qu'elle fasse partie des protocoles médicaux courants, n'est pas systématiquement pertinente et peut être dommageable pour la personne patiente. En outre, la procédure du calcul de l'IMC agit également comme un moyen de surveillance des corps. Plusieurs participantes ont expliqué que le résultat indiqué par l'IMC avait influencé la suite de leur consultation médicale, et ce, peu importe la raison de la consultation. En raison d'un IMC considéré élevé, ces participantes se sont fait conseiller de perdre du poids en changeant leurs habitudes de vie. Soulevons que bien des chercheur·e·s recommandent de ne plus considérer l'IMC comme un outil efficace pour mesurer l'état de santé (Harrison, 2021). Par conséquent, pourquoi le corps médical continue-t-il d'utiliser l'IMC comme mesure pour prescrire la perte de poids aux patientes?

La prescription d'une perte de poids relève d'une technique de surveillance et de discipline des corps dans notre société. Cette technique découle du biopouvoir. En effet, cette surveillance médicale, effectuée par les institutions de santé, a pour but d'établir un contrôle social par le biais d'une régulation et d'une normalisation des corps individuels (Foucault, 1976). La professeure Geneviève Rail (2016) a également dénoncé que les bio-Autres, qui sont jugés indisciplinés en raison de leur mauvaise forme physique, nécessitent une surveillance accrue selon le discours médical. Cette surveillance passe ici par une volonté de modifier les corps et les comportements des femmes, soit leurs habitudes de vie. Rail (2016) qualifie cette surveillance de coercitive.

Deux techniques de surveillance supplémentaires, qui sont sournoises, ont été signalées par l'une des membres du groupe. La prescription du médicament Ozempic®, dont Flora a fait l'expérience lors d'une consultation médicale, fait l'objet de nombreuses controverses dans l'actualité. En dépit des nombreux effets secondaires causés par la prise d'Ozempic®, des médecins prescrivent ce médicament dans un but de perte de poids chez leurs patient·e·s (Tremblay-Levasseur, 2023). En effet, ce médicament, qui coupe l'appétit, provoque une satiété plus rapide et rend le goût de certains aliments aversif, entraînant une diminution de la quantité de nourriture ingérée, ce qui, par la même occasion, engendre une perte de poids (Tremblay-Levasseur, 2023). Ainsi, la promotion de la perte de poids, au moyen de cette technique grossophobe, vise à discipliner les femmes grosses. Comme le soutient Foucault (1976), les corps font l'objet d'une diversité de technologies de surveillance, de régulation et de modification, ici l'Ozempic®. Ce médicament agit en tant que contrôle social, puisqu'il opère une normalisation et une uniformisation des corps (Foucault, 1976). Indiquons que, dans l'article de Carolle-Anne Tremblay-Levasseur (2023), Benoit Arsenault dénonce que l'utilisation d'un médicament comme l'Ozempic® dans la lutte contre l'obésité renforce les stéréotypes de la culture des diètes. Ajoutons que celle-ci perpétue la grossophobie déjà fortement existante dans notre société. Enfin, la psychologue spécialisée dans le traitement des troubles de l'alimentation, Stéphanie Léonard, précise que la prise d'Ozempic® constitue une pente glissante vers les troubles alimentaires, puisque la relation avec la nourriture devient compromise.

La seconde technique de surveillance est celle de la chirurgie bariatrique. Cette opération consiste en l'ablation d'une partie de l'estomac ou en la restriction du volume de celui-ci, dans le but de réduire la quantité d'aliments qui peut être mangée. Flora, qui a raconté son expérience personnelle

à ses paires, a dénoncé que la prescription de la chirurgie bariatrique semblait être, pour le médecin, une solution miracle pour perdre du poids. Christy Harrison (2021) soulève la question suivante face à la chirurgie bariatrique : « N'est-ce pas là une solution permanente pour qui veut perdre du poids et rester en santé? » (p.181). Selon les connaissances expérientielles de Flora, il a d'abord été nécessaire de traiter le trouble d'hyperphagie et puis de s'outiller par elle-même afin de bien comprendre les différents enjeux entourant cette intervention sur le corps. Selon la participante, la chirurgie bariatrique peut devenir un outil, mais n'est définitivement pas une solution miracle. En résumé, cette intervention oblige le corps à consommer ou à absorber moins de nourriture dans l'espoir que celui-ci soit moins gros, et ce, de manière permanente. Cette modification du corps considéré non-conforme est une intervention visant à réguler et à normaliser les corps dans la société (Foucault, 1976). Ce contrôle social vise à assurer une conformité aux normes sociales, ici de santé, de moralité et de beauté, chez les individus (Lacourse, 2018). Ces deux techniques de surveillance visent donc la discipline des femmes par une restriction alimentaire obligée. Ces stratégies, qui sont grossophobes, constituent une forme de contrôle des corps féminins.

Face à cette surveillance du poids, les participantes ont affirmé s'être senties peu écoutées, dévalorisées, négligées, laissées à elles-mêmes et traitées comme de simples numéros. Leurs expériences témoignent d'un manque d'accompagnement et de ressources de la part du corps médical, même lorsque des demandes claires leur ont été formulées, les incitant à modifier leurs comportements par diverses stratégies pour perdre du poids. Le fait qu'elles soient laissées à elles-mêmes devant l'impératif de perdre du poids renvoie à une responsabilisation individuelle. Cette responsabilisation est liée à l'injonction d'être en santé et heureux, ainsi qu'à la responsabilité personnelle qui l'accompagne, comme mentionné précédemment (Aïach, 2006; Cabanas et Illouz, 2018; Cederström et Spicer, 2016). Dans la logique néolibérale actuelle, l'injonction à la responsabilisation se remarque de plus en plus (Cabanas et Illouz, 2018; Cederström et Spicer, 2016). Martuccelli (2004), professeur en sociologie, aborde, dans son article portant sur les expériences contemporaines de la domination, la croissance de l'injonction à la responsabilisation qui est marquée par un transfert de la gestion des risques sociaux vers l'individu, qui est maintenant tenu d'endosser tout ce qui lui arrive. Il qualifie cette injonction de mécanisme de domination moderne. Cette responsabilisation finit par entraîner la culpabilité de la personne (Martuccelli, 2004). Ainsi, devant son « échec », celle-ci devient contrainte à se discipliner (Martuccelli, 2004).

La personne intériorise donc qu'elle doit prendre les mesures nécessaires pour demeurer « fonctionnelle » à tous les niveaux dans la société, par une maîtrise de soi, de son corps et de ses habitudes de vie (Pirie, 2016; Poliquin, 2015). Ces techniques de surveillance ont donc toutes pour but commun de discipliner les corps jugés hors norme.

Cette surveillance a également été vécue en milieu psychiatrique par deux membres du groupe, Anne et Claire, qui ont témoigné d'un environnement rigide et discipliné. Les partages expérientiels des femmes qui ont été institutionnalisées en raison du trouble alimentaire permettent une brève analyse de ce milieu de vie temporaire. Anne a reconnu que l'hospitalisation avait été nécessaire, pour elle, afin d'entreprendre un rétablissement du trouble. En effet, la participante a soutenu que ce milieu de vie était confrontant et difficile à vivre, mais que son cadre formel et structuré avait été favorable pour entamer son processus de rétablissement. Il semble ici y avoir une tension entre soin et punition. L'enfermement en milieu hospitalier représente un dispositif à la fois pour guérir et punir (Otero, 2017). Claire et Anne ont parlé d'isolement, d'une privation de liberté sur tous les plans (même de la lumière), de restrictions et de pratiques infantilisantes. La description des établissements d'enfermement psychiatrique proposée par Le Breton (2012) reflète fidèlement l'expérience vécue par Claire et Anne. La perte de l'autonomie, les privations de toutes sortes et l'isolement du monde extérieur font partie intégrante de l'expérience d'enfermement en milieu psychiatrique (Le Breton, 2012). Une prise en charge du corps des femmes, corps « déviants » des normes sociales de santé, est effectuée par l'institution (Otero, 2017). Cette prise en charge entre les murs de l'institution médicale vise à protéger et à traiter les femmes, tout en agissant comme un mécanisme de répression technique et systématique de la déviance (Otero, 2017). Par la disposition physique des lieux et la correction scientifico-morale (thérapie, médication, réadaptation, etc.), une discipline des corps de celles « non conformes » est déployée (Foucault, 1976; Otero, 2017). Tel qu'il a été répété par les femmes, la principale cible d'intervention est la restauration nutritionnelle du poids. Selon le savoir expérientiel des participantes, cette restauration prescrit le droit de sortie, le droit et la durée d'accès à la psychothérapie ainsi que le retour en société. La gestion du risque pour la santé de ces femmes hospitalisées semble donc justifier les pratiques coercitives exercées à leur égard. Cette culture du risque, associée au contrôle des corps des femmes, semble effectivement justifier des restrictions telles que l'interdiction de sortir tant qu'elles n'ont pas atteint un IMC et un poids spécifiques,

l'obligation de manger à des heures précises, la restriction de circulation dans certains couloirs, l'interdiction de pratiquer des activités sportives, ainsi qu'un accès limité à la psychothérapie. Les notions de compétence et d'autonomie dans les prises de décisions sont ainsi négligées dans le milieu psychiatrique (Matusek et Wright, 2010). Tel qu'il a été vu au chapitre de la problématique, Holmes et Murray (2012) conceptualisent ces pratiques comme des plans de modification de comportements, où l'octroi de récompenses est accordé pour les résultats atteints tandis que des punitions sont imposées en cas de comportements non désirés. Ces mécanismes dictent aux femmes les actions à entreprendre pour éviter des sanctions et obtenir un minimum d'autonomie et de liberté. Holmes et Murray (2012) qualifient ce type de pratiques de punitif et répressif. La professeure et criminologue Sylvie Frigon (2000), qui réfléchit à la manière dont les corps des femmes sont assujettis au contrôle des institutions, soutient que ce pouvoir agit comme une emprise sur les corps. Les différentes contraintes, dont il est ici question, sont qualifiées par Frigon (2000) de pratiques d'assujettissement. Ces pratiques, qui surveillent, régulent, disciplinent et punissent les femmes concernées, relèvent d'une certaine emprise qui est légitimée par un corps « malade » qui doit être traité et guéri (Foucault, 1976; Frigon, 2000; Holmes et Murray, 2012; Otero, 2017). Selon les participantes, le traitement et la guérison du corps passent, avant tout, par une modification de celui-ci, parfois en dépit des autres aspects liés au trouble alimentaire. Le groupe a soutenu que la prise de poids en contexte de dénutrition est essentielle, mais pas suffisante pour le rétablissement des troubles alimentaires. Néanmoins, les expériences des membres ayant été hospitalisées confirment que la restauration du poids nutritionnel est le prédicteur du congé, et donc, du retour à la vie « normale ». Par conséquent, lorsque les femmes atteignent un poids considéré suffisant, elles sont à nouveau « fonctionnelles » du point de vue biomédical. Les membres ont souligné que cette étape entraîne souvent une diminution des services spécialisés, ce qui fait sens avec le manque de ressources allouées à celles dites « trop fonctionnelles », comme abordé à la section précédente. De plus, selon elles, cette étape est également accompagnée de l'hypothèse, tant de la part du corps médical que de l'entourage, que la guérison est acquise en raison de la restauration du poids nutritionnel. Elles ont qualifié cette situation de piège, car de nombreux symptômes des troubles alimentaires ne sont pas visibles, et donc, le combat se poursuit dans la vie « normale ».

En terminant, les femmes qui font l'expérience d'un corps « hors norme » semblent donc représenter une population cible pour le système de santé biomédical. Grenier et Bourque (2014)

dénoncent que l'approche populationnelle en santé tend à contrôler des populations cibles plutôt qu'offrir un réel soutien avec des mesures aidantes et effectives. La surveillance et la discipline font partie des technologies politiques du corps pour gérer cette population cible afin qu'elle se conforme aux normes sociales dont nous avons discuté dans le présent chapitre (Foucault, 1976). D'ailleurs, au fil des rencontres de groupe, les participantes ont pris conscience de la forte relation qui lie les pratiques de santé à la culture stéréotypée du corps. Elles ont soutenu que les intérêts de la culture des diètes exercent une influence sur des professionnel·le·s de la santé. Poulain (2017) soutient que les membres de l'appareil médical sont perméables aux valeurs et normes dominantes de la société, et donc, que celles-ci influencent directement leurs pratiques. Ainsi, tout comme la culture des diètes, les institutions de santé ont pour but le contrôle et la modification des corps « déviants » des normes sociales de santé, de moralité et de productivité.

5.1.11 Les expériences négatives vécues au contact des pratiques de santé : cas isolé ou problème systémique?

Pour terminer, il s'avère intéressant de se pencher sur la perception des femmes face aux expériences négatives qu'elles ont vécues dans le cadre des soins de santé : les participantes voient-elles leurs situations personnelles (et communes) comme isolées ou s'inscrivant dans une dynamique systémique?

Il a été constaté qu'aucune des femmes du groupe n'a utilisé le terme « violence » au courant du projet pour nommer les expériences vécues. Des participantes ont plutôt employé les termes « pouvoir » « autorité » et « expert » pour expliquer les expériences rapportées. D'autres membres ont associé les événements racontés à des lacunes du système de santé.

Le groupe a d'abord reconnu l'existence d'une autorité médicale dans les différentes institutions de santé. Les femmes ont dénoncé le statut d'expert chez les médecins, statut qui tend à légitimer l'exercice d'un pouvoir à l'égard des personnes patientes, pour la plupart du temps, au détriment de l'expertise acquise par l'expérience chez ces personnes. Selon elles, ce rapport de pouvoir inégal entre le personnel soignant et les patientes entraîne des répercussions importantes sur leurs expériences personnelles ainsi que sur l'imaginaire collectif. Certaines membres ont confié vivre un stress et un inconfort au contact du corps médical en raison de cette dynamique de pouvoir. Cet inconfort peut compromettre leur capacité à poser des questions ou encore à donner leur opinion à

la personne en position d'expertise. Les institutions de santé incarnent assurément une hiérarchie des savoirs, qui entraîne une asymétrie dans les relations entre le corps médical et les patientes (Kendall et Hugman, 2016). L'autorité médicale, ayant généralement préséance sur les propos et vécus des femmes vivant avec les troubles de l'alimentation, peut entraîner une dévalorisation des connaissances expérientielles de ces femmes (Kendall et Hugman, 2016). Cette réalité reflète les expériences de certaines membres du groupe. Par exemple, le vécu et la douleur ressentie par Maryse et Anne lorsqu'elles ont demandé de l'aide ont été minimisés par cette autorité médicale, qui a jugé que leurs situations n'étaient « pas assez » grave pour justifier l'accès à des services spécialisés à ce moment-là. Pour les deux femmes, le trouble alimentaire s'est intensifié avec le temps, puis elles ont bénéficié des services de programmes spécialisés des années plus tard. Les savoirs experts faisant autorité sur les patientes, le pouvoir décisionnel appartient, en très grande partie, aux professionnel·le·s de la santé. Ce pouvoir, en plus de dévaloriser les savoirs expérientiels des femmes concernées, nuit à la participation, à l'*empowerment* et à l'autodétermination de celles-ci (Kendall et Hugman, 2016). Prenons comme exemple la relation thérapeutique entre Anne et un psychologue au cours d'une thérapie dont elle a fait l'expérience antérieurement. La participante a raconté que le psychologue considérait la famille comme étant le facteur central dans le développement d'un trouble alimentaire. Or, pour Anne, ce facteur n'avait aucun lien avec l'apparition du trouble de l'orthorexie avec lequel elle vivait. Elle a tenté à plusieurs reprises d'aborder en thérapie des enjeux qui, selon son expérience, faisaient davantage sens :

J'essayais de parler de mon besoin de comparaison avec mes amies, jeune, et lui revenait toujours à ma famille et à la dynamique familiale. [...] J'avais le sentiment qu'on tournait en rond. Je regardais les minutes passées et il me laissait dans le silence (Anne).

La relation asymétrique entre Anne et le psychologue a dévalué le point de vue de cette membre, directement concernée par la situation, et a compromis son pouvoir d'agir, dont il est question par Le Bossé *et al.* (2006). La dynamique de pouvoir dont il a été question par le groupe apparaît donc comme découlant d'un enjeu systémique, touchant ainsi de nombreuses personnes.

De plus, le groupe de femmes a reconnu plusieurs lacunes et idéologies dominantes découlant de l'organisation et de la gestion des services de santé actuels, plus spécifiquement ceux offerts à la population touchée par les troubles alimentaires. Les inégalités dans l'accès aux services,

l'insuffisance de prévention au profit du traitement curatif, les listes d'attente pour avoir des services, le manque de connaissance et de compréhension quant au phénomène social des troubles alimentaires, la priorisation et la gestion du risque, les balises strictes concernant les critères diagnostiques, la surveillance et la discipline des corps, puis finalement, l'injonction à la responsabilisation individuelle ont été révélés par les membres. La reconnaissance de toutes ces lacunes permet de mettre en lumière un problème qui est de l'ordre systémique. Grenier et Bourque (2014) ainsi que l'OTSTCFQ (2016) associent ces déficiences à une organisation du système de santé et des services sociaux qui relève de la nouvelle gestion publique, s'inscrivant, notamment dans une logique managériale. Cette logique pousse l'uniformisation des pratiques de santé en objectivant les besoins des personnes destinataires, et ce, au moyen de grilles et de critères qui ne tiennent pas compte des différents contextes, de la diversité des expériences et de la singularité des femmes (Grenier et Bourque, 2014). Ces professeures dénoncent également que les principes d'efficacité, de performance et de résultats dictent la présente gestion et l'organisation des institutions de santé dans le but d'atteindre des indicateurs précis, souvent quantitatifs. Ce mode de gestion explique donc les présentes lacunes systémiques dont les participantes ont fait état. La recherche critique en travail social qui porte sur cet enjeu démontre que cette gestion entraîne des effets nuisibles sur les services de santé offerts à la population (Grenier et Bourque, 2014; OTSTCFQ, 2016).

Effectivement, de nombreux effets nuisibles touchent directement les personnes destinataires des services de santé, ici les femmes vivant avec les troubles alimentaires. Il est vrai que les expériences négatives similaires vécues par les femmes au contact des pratiques de santé ont entraîné des conséquences communes et durables chez elles. Se sentir comme un numéro, incomprise, invalidée, non reconnue, invisibilisée, comme une imposteur, responsable, coupable, laissée à soi-même... Ces ressentis font partie du vécu des femmes en réponse à leurs expériences au contact des pratiques de santé.

De cette manière, bien que les femmes n'aient pas employé le terme « violence », il semble pertinent de qualifier les expériences négatives vécues au contact des pratiques de santé comme des expériences de violence. Puisque la violence s'avère complexe et difficile à percevoir, il nous semble naturel que les femmes n'aient pas utilisé le mot « violence » pour nommer leurs expériences. Il est tout de même possible de le saisir à travers les savoirs expérientiels partagés

dans le groupe. Il est effectivement possible de le repérer, notamment par des répétitions dans le discours des participantes. La répétition de la notion du « pas assez » révèle une subordination des femmes et une discrimination dans les structures de santé. Corten (2009) soutient que la violence s'inscrit dans un rapport de pouvoir où une contrainte est exercée, causant ainsi dommage à la personne en situation de subordination. Il nous apparaît donc clair que la répétition du « pas assez » est chargée d'une violence où les femmes sont contraintes à vivre le sentiment d'imposteur, causant ainsi son lot de conséquences à l'endroit des femmes, dont il a été question dans ce chapitre.

Il nous apparaît également clair que les conséquences communes et durables vécues par les femmes sont chargées d'une violence inhérente aux structures de santé. En effet, le modèle de prise en charge par les institutions de santé impose une violence sur les corps des femmes, à travers des disciplines visant le maintien de l'ordre et du contrôle (Girard-Lemay, 2006). Comme il a été vu à la section précédente, les corps « hors norme » ou « déviants » des normes sociales de santé, de moralité et de productivité sont ciblés par les structures de santé dans un but de contrôle et de modification. Cette idéologie, qui est renforcée par les organisations, perpétue une violence dans les structures de santé et produit des inégalités et injustices systémiques (Flynn *et al.*, 2016; Parazelli, 2008). Des femmes du groupe, faisant l'expérience d'un corps « hors norme », ont rapporté des situations d'injustices. Rappelons, notamment l'impact négatif d'un IMC jugé élevé sur la prise en charge médicale de certaines participantes, ainsi que les nombreuses techniques de surveillance qui en découlent. L'accent mis sur ces protocoles médicaux au détriment de la femme et la surveillance médicale reflètent un modèle de prise en charge qui contribue à des expériences de violence. Ce modèle, en grande partie soutenu par des pratiques de santé rigides, entraîne chez les femmes le sentiment d'être réduites à un simple numéro. Puis, l'injonction à la responsabilisation individuelle, ancrée dans la logique néolibérale des structures, dont Parazelli (2008) fait référence en abordant la violence structurelle, produit également de la violence structurelle à l'égard des femmes (Parazelli, 2008). Par son mécanisme de culpabilisation à l'endroit de celles dont les corps sont jugés hors norme, les structures sociales et de santé contribuent à la production d'inégalités et, par conséquent, à une violence structurelle.

Les connaissances expérientielles des participantes ayant vécu l'hospitalisation en milieu psychiatrique ont permis de mettre en lumière une violence institutionnelle reproduite par ce milieu. Tel qu'il est défini par Lagrault-Fabre (2005), la violence institutionnelle peut être induite par le

fonctionnement de l'institution. Rappelons que Claire et Anne ont rapporté des mesures de restrictions, justifiées par une culture du risque, qui sont formellement instaurées dans les pratiques institutionnelles. En effet, elles ne pouvaient pas pratiquer de sport, manger à n'importe quel moment ou encore sortir de l'hôpital si un poids spécifique n'était pas atteint. Ces règles de conduite s'inscrivent dans le fonctionnement et entraînent des expériences de violence institutionnelle vécues par les femmes (Lagraula-Fabre, 2005). Ces règles de fonctionnement portent atteinte à leur liberté, sur plusieurs plans. Cette privation de liberté et l'isolement produit par ces institutions dont Claire et Anne ont confié avoir fait l'expérience, incarnés dans les processus institutionnels, contraignent les corps des femmes et leurs subjectivités (Laforgue et Rostaing, 2011). Le discours médico-centriste de cette structure, axé sur le risque, contraint les femmes, physiquement, psychologiquement et socialement, au détriment de leurs savoirs expérientiels sur leurs propres corps et leurs vécus. Cette dynamique de pouvoir, révélée au travers des partages expérientiels des participantes, fait ainsi écho à la violence institutionnelle.

En ce sens, les femmes du groupe ont effectué une analyse systémique des expériences communes de violences vécues dans les pratiques de santé. Les participantes ont effectivement lié leurs expériences personnelles aux conditions structurelles et institutionnelles, ce qui favorise ainsi la conscientisation et l'*empowerment* du groupe (Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Une seconde analyse a été effectuée par le groupe sur la culture stéréotypée du corps et ses sous-cultures, telles que la culture des diètes et du bien-être. Cette analyse a fait la démonstration qu'elle peut agir comme un système d'oppression. Harrison (2021) parle, notamment d'oppression en dénonçant que les racines de ce système découlent de croyances racistes et sexistes concernant la nourriture et le corps. hooks (2000) a également dénoncé la dimension symbolique de la violence associée aux images de beauté sexistes et racistes. En plus des normes de beauté strictes dénoncées, les participantes ont su relever de nombreux stéréotypes liés au genre et à la féminité. L'espace du groupe a permis aux femmes de développer une conscience critique face aux doubles standards entre les femmes et les hommes. L'analyse effectuée par les femmes a ainsi pu mettre de l'avant les inégalités de genre et les injustices maintenues par l'ordre fondé sur le genre, dont il a été question au deuxième chapitre du mémoire. Cet ordre patriarcal, qui positionne inférieurement les femmes aux hommes en termes de pouvoir, produit et reproduit une violence à l'endroit des corps féminins (Auclair *et al.*, 2019; Cardi et Pruvost, 2015). Selon les participantes, la responsabilisation

et le contrôle des femmes et de leurs corps, spécifiquement celles vivant avec les troubles alimentaires, constitue une conséquence importante de l'ordre du genre. Ce concept nous permet ainsi d'observer que la violence symbolique, institutionnelle et structurelle, perpétuée par la culture stéréotypée autour du corps féminin et par les pratiques de santé, à l'endroit des corps des femmes faisant l'expérience des troubles alimentaires, prend, notamment, voire fortement, racine dans une hiérarchie de pouvoir entre les femmes et les hommes.

Enfin, au-delà des violences relevées dans le discours des femmes, l'espace du groupe s'est avéré un lieu de conscientisation et de développement de l'*empowerment*, où plusieurs idéologies dominantes ont été remise en question. La déconstruction de ces idéologies a favorisé le partage, au sein du groupe, de stratégies de résistances et d'émancipations face à une culture du corps toxique et aux pratiques de santé reproduisant des violences.

5.2 La conscientisation et l'*empowerment* comme stratégies de résistances du corps

Par son approche alternative, le projet de groupe a contribué à l'appropriation du pouvoir personnel et collectif des femmes participantes. L'acquisition de l'*empowerment* chez les membres a d'abord passé par leur participation active au projet de groupe, qui constitue une activité de nature collective avec un but précis (Ninacs, 2008). La parole des participantes étant mise de l'avant, elles ont pu participer activement aux décisions se rattachant au processus de groupe et à la cible commune. Des femmes ont rapporté un sentiment de fierté d'avoir participé à un projet d'intervention et de recherche comme celui-ci. L'*empowerment* se manifeste ensuite par l'acquisition de nouvelles compétences, soit des connaissances ou des habiletés (Ninacs, 2008). De nombreux apprentissages ont été réalisés par les membres tout au long du projet, liés à leur évolution personnelle et leurs forces au sein du groupe et par l'acquisition d'outils et de moyens de résistances. Maryse et Léa ont pris conscience, au travers des échanges dans le groupe, de l'ampleur et de la sensibilité de leur trouble, plus profondes qu'elles ne l'imaginaient. Cette prise de conscience les a motivées à agir. Joannie, pour sa part, a confié que les connaissances expérientielles de ses paires ont eu un impact sur son raisonnement personnel, qui a évolué au fil du projet, face à l'importance de sensibiliser les autres autour de soi sur les enjeux d'intérêt. Pour Claire, les discussions portant sur la conception du rétablissement lui ont appris à reconsidérer sa propre conception. Puis, Anne a développé sa compétence de *leader* dans le cadre du groupe, force qui lui a été attribuée par les

membres. Ces apprentissages pourront leur être utiles dans leur vie respective, à l'extérieur du groupe. L'acquisition de nouvelles compétences s'est également traduite par la mise en place d'objectifs personnels au début du projet, qui ont été atteints à sa clôture. Par exemple, pour Violette, la journée du mercredi, soit la journée des rencontres de groupe, est devenue symbole de repos pour son corps, c'est-à-dire qu'elle s'est donnée pour objectif de ne pas pratiquer l'exercice physique habituel qu'elle s'imposait. À la fin du projet, elle a évalué positivement l'atteinte de son objectif et elle était fière de pouvoir maintenir celui-ci à l'avenir. Pour Sophia, qui a réussi son défi, soit de respecter la prise des trois repas par jour, elle a maintenant l'intention de tendre graduellement vers une alimentation intuitive. La troisième composante de l'*empowerment* individuel selon Ninacs (2008) est celle de l'estime de soi, qui se produit par la reconnaissance de ses propres qualités et habiletés permettant l'atteinte d'objectifs personnels et collectifs. Nous avons observé, chez certaines participantes, l'augmentation de l'estime de soi lors de l'activité sur les forces du groupe. En effet, certaines ont été agréablement surprises des forces qui leur étaient attribuées par leurs paires, ce qui a favorisé leur estime personnelle et a eu un impact positif sur leur participation et leur engagement au projet. Violette a confié, lors de l'entretien post-groupe, avoir pris conscience de ses qualités suivantes : courageuse, résiliente et pas peur de l'engagement. De plus, certaines se sont rendu compte, au cours du projet, de leur évolution personnelle face au rétablissement du trouble alimentaire, ce qui a contribué à l'augmentation de leur estime personnelle. Puis, la conscience critique est la dernière composante primordiale de l'acquisition de l'*empowerment* (Ninacs, 2008). Comme il a été souligné en début de chapitre, les partages des connaissances expérientielles entre les femmes leur ont rapidement permis de comprendre qu'elles ne sont pas seules à vivre les difficultés liées aux troubles alimentaires et aux standards normatifs du corps féminin ainsi que des expériences négatives au contact des services de santé. Elles ont pris conscience que leurs situations communes sont influencées par des idéologies dominantes enracinées dans les structures sociales et médicales ainsi que dans l'organisation des services de santé. Dialoguer en groupe autour de ces enjeux, dans une perspective critique, a amené l'identification et la reconnaissance d'un pouvoir systémique qui prédomine (Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). L'espace du groupe a donc encouragé la conscientisation et la dénonciation de l'oppression exercée par ce pouvoir, facilitant ainsi la réflexion commune sur les stratégies pour y résister (Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Cela a été rendu possible grâce aux étapes préalables essentielles.

Nous avons pu observer l'accroissement du pouvoir d'agir personnel et collectif chez les participantes du groupe, qui leur permettra de contribuer, à leur manière, à un changement social (Morin et Lambert, 2017). La co-construction de recommandations destinées aux services de santé actuels est une première mobilisation pour contribuer à un changement social. Enfin, dans sa lettre bilan, Violette relate ce que le projet de groupe lui a apporté :

Il m'a aidée à mieux analyser la situation complexe. Il m'a poussée à me dépasser et me *challenge*! Il m'a poussé à en parler autour de moi, à ne pas avoir honte à faire de la prévention et de l'information (Violette).

Ce désir d'informer et de sensibiliser, qui allume plusieurs des femmes participantes au projet, est devenu de plus en plus puissant dans le groupe. Nous verrons, à la dernière partie du chapitre, la manière dont cet engagement chez les femmes constitue une résistance.

Maintenant, cette partie du chapitre portera sur les différentes stratégies de résistances au pouvoir réfléchies et mises en place par les femmes du groupe. Dans un premier temps, les moyens de résistances aux paradoxes des normes de beauté seront explorés. Dans un deuxième temps, nous exposerons les stratégies d'émancipation à l'égard de la culture du bien-être instaurées par les femmes. Enfin, il sera question des stratégies de résistances aux pratiques de santé reproduisant des violences. L'acquisition de moyens de résistances contribue, à son tour, au développement de la conscience critique et de l'*empowerment* chez les femmes.

5.2.1 Résister aux paradoxes de la féminité

Il a d'abord été question des moyens de résistances aux standards de beauté imposés par la culture stéréotypée occidentale, et donc, à la violence symbolique sous-jacente. Les femmes ont convenu qu'oser parler de ces idéaux et les dénoncer est un premier pas pour favoriser la sensibilisation et la conscientisation des individus. L'espace de ce groupe a été considéré comme un lieu privilégié pour échanger sur ce thème et où les apprentissages et prises de conscience effectués pourront être transférés dans la vie sociale de chacune des membres du groupe. Il est effectivement important pour certaines femmes du groupe de partager leurs connaissances, opinions et expériences sur le sujet avec leur entourage, voire avec la communauté plus large, en sensibilisant les gens aux normes de beauté strictes et aux impacts de ces dernières sur les femmes ainsi qu'en déconstruisant

les certitudes surfaites. Pour d'autres participantes du projet, il s'est avéré crucial de pousser leur réflexion personnelle sur leurs propres standards de beauté par rapport à ceux imposés culturellement depuis leur enfance.

En complément, il a été jugé puissant de dévier des normes de beauté imposées et de la féminité, de les confronter et de s'y opposer en expérimentant différentes alternatives. Les femmes ont, notamment ressorti la pilosité, l'exposition de bourrelets et d'un ventre gros ainsi que le port de vêtements larges et confortables comme des moyens de résistances aux standards de beauté normatifs. La façon dont les femmes négocient avec les injonctions des normes de beauté fait preuve de résistances (Godin, 2016; Piazzesi, 2023). Cette discussion a permis aux femmes de réfléchir aux manières de se réapproprier leurs corps de manière saine et bienveillante. Bien que le corps soit un lieu de contrôle et d'assujettissement, comme il a été question dans l'analyse précédente, celui-ci est également un lieu de résistance (Frigon, 2000). Les corps des femmes du groupe sont donc des lieux de résistances, comme en témoigne cette phrase marquante écrite par Claire au courant du projet :

[...] Une fois ou l'autre ça m'avait aidé d'essayer des trucs moulants et de me confronter au « pire » (pas rentrer le ventre et qu'il se voit), je sais c'est *full* superficiel mais j'étais jeuune, *pis* le *feeling* est fou, ce truc féministe de « *ben* ouais c'est ça un corps de femme moulé », je trouvais ça vraiment *empowering*! [...] (Claire).

Le corps des femmes peut donc être un symbole de pouvoir vis-à-vis les nombreux dispositifs de contrôle sous-jacents aux représentations stéréotypées du corps féminin. En effet, selon Grosz (1992), les corps peuvent devenir un lieu de luttes et de résistances où ceux-ci inscrivent leurs marques sur les pratiques.

Finalement, il a été constaté que les femmes éprouvaient le même désir d'encourager l'inclusion et la visibilité de la diversité des corps dans la société. Une partie du groupe souhaite prendre part aux récents mouvements sociaux faisant la promotion de la diversité corporelle. Cette forme de résistance fait écho à la définition de Fournier *et al.* (2016) sur le concept, provenant du cadre conceptuel. Cette définition souligne que la résistance s'inscrit à la fois dans une démarche individuelle et collective, mobilisant à la fois le corps et l'esprit (Fournier *et al.*, 2016). Ainsi, l'engagement aux mouvements sociaux de la diversité corporelle nous apparaît comme une

résistance à la fois corporelle et sociale, impliquant chaque individu, surtout la femme, mais également toute la collectivité dans son entièreté. Un sentiment d'espoir unissait le groupe face aux changements et à l'évolution des injonctions de beauté qui se dessinent tranquillement dans la collectivité. Violette a alimenté ce sentiment d'espoir en employant une métaphore pour illustrer que les changements sociétaux sont possibles grâce aux différentes actions et luttes individuelles et collectives : « Pour moi, c'est comme une vitre de glace. Je viens taper un tout petit peu dedans, faire un petit impact. Si tout le monde fait des mini impacts, au bout d'un moment, la vitre va exploser » (Violette).

5.2.2 S'émanciper de l'idéologie bien-être

Le groupe a poursuivi le processus réflexif sur les moyens de résistances à instaurer pour s'affranchir de certaines normes de société dont il a été question plus haut. En effet, malgré les fortes pressions découlant de la culture du bien-être, il a été observé que les femmes ont un désir puissant d'émancipation face aux nombreuses injonctions, parfois contradictoires. Les tensions entre cette culture et ce qui habite et anime les femmes, en tant que personne unique, mais également en tant que collectivité, les poussent à résoudre ces tensions en s'affranchissant de celles qui exercent un pouvoir.

Dans le cadre du projet, elles avaient l'espace pour être à l'écoute de leur discours identitaire personnel en dépit des voix issues des discours experts. Les participantes ont d'abord fait remarquer que les injonctions de la société ne leur appartiennent pas, mais que celles-ci sont plutôt intériorisées, souvent tôt dans l'enfance, et donc, qu'il est possible de s'en désapproprier. Cette première stratégie permet une résistance à la violence symbolique, qui produit ses effets par l'adhésion aux normes sociales dominantes (Landry, 2006). Elles ont également pris le temps, à plusieurs reprises au courant du projet, de remettre en question et de déconstruire des certitudes surfaites provenant des discours dominants, par exemple, l'association péjorative attribuée à certains aliments et à certains corps. Cette seconde stratégie de résistance concorde avec celle qui est évoquée par Bourdieu, qui consiste à soumettre une critique face aux réalités sociales qui semblent évidentes et naturelles dans la société (Landry, 2006). Les femmes ont effectivement refusé de considérer les idéologies dominantes entourant le corps et l'alimentation comme détentrices de la vérité absolue. Cette stratégie favorise la production de nouveaux savoirs, soit des

connaissances alternatives au savoir expert provenant des discours dominants (Foucault, 1980; Hill Collins, 2016; Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Effectivement, la déconstruction d'un savoir expert permet de construire un savoir alternatif, qui correspond plutôt aux réalités des femmes (Hill Collins, 2016; Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Cette stratégie s'inscrit directement dans une perspective d'*empowerment*, selon Roy et Pullen-Sansfaçon (2016). Nous pouvons donc dire que le groupe s'émancipe en produisant un contre-discours.

De plus, pour certaines femmes du groupe, il s'avérait opportun d'être davantage à l'écoute des signaux et des besoins de leurs corps. Notamment, pour Violette, il devenait important d'être à l'écoute de son corps lors d'un état de fatigue, et ainsi, de s'abstenir de pratiquer le yoga ou la marche même si le sport était prévu à l'horaire. Pour Anne, la course, qui représentait un sport pour lequel la discipline, la performance et la comparaison étaient de mise, est devenue, avec le temps, une activité à pratiquer sans se soucier des nombreux paramètres. En effet, elle a mentionné au groupe ne plus calculer la distance parcourue, ni la durée, ni son rythme lors des sorties de course. Puis, unanimement, les participantes souhaitent laisser plus de place à la spontanéité dans leur quotidien dans le but de briser certaines règles et de s'émanciper d'une rigidité et d'un contrôle sur plusieurs sphères de leur vie. Tout au long du projet, plusieurs participantes se sont mises à l'épreuve face à ce défi, que ce soit par la réalisation de sorties improvisées avec des amies, par la planification de voyages ou par l'acceptation de l'imprévu concernant la bouffe. En s'inspirant du modèle d'aide mutuelle, la dynamique de « l'expérimentation de façons d'être et de faire » semble avoir émergé au sein du groupe, s'étendant ainsi à l'extérieur de celui-ci (Steinberg, 2008). De cette façon, les femmes ont échangé des outils pratiques pour résister et s'affranchir de la culture de performance qui prône les normes de contrôle, de rigidité, de performance et de comparaison.

Pour terminer, puisque le groupe a souligné l'importance de prendre soin de soi, il a réfléchi à une manière bienveillante de composer avec la culture du bien-être et son industrie. Les participantes ont donc déterminé qu'il est nécessaire de trouver un équilibre sain entre les pratiques à la mode et capitalisées du régime bien-être et celles pouvant réellement leur apporter un bien-être. Il s'est avéré que ces pratiques sont différentes pour chacune des femmes et évoluent dans le temps, ce qui fait du sens, puisque le bien-être nous apparaît maintenant comme étant subjectif et dynamique.

5.2.3 Lutter contre les pratiques de santé reproduisant des violences

Les femmes ont eu une réflexion critique sur la culture toxique dans laquelle s'inscrivent des pratiques de santé, ce qui a permis de mettre en commun leurs stratégies de résistances aux pratiques pouvant leur causer préjudice. En effet, les stratégies de résistances développées, ou qu'elles envisagent mettre en place, sont en réponse à la relation de confiance fragilisée envers les services de santé dont les femmes font l'expérience. Ce travail avait donc pour but de favoriser la conscience critique des participantes du projet, leur émancipation ainsi que leur reprise de pouvoir à l'égard des violences institutionnelles perpétuées dans les pratiques de santé.

Il a d'abord été établi que d'être informée et éduquée sur le sujet, que ce soit à propos des droits des patientes ou bien des ressources d'aide alternatives qui sont disponibles, est la première stratégie de résistances à adopter. Les participantes ont également proposé des moyens à mettre en place lors des consultations médicales. Des membres ont partagé l'idée d'être accompagnée par une personne de confiance lors des rendez-vous médicaux et de se préparer en organisant ses questions. Nous avons ajouté qu'il est dans leur droit, en tant que patiente, d'enregistrer les consultations au besoin. D'autres participantes ont mis l'accent sur l'importance de communiquer ses limites aux professionnel·le·s de la santé, par exemple, en refusant d'être pesée lors des consultations médicales ou en refusant de voir le poids affiché sur la balance. Dans son chapitre portant sur les résistances à la violence des institutions psychiatriques, Lise Demailly (2011) fait la distinction entre les résistances individuelles et celles collectives. La première tactique individuelle abordée par Demailly (2011) est la contestation, qui semble concorder avec la stratégie de résistance émise par les participantes. Ensuite, pour certaines femmes, il est jugé important de remettre en question les raisons sous-jacentes l'utilisation de pratiques ou de méthodes employées par le corps médical, comme la pesée et l'IMC. Elles ont ajouté la pertinence de poser des questions sur les avantages et les risques associés à certaines pratiques de santé et médications, telles que la chirurgie bariatrique et l'Ozempic®, tout comme les alternatives existantes. L'adoption de cette stratégie permet le développement d'une compréhension plus éclairée chez les femmes, ce qui facilite, par la suite, la prise de décision et de pouvoir chez elles. Le groupe a reconnu l'importance de prendre l'initiative de poser des questions afin d'obtenir des informations, parfois essentielles, considérant les lacunes dans le système de santé actuel. Toutefois, quelques participantes ont exprimé ressentir un stress et une pression lors des consultations médicales, ce qui compromettrait

leur confort à poser des questions ou à remettre en cause les méthodes médicales, recommandations et prescriptions proposées. Le groupe s'est alors soutenu mutuellement en validant que les stratégies de résistances adoptées doivent être adaptées aux capacités de chacune. Nous avons donc encouragé les femmes à développer des moyens de résistances en fonction de leurs besoins, de leurs volontés et de leurs capacités actuelles, tout en soulignant que ces stratégies peuvent évoluer au fil du temps en fonction de divers facteurs propres à leurs parcours de vie.

Dans une perspective de dénonciation, l'action de partager ses connaissances, en diffusant de l'information, en racontant son histoire et en dénonçant, est considérée comme un moyen efficace d'affranchissement pour les participantes du projet. Foucault (1980) reconnaît l'importance des connaissances dans la résistance au pouvoir, individuelle et collective, à l'égard des groupes experts. L'acte de dénoncer une pratique médicale jugée préjudiciable ou bien un comportement inadéquat de la part d'un membre œuvrant dans le domaine de la santé, notamment dans le cadre de ce projet, constitue une résistance à la violence institutionnelle mise en place par les membres. Demailly (2021) conçoit cette forme de résistance comme une résistance collective. Elle soutient que les associations ou les petits collectifs, notamment, agissent comme de « nouveaux » acteurs alliés et efficaces pour contribuer à une amélioration des pratiques. Ainsi, nous avons rappelé au groupe la possibilité et l'utilité de porter plainte aux commissaires aux plaintes des institutions et aux ordres professionnels, que ce soit le collège des médecins, l'ordre des infirmières ou contre toute autre personne régie par un ordre professionnel. Nous avons informé les femmes qu'une plainte portée à un ordre professionnel peut entraîner une action punitive tandis qu'une plainte portée à une institution, par exemple un hôpital, entraîne plutôt une modification des pratiques institutionnelles.

Puis, les participantes étaient d'accord pour dire que l'action de sensibiliser les professionnel·le·s de la santé aux troubles alimentaires et aux effets néfastes de la culture stéréotypée du corps, notamment en partageant leurs histoires et leurs savoirs, constitue un moyen puissant de résistances face aux pratiques de santé jugées préjudiciable. Cette stratégie nous apparaît idéale pour transmettre des connaissances alternatives, issues des savoirs expérientiels des femmes, à un groupe détenant un savoir dit expert (Foucault, 1980; Hill Collins, 2016; Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). Cette résistance favoriserait ainsi le rétablissement d'un équilibre dans les rapports de pouvoir (Foucault, 1980).

Enfin, l'espace de ce groupe a été considéré comme un lieu privilégié pour échanger sur des pratiques de santé jugées problématiques et sur les moyens d'y résister. Par conséquent, créer des espaces de discussions autour des savoirs expérientiels, comme pour ce projet, et y participer augmentent le pouvoir d'agir (Le Bossé *et al.*, 2006), et favorisent ainsi la lutte et l'émancipation des femmes face aux pratiques de santé perpétuant des violences institutionnelles.

5.3 La communauté d'entraide comme outil de résistances féministes

Avant de conclure la discussion des résultats du projet, nous ne pouvons passer sous silence la belle communauté d'entraide qui s'est formée entre les femmes composant le groupe. Au fil des semaines qui ont marqué le projet de groupe d'*empowerment*, nous avons eu le privilège d'assister à la création d'un petit collectif, composé de huit femmes possédant chacune et toutes l'expertise, les compétences et les ressources pour mener à terme un projet s'inscrivant dans une visée d'action sociale. Dans cette section du chapitre, nous aborderons le processus qui a précédé la création de ce collectif d'entraide féminin.

5.3.1 Aide mutuelle

Le travail social de groupe, inspiré du modèle d'aide mutuelle, a joué un rôle déterminant dans l'atteinte de cette finalité. Nous avons pu observer l'émergence de plusieurs dynamiques d'aide mutuelle dans le groupe : la proximité, le soutien mutuel, le partage d'informations et d'idées, l'expérimentation de nouvelles façons de faire et d'être, la discussion de sujets tabous et la force du nombre. Ces dynamiques ont eu une incidence positive tant sur les femmes que sur le groupe dans son ensemble.

D'abord, tel qu'il a été mentionné en début de chapitre, une confiance s'est établie rapidement dans le groupe, à la suite d'une prise de conscience commune par les femmes. Le fait qu'elles vivent des situations de vie communes et qu'elles partagent les mêmes émotions et besoins a favorisé la proximité entre les participantes. Cette observation fait écho au phénomène d'aide mutuelle « Toute dans le même bateau » (Steinberg, 2008; Berteau et Warin, 2014). Cette proximité a été ressentie particulièrement en début de la quatrième rencontre de groupe, lors d'un dévoilement d'un moment agréable pour Anne :

Moi, il y a quand même eu un gros événement. Juste pour vous mettre en contexte, ça faisait deux ans et demi que je n'avais pas eu mes règles, pis s'est arrivé jeudi (rires de joie). *Ouin*, ça a été un gros *ouf*! J'étais tellement, mais tellement contente. J'ai *capoté*. [...] (Anne).

Onnh wow!! (pleurs) (Violette).

Tu es touchée? (Intervenante-chercheure)

Oui parce que moi j'ai tellement hâte que ça revienne. C'est un truc que j'attends, moi ça fait deux ans aussi et je travaille dur pour que ça revienne. [...] Bravo! Ça motive. [...] C'est touchant! (pleurs) (Violette).

Dans les semaines qui ont suivi, Violette a fait part au groupe que ce dévoilement représentait un moment phare pour elle dans le groupe. Elle disait ressentir de la joie pour Anne. La proximité entre les femmes a créé une cohésion de groupe où le soutien mutuel entre elles primait sur tout le reste. Il est arrivé, à quelques reprises, qu'une des membres arrivent à la rencontre dans un état de tristesse. Il était primordial pour le groupe de prendre le temps de se soutenir mutuellement. Notamment, à la neuvième semaine, Claire a été transparente avec le groupe en soulevant qu'elle se sentait déprimée en raison de différents facteurs, mais principalement parce que le trouble alimentaire, et l'objectif du rétablissement, prenait une grande place dans sa vie et tendait à l'isoler. Elle a confié au groupe avoir besoin de support et d'un gros câlin. Le groupe a été d'un soutien pour Claire, en lui posant des questions de clarification, lui reflétant ses émotions et lui proposant des pistes de réflexion et outils à mettre en place en fonction du propre vécu des participantes. Voici un extrait de l'échange entre les femmes pour soutenir Claire :

Il y a la période où physiquement ça va mieux. Il y a ensuite la période de transition. Ça prend du temps [...] (Violette).

J'ai comme l'impression aussi qu'on veut tellement cacher le trouble, on dirait qu'on le tasse un peu sous le tapis au lieu de vivre l'émotion qu'on a à vivre. [...] Peut-être vaut mieux le vivre ce bout *rough* et chiant, mais après ça va aller tellement mieux (Joannie).

Oui c'est ça. Moi, pour avoir vécu un processus semblable, de mettre ma vie sur pause à 100 %, j'étais à l'hôpital, toutes mes amies étaient à l'université. [...] Ça a été

extrêmement, extrêmement difficile, mais à chaque fois j'essayais de me rattacher à l'espoir. Ok là c'est *tough* mais c'est sûr que ça va aller mieux éventuellement. [...] Quand tu vas mieux physiquement et ton corps a eu le temps de reprendre du mieux, c'est de s'exposer un petit peu par petit peu et d'aller à des activités. [...] Si ça peut te donner espoir, moi ça va faire un bon bout, ma vie est repris. J'ai réussi à me rattacher à plein d'éléments, pis c'est ça qui créer mon identité, mais sans retourner dans des éléments de performance, mais c'est sûr c'est de l'essai-erreur. [...] Je suis sûr que tu vas retrouver des choses auxquelles tu peux t'accrocher et de les redécouvrir sous un nouvel angle et de t'entourer de gens qui te font du bien. [...] Il faut vraiment se rattacher à l'espoir [...] (Anne).

Si je peux rajouter, je me reconnais aussi dans ce que tu dis. À un point dans ma vie ça allait vraiment mal, en dépression... L'espoir c'est vraiment ça la clé, moi ce qui m'avait aidé, je ne sais pas si c'est un truc qui va vous parler, et te parler, mais quand j'avais une petite brèche où ça allait bien, je notais quelque chose que j'aimais : « Ah mon café est tellement bon, j'aime ça prendre un café c'est vrai ». Comme quand ça va mal, j'avais quelque chose à retourner : « *Eille* c'est vrai j'aime ça la vie finalement, j'ai une petite liste de choses que j'aime ». [...] (Maryse).

L'espoir soulevé par Anne et Maryse a mis un baume sur le cœur du groupe. Les expériences communes vécues par les femmes ont ainsi permis à Claire de bénéficier d'un processus de résolution face à sa situation difficile, et ce, à l'aide des connaissances expérientielles de ses paires. Puis, Violette a par la suite proposé à ses paires de se voir à l'extérieur du groupe pour prendre soin les unes les autres lors de moments plus difficiles.

De plus, le climat sécuritaire établi dans le groupe a été favorable à l'expérimentation de nouvelles façons de faire et d'être pour une majorité des participantes du groupe. Notamment, au courant du projet, les membres se sont chacune lancées un défi à réaliser avant la fin du projet. À la dernière rencontre de groupe, il a été bénéfique pour les femmes de prendre conscience qu'elles avaient accompli leurs défis. Par exemple, Claire a exprimé de la fierté pour avoir maintenu les apprentissages acquis dans une clinique spécialisée en troubles alimentaires, notamment le respect des trois repas et des collations quotidiens. De son côté, Léa se disait fière d'avoir relevé le défi de cuisiner un repas par semaine.

Enfin, les nombreux échanges entre les femmes autour d'enjeux, qui sont encore tabous dans la société, ont contribué à l'atteinte des objectifs du groupe et de son projet. Les participantes étaient en accord pour dire que de discuter collectivement des troubles alimentaires et des thèmes connexes

permet la validation et la normalisation du phénomène qui touche un nombre important de personnes. Par ailleurs, la dénonciation des expériences négatives vécues au contact des pratiques de santé et dans un contexte de représentations stéréotypées du corps féminin a encouragé les femmes à s'ouvrir sur leurs propres expériences, qui se sont avérées communes en grande partie. De cette manière, l'échange de savoirs expérientiels sur les violences symboliques, institutionnelles et structurelles a engagé le groupe vers une démarche critique.

Il nous apparaît donc que l'émergence de ces dynamiques d'aide mutuelle est la cause et la conséquence des bienfaits du groupe (Steinberg, 2014). En effet, d'une part, l'aide mutuelle a permis au groupe de développer un engagement, un sentiment d'appartenance et une solidarité favorisant l'atteinte de ce projet. D'autre part, cette force du groupe a été possible grâce à la participation active, l'engagement et le sentiment d'appartenance des femmes composant le groupe. De cette manière, cette force a favorisé la mise en place d'un groupe qui s'apparente au modèle autogéré. C'est ce que nous verrons dans cette dernière partie du chapitre.

5.3.2 Engagement, sentiment d'appartenance et solidarité

La mise en place d'un projet co-construit, où le pouvoir est réparti de manière horizontale entre les membres et nous-mêmes, a donné lieu à une forte participation et engagement de la part des femmes du groupe (Steinberg, 2014; Pullen Sansfaçon et Ward, 2017). Les participantes ont fait preuve de confiance et d'engagement en s'impliquant activement dans le processus de groupe et dans l'expérimentation du projet. Le groupe, formé des huit participantes, est resté tel quel du début à la fin du projet. Cet engagement a, notamment pu s'observer par la flexibilité d'inclure Joannie jusqu'à la toute fin, malgré sa distance physique. Pour Joannie, tout comme pour le groupe, il était important qu'elle poursuive son implication au projet malgré son départ pour les États-Unis. De cette manière, elle a pu participer, via Zoom, aux dernières rencontres de groupe. Cette adaptation du groupe révèle une force du nombre où le groupe se perçoit plus fort avec la présence de chacune des membres (Steinberg, 2008; Berteau et Warin, 2014). En effet, les participantes ont reconnu que la présence de toutes était importante, puis que cet engagement était un élément phare du projet. Sophia s'est dit fière de s'être engagée autant.

Au fil des semaines, des rôles se sont créés dans le groupe en fonction des forces de chacune. Ces rôles ont été davantage explicités dans les discours des participantes à partir de la mi-parcours. Certaines étaient perçues comme étant les *leaders* au niveau de la structure du groupe. D'autres avaient pour rôle l'écoute active et le support émotionnel dans le groupe. Puis, certaines s'assuraient de maintenir le climat de légèreté et d'humour qui était apprécié par le groupe. De plus, selon Flora, les connaissances de chacune des membres apportaient sa plus-value dans le groupe, ce qui rendait le groupe fort.

Cette force dont parle Flora s'apparente au sentiment d'appartenance et de solidarité dont nous avons pu faire l'observation. Regrouper les participantes autour de leurs expériences liées aux troubles alimentaires et de celles au contact des pratiques de santé et face aux standards stéréotypés concernant le corps féminin a permis de solidariser et collectiviser leurs expériences. En effet, en se réunissant autour de causes communes, les femmes ont pu s'entraider collectivement, plutôt que de tenter de régler leurs problèmes de manière individuelle. Cette contribution favorise la mise en place d'un groupe qui résiste aux structures dominantes en suscitant des changements sociaux (Ninacs, 2008; Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016).

La synergie entre les participantes s'est d'ailleurs manifestée au-delà du cadre du groupe, donnant naissance à de nouvelles amitiés. Les participantes ont pu compter les unes sur les autres dans des moments plus difficiles, même à l'extérieur du groupe. En effet, la création d'un groupe Messenger regroupant chacune des membres a favorisé la poursuite des échanges, la conscientisation, l'*empowerment* et l'aide mutuelle à l'extérieur du groupe. Nous avons eu la chance d'être témoin de ce processus jusqu'à la fin du projet, suite à quoi, nous nous sommes retirées du groupe Messenger. Nous étions en toute confiance de laisser le groupe voler de ses propres ailes puisque nous avons pu faire le constat, au fil de l'avancement du projet, d'une transformation au sein même de celui-ci. Effectivement, le travail en partenariat a favorisé la mise en place des rôles sociaux dans le groupe qui, à son tour, nous a permis de déléguer graduellement les tâches concernant la structure et le fonctionnement du groupe. Comme il est soutenu par Pullen Sansfaçon et Ward (2017), cette autonomie permet au groupe de prendre plusieurs décisions concernant les conditions de réalisation du projet. Puisque ceci était souhaité de notre part, nous avons proposé aux femmes d'organiser un *brainstorming* (Annexe O), à la sixième semaine, autour d'un besoin commun qui avait émergé au courant du projet, soit le besoin de sensibiliser les gens. Une cible commune a

effectivement émergé du groupe de femmes puisqu'elles ont soulevé le besoin et la volonté de sensibiliser et conscientiser autour d'elles à propos du phénomène des troubles alimentaires et les enjeux sous-jacents. En liant les difficultés individuelles à celles collectives, une solidarité s'est créée dans le groupe afin de susciter des changements d'ordre social (Ninacs, 2008; Roy et Pullen-Sansfaçon, 2016). De cette manière, les membres ont apporté une variété de réflexions autour de la cible commune afin de mettre en place un projet d'action sociale s'inscrivant à l'extérieur du groupe. La solidarité et la collaboration entre les participantes ont permis l'apparition de l'idée d'un balado comme projet. Le groupe s'est donc graduellement développé vers un groupe inspiré du modèle autogéré, où notre rôle a évolué vers l'accompagnement du processus de cette cible commune (Pullen Sansfaçon et Ward, 2017). Vers la fin du projet d'intervention, les membres ont pris la décision de poursuivre leur engagement mutuel et de maintenir cette communauté d'entraide féministe de manière autogérée. Puis, considérant l'ampleur de la tâche que le projet balado implique, les participantes étaient toutes en accord pour se laisser d'abord le temps d'apprivoiser la nouvelle formule du groupe sans notre présence. Ainsi, elles ont convenu de poursuivre les réunions de manière informelle, où le groupe Messenger servirait, notamment à l'organisation des réunions. Restons à l'affût, le projet balado pourrait éventuellement voir le jour, qui sait.

En conclusion de ce chapitre, il nous apparaît primordial de faire la démonstration de la résilience et de la puissance qui caractérisent ces femmes que nous avons côtoyées pendant plus de trois mois.

Flora a écrit ceci dans sa lettre bilan du projet :

[...] Ces femmes, si fabuleuses, ont des bagages si différents et si pareils à la fois. Elles détiennent toutes cette force intérieure, ce courage, et au fil des rencontres, je vois bien qu'elles souhaitent le libérer. Ce sera mon plus grand souhait pour chacune. Bien que mon cheminement ne soit pas terminé, ces rencontres m'auront permises de comprendre davantage plusieurs éléments. Forte de ces rencontres, je me suis aussi nuancée dans mes propos à la prise de conscience des histoires de chacune. Tout n'est pas blanc ou noir. En contrepartie, je demeure convaincue que l'accès aux services, aux soins, à l'accompagnement et surtout à l'inclusion, doit être mieux adapté, mieux compris, mieux communiqué. Des professionnels doivent être formés pour les TCA précisément, sans perdre de vue toutes les ramifications de la santé mentale. Plus que jamais, ce combat demeure important pour moi et je poursuivrai ma route avec ce flambeau bien haut, avec cette volonté inébranlable de briser les tabous et de poursuivre mes lectures pour m'appropriier encore mieux les concepts. Mon implication, je la poursuis avec ce merveilleux groupe de soutien et malgré leur qualificatif de « mère du

groupe », j'ai autant cheminée que toutes et chacune a une place importante dans mon cœur et comme maillon solide dans ma voie vers le rétablissement (Flora).

Les mots de Flora exposent le solide lien de confiance, le sentiment d'appartenance et la solidarité qui ont été créés entre les femmes du projet. Ces principes font preuve de la mise en place d'une intervention sensible à l'approche féministe (Corbeil et Marchand, 2010). Flora met également en lumière la conscientisation et l'*empowerment* qui se sont développés chez elle ainsi que chez le groupe. Cet *empowerment* est important pour permettre la résistance et la lutte contre les différentes formes de violence (Corbeil et Marchand, 2010). La mobilisation de Flora et de ses paires illustre la résistance qui anime ces femmes faisant cause commune, ce qui nous indique que le projet surpasse nos attentes.

CONCLUSION

Par ce mémoire de maîtrise, nous cherchions à mettre en lumière et à dénoncer les expériences de violences vécues par les femmes vivant avec les troubles alimentaires au contact des pratiques de santé et face aux représentations stéréotypées du corps féminin. Comme il a été vu au premier chapitre, un contrôle social et médical des corps féminins touchés par le phénomène des troubles de l'alimentation est exercé par les standards normatifs entourant l'apparence du corps et dans les pratiques de santé. Différentes formes de répression et d'oppression qui marquent ce contrôle ont été exposées au fil de la problématique. Le projet d'intervention sous-tendant ce mémoire souhaitait donc réfléchir aux effets de la prise en charge de ces femmes par les deux structures suivantes : les pratiques biomédicales et les normes culturelles. Puis, ce projet était porté par un fort intérêt envers les stratégies de résistances aux violences mises en place par ces femmes et pouvant être instaurées dans le futur.

Le projet d'intervention s'est basé sur la conceptualisation des violences autour du corps, soit celle institutionnelle, symbolique et structurelle, pour comprendre le contrôle social et médical sous-jacent aux standards normatifs entourant le corps féminin et aux pratiques de santé biomédicales. Les corps des femmes étaient considérés comme étant à la fois un lieu de contrôle et de résistance. Puis, la parole et les savoirs expérientiels de ces femmes étaient perçus comme un moyen de résistance symbolique à l'égard des violences autour du corps dont il est question dans ce mémoire.

Nous avons mis sur pied un projet d'intervention en travail social de groupe fondé sur une perspective d'*empowerment* et inspiré du modèle d'aide mutuelle, dans le but d'offrir aux femmes vivant avec les troubles alimentaires un espace sécuritaire de partages de leurs savoirs expérientiels autour de leurs vécus et perceptions des violences potentielles reproduites par les institutions de santé et la culture stéréotypée autour des corps féminins. Le projet de groupe, s'échelonnant sur une durée de douze semaines, s'est déroulé au courant du printemps 2023, avec le soutien de l'organisme communautaire ANEB, auprès de huit femmes touchées par le phénomène. Ce projet a été co-construit avec les participantes, par l'instauration d'un pouvoir égalitaire entre les membres et d'une participation démocratique à toutes les prises de décisions concernant la structure et le processus de groupe. Il était souhaité, par ce projet, de favoriser l'engagement, la conscientisation

et le pouvoir d'agir personnel et collectif des femmes participantes ainsi que l'aide mutuelle entre elles.

En guise de conclusion, nous présenterons d'abord les principaux apports du projet et de son mémoire. Ensuite, les limites du projet et les pistes de recherche futures seront soulignées. Enfin, nous soulèverons les pistes de réflexion et les recommandations destinées aux pratiques de santé, qui ont émergé de ce projet.

Le projet d'intervention de groupe s'est avéré réussi et apprécié par les participantes pour différentes raisons. Nous avons également pu faire le constat de nombreux bénéfices pour le groupe de femmes. Enfin, ce projet représente, à notre avis, une contribution importante pour la recherche portant sur les expériences de violences vécues par les femmes touchées par les troubles de l'alimentation ainsi que pour l'intervention auprès de cette population.

D'abord, rappelons que la problématique des troubles alimentaires est « pathologisée » et « individualisée » par le modèle biomédical qui, à son tour, influence les pratiques de santé destinées à la population touchée par les troubles de l'alimentation. À la différence de ce modèle, il était primordial que le projet se penche sur le phénomène à l'étude par l'intermédiaire de la perspective du travail social. Dans le cadre du projet, les troubles alimentaires étaient donc considérées comme étant un problème de société et non comme une pathologie individuelle. Il a d'ailleurs été répété par les participantes qu'il était particulièrement apprécié que le groupe puisse aborder le phénomène des troubles de l'alimentation et les enjeux connexes sous un angle social et critique. Cette approche a permis aux femmes de se distancer de l'identité simpliste de malade et de la responsabilisation face au trouble, dont elles ont l'habitude de vivre. Au sein du lieu sécuritaire créé par le projet de groupe, les femmes ont également pu s'opposer à l'étiquette de déviante qui leur est accolée par les structures sociales. Elles ont ainsi développé, en groupe, des stratégies de résistances pour faire face à l'individualisation et à la pathologisation des troubles alimentaires dans le milieu médical.

Ensuite, il a été contribuable que le projet apporte des connaissances alternatives au modèle biomédical qui est fondé sur une prise en charge experte (Grenier et Bourque, 2014). Comme il a été vu dans ce mémoire, la prise en charge médicale repose sur une relation de pouvoir où la femme

vivant avec un trouble alimentaire est considérée comme une patiente malade et elle est ainsi, subordonnée aux professionnel·le·s de la santé. Les savoirs expérientiels des femmes ont démontré que cette relation d'autorité peut entraîner des expériences négatives au contact des institutions de santé, conceptualisées comme étant des expériences de violence. Les pratiques sociales, étant teintées par le modèle biomédical qui prédomine dans les institutions, s'inscrivent généralement aussi dans ce modèle de prise en charge experte (Grenier et Bourque, 2014). Cela peut contribuer aux difficultés des personnes accompagnées, puisque le soutien offert dépend fortement des ressources disponibles en termes de priorités, la conception du problème et des solutions reviennent à l'aidant·e professionnel·le et, finalement, la personne aidée est maintenue dans une logique d'impuissance face à ses difficultés rencontrées (Le Bossé *et al.*, 2006). Afin de favoriser le pouvoir d'agir personnel et collectif des femmes participantes, il était primordial de mettre en avant-plan l'expertise des femmes. En premier lieu, cet objectif a été atteint grâce à la co-construction du projet avec les participantes, qui s'est manifestée par un pouvoir égalitaire entre les membres, par une participation démocratique aux décisions concernant le projet et par la mise en place de valeurs et règles de conduite déterminées par le groupe. Lors des premières rencontres, nous avons pour rôle d'encourager les femmes dans les prises de décisions et d'assurer un bon fonctionnement du projet. Puis, au fil de la réalisation de ce dernier, nous avons observé un engagement et une participation active chez les participantes, l'émergence d'un système d'aide mutuelle ainsi que l'implantation de normes et rôles profitables au groupe. Les membres ont développé une autonomie pour assurer la structure et le processus du groupe et pour permettre sa continuation, sans notre présence, lorsque le projet a pris fin. En effet, le lien d'appartenance qui s'est développé entre les femmes a permis la mise en place d'une communauté d'entraide qui perdure dans le temps. Nous avons ainsi pu assister à la création d'un groupe se rapprochant du modèle autogéré dont il est question par Pullen Sansfaçon et Ward (2017). En second lieu, l'objectif visant la mise en valeur de l'expertise des femmes s'est avéré répondu grâce à l'importance accordée aux savoirs expérientiels des participantes. En effet, en valorisant les connaissances et les compétences des membres, les relations non hiérarchiques et la distribution d'un pouvoir égalitaire dans le groupe ont été favorisées. Ainsi, les femmes étaient comprises comme les expertes de leurs corps et de leurs vécus, possédant les savoirs à l'égard de leurs difficultés et des solutions possibles. La mise en commun des savoirs d'expériences des membres a favorisé la conscientisation et l'*empowerment* chez les femmes et au sein même du groupe, en tant que communauté d'entraide. Ce partage des

connaissances expérientielles entre les femmes s'est opéré comme un outil de résistances aux violences, puisqu'elles ont pu entreprendre une démarche d'action réflexive, d'abord en reconnaissant qu'elles vivent plusieurs situations communes liées à un problème d'ordre systémique, puis en se mobilisant pour co-construire des stratégies de résistances face aux violences symboliques, institutionnelles et structurelles reproduites par les interventions de santé et les normes corporelles féminines stéréotypées. Cette démarche a favorisé la collaboration entre les femmes dans une perspective de changement également, puisqu'elles ont réfléchi collectivement aux pistes de recommandations destinées aux pratiques de santé actuelles.

Ces deux principaux apports ayant émergé du projet de groupe valident que ce dernier s'inscrit dans une intervention alternative. Cette méthode nous a permis d'accéder à des savoirs qui sont généralement maintenus sous silence. En effet, il a été possible de cerner la violence, autant explicite qu'implicite, vécue par les femmes au contact des institutions de santé ou encore celle commise dans leur quotidien, et ce, par l'intermédiaire des partages des savoirs expérientiels des femmes. Les expériences communes entre les membres se sont avérées précieuses pour cerner cette même violence, en portant une attention particulière aux répétitions dans les discours des participantes. La manière alternative de concevoir un phénomène aussi complexe que les troubles de l'alimentation dans le cadre de ce projet, en évitant de pathologiser et de responsabiliser les femmes, a permis d'ouvrir la voie à des discussions rarement abordées et souvent taboues. Cela a ainsi donné accès à de nouvelles données pertinentes. Les narrations des femmes par leurs propres expériences constituent donc une contribution importante au mémoire afin de représenter, nettement et sensiblement, les différentes formes de violence vécues par la population féminine touchée par les troubles de l'alimentation. La parole des femmes s'est ainsi avérée productrice de sens et de connaissances alternatives à celles qui dominent actuellement dans la recherche et l'intervention. L'individualisation des troubles alimentaires est un obstacle pour mettre en lumière les violences collectives à l'endroit des corps des femmes, et ainsi, pour mettre en œuvre des moyens de résistances et de luttes face à ces violences. Le groupe a donc constitué l'élément clé pour collectiviser les expériences d'oppressions et pour ainsi, accéder aux connaissances permettant de répondre à la question de ce mémoire. Les témoignages, les dénonciations, les stratégies de résistances et la mise en place d'une communauté d'entraide ont contribué à la

production d'un savoir alternatif au savoir expert. Cette contribution nous apparaît fondamentale comme apport de ce mémoire.

Poursuivons avec les limites du projet afin d'ouvrir sur les pistes de recherche futures auprès de cette population. Spécifions d'abord que les résultats présentés ainsi que leur analyse ont dû être synthétisés par souci de concentrer le mémoire autour des éléments introduits dans les premiers chapitres et de répondre à la question initiale. La quantité et, surtout, la richesse des partages qui ont eu lieu durant les douze rencontres de groupe auraient permis la rédaction d'une thèse en explorant une multitude d'aspects touchant notre sujet. L'un des thèmes qui nous est apparu intéressant et sensible est celui de l'intimité et de la sexualité. À la dernière rencontre de groupe, ce thème a été spontanément abordé par les participantes, qui ont manifesté que cet enjeu est confrontant au quotidien. Ce thème n'a pas pu être davantage abordé, pourtant il est apparu très riche. Nous croyons donc à la pertinence que ce dernier fasse l'objet d'une recherche future afin d'explorer le rapport à l'intimité avec soi-même et avec autrui chez les femmes touchées par les troubles alimentaires.

De plus, considérant que toutes les femmes participantes au projet sont blanches, il n'a pas été possible de réfléchir à la manière dont les femmes racisées font l'expérience des troubles alimentaires. Il nous semble essentiel d'explorer cet élément et tout particulièrement les expériences de ces femmes au contact des pratiques de santé et dans un contexte de représentations stéréotypées du corps féminin, qui sont façonnées par un modèle de beauté féminine blanche. Le concept de l'intersectionnalité s'avèrerait approprié pour concevoir la manière dont les idéologies dominantes discutées dans ce mémoire exercent un pouvoir spécifique sur les corps féminins noirs et de couleur (Crenshaw, 1991). Sachant que les expériences de violences symboliques, institutionnelles et structurelles, dont il est question dans ce projet, seraient distinctes dans la population féminine noire et de couleur, une future recherche, se penchant sur l'interconnexion des différentes formes d'oppression serait à notre avis intéressante et complémentaire à ce mémoire. Flynn et ses collaboratrices (2016) soutiennent que l'intersectionnalité est un concept pertinent pour analyser la violence structurelle dont font l'expérience les femmes, ici celles vivant avec les troubles alimentaires.

Ajoutons que l'intersection du genre féminin, pour lequel le projet s'est penché dans le cadre de ce mémoire, n'a pas permis l'exploration des violences commises à l'endroit des hommes et des personnes trans vivant avec les troubles alimentaires. Le concept de l'ordre du genre serait pertinent à intégrer dans une recherche future afin d'approfondir comment celui-ci influence les normes corporelles masculines stéréotypées ainsi que les pratiques de santé auprès des populations masculines vivant avec les troubles alimentaires. Le concept de l'intersectionnalité serait ici également approprié à inclure dans une prochaine étude pour mettre en lumière les expériences uniques vécues par la population trans touchée par le phénomène des troubles alimentaires au contact des structures sociales reproduisant des violences à l'endroit des corps jugés hors norme.

Pour terminer la conclusion du mémoire, il nous apparaît primordial de communiquer les pistes de recommandations co-construites par les membres du projet. En plus des connaissances produites par les femmes, ces dernières se sont mobilisées pour réfléchir ensemble aux moyens de résistances aux violences qu'elles pratiquent déjà et celles à instaurer à l'avenir. Puis, le groupe a collectivement mis en place une résistance aux violences reproduites par les institutions de santé, par une co-construction de pistes d'améliorations destinées aux pratiques de santé, reflétant les besoins communs des femmes composant le groupe, mais également de toute la population touchée par le phénomène des troubles de l'alimentation. Les participantes ont donc proposé des recommandations pour les pratiques de santé générales ainsi que pour les services spécifiques offerts à la population touchée par les troubles alimentaires. Les recommandations ont été recueillies tout au long du projet grâce aux discussions de groupe et lors des entretiens post-groupe avec chacune des membres. Nous soulèverons en plus des pistes de réflexion de manière complémentaire aux recommandations effectuées par le groupe.

D'emblée, les femmes ont partagé le désir commun d'être davantage écoutée et questionnée par le corps médical, autant en ce qui concerne leur santé mentale, leurs habitudes de vie ainsi que leur rapport au corps et au poids. Elles ont dit être consciente que cela prend plus de temps, mais qu'il existe des professionnel·le·s de la santé qui prennent ce temps pour poser des questions, explorer et évaluer de manière bienveillante. Pour elles, cette exploration est significative et amène plusieurs bénéfices, entre autres une relation de confiance envers la personne experte et un sentiment d'humanisation dans les soins. Ensuite, concernant l'enjeu du poids, les participantes se sont opposées à l'utilisation de l'IMC comme indicateur universel du poids considéré santé et

recommandent plutôt que la prise et la perte de poids soient questionnées directement auprès de la personne soignée, soit celle qui devrait être considérée l'experte de son corps. Plusieurs d'entre elles ont soulevé l'importance de bénéficier de services de santé bienveillants et inclusifs, ce qui passe, notamment par une sensibilité à l'égard du poids des personnes. Pour ce faire, il est jugé nécessaire, par les femmes du groupe, que le personnel médical soit davantage formé et sensibilisé sur les thèmes de la grossophobie médicale, la culture des diètes et la culture stéréotypée portant sur les corps des femmes. Les personnes militantes contre la grossophobie dénoncent également que ce problème est de l'ordre de santé publique et qu'il devrait être pris au sérieux dans la prise en charge en santé mentale (ANEB, 2019; Bernier, 2020; Collard, 2021; Harrison, 2021).

En ce qui a trait aux services destinés aux personnes touchées par les troubles alimentaires, les membres du projet partageaient également des opinions communes. Il s'est avéré unanime que l'ajout de formations portant sur les troubles alimentaires et les problématiques connexes aux intervenant·e·s de la première ligne serait bénéfique à bien des égards. Spécifions que la première ligne de niveau de soins au Québec, qui représente 70 % de la demande, sert de porte d'entrée pour offrir des soins et services de santé à toute la population, tels que le diagnostic, le traitement et la réadaptation (AQTN, 2018). Ces services sont offerts par les CIUSSS, les organismes communautaires, les médecins et les autres intervenant·e·s au privé (AQTN, 2018). Selon les participantes, outiller ce personnel de santé favoriserait une amélioration du dépistage et de l'intervention auprès des personnes concernées et, par le fait même, favoriserait également des pratiques de santé bienveillantes et inclusives. Elles pensent aussi que d'outiller ce personnel de santé encouragerait la redistribution des services destinés à cette population spécifique. Grenier et Bourque (2014) et l'OTSTCFQ (2016) sont également d'avis qu'il est nécessaire d'augmenter les services sociaux de la première ligne afin d'améliorer l'accessibilité universelle et de réduire les inégalités observées actuellement dues aux programmes spécialisés qui sont davantage financés et pourtant, plus spécifiques et retraits. Les femmes ont d'ailleurs affirmé avoir besoin d'une offre de services et de ressources d'aide plus grande et plus accessible pour toutes les personnes touchées par les troubles de l'alimentation, même celles ne se trouvant pas aux extrémités des troubles alimentaires ou encore celles ne correspondant pas aux stéréotypes qui y sont associés. Elles sont d'avis qu'une redistribution des services pourrait faciliter la réponse à ce besoin. Ajoutons qu'une répartition plus étendue des interventions ciblées pour les individus vivant avec les troubles

alimentaires favoriserait un désengorgement des services spécialisés dans le traitement de ces troubles, ce qui, du même coup, réduirait les listes d'attente pour les services psychiatriques de deuxième ligne. À cet effet, l'OTSTCFQ (2016) suggère l'article 5 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux du Québec, soit : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur le plan scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée », dans le but de stipuler une demande claire au gouvernement :

À moins de tourner le dos à ces définitions du concept de la santé, l'État doit rapidement réorienter ses actions afin de réduire les inégalités sociales, notamment en garantissant à l'ensemble de la population – et particulièrement aux personnes les plus vulnérables – l'accessibilité à des services sociaux généraux et spécialisés à la hauteur de leurs besoins (p.7).

Selon la perspective du travail social, il est évident que les mesures d'austérité qui prévalent depuis les dernières années ont un impact direct sur les problématiques vécues par la population, notamment en santé mentale, en plus qu'elles ajoutent une pression sur le curatif et sur les services sociaux surspécialisés (OTSTCFQ, 2016).

Ensuite, plusieurs membres du projet souhaitent l'ajout de groupes de soutien en troubles alimentaires centrés sur le développement de l'aide mutuelle et du pouvoir d'agir dans les différentes ressources d'aide. Grâce aux bienfaits découlant du projet, les participantes ont mentionné qu'il est essentiel que les organismes intègrent des projets de groupe semblables à celui-ci dans leur offre de services. De plus, certaines participantes ont dénoncé l'insuffisance des groupes de soutien pour cette population considérant les listes d'attente de l'organisme ANEB entre autres. Quelques femmes ont émis la recommandation de fournir plus de ressources d'aide et de ressources documentaires accessibles aux proches des personnes qui vivent avec les troubles de l'alimentation afin de contribuer à la compréhension du phénomène et au support offert.

Pour finir, il a été suggéré de mettre en place des formations portant sur les troubles alimentaires dans les écoles primaires et secondaires pour le corps enseignant à des fins de prévention. Des participantes ont jugé qu'il serait favorable de former davantage le personnel enseignant afin que celui-ci puisse dépister, intervenir et référer plus rapidement, ainsi que de manière bienveillante. Aussi, plusieurs femmes ont mis l'accent sur l'importance d'accroître la prévention portant sur les

troubles alimentaires et les problématiques connexes dans la société, principalement dans les écoles, les milieux universitaires et les milieux de travail, considérant la forte prévalence des troubles alimentaires. Celles-ci ont suggéré que la prévention soit axée, d'une part, sur la transmission d'informations sur les divers troubles, surtout ceux qui sont plus méconnus, et sur les thèmes de la culture des diètes et des corps féminins, puis d'autre part, sur la déconstruction des stéréotypes associés aux troubles alimentaires. Elles ont reconnu que la prévention permettrait la mise en mots d'une souffrance chez certaines personnes, ce qui favoriserait une demande d'aide de leur part ainsi que le support de la part des proches. Aussi, la prévention pourrait contribuer à une diminution du nombre de personnes touchées par les troubles de l'alimentation. Puis, pour les participantes, la prévention est majeure pour favoriser la connaissance et une meilleure compréhension du phénomène dans la société, ce qui pourrait réduire le jugement des gens à l'égard des troubles alimentaires et surtout, des personnes qui luttent contre ce fléau. Tel qu'il a été vu au chapitre précédent, Grenier et Bourque (2014) dénoncent que la prestation des services est principalement orientée vers le curatif, au détriment de la prévention. L'OTSTCFQ (2016) ajoute que cela cause un « déséquilibre social ». En cohérence avec les demandes des femmes, le domaine du travail social sonne l'alarme afin que le préventif soit mieux financé, et ainsi, valorisé dans notre société (Grenier et Bourque, 2014; OTSTCFQ, 2016). Enfin, sachant maintenant que, pour la majorité des participantes, l'apparition du trouble alimentaire a eu lieu à l'adolescence, il s'avère essentiel d'agir en amont, en priorisant les interventions précoces et les méthodes préventives auprès des jeunes.

Les recommandations proposées par le groupe de femmes s'avèrent en concordance avec celles émises par le domaine du travail social par rapport aux services de santé actuels. Puisque les interventions sociales et de santé sont en constante évolution, il nous semble important de communiquer les connaissances des femmes aux professionnel·le·s de la santé, notamment en travail social, oeuvrant auprès de la population touchée par les troubles alimentaires. En effet, il nous apparaît pertinent de les entendre à cet effet ainsi que sur les changements effectués dans la pratique actuelle. Nous jugeons également utile et complémentaire au mémoire qu'une future recherche se penche sur les discours reproduits par ces intervenant·e·s travaillant auprès des femmes vivant avec les troubles alimentaires.

Nous espérons que ce mémoire pourra offrir une nouvelle perspective à la recherche et à l'intervention portant sur le phénomène des troubles alimentaires. Nous souhaitons que ces deux

domaines valorisent davantage les savoirs d'expériences des personnes touchées afin de mettre en lumière des connaissances qui ne peuvent être perceptibles via le savoir expert. Nous espérons également que ce projet pourra inspirer des changements dans les pratiques de santé afin de mettre fin à la violence reproduite par ces structures. En conclusion, nous souhaitons exprimer une fois de plus notre gratitude envers les participantes pour leur remarquable contribution à cette démarche, ainsi que pour leur engagement mutuel qui se poursuit au-delà du cadre de ce mémoire.

ANNEXE A

AFFICHE DE RECRUTEMENT

PROJET DE MÉMOIRE RÉALISÉ PAR AUDREY NOËL,
CANDIDATE À LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL,
UQÀM

SOUS LA DIRECTION DE JADE BOURDAGES-LAFLEUR
ET JORGE FLORES-ARANDA,
PROFESSEUR·E·S, ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL, UQÀM

UQÀM | Université du Québec
à Montréal

Groupe d'empowerment et d'aide mutuelle fondé sur les savoirs d'expériences de femmes luttant contre les troubles des conduites alimentaires

PROJET D'INTERVENTION DE GROUPE
OFFRANT UN ESPACE SÉCURITAIRE DE
PARTAGES DES EXPÉRIENCES VÉCUES AUPRÈS
DES PRATIQUES DE SANTÉ

* Ce projet s'assure de respecter la confidentialité de chacune des participantes

POUR QUI :	VOTRE PARTICIPATION :
<p>Femme, âgée de 21 ans et plus, qui :</p> <ul style="list-style-type: none">• Considère être aux prises avec un trouble de l'alimentation (diagnostic non requis)• Fréquente ou a déjà fréquenté des services de santé ou ressources d'aide en raison d'un trouble alimentaire• Se sent confortable de partager ses expériences personnelles avec d'autres femmes vivant des expériences communes• Se sent disposée à participer et s'engager dans un groupe	<p>Intervention de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none">• Entre 8 et 12 semaines• Flexible et sensible aux besoins et volontés du groupe <p>Entretien individuel :</p> <ul style="list-style-type: none">• En pré-groupe et post-groupe• Durée d'environ 60 minutes <p>QUAND/OÙ : Mercredis soirs à partir de Mars 2023 à l'UQÀM</p>

INTÉRESSÉE À PARTICIPER?
DES QUESTIONS?

N'hésitez pas à me contacter :

✉ : noel.audrey@courrier.uqam.ca

ANNEXE B

GUIDE D'ENTRETIEN PRÉ-GROUPE

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL PRÉ-GROUPE

1. Présentation de l'étudiante-chercheuse et du projet d'intervention
2. Remise du formulaire d'information et de consentement
3. Explication du formulaire, réponse aux questions et signature du formulaire
4. Transmission des informations concernant l'entretien
 - Un guide d'entretien sera utilisé en guise d'aide-mémoire mais cet entretien sera, en partie, dirigé par vous-même en fonction de vos réponses et vos besoins.
 - Cet entretien vise principalement à établir un premier contact avec vous et connaître votre portrait général.
 - L'entretien dure approximativement 60 minutes et sera enregistré sous forme audio dans le but de retranscrire vos réponses une fois l'entretien terminé. De cette manière, je vais pouvoir totalement me concentrer à vous écouter.
 - Cet enregistrement sera uniquement accessible à moi-même.
 - Au cours de l'entretien, sentez-vous confortable de prendre une pause au besoin, de me demander de reformuler ou répéter la question et de répondre selon vos perceptions puisqu'il n'y a pas de mauvaise réponse.
5. Enregistrement audio et début de l'entretien

IDENTIFICATION

Code de la participante :

Durée de l'entretien :

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Ces informations serviront uniquement à des fins de description du profil des participantes du projet.

Âge :

Origine ethnique :

Lieu de résidence (si Montréal, inscrire le quartier) :

Orientation sexuelle :

Situation amoureuse/familiale :

Emploi/étude :

Éducation :

- Secondaire
- Formation professionnelle
- Cégep
- Université

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES
--

Selon vous, quel trouble de l'alimentation vous affecte actuellement ? Depuis combien de temps ?

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble des conduites alimentaires ? Si oui, lequel ?

Selon vous, quels sont les comportements alimentaires que vous adoptez qui sont problématiques ?

Sur une échelle de 1 à 6 (1 étant un niveau de détresse très faible et 6 étant un niveau de détresse très élevé), à quel point le trouble alimentaire entraîne une détresse chez vous ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Quelles sont les conséquences que vous vivez en lien avec le trouble alimentaire ?

Avez-vous déjà mis en place des moyens visant le rétablissement du trouble alimentaire ? Si oui, quels sont ces moyens ?

RAPPORT AU CORPS

Comment votre silhouette (*forme de votre corps*) affecte la manière dont vous vous percevez en tant que personne ?

Comment votre poids (*chiffre sur la balance*) affecte la manière dont vous vous percevez en tant que personne ?

Comment contrôlez-vous ou tentez de contrôler votre silhouette et votre poids ?

Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de l'utilisation de ces méthodes ?

Selon vous, comment la culture actuelle portant sur les corps des femmes influence le rapport à votre corps ?

SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX

Bénéficiez-vous présentement d'une forme d'aide quelconque en raison du trouble de l'alimentation ?

- Oui
 Non

Si oui, auprès de quel type de professionnel-le-s ?

- Médecin
 Psychologue
 Psychiatre
 Nutritionniste
 Intervenant-e
 Autre

Après de quelle-s ressource-s ?

- Hôpital Douglas
 Hôpital Sainte-Justine
 Hôpital de Montréal pour enfants
 Clinique BACA
 ANEB
 CLSC
 Clinique médicale

- Clinique privée
- Autre

Quel type-s de services ?

- Programme spécialisé dans le traitement des troubles des conduites alimentaires
- Services de santé généraux
- Services psychosociaux
- Services de soutien (groupe, ligne d'écoute, clavardage, etc.)
- Autre

Si non, avez-vous déjà bénéficié, dans le passé, d'une forme d'aide quelconque en raison du trouble de l'alimentation ?

- Oui
- Non

Si oui, auprès de quel type de professionnel-le-s ?

- Médecin
- Psychologue
- Psychiatre
- Nutritionniste
- Intervenant-e
- Autre

Auprès de quelle-s ressource-s ?

- Hôpital Douglas
- Hôpital Sainte-Justine
- Hôpital de Montréal pour enfants
- Clinique BACA
- ANEB
- CLSC
- Clinique médicale
- Clinique privée
- Autre

Quel type-s de services ?

- Programme spécialisé dans le traitement des troubles des conduites alimentaires
- Services de santé généraux
- Services psychosociaux
- Services de soutien (groupe, ligne d'écoute, clavardage, etc.)
- Autre

Comment vivez-vous ou avez vécu les interventions de santé visant le rétablissement du trouble alimentaire ?

Partagez-moi vos expériences avec les services de santé destinés au traitement et au rétablissement du trouble alimentaire.

Partagez-moi vos expériences, de manière générale, avec les ressources en santé et services sociaux.

PROJET D'INTERVENTION DE GROUPE : MOTIVATIONS, ATTENTES ET INQUIÉTUDES

Avez-vous déjà participé à une intervention de groupe ? Si oui, dans quel contexte et qu'est-ce que vous en retenir ?

Comment avez-vous entendu parler de ce projet d'intervention ?

Quelles sont vos motivations à participer à ce projet ?

Selon vous, comment ce projet d'intervention de groupe peut vous aider ?

Avez-vous des inquiétudes en lien avec ce projet ou votre participation ? Si oui, quelles sont ces inquiétudes ?

Quelles conditions vous rendraient confortable à participer au projet ?

COMMENTAIRES ET QUESTIONS

6. Fin de l'enregistrement audio et remerciement

ANNEXE C
GRILLE D'OBSERVATION *EMPOWERMENT*

GRILLE D'OBSERVATION EMPOWERMENT

Date :

Thème de la rencontre :

Participation

- Assistance muette
- Participation aux discussions simples
- Participation aux débats
- Participation aux décisions

Estime de soi

- Satisfaction de soi-même (amour de soi)
- Capable d'évaluer ses qualités et défauts (vision de soi)
- Penser être capable d'agir adéquatement dans les situations importantes (confiance en soi)

Compétences

- Développement de connaissances
- Développement d'habiletés
- Développement de connaissance par la participation et l'action
- Développement d'habiletés par la participation et l'action

Conscience critique

- Conscience individuelle
- Conscience collective
- Conscience sociale
- Conscience politique

ANNEXE D

GRILLE D'OBSERVATION DES DYNAMIQUES D'AIDE MUTUELLE

Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

Consigne : En tenant compte de la réalité du présent groupe, noircissez, pour chacune des dynamiques d'aide mutuelle, la case correspondant le mieux à ce qui s'y passe.

1. Partage d'information et d'idées

Les membres d'un groupe qui vivent des situations similaires partagent des valeurs, des croyances, des idées, des informations qui peuvent être utiles au but du groupe. Chaque membre contribue à enrichir la mise en commun d'information et devient une personne-ressource pour les autres.

- Les membres du groupe partagent peu d'information et d'idées.
- Les membres partagent un peu sur des idées, des valeurs et des croyances relatives aux réalités vécues en lien avec leur contexte de groupe.
- Il y a une circulation d'information au sujet des idées, des valeurs et croyances relatives aux réalités vécues.
- Les membres sont des personnes-ressources les uns pour les autres.

Commentaires : _____

2. Confrontation des idées

Le groupe donne l'occasion aux membres de lancer leurs idées et d'entendre un autre son de cloche. Il devient un lieu de confrontation où les points de vue peuvent être émis et évoluer librement et en toute sécurité.

- Les différences d'idées et de points de vue sont peu exprimées.
- Les débats et la confrontation d'idées se déroulent dans un climat d'ouverture et de sécurité.
- Lors de débats d'idées, le groupe est attentif à l'argument de départ, à la confrontation des opinions et à la synthèse de la discussion.
- La qualité des débats et de la confrontation d'idées permet l'évolution ou le changement d'opinions.

Commentaires : _____

3. La discussion de sujets tabous

Le groupe en tant que microsociété recrée des sujets tabous liés à son contexte de vie en général et à sa raison d'être comme groupe. L'accès aux thèmes-tabous permet de parler de sujets normalement jugés inacceptables et projette le groupe vers un travail en profondeur.

- Le groupe traite peu de sujets délicats.
- Le groupe est réceptif à une discussion en surface sur des sujets tabous.
- Le groupe explore en profondeur les sujets tabous liés à sa raison d'être.
- Le traitement de sujets tabous par le groupe contribue à l'atteinte de ses objectifs.

Commentaires : _____

4. La proximité : « Toutes et tous dans le même bateau »

Partager ses préoccupations conduit les membres du groupe à prendre conscience qu'ils ont les mêmes sentiments et/ou besoins et qu'ils vivent des réalités semblables.

- Les membres sont centrés sur leurs besoins personnels et sont peu sensibles aux préoccupations des autres membres.
- Le groupe prend conscience de la similitude des réalités individuelles et découvre que tous sont dans le même bateau.
- La prise de conscience d'être dans le même bateau permet aux membres de s'aider mutuellement et de donner du sens à l'expérience.
- Le groupe utilise ses ressources pour développer de nouvelles compétences.

Commentaires : _____

Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

5. Le soutien mutuel

Le groupe offre du soutien, de la compassion et de l'empathie à ses membres. C'est dans les périodes difficiles et de conflits que l'acceptation inconditionnelle et la sollicitude s'imposent.

- Le groupe offre peu de soutien et d'empathie.
- Le climat du groupe est plus sympathique qu'empathique.
- Le groupe est capable de soutien mutuel et d'empathie à l'égard de la situation d'un membre.
- Lors de périodes difficiles, le groupe fait preuve d'acceptation inconditionnelle et de soutien.

Commentaire : _____

6. Les attentes et les demandes mutuelles

Pour permettre la réalisation du but commun, le groupe peut exiger que chacun s'y implique. Cette norme permet de mettre en œuvre les attentes et les demandes que les membres s'adressent les uns aux autres.

- Les membres travaillent individuellement sur leurs problèmes.
- Le groupe demande peu d'implication de ses membres.
- Le groupe examine conjointement et sérieusement les problèmes qui réunissent ses membres.
- Le groupe développe des compétences de réflexion à propos du but commun.

Commentaire : _____

7. L'aide à la résolution de problèmes

Les membres apportent leurs préoccupations et leurs espoirs. Ils s'engagent dans un processus de résolution de problèmes. L'utilisation consciente de soi et de son expérience personnelle est la clé de voûte de ce processus. Nous ne sommes pas dans l'échange de conseils.

- L'expérience personnelle de chacun est peu utilisée.
- Les problèmes de chacun sont peu connus par les uns et les autres.
- Les problèmes de chacun sont connus par les membres du groupe et celui-ci peut aider une personne qui vit une situation particulière.
- Les processus collectifs de résolution de problème sont significatifs pour tous les membres du groupe.

Commentaire : _____

8. L'expérimentation de façons de faire et d'être

En créant un climat favorable à la prise de risques, le groupe offre la sécurité nécessaire à expérimenter d'autres modes de communication, d'interaction et de façons d'être, de penser et d'agir. Le groupe devient un laboratoire d'expérimentation. Les apprentissages faits pourront être transférés dans des situations à l'extérieur du groupe.

- Les membres ne prennent pas le risque d'expérimenter de nouvelles façons de faire à l'intérieur du groupe.
- Le groupe expérimente avec réserve de nouvelles façons de faire.
- Dans un esprit de laboratoire d'expérimentation, le groupe accepte d'apprendre par essai et erreur.
- En fonction des réalités respectives, les membres transfèrent ces expérimentations dans des situations extérieures au groupe.

Commentaire : _____

9. Le potentiel de la force du nombre

La force du nombre développe un sentiment d'être plus fort ensemble que seul et peut s'exprimer de différentes manières : par exemple, par une plus grande détermination de chacun à se mobiliser vers l'atteinte de ses objectifs personnels et à promouvoir comme groupe des actions collectives.

- Les membres du groupe n'ont pas conscience d'une force commune.
- Le groupe a une détermination pour l'atteinte des objectifs personnels et de groupe.
- Le groupe a conscience que l'union fait la force.
- Le groupe mène des actions sociales à l'extérieur du groupe qui font sens pour lui.

Commentaire : _____

Ginette Berteau, T.S., École de travail social, UQAM, Montréal, Québec
Louise Warin, ESAS, HELMo, Liège, Belgique.
Janvier 2014.

ANNEXE E
GUIDE DE NOTES ÉVOLUTIVES DE GROUPE

NOTES ÉVOLUTIVES DE GROUPE

Date :

Thème de la rencontre :

1. Thèmes et discussions abordés

2. Partages et émotions ressortis

3. Activités et tâches réalisées

4. Dynamique de groupe observée

5. Processus de groupe observé (normes, rôles, structure, prises de décision, pouvoir, leadership, climat)

6. Étape d'évolution du groupe observée

7. Autres commentaires

ANNEXE F
GUIDE DE NOTES ÉVOLUTIVES INDIVIDUELLES

NOTES ÉVOLUTIVES INDIVIDUELLES

Date : []

Code de la participante : []

Thème de la rencontre : []

1. Description de la rencontre

[]

2. Prises de conscience faites par la participante

[]

3. Sujets suscitant des réactions émotives et de quelle façon les sentiments sont exprimés

[]

4. Changements observés (cognitifs, comportementaux, affectifs)

[]

5. Rôle observé dans le groupe

[]

6. Engagement, implication et mobilisation observés dans le groupe (objectifs personnels et de groupe)

[]

7. Dévoilements particuliers (par exemple : tentative de suicide, idées suicidaires, abus sexuels, abus physiques, consommation abusive)

[]

8. Autres commentaires

[]

ANNEXE G

GUIDE D'ENTRETIEN POST-GROUPE

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL POST-GROUPE

1. Bref retour du projet d'intervention

2. Transmission des informations concernant l'entretien

- Un guide d'entretien sera utilisé en guise d'aide-mémoire mais cet entretien sera, en partie, dirigé par vous-même en fonction de vos réponses et vos besoins.
- Cet entretien vise principalement à évaluer une partie des objectifs de l'intervention et son appréciation générale de votre part. Vos commentaires et vos suggestions ont une grande importance pour le projet.
- L'entretien dure approximativement 60 minutes et sera enregistré sous forme audio dans le but de retranscrire vos réponses une fois l'entretien terminé. De cette manière, je vais pouvoir totalement me concentrer à vous écouter.
- Cet enregistrement sera uniquement accessible à moi-même.
- Au cours de l'entretien, sentez-vous confortable de prendre une pause au besoin, de me demander de reformuler ou répéter la question et de répondre selon vos perceptions puisqu'il n'y a pas de mauvaise réponse.

3. Enregistrement audio et début de l'entretien

IDENTIFICATION

Code de la participante :

Durée de l'entretien :

PROJET D'INTERVENTION

Que retenez-vous de votre participation au projet ?

Comment le partage de vos expériences dans le groupe a eu des impacts sur vous ?

Comment le partage des expériences des autres membres du groupe a eu des impacts sur vous ?

Comment l'utilisation de la médiation dans l'intervention a eu des impacts sur vous ?

Qu'avez-vous appris sur vous au courant du projet ?

Quelles sont les prises de conscience dont vous avez pu faire dans le cadre du projet ?

Quelle est votre perception du degré d'atteinte de vos objectifs personnels ?

LE GROUPE

Comment vous êtes-vous sentie dans le groupe ?

Que pensez-vous de la dynamique de groupe ?

Que pensez-vous de la cohésion dans le groupe ?

Selon vous, comment les décisions de groupe ont-elles été prises tout au long du projet ?

Selon vous, comment le groupe a fait face à la résolution des problèmes ou conflits rencontrés au courant du projet ?

Quelle est votre perception du degré d'atteinte des objectifs définis par le groupe ?

Quelles compétences ou qualités personnelles avez-vous apporté au groupe pour l'atteinte des objectifs ?

Selon vous, quel était votre rôle au sein du groupe ?

Que retenez-vous de votre expérience dans le groupe ?

APPRECIATION GÉNÉRALE

Qu'avez-vous le plus aimé et le moins aimé du projet ?

Qu'avez-vous le plus apprécié et le moins apprécié du format des rencontres de groupe (la durée, le nombre, la fréquence et le lieu) ?

Selon vous, comment ce projet d'intervention pourrait être amélioré ?

Quelles sont vos recommandations pour améliorer les services offerts à la population féminine aux prises avec les troubles alimentaires ?

COMMENTAIRES ET QUESTIONS

4. Fin de l'enregistrement audio et remerciement

ANNEXE H
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

No. de certificat : 2023-5451
Date : 2023-02-22

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Dénoncer les violences institutionnelles et symboliques reproduites par les pratiques de santé et par la culture dominante sur les corps féminins : Groupe d'empowerment et d'aide mutuelle fondé sur les savoirs d'expériences de femmes luttant contre les troubles des conduites alimentaires

Nom de l'étudiant : Audrey Noël

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire d'intervention)

Direction(s) de recherche : Jade Bourdages-Lafleur; Jorge Flores-Aranda

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-02-22**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

ANNEXE I

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet d'intervention

Groupe d'empowerment et d'aide mutuelle fondé sur les savoirs d'expériences de femmes luttant contre les troubles des conduites alimentaires

Intervenante-chercheure

Audrey Noël, candidate à la maîtrise en travail social (mémoire d'intervention)
Adresse courriel : noel.audrey@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Jade Bourdages-Lafleur, professeure, École de travail social, UQÀM
Adresse courriel : bourdages-lafleur.jade@uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000 poste 1279

Co-direction de recherche

Jorge Flores-Aranda, professeur, École de travail social, UQÀM
Adresse courriel : flores-aranda.jorge@uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000 poste 4991

Préambule

Vos connaissances ainsi que vos expériences personnelles auprès des pratiques de santé nous intéressent fortement. Nous vous demandons de participer à un projet impliquant une intervention de groupe en travail social. Avant d'accepter de participer à ce projet d'intervention, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Il est possible que le présent formulaire de consentement contienne des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles afin de consentir à la participation en toute connaissance de cause.

Description du projet et de ses objectifs

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent une proportion importante de personnes, majoritairement des femmes, au Canada et ailleurs dans le monde. Selon le rapport annuel 2019-2020 de l'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB), environ un million de la population canadienne répond aux critères de diagnostic d'un TCA et au moins 10% des femmes québécoises âgées de 13 à 30 ans sont aux prises avec un TCA. Les pratiques de santé actuelles sont bien ancrées dans les institutions de santé puisqu'elles détiennent un savoir expert. Certaines de ces pratiques soulèvent des réflexions et des

controverses dans la littérature et la pratique. Il est vrai que des femmes luttant contre les TCA rapportent des expériences difficiles dans le système de santé et des services sociaux, expériences se rattachant à un contrôle des corps à la fois médical et social qui ont un impact significatif chez ces femmes.

Dans le cadre de ce projet d'intervention, nous souhaitons explorer et documenter les effets de la prise en charge par les institutions de santé sur le parcours des femmes touchées par les troubles alimentaires. À partir des connaissances expérientielles de ces femmes, il nous semble pertinent d'explorer les vécus, les perceptions et les effets d'une prise en charge par les services de santé et les ressources d'aide chez cette population et ce, dans le but d'améliorer les interventions de santé.

Le principal objectif du projet est de mettre en place un espace sécuritaire de partages des expériences vécues auprès des pratiques de santé destinées au traitement et au rétablissement des troubles alimentaires. Pour ce faire, le travail social de groupe s'avère être la méthode privilégiée pour répondre à l'objectif général. Visant une reprise du pouvoir d'agir, cette intervention de groupe sera basée sur le modèle d'aide mutuelle, un modèle d'intervention ayant pour objectif l'entraide entre les participantes. Avec le soutien de l'organisme communautaire ANEB pour la réalisation de ce projet, l'intervention se déroulera à l'hiver 2023, entre 8 et 12 semaines, auprès d'un groupe composé entre 8 et 10 participantes volontaires. Les participantes visées sont des femmes, âgées de 21 ans et plus, qui considèrent être affectées par les troubles alimentaires et qui bénéficient ou ont déjà bénéficié de services de santé en raison d'un trouble alimentaire.

Nature et durée de votre participation

Vous serez d'abord invitée à participer à un entretien individuel semi-dirigé, en phase pré-groupe, avec l'intervenante-chercheuse. Cet entretien, d'une durée approximative de 60 minutes, aura lieu dans un local réservé à l'École de travail social de l'UQÀM. Il vise principalement à établir un premier contact avec vous et connaître votre portrait général ainsi que vos attentes, motivations et inquiétudes face au projet et à l'activité d'intervention. Cet entretien sera enregistré sous forme audio dans le but de retranscrire vos réponses une fois l'entretien terminé. Cet enregistrement sera uniquement accessible à l'intervenante-chercheuse.

Vous serez ensuite invitée à participer à l'intervention de groupe, qui aura lieu à l'UQÀM (local à définir). Cette intervention se veut flexible et sensible aux besoins et volontés exprimés par les participantes. Animée par moi-même, en tant qu'intervenante-chercheuse, nous aurons pour rôle la mise en œuvre du processus d'intervention, tandis que les membres du groupe auront l'autonomie et la place pour prendre les décisions concernant le contenu détaillé des rencontres et les résultats souhaités par le groupe. Lors des rencontres de groupe, certains thèmes portant sur les interventions de santé et sur la culture actuelle axée sur les corps des femmes pourront être proposés au groupe afin d'explorer les expériences et connaissances des participantes. La co-construction de l'intervention avec le groupe vise à favoriser une collaboration, un rapport d'égalité, un engagement et une participation démocratique aux prises de décisions dans le groupe. Enfin, le projet a la volonté d'intégrer une médiation (par exemple : artistique, culturelle et autres) comme levier d'intervention. La forme de médiation adoptée sera convenue avec le groupe au cours des rencontres. Toutes les rencontres de groupe seront enregistrées sous forme audio afin de retranscrire certains éléments pertinents à l'analyse des résultats de l'intervention. Ces enregistrements seront uniquement accessibles à l'intervenante-chercheuse.

Finalement, vous serez invitée à participer à un deuxième entretien individuel avec l'intervenante-chercheuse lorsque le projet sera terminé. Cet entretien, d'une durée approximative de 60 minutes, aura également lieu dans un local réservé à l'École de travail social de l'UQÀM. Il vise principalement à évaluer une partie des objectifs de l'intervention et son appréciation générale de votre part. Cet entretien sera aussi enregistré sous forme audio dans le but de retranscrire vos réponses une fois l'entretien terminé. Cet enregistrement sera uniquement accessible à l'intervenante-chercheuse.

Avantages liés à la participation

Il est souhaité que les participantes retirent des bénéfices de leur participation à ce projet, mais nous ne pouvons pas le garantir. Il est d'abord avantageux pour les participantes de bénéficier d'un espace sécuritaire de parole et de partages des vécus face à un enjeu social qui est peu abordé. Les discussions portant sur les expériences vécues auprès des ressources d'aide destinées au traitement et au rétablissement des troubles alimentaires pourraient permettre de développer une conscientisation face aux divers traitements et aux services de santé. De plus, considérer les savoirs expérientiels du groupe comme étant des connaissances légitimes et importantes pourrait entraîner des bienfaits pour les participantes, soit une augmentation de l'estime de soi, une reprise du pouvoir d'agir et le développement d'une conscience critique. Ces facteurs de protection peuvent avoir un impact significatif sur l'atteinte d'objectifs personnels et collectifs qui tiennent à cœur les femmes participantes. Il peut également être un atout pour les membres du groupe de bénéficier d'une communauté d'entraide auprès de personnes vivant des expériences communes. Enfin, il peut être avantageux pour les participantes de mettre à profit leur engagement et leur participation à un projet comportant des prises de décisions qui les impliquent directement dans le groupe ainsi que dans une visée d'action sociale. Effectivement, puisque les participantes documenteront les expériences auprès des institutions de santé et en lien avec la culture qui en découle, elles contribueront donc à l'augmentation des connaissances sur le sujet puis, par le fait même, à l'amélioration potentielle des interventions de santé auprès des femmes touchées par les TCA mais aussi auprès de la population générale.

Risques liés à la participation

Le principal risque lié à la participation à ce projet a trait aux discussions pouvant susciter des émotions ou réactions inconfortables. Il est effectivement possible que les partages personnels ainsi que les discussions portant sur les interventions de santé suscitent des émotions désagréables et inconfortables chez certaines participantes. Il sera donc primordial d'offrir un espace sécuritaire où le soutien et l'aide mutuelle entre les participantes pourront atténuer ce risque potentiel. En tant qu'intervenante et au moyen de notre expertise, un support psychosocial sera également offert aux membres pendant les rencontres de groupe et ce, tout au long du projet. Les participantes pourront également bénéficier d'une aide et d'un soutien de la part d'ANEB tout au long du projet et après celui-ci, par le biais de la ligne d'écoute et de références, du clavardage en ligne et des groupes de soutien ouverts offerts par l'organisme. Au besoin, il peut aussi être approprié de référer certaines participantes vers des ressources externes pour bénéficier de services correspondant aux besoins personnels et immédiats. Enfin, au courant du projet, si vous vous sentez mal à l'aise d'exprimer votre point de vue ou votre expérience personnelle sur certains sujets ou pour toute autre raison, vous ne serez, en aucun cas, tenue de participer et ce, sans avoir à vous justifier. Également, vous n'êtes pas tenue de participer à chaque séance et vous avez la possibilité de vous retirer du projet à tout moment, sans avoir à justifier votre décision et sans conséquence sur les services ou ressources d'aide que vous bénéficiez ou encore ceux que vous souhaitez bénéficier.

Aussi, compte tenu que le projet d'intervention vise plusieurs rencontres de groupe, les participantes devront consacrer un temps considérable à la participation au projet. Toutefois, puisque le projet se veut flexible et sensible aux besoins et volontés des participantes, la co-construction de l'intervention avec le groupe permettra l'atténuation de ce risque en mettant de l'avant l'autonomie et la liberté des participantes pour prendre diverses décisions le concernant. Nous aurons également pour rôle d'assurer que les bénéfices de l'intervention de groupe demeurent nettement supérieurs à ce risque pour les participantes du projet.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies au courant du projet seront traitées de manière confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce projet. L'intervenante-chercheuse retranscrira les informations collectées lors des entretiens individuels et prendra des notes à la suite des rencontres de groupe à propos du déroulement de celles-ci, du contenu discuté, de l'évolution du groupe et des participantes ainsi que des partages effectués. Aussi, les entretiens et les rencontres de groupe seront enregistrés en format audio afin de retranscrire certains verbatims pertinents à l'analyse des résultats du projet. Toutes ces données seront conservées dans des fichiers informatisés sécurisés par un mot de passe connu uniquement par l'intervenante-chercheuse. Quant au formulaire de consentement, celui-ci sera conservé en format papier dans un classeur verrouillé à clé à l'École de travail social dont uniquement l'intervenante-chercheuse et la direction de recherche auront accès.

Le projet s'assurera également de respecter l'anonymat de chacune des participantes en remplaçant les noms des participantes par des noms fictifs dans la rédaction des données recueillies tout au long du projet ainsi que du mémoire, qui sera éventuellement publié. L'unique personne qui aura accès à la liste des noms réels des participantes, correspondant à leur nom fictif, laquelle sera également conservée dans un autre fichier informatisé sécurisé par un mot de passe, est l'intervenante-chercheuse.

L'ensemble des documents conservés, papier et numériques, seront détruits cinq ans après la fin du projet, par l'utilisation d'un logiciel spécialisé et par le dépôt des formulaires de consentement dans un service de déchiquetage institutionnel.

Enfin, une entente relative à la confidentialité sera prévue à la première rencontre de groupe afin d'assurer la confidentialité de chacune des participantes du groupe. Les ententes signées seront également conservées en format papier dans un classeur verrouillé à clé à l'École de travail social dont uniquement l'intervenante-chercheuse et la direction de recherche auront accès.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision et sans conséquence sur les services ou ressources d'aide que vous bénéficiez ou encore ceux que vous souhaitez bénéficier. Si vous décidez de vous retirer du projet, vous n'avez qu'à aviser l'intervenante-chercheuse en personne lors des séances de groupe ou par téléphone, selon la préférence. Toutes les données vous concernant seront alors détruites.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet.

Accès aux résultats de recherche

Les participantes pourront être informées de la publication du mémoire de maîtrise et connaître les résultats du projet d'intervention. Si vous le souhaitez, l'intervenante-chercheuse vous contactera par courriel à la suite de la publication du mémoire pour vous en informer et vous indiquez la façon d'y accéder en ligne. Nous vous ferons également parvenir par courriel un rapport écrit résumant les résultats du projet d'intervention.

Désirez-vous être informée de la publication du mémoire de maîtrise ?

Oui

Non

Votre courriel :

Des questions sur le projet ?

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

Intervenante-chercheuse : Audrey Noël

Adresse courriel : noel.audrey@courrier.uqam.ca

Directrice de recherche : Jade Bourdages-Lafleur

Adresse courriel : bourdage-lafleur.jade@uqam.ca

Téléphone : 514-987-3000 poste 1279

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

Remerciements

Votre participation et collaboration sont essentielles à la réalisation de notre projet et nous vous en remercions grandement.

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 du projet et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussignée, accepte volontairement de participer à ce projet. 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

Coordonnées pour vous rejoindre :

Vous préférez être rejointe par :

Téléphone

Courriel

Courriel

Numéro de téléphone

Engagement de la chercheure

Je, soussignée, certifie

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

Prénom, Nom

Signature

Date

ANNEXE J

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PARTAGE DU MATÉRIEL



AUTORISATION PARTAGE MATÉRIEL

Signataire

Je, soussignée, _____ autorise le partage du matériel produit dans le cadre de l'intervention de groupe pour une potentielle utilisation dans les résultats du projet.

Projet

Il s'agit du projet intitulé :

Groupe d'empowerment et d'aide mutuelle fondé sur les savoirs d'expériences de femmes luttant contre les troubles des conduites alimentaires

Prénom, Nom

Signature

Date

ANNEXE K
FORMULAIRE D'ENTENTE RELATIVE À LA CONFIDENTIALITÉ



ENTENTE RELATIVE À LA CONFIDENTIALITÉ

Signataire

Je, soussignée, _____ m'engage à maintenir confidentielles les informations décrites ci-après.

Informations confidentielles

Puisque nous sommes ici pour discuter de divers éléments personnels, il est important de respecter la vie privée et la confidentialité de toutes les participantes du projet.

La présente entente de confidentialité a donc pour but de protéger la confidentialité et la vie privée des participantes du projet et de garantir que toutes les informations partagées dans le groupe restent confidentielles.

Projet

Il s'agit du projet intitulé :

Groupe d'empowerment et d'aide mutuelle fondé sur les savoirs d'expériences de femmes luttant contre les troubles des conduites alimentaires

Dispositions de confidentialité

Je m'engage à :

1. Respecter la confidentialité des autres participantes : Ne pas divulguer à des tiers les informations personnelles, les opinions et les expériences partagées par les autres participantes du groupe.
2. Ne pas enregistrer ou filmer les séances de groupe.

Prénom, Nom

Signature

Date

ANNEXE L

CONTRAT DE GROUPE

CONTRAT DE GROUPE

Mercredis soirs de 18h00@19h30 – Du 22 mars au 7 juin 2023 (maximum) – Nombre de semaines à déterminer en groupe

Valeurs du groupe :

- Non-jugement et écoute
- Respect (de soi, des autres et de ses limites)
- Honnêteté et transparence
- Bienveillance (safe space)
- Humour
- Engagement
- Tolérance (inclusivité et ouverture)
- Ouverture à expérimenter
- Confidentialité (respect de l'entente de confidentialité)

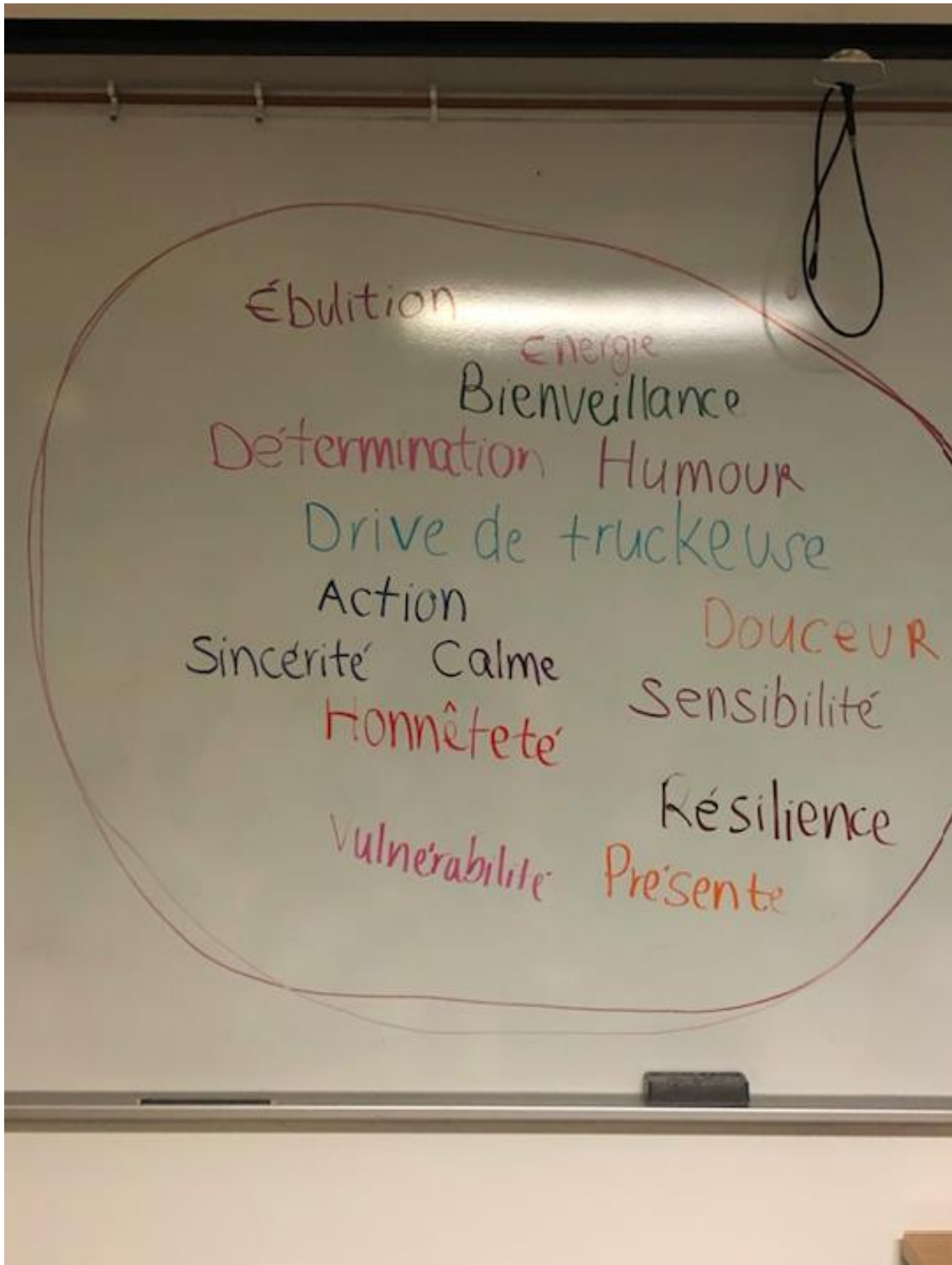
Règles de conduite :

- Faire preuve de respect et avoir de l'écoute
- Ne pas se moquer ou insulter
- Faire preuve de non-jugement et sensibilité
- Parler pour soi et parler au « je »
- Avoir le droit de ne pas s'exprimer – Laisser la place à toutes
- Nommer ses limites personnelles et inconforts
- Ne pas venir aux rencontres sous l'influence de l'alcool ou de drogue
- S'investir dans le groupe de manière régulière – Si possible, aviser en cas d'absence
- Ne pas nommer de chiffres (poids, calories)
- Ne pas faire la promotion de méthodes
- Tour de parole libre et spontané
- Prendre le poulx au début et à la fin des rencontres
- Éviter l'utilisation du téléphone
- Collations permises au besoin
- Prendre une pause au besoin
- Possibilité de dépasser de 15 minutes en cas de discussions en cours

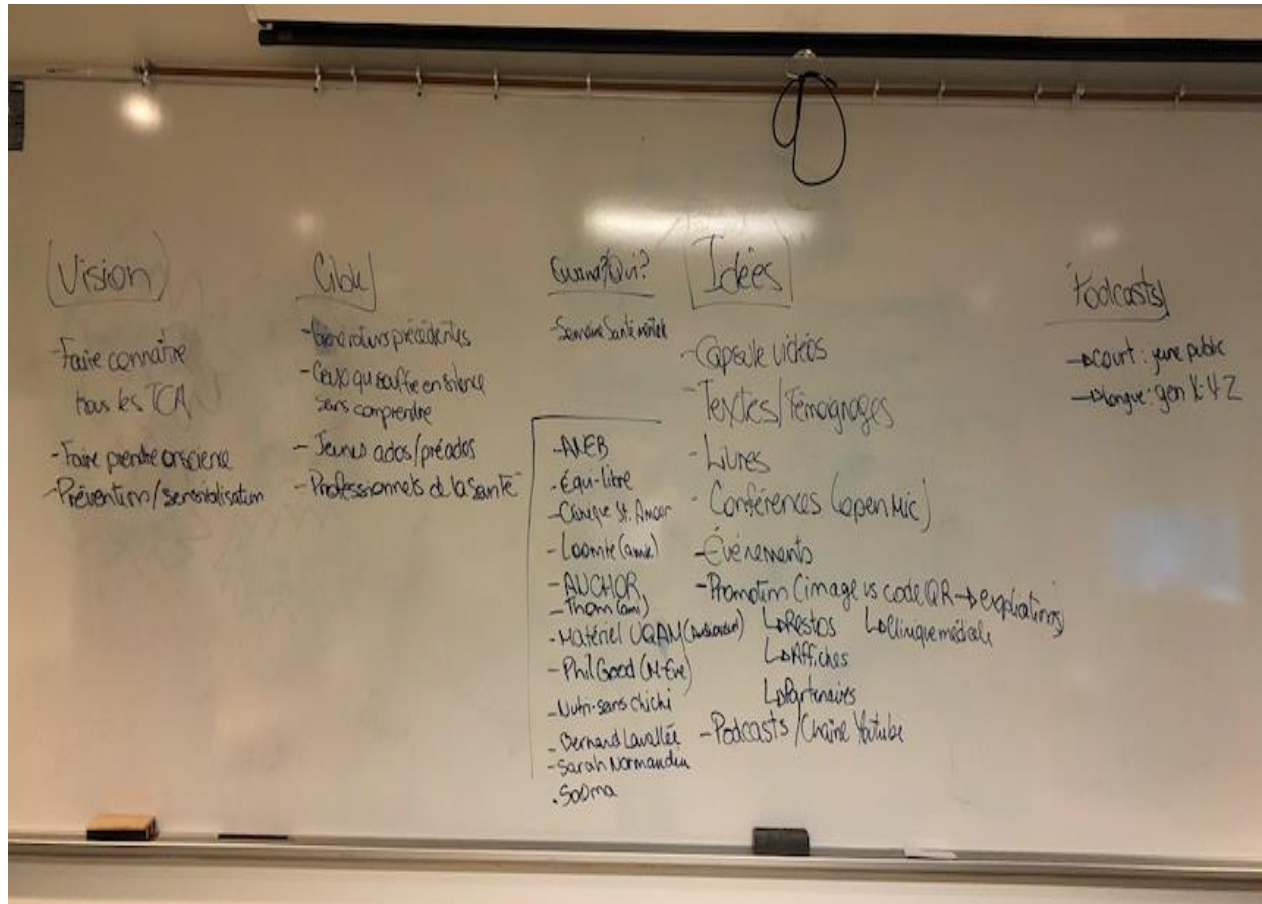
ANNEXE M
OBJECTIFS DE RENCONTRES

Rencontres	#1 : Introduction et informations	#2 : Représentation du TCA	#3 : Amorce cible commune	#4 : Amorce d'une conscientisation et critique sociale	#5 : Complexité et fonctions du TCA	#6 : Cible commune et représentations sociales du TCA	#7 : Bilan mi- parcours et forces du groupe	#8 : Projet de groupe et création vignettes théâtrales	#9 : Espoir en groupe et résistances	#10 : Violences et résistances	#11 : Transformation du groupe + comment parle- t-on et traite-t- on les TCA dans la recherche et la pratique	#12 : Bilan fin du projet
Objectifs de groupe	Construire les balises du groupe et favoriser le début d'un lien de confiance dans le groupe	Diriger le groupe vers l'expérience commune (TCA) – Toutes dans le même bateau	Réfléchir à la cible commune et les objectifs (individuels et de groupe) et favoriser les expériences communes	Favoriser la conscientisation et l' <i>empowerment</i>	Développer une compréhension du TCA à propos de sa représentation et ses fonctions dans sa complexité et diversité	Clarifier la cible commune du groupe	Amener le groupe à prendre conscience de leurs forces et leurs capacités à exister sans moi	Encadrer le projet de groupe vers le réalisme	Sortir de la zone de confort et favoriser une résistance face aux pratiques de santé	Réfléchir aux pratiques de santé problématiques et favoriser une résistance en acquérant des outils	Prendre soin du groupe en normalisant la transition et la transformation du groupe	Réfléchir à l'expérience du groupe dans ce projet et avoir un moment positif/léger de fin de parcours
Objectifs personnels	Trouver l'équilibre entre l'encadrement et la spontanéité	Favoriser les expériences communes, relancer au groupe et développer une aisance avec les médiums artistiques	Remettre au groupe la structure et éviter l'intervention individuelle	Relancer au groupe et favoriser l' <i>empowerment</i> (quoi – pourquoi – comment)	M'enlever la pression de tout faire et trouver l'équilibre entre mes différents rôles	Me faire confiance et développer le réflexe d'amener le groupe vers une conscience critique des inégalités sociales	Laisser émerger la créativité et me faire confiance	Laisser émerger la créativité et me faire confiance	Développer le réflexe d'amener le groupe vers une conscience critique envers les pratiques de santé	Développer le réflexe d'amener le groupe vers une conscience critique envers les pratiques de santé et leur fournir des outils	Sortir de la dynamique de groupe et me dégager de celui-ci	Accepter la fin de mon implication et redonner le flambeau

ANNEXE N
FORCES DU GROUPE



ANNEXE O
BRAINSTORMING CIBLE COMMUNE



BIBLIOGRAPHIE

- Aïach, P. (2006). Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social. Dans M. Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* (p.65-73). L'Harmattan.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Anorexie et boulimie Québec. (2019). *Bulletin images*. ANEB – Anorexie et boulimie Québec.
- Anorexie et boulimie Québec. (2019-2020). *Rapport annuel*. ANEB – Anorexie et boulimie Québec.
- Anorexie et boulimie Québec. (2021-2022). *Rapport annuel*. ANEB – Anorexie et Boulimie Québec.
- Anorexie et boulimie Québec. (2023a). *Troubles alimentaires*. ANEB – Anorexie et Boulimie Québec. <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires>
- Anorexie et boulimie Québec. (2023b). *Qui sommes-nous?* ANEB – Anorexie et Boulimie Québec. <https://anebquebec.com/qui-sommes-nous>
- Anorexie et boulimie Québec. (2023c). *Accueil*. ANEB – Anorexie et Boulimie Québec. <https://anebquebec.com>
- Anorexie et boulimie Québec. (2023d). *Services*. ANEB – Anorexie et Boulimie Québec. <https://anebquebec.com/services>
- AQTN. (2018, 18 septembre). Les différents niveaux de soins au Québec (première ligne, deuxième ligne, ...). *AQTN*. <https://aqtn.ca/questions/association-quebec-aqtn-other-posts/les-differents-niveaux-de-soins-au-quebec/>
- Auclair, I. Suelves Ezquerro, L. et Tanguay, D. (2019). Introduction. Dans I. Auclair, L. Suelves Ezquerro et D. Tanguay (dir.), *Violences genrées : enjeux et résistances* (p.1-5). Les Presses de l'Université Laval.
- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A. et Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Bégin, C., Boucher, K., St-Laurent, A., Heppell, J.-L. et Ratté, C. (2016). L'estime de soi explicite et implicite chez des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 133-152. <https://doi.org/10.7202/1040107ar>

- Bernier, E. (2020). *Grosse, et puis? Connaître et combattre la grossophobie*. Les Éditions du Trécaré.
- Berteau, G. et Warin, L. (2014). *Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle*. OTSTCFQ. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/grille_aide_mutuelle_0.pdf
- Bertrand, A., Bélanger, C. et O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149-179. <https://doi.org/10.7202/1005819ar>
- Bordo, S. (2003). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (10e éd.). The Regents of the University of California.
- Bournival, C., Leduc, J., Leblond, D., Mesnage, M. et Mouries, C. (2020). La personnalité. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.125-138). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cabanas, E. et Illouz, E. (2018). *Happycratie : Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Premier Parallèle.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C. et Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269-278. <https://doi.org/10.1002/eat.1084>
- Cardi, C. et Pruvost, G. (2015). Les mises en récit de la violence des femmes. Ordre social et ordre du genre. *Idées économiques et sociales*, 3(181), 22-31. <https://doi.org/10.3917/idee.181.0022>
- Cederström, C. et Spicer, A. (2016). *Le syndrome du bien-être*. Éditions L'échappée.
- Chartier, S. (2017, 26 mai). Le self-care : une nouvelle injonction? *Gazette des femmes*. <https://gazettedesfemmes.ca/13846/le-self-care-une-nouvelle-injonction/>
- Cheung, F. K. et Snowden, L. R. (1990). Community mental health and ethnic minority populations. *Community Mental Health Journal*, 26(3), 277-291. <https://doi.org/10.1007/bf00752778>
- Collard, G. L. (2021). *Corps rebelle : Réflexions sur la grossophobie*. Québec Amérique.
- Corbeil, C. et Marchand, I. (2010). *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui : Portrait d'une pratique sociale diversifiée*. Les Éditions du remue-ménage.
- Corcos, M. (2015). *Qui a peur de la maladie mentale? 10 bonnes raisons de se méfier du DSM-5*. Dunod.
- Corten, A. (2009). Introduction. Dans A. Corten (dir.), *La violence dans l'imaginaire latino-américain* (p.19-49). Éditions Karthala – Les Presses de l'Université du Québec.

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
<https://doi.org/10.2307/1229039>
- Delvaux, M. (1998). *Femmes psychiatisées femmes rebelles : De l'étude de cas à la narration autobiographique*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Delvaux, M. (2018). *Les filles en série : des Barbies aux Pussy Riot*. Les Éditions du remue-ménage.
- Demilly, L. (2011). Les résistances à la violence des institutions psychiatriques. Dans D. Laforgue et C. Rostaing (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister?* (p.181-201). CNRS Éditions.
- Dion, J., Boulianne-Simard, C. et Godbout, N. (2020). Les personnes maltraitées. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.193-204). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Drouin, S. (2022, 1 novembre). Un « méga tabou » dans le monde du sport. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca/sports/2022-11-01/troubles-alimentaires/un-mega-tabou-dans-le-monde-du-sport.php>
- Dunn, T. M. et Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Flynn, C., Damant, D., Bernard, J. et Lessard, G. (2016). Entre théorie de la paix et continuum de la violence : Réflexion autour du concept de la violence structurelle. *Revue canadienne de service social*, 33(1), 45-64. <https://doi.org/10.7202/1037089ar>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*. Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Dans C. Gordon (dir.). Pantheon Books.
- Fournier, L. S., Bernié-Boissard, C., Chastagner, C. et Crozat, D. (2016). Les cultures de la résistance : une introduction. Dans L. S. Fournier, C. Bernié-Boissard, C. Chastagner et D. Crozat (dir.), *Les cultures de résistance* (p.9-12). Presses Universitaires d'Aix-Marseille.
- Frigon, S. (2000). Corps, féminité et dangerosité : de la production de « corps dociles » en criminologie. Dans S. Frigon et M. Kérisit (dir.), *Du corps des femmes : Contrôles, surveillances et résistances* (p.127-164). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Frigon, S. (2003). *L'homicide conjugal au féminin : d'hier à aujourd'hui*. Les Éditions du remue-ménage.

- Frigon, S. (2012). Le corps féminin incarcéré : site de contrôle et de résistance. Dans S. Frigon (dir.), *Corps suspect, corps déviant* (p.229-253). Les Éditions du remue-ménage.
- Gilbert, S. C. (2003). Eating disorders in women of color. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4), 444-455. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg045>
- Girard-Lemay, J. (dir.) (2006). Violence et philosophie. *Cahiers des imaginaires*, 4(6), 3-94. https://gripal.ca/wp-content/uploads/2006/10/8-cahiersdesimaginairesnuméor6_web.pdf
- Godin, L. (2016). *Anorexie, boulimie et société : Penser des corps qui dérangent*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Gremillion, H. (2001). In fitness and in health: Crafting bodies in the treatment of anorexia nervosa. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27(2), 381-414. <https://doi.org/10.1086/495691>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux* [Ouvrage, Université du Québec en Outaouais]. https://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf
- Grosz, E. (1992). Le corps et les connaissances. Le féminisme et la crise de la raison. *Sociologie et sociétés*, 24(1), 47-66. <https://doi.org/10.7202/001313ar>
- Guitté, H., Lavallée, M. et Fuentes Ponce, A. (2008). Le poids de la culture « allégée » au temps de la lipophobie ou la beauté comme corset symbolique : le cas du Mexique. *Recherches féministes*, 21(2), 29-55. <https://doi.org/10.7202/029440ar>
- Harrison, C. (2021). *Antirégime : Découvrez l'alimentation intuitive et faites la paix avec votre corps*. Les Éditions de l'Homme.
- Hébert, M. et Beaucage, P. (2008). Les images de la violence en Amérique latine. Dans P. Beaucage et M. Hébert (dir.), *Images et langages de la violence en Amérique latine* (p.1-11). Les Presses de l'Université Laval.
- Hendricks, J. (2003). *Slim to None. A Journey Through the Wasteland of Anorexia Treatment*. McGraw-Hill.
- Hesse-Biber, S. (1996). *Am I Thin Enough Yet? The Cult of Thinness and the Commercialization of Identity*. Oxford University Press.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E. et Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29(2), 208-224. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2006.03.007>
- Hill Collins, P. (2017). *La pensée féministe noire: savoir, conscience et politique de l'empowerment*. Les Éditions du remue-ménage.

- Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C. et Treasure, J. (2019). Genetic risk factors for eating disorders: An update and insights into pathophysiology. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9, 1-20. <https://doi.org/10.1177%2F2045125318814734>
- Holmes, D. et Murray, S. J. (2012). Pouvoir psychiatrique et corps déviants : analyse biopolitique des plans de modification de comportements en milieu de psychiatrie légale. Dans S. Frigon (dir.), *Corps suspect, corps déviant* (p.69-84). Les Éditions du remue-ménage.
- hooks, b. (2000). *Feminism Is for Everybody: Passionate Politics*. South End Press.
- Huard, C. (animatrice) et Desrochers, J. (réalisatrice) (2022, 3 janvier). *À plat ventre avec Loounie* [Balado]. KOTV. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/balados/9394/plat-ventre-loounie-culture-dietes>
- Huard, C. (animatrice) et Desrochers, J. (réalisatrice) (2023, 5 septembre). *À plat ventre avec Loounie* [Balado]. KOTV. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/balados/9394/plat-ventre-loounie-culture-dietes>
- IASWG. (2017). *Normes de pratique pour le travail social de groupe*. OTSTCFQ. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/09/normes_de_pratique_travail_social_de_groupe.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022, 5 mai). Les hospitalisations pour des troubles de l'alimentation chez les jeunes femmes ont bondi de plus de 50% au cours de la pandémie de COVID-19. *Institut canadien d'information sur la santé*. <https://www.cihi.ca/fr/nouvelles/les-hospitalisations-pour-des-troubles-de-l'alimentation-chez-les-jeunes-femmes-ont-bondi#:~:text=À%20propos%20de%20l'ICIS&text=Depuis%20plus%20de%2025%20ans,des%20Canadiens%20en%20meilleure%20santé>
- Kendall, S. (2014). Anorexia nervosa: The diagnosis. A postmodern ethics contribution to the bioethics debate on involuntary treatment for anorexia nervosa. *Journal of Bioethical Inquiry*, 11(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-013-9496-x>
- Kendall, S. et Hugman, R. (2016). Power/knowledge and the ethics of involuntary treatment for anorexia nervosa in context: A social work contribution to the debate. *The British Journal of Social Work*, 46(3), 686-702. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu134>
- Lacourse, M.-T. (2018). *Sociologie de la santé* (4^e éd). Chenelière Éducation.
- Laforge, D. et Rostaing, C. (2011). Les institutions contemporaines à l'épreuve de la violence. Dans D. Laforge et C. Rostaing (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister?* (p.9-26). CNRS Éditions.
- Lagraula-Fabre, M. (2005). *La violence institutionnelle : Une violence commise sur des personnes vulnérables par des personnes ayant autorité*. L'Harmattan.

- Landry, J.-M. (2006). La Violence symbolique chez Bourdieu. *Aspects sociologiques*, 13(1), 85-92. https://www.aspects-sociologiques.soc.ulaval.ca/sites/aspects-sociologiques.soc.ulaval.ca/files/uploads/pdf/Volume_13/3_landry2006_0.pdf
- Le Bossé, Y., Bilodeau, A. et Vandette, L. (2006). Les savoirs d'expérience : un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités? *Revue des sciences de l'éducation*, 32(1), 183-204. <https://doi.org/10.7202/013482ar>
- Le Breton, D. (2012). Préface. Dans S. Frigon (dir.), *Corps suspect, corps déviant* (p.9-20). Les Éditions du remue-ménage.
- Lee, S. (2001). Fat phobia in anorexia nervosa: Whose obsession is it? Dans M. Nasser, M.A. Katzman et R.A. Gordon (dir.), *Eating Disorders and Cultures in Transition* (p.40-65). Routledge.
- MacDonald, D. E. (2020). La thérapie cognitive-comportementale. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.367-382). Les Presses de l'Université de Montréal.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Routledge.
- Malson, H. (1997). Anorexic Bodies and the Discursive Production of Feminine Excess. Dans J. M. Ussher (dir.), *Body Talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction* (p.223-245). Routledge.
- Malson, H. et Swann, C. (1999). Prepared for consumption: (Dis)orders of eating and embodiment. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9(6), 397-405. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199911/12\)9:6%3C397::AID-CASP548%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199911/12)9:6%3C397::AID-CASP548%3E3.0.CO;2-P)
- Marie-Claire. (2010). *Coupable d'anorexie*. L'Harmattan.
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Tore Øvergard, K., Neunhoeffler, A.-L., Martinsen, E. W. et Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 45(3), 469-497. <https://doi.org/10.2307/3323085>
- Matusek, J. A. et Wright, M. O. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 434-452. <https://doi.org/10.1002/erv.1036>

- Meilleur, D. (2020). Les enfants et les adolescents. Dans A. Aimé, C. Mañano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.219-230). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Melioli, T., Gonzalez, N., Jazouli, Y. E., Valla, A., Girard, M., Chabrol, H. et Rodgers, R. F. (2018). Utilisation d'Instagram, aptitude à critiquer les médias et symptômes de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes : une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 28(4), 196-203.
<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.06.003>
- Morin, P. et Lambert, A. (2017). L'apport du savoir expérientiel des personnes usagères au sein de la formation en travail social. *Intervention*, (145), 21-30.
https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2017/05/ri_145_2017.1_morin_et_lambert.pdf
- National Eating Disorders Association. (2018, 28 février). Over half of LGBTQ youth in new national survey have been diagnosed with eating disorders. *National Eating Disorders Association*. <https://www.nationaleatingdisorders.org/over-half-lgbtq-youth-new-national-survey-have-been-diagnosed-eating-disorders/>
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Les Presses de l'Université Laval.
- O'Connor, R. A. et Van Esterik, P. (2008). De-medicalizing anorexia: A new cultural brokering. *Anthropology Today*, 24(5), 6-9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8322.2008.00611.x>
- Otero, M. (2017). Le nouvel esprit de l'institution : De la socialisation à l'individuation. Dans M. Otero, A.-A. Dumais Michaud et R. Paumier (dir.), *L'institution éventrée. De la socialisation à l'individuation* (p.223-255). Les Presses de l'Université du Québec.
- OTSTCFQ. (2016). *Vers un panier de services sociaux générateur de santé?* [Mémoire, OTSTCFQ]. <https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/12/memoire-csbe-panier-soins-services.pdf>
- Papillon, M., Gaudet, S. et Pelletier, F. (2021, 17 mai). *Elle raconte comment son anxiété s'est transformée en trouble alimentaire*. [Vidéo en ligne]. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/info/rad/serie/anxiete/438/anxiete-trouble-alimentaire-anorexie>
- Parazelli, M. (2008). Violences structurelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 3-8.
<https://doi.org/10.7202/018444ar>
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. et Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765-768. <https://www.jstor.org/stable/25184056>
- Paulin, A., Manikpurage, H. D., Després, J.-P., Thériault, S. et Arsenaault, B. J. (2023). Sex-specific impact of body weight on atherosclerotic cardiovascular disease incidence in

- individuals with and without ideal cardiovascular health. *Journal of the American Heart Association*, 12(13), 1-14. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.028502>
- Pépin, G., Boulard, M. et Bergeron, F. (2004). *Anorexie et boulimie : Guide-conseil pour les proches et les intervenants*. Éditions du CRP.
- Piazzesi, C. (2023). *The Beauty Paradox. Feminity in the Age of Selfies*. Rowman & Littlefield.
- Pirie, I. (2016). Disordered eating and the contradictions of neoliberal governance. *Sociology of Health and Illness*, 38(6), 839-853. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12408>
- Plourde, A. (2021). *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé*. Les Éditions Écosociété.
- Poliquin, H. (2015). Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *Aporia*, 7(1), 17-29. <https://doi.org/10.18192/aporia.v7i1.2819>
- Poulain, J.-P. (2017). *Sociologies de l'alimentation* (4^e éd). Presses Universitaires de France.
- PRAXCIT. (2011). Co-construire les connaissances. *Revue du CREMIS*, 4(2), 38-43. <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2023/03/RevueCREMISvol4no2art7.pdf.pdf>
- Pullen Sansfaçon, A. et Ward, D. (2017). L'intervention en groupe autogéré. Dans V. Roy et J. Lindsay (dir.), *Théories et modèles d'intervention en service social des groupes* (p.117-140). Les Presses de l'Université Laval.
- Rail, G. (2016). La violence de l'impératif du bien-être. Bio-Autres, missions de sauvetage et justice sociale. *Staps*, 112(2), 17-31. <http://dx.doi.org/10.3917/sta.112.0017>
- Rodrigue, C. et Bégin, C. (2020). La dysmorphie musculaire. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.83-96). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rodriguez del Barrio, L. (2000). Le corps et ses mirages : récits et parcours des femmes à travers la folie et sa psychiatisation. Dans S. Frigon et M. Kérisit (dir.), *Du corps des femmes : Contrôles, surveillances et résistances* (p.165-193). Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Roy, V. et Pullen-Sansfaçon, A. (2016). Promoting individual and social changes: A hybrid model of social work with groups. *Social Work with Groups*, 39(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/01609513.2015.1033585>
- Sauvé, M.-R. (2021, 24 mars). Pandémie : les cas graves d'anorexie explosent à Montréal. *Udemnouvelles*. <https://nouvelles.umontreal.ca/article/2021/03/24/pandemie-les-cas-graves-d-anorexie-explosent-a-montreal/>
- Schlegl, S., Maier, J., Meule, A. et Voderholzer, U. (2020). Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic – Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1791-1800. <https://doi.org/10.1002/eat.23374>

- Scott, S. et Palincsar, A. (2013). Sociocultural theory. *The Gale Group*, 1-10. https://www.dr-hatfield.com/theorists/resources/sociocultural_theory.pdf
- Steiger, H. et Booij, L. (2020). Eating disorders, heredity and environmental activation: Getting epigenetic concepts into practice. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1-13. <https://doi.org/10.3390%2Fjcm9051332>
- Steiger, H., Israël, M., Gauvin, L., Ng Ying Kin, N.M.K. et Young, S.N. (2003). Implications of compulsive and impulsive traits for serotonin status in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 120(3), 219-229. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00195-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00195-1)
- Steinberg, D. M. (2008). *Le travail social de groupe*. Presses de l'Université Laval.
- Steinberg, D. M. (2014). *A mutual-aid model for social work with groups* (3e éd.). Routledge.
- Stheneur, C. et Taddeo, D. (2020). L'évaluation médicale. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p.267-284). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Stice, E. et Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9)
- Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., Harper, L. E., Van Furth, E. F., Peat, C. M. et Bulik, C. M. (2020). Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1780-1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J. et Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 379-390. <https://doi.org/10.7202/1040260ar>
- Tremblay-Levasseur, C.-A. (2023, 14 janvier). La vague #Ozempic pour perdre du poids, une popularité qui inquiète. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/mordu/5184/ozempic-poids-semaglutide-wegovy-diabete>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4e éd). Chenelière Éducation.
- Tury, F., Szalai, T. et Szumska, I. (2019). Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1444-1454. <https://doi.org/10.1002/jclp.22783>
- VéroniKaH. (2014). *Ce qui ne tue pas rend plus fort*. Performance Édition.
- Warin, M. (2010). *Abject Relations: Everyday Worlds of Anorexia*. Rutgers University Press.

- Wilson, J. (2004). Beyond psychiatry: How social workers conceptualise women and self-starvation. *Australian Social Work*, 57(2), 150-160. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0748.2004.00134.x>
- Winchester, E. et Collier, D. (2003). Genetic Aetiology of Eating Disorders and Obesity. Dans J. Treasure, U. Schmidt et E. van Furth (dir.), *Handbook of Eating Disorders* (2e éd., p. 35-62). John Wiley & Sons Ltd.
- Ziegler, O., Mathieu, J., Böhme, P. et Witkowski, P. (2017). Le *Binge Eating Disorder* en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(3), 237-245. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30063-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30063-9)